

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 24 – N.º 87 – Fevereiro 2008

PROPRIEDADE:



CELOM

Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda.

SEDE: Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa • Tel.: 218 427 100

Redacção, Produção e Serviços de Publicidade:

Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa

E-mail: celom@omcne.pt

Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

Director:

Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:

José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:

Paula Fortunato

E-mail: paula.fortunato@omcne.pt

Redactores Principais:

José Ávila Costa,
João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:

Miguel Reis

Dep. Comercial:

Helena Pereira

Dep. Financeiro:

Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:

CELOM

Impressão:

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

Depósito Legal: 7421/85

Preço Avulso: 1,60 Euros

Periodicidade: Mensal

Tiragem: 38.000 exemplares
(11 números anuais)

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

S U M Á R I O

4 EDITORIAL

6 TSF – Na Ordem do Dia

10 INFORMAÇÃO

Processo Disciplinar
Nº5-A/2001

10 Comunicado: Decreto-Lei
sobre agrupamentos
de centros de saúde

12 ACTUALIDADE

Tomada de posse do
presidente da Ordem dos
Médicos

18 Distritos Médicos
– cerimónia de tomada
de posse

20 Transporte de doente
crítico e boas práticas
em trauma

22 Reunião Geral de Colégios

24 Encerramento do SAP
do CS de Alijó

26 «O lado obscuro dos
transplantes»

34 OPINIÃO

O conflito entre a Ética
médica e a Lei
por Pedro Afonso

36 Que fazer com esta
vitória?
por José Mário Martins

38 CONTOS

Os jogos da vida

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

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Já não existe o Portugal de bens mandados portugueses – no pior sentido que o conceito tem –, habituados a que outros decidissem por eles, satisfeitos com o bucolismo de um pequeno território onde quase nada acontecia, irreal e ilusoriamente sobredimensionado por cinco continentes. Há poucos que reparam verdadeiramente nisso, mas esse país já não existe há algum tempo.

E ainda bem que não existe, reconheceremos, ou ainda mal, se pensarmos que esse tipo de cidadania pacata e ordeira deu lugar a um permanente estado de alma de contestação e de má perspectiva do país. Quer isto dizer, que aos encabulados cidadãos de há pouco mais de três décadas sucederam hordas contestatárias, cujas mensagens são amplificadas em *sound bytes* que abrem espaço no *prime time* informativo.

Para o mal e para o bem é assim que hoje se passam as coisas. A cada decisão se levantam os protestos, legítimos ou não pouco importa para o caso, se zurze nos decisores ou se desqualificam os técnicos, consoante dê jeito no momento e nas circunstâncias.

E foram os portugueses que assim ficaram só por si? Não. Os portugueses são hoje assim porque o país vive uma violenta crise social há muitos anos, anos de mais para um país de economia frágil, que deixa o Estado sem grandes condições para assegurar a satisfação dos seus cidadãos.

Particularmente gravoso é o que se vem passando na Saúde, independentemente dos partidos que governem ou dos ministros que tutelam o sector. Há mais de duas décadas começou a perceber-se que o dinheiro não chegava para tudo o que o SNS prometia aos portugueses. E, paulatinamente, entraram no nosso vocabulário novos conceitos, como o de taxas moderadoras, mas começaram também a cometer-se erros de palmatória. Dizia-se aos portugueses que o orçamento da Saúde descambava todos os anos, pe-

dia-se-lhes que pagassem taxas que moderassem o acesso às urgências hospitalares, por exemplo, mas construía-se hospitais a esmo, sem qualquer tipo de critério geográfico, demográfico ou outro qualquer, muitas vezes apenas para calar clientelas político-partidárias regionais e, ou, locais. Entretanto, a esperança de vida aumentava e passávamos a ter mais população em idade sénior e, conseqüentemente, com mais necessidade de cuidados médicos e assistenciais. E ninguém fazia contas nem se preparava para essa nova realidade, muito menos a de que, dentro de um certo período de tempo, os médicos se começariam a tornar num recurso escasso. Com o histórico de erros clamorosos do Estado, os cidadãos iam deixando de acreditar em quem dirigia o país. E encetavam as suas lutas, reclamando mais serviços de saúde e mais proximidade e iam pagando taxas moderadoras actualizadas.

Passou então a reduzir-se a uma equação simples todo o problema crónico do orçamento da saúde, com uma única variável que ainda por cima tinha que ser torturada até dar resultado – a despesa –, isto é baixar, baixar, baixar.

Não há milagres; com a despesa a diminuir, o número de doentes, de consultas, de urgências, de meios complementares de diagnóstico e de tratamentos a crescer sempre, passámos a estar perante o problema já secular do cobertor curto. O Estado puxa para baixo e tapa os pés, mas fica o peito a descoberto.

No lugar de duas décadas a puxar o cobertor para baixo, seria da mais elementar prática política prever o que se passaria nos dias de hoje – outros países europeus fizeram-no em tempo – e também estabelecer as medidas que evitariam os problemas que agora defrontamos.

Há desde logo um princípio errado – o de que o dinheiro aplicado no sistema de saúde é despesa, quando, na verdade, se trata de investimento no equilíbrio de um estado social.

Mas há também a ideia distorcida de que conter o orçamento é diminuir o consumo de meios auxiliares de diagnóstico e de terapêuticas, ou de cortar nos honorários dos profissionais, nomeadamente no que concerne a trabalho extraordinário.

Nada mais errado. Qualquer destes custos deve ser bem gerido e devem ser criadas as condições para isso.

O que verdadeiramente pode permitir que o orçamento da Saúde seja justo é uma política determinada de organização, que crie boas condições de trabalho dentro de um sistema que tem comprovado a sua capacidade e as virtudes da sua filosofia. O que pode ainda permitir mais equilíbrio é avançar com firmeza numa política de educação para a saúde, que elimine gastos supérfluos por falta de formação dos cidadãos nesta área. Isto é, há muitos casos de desperdício que estão relacionados com o recurso a serviços que não são adequados ou com o mau seguimento de terapêuticas.

Por outro lado, os mais desfavorecidos têm direito a tão pouco, que, muitas vezes, recorrem ao SNS como «paliativo» para vidas duras, de modesta realização pessoal e de nula perspectiva futura. O SNS é assim, também, o único recurso de conforto para portugueses que não têm mais nada, nem família, muitas vezes.

O rumo que se impõe de há anos a esta parte é o de apostar na organização do sistema, para evitar desperdícios e dar melhores respostas, é o de lançar um programa curricular de educação para a saúde – esperemos pela aplicação das medidas propostas no relatório técnico que foi apresentado em Setembro do ano passado – e também garantir mais desenvolvimento para o país, com mais riqueza, que atenuo o número dos que recorrem ao SNS em desespero de causa, mas que deveriam ter outros recursos de sustentação social.

Diamantino Cabanas



11 Fevereiro

Depois do que há pouco tempo souberam sobre vencimentos, mordomias e reformas na banca, os Portugueses não pareceram ficar particularmente escandalizados com os quase trezentos mil euros que alguém que faz transplantes auferiu no ano passado só em incentivos.

Entre os envolvidos, o ar ofendido com que alguns reagiram quando interrogados, parecia indicar que falar no assunto seria, mesmo, um exercício de mesquinhez, inveja ou algum despeito, típico dos pobres coitados que não fazem parte da elite.

Habitados que vão estando a escândaleiras que tais e aos vencimentos dos futebolistas, os mal pagos cidadãos deste canteiro à beira-mar reagiram com o encolher de ombros que lhes é tradicional.

Nesse encolher de ombros vai toda uma sabedoria centenária que ensina que certos fenómenos são como a chuva no Inverno, não há como evitá-la, e do «mal por mal ao menos estes que ainda fazem alguma coisa».

No entanto, o assunto não é simples e não nos deveria merecer tamanha displicência. É que, bem vistas as coisas, poderá estar em factos como estes a razão profunda da ineficiência que nos distingue.

Pela minha parte confesso que ainda hoje me intriga o facto incontroverso de os portugueses serem trabalhadores empenhados e estimáveis quando inseridos em sistemas organizativos mais rígidos e exigentes, como os da Europa do Norte, e aparentemente trabalhadores improdutivos e displicen-

tes, quando de regresso à mãe pátria. Uma explicação plausível residirá na incapacidade dos dirigentes, já que a matéria-prima, sendo igual, igual deveria ser o produto acabado.

Outra explicação, a bem dizer conexa com a primeira, será que, auferindo os trabalhadores pagamentos de país pobre e os dirigentes remunerações do primeiro mundo, o estímulo para a indigência se torna incontornável.

A conjugação dos dois factores seria, então, fatal. Isto é, querer garantir o empenhamento de um grupo diversificado de talentos em torno de um objectivo comum que a todos exige sacrifício e disponibilidade, quando ao mesmo tempo se permite a gritante injustiça que beneficia uns poucos à custa da maioria, é receita para o fracasso.

Mesmo no futebol, área em que o talento congénito individual impera e o número de actores é por natureza limitado, de há muito se reconhece a importância do treinador cuja função consiste em transformar um conjunto de indivíduos numa equipa coerente. Não se percebe assim como entre teóricos da bola que todos somos não seja possível reconhecer que no século XXI, em actos complexos, já não há lugar para privilégios de prima-dona e se exige a remuneração condigna e global de toda a equipa já que é de toda a equipa que depende o resultado.

Na Saúde, sendo incontornável o facto de no corpo humano não haver partes dispensáveis, também não pode haver profissionais dispensáveis nem é aceitável que um número significativo de médicos leve para casa pouco mais de mil euros e alguém seja remunerado com trinta vezes esse montante.

Não está em causa o valor em termos absolutos, está em crise o princípio da justiça que recomenda sensatez no tratamento de cada um. Está em causa, em última análise, a cultura adquirida de remunerar de acordo com o contributo em termos de esforço dispendido, horas trabalhadas e diferenciação profissional.

Ao introduzir incentivos globais exclusivamente para uma área de actividade, em detrimento de outras asfixiadas pela contenção económica, e distribuí-los a esmo, conforme os humores e o acesso ao poder, é receita garantida para o desastre.

Nenhum médico, obrigado quantas vezes a trabalhar quase gratuitamente, compreenderá que o mesmo sistema que o maltrata pague fortunas a génios, sejam eles do bisturi ou de outra qualquer arte.

É que contrariamente ao futebol, em que cada equipa depende dos adeptos que voluntariamente a sustentam, no serviço público de Saúde somos todos nós que, quer queiramos quer não, o pagamos...

18 Fevereiro

A Ministra visitou Unidades de Saúde Familiar. Tais visitas, para além do simbolismo e óbvia intenção de reafirmar a manutenção das grandes linhas das políticas anteriores, deram origem a um novo paradigma relacional com uma mais tranquila aproximação à realidade e uma maior aposta nos profissionais.

Aquilo que pretendia ser uma reafirmação de que nada de substancial estaria a mudar, tornou-se, assim, numa evidência de que a mesma realidade pode ter diversas abordagens tal diversidade fazer toda a diferença.

Neste aspecto, a diferença entre a actual e o anterior detentor da pasta é abissal. As questões concretas de doentes e profissionais de Saúde fizeram o seu caminho até à superfície, por fim libertos da encurrada de números e estatísticas que por hábito os asfixiavam e tornavam ininteligíveis.

Claro que ainda não foi agora que se

Nenhum médico, obrigado quantas vezes a trabalhar quase gratuitamente, compreenderá que o mesmo sistema que o maltrata pague fortunas a génios, sejam eles do bisturi ou de outra qualquer arte



assistiu à contextualização de toda a realidade subjacente. Ainda não foi desta que se analisou sem estados de alma ou pressupostos de clube os pontos fortes e os pontos fracos das transformações em curso.

A sustentabilidade a médio prazo do sistema agora criado andou arredia do discurso e este, quando centrado nas vantagens para os aderentes, esqueceu com excessiva facilidade o que fazer dos outros.

Os riscos de criar médicos e doentes de primeira e de segunda continuam cada vez mais óbvios e a arrogante e voluntária ignorância do facto por parte de alguns responsáveis intermédios, longe de defender a reforma ou os políticos que por ela dão a cara, fragiliza o que é uma boa ideia e uma evolução positiva.

Infelizmente, a comunicação social, muito treinada a retirar dos dias a espuma que garante as audiências, lida mal com visões em profundidade e esbarra na capacidade, só ao alcance de grandes profissionais, de tornar simples e inteligível o que é complexo.

Não foi por isso de estranhar que o facto mais relevante e que mereceu maior atenção dos jornais televisivos tenha sido o automóvel oferecido pela Câmara Municipal à USF recém constituída e destinado ao serviço domiciliário.

Tendo, por motivos que seria demasiado longo explicar, contrariado os meus hábitos e aceitado acompanhar a visita da governante, pude assistir, como sói dizer-se, ao vivo e em directo, ao desenrolar da acção.

De início nem me tinha apercebido que o veículo automóvel alvo do pomposo protocolo de colaboração entre autarquia e estrutura de Saúde, fosse o modesto e velhinho carrito pintado de azul bebé estacionado na entrada.

Mas quando um jornalista local perguntou quantos quilómetros já teria e se ainda era capaz de subir os árduos caminhos da Serra, todas as atenções se viraram para ele e de imediato nada mais pareceu importar que discutir as virtualidades do dito.

Analisaram-se cavalos, estado da mecânica e putativo valor de mercado. Responsáveis de um lado e doutro vi-

É um mundo complexo [o da medicina do trabalho], aparentemente livre de qualquer auditoria ou inspecção digna desse nome

ram-se obrigados a longas explicações.

– Que sim que o carrito fazia muita falta, que era melhor que nada, que antes nele que a pé, pois no Inverno venta e cai geada.

– Que não, que não era nada ridículo, que cada um dá o que tem e que a inspecção garantia o estado de rigor da mecânica e dos travões.

Dei por mim a pensar neste estranho País em que ninguém se interroga ou preocupa com o facto de os doentes acamados ou retidos em casa não terem assistência, mas em que todos se indignam se uma Câmara resolve oferecer um utilitário fora de moda e sem os «airbags» da última revista.

Estava nestes considerandos quando uma câmara e um microfone se atravessaram no meu caminho dando-me oportunidade de expressar todo o repúdio que por certo em nome dos médicos obrigados a circular em tal «chasso» eu não deixaria de manifestar.

Foi talvez por isso que, para desilusão de quem perguntava, e apesar de não ser grande entusiasta de carros com vinte anos pintados de azul-bebé dei por mim a responder... ..sabe, a cavalo dado não se olha o dente...

25 Fevereiro

A situação que um diário descreveu como sendo a realidade na prestação de actos de medicina do trabalho é, no mínimo, assustadora.

Fala-se em exames que são cobrados mas não são executados, exames realizados por indivíduos sem qualquer habilitação ou certificados assinados por médicos que se limitam a apor a sua rubrica sem nunca terem observado os trabalhadores.

É um mundo complexo, aparentemente livre de qualquer auditoria ou inspecção digna desse nome.

Nesse mundo surreal coexistem profissionais íntegros e esforçados, empresas sérias e cumpridoras e aparentemente um manancial de truques, golpes e ilegalidades por todos tolerados com aquela indiferença benfazeja que nos caracteriza e que alguém já chamou de brandos costumes.

Como todos os escândalos na sociedade mediática em que vivemos, este arrisca-se a ter a duração de um sopro, a consistência de um momento e a definitiva ocultação adequada ao lixo que, por falta de alternativa, se varre para debaixo do tapete.

Se alguém quiser estudar em maior pormenor o porquê ou a veracidade do alegado, tropeçará inevitavelmente na explicação tão óbvia como esfarrapada de que a lei, se bem que excelente, é inexequível e que quem tem competência para inspecionar não tem meios.

Arriscar-me-ia a afirmar que tal estado de coisas é em Portugal mais que uma circunstância, verdadeiramente um fado. Começa-se por desejar copiar algo que se viu lá fora ou é-nos imposto por força das regras de um clube em que nos filiámos legislar sobre uma determinada matéria.

Com o espírito sonhador que nos fez partir nas caravelas produz-se e aprova-se depois de acaloradas discussões que a tornaram perfeita uma lei que, no papel, nos garante um lugar cimeiro de progresso e modernidade no concerto dos povos.

Como é apanágio de documentos de tal perfeição a sua correspondência com a realidade é nula tanto mais quando a realidade é a do nosso conhecido atraso e atavismo conservador.

Após um período variável de maturação, correspondente ao tempo que demora a lei a saltar de departamento em departamento sem que ninguém



TSF – Na Ordem do Dia

saiba o que fazer com ela, ei-la por fim em repouso em cima da secretária de alguém que não consegue passá-la a um qualquer incauto.

Neste momento supremo e decisivo a nossa lei inexequível trilha um de dois caminhos possíveis. Ou bem que carece de regulamentação, o que garante o tempo suficiente para todos dela se esquecerem, ou bem que não e nesse caso há que pô-la a funcionar.

Entra então em jogo a displicência e o pragmatismo que nos garantiram séculos de comércio por todas as partidas do mundo e improváveis vitórias em pelejas em que à partida éramos confrangedoramente minoritários.

Tal pragmatismo e displicência asseguraram-nos o destino dos atrevidos que se bem que de uma forma geral se arrependam, de quando em vez têm do seu lado aquela sorte que protege os audazes.

Instituído que está o jogo do faz de conta, todos aceitam não ver o óbvio; e se algum peso lhes tolda a consciência com um bocejo e a conclusão que o mundo é dos espertos, aflagam-se os escrúpulos. O pior é que sempre que tal acontece há um número significativo que paga a factura.

Nesse número incluem-se as vítimas evidentes, isto é, os destinatários dos serviços que não se prestam ou cuja qualidade não é aferida, e algumas vítimas menos óbvias.

Estas são, no caso vertente, os milhares de médicos do trabalho honestos e empenhados que gostariam de defender com eficácia a saúde dos trabalhadores e as centenas de empresas que sabem que defender a qualidade sanitária dos postos de trabalho pode ser um factor relevante de aumento da produtividade e que têm o direito de ver concretizado o serviço que pagaram.

É que o que o excesso de tolerância permite não é a exequibilidade ou o pragmatismo. O que, pelo contrário, permite é a perversão das regras da

concorrência, oferecendo ao prevaricador as condições leoninas que lhe asseguram o domínio do mercado.

Mesmo que não fosse por outras razões morais, hoje definitivamente fora de moda, por estas tão actuais valeria a pena chamar a polícia...

3 Março

Para espanto de muitos, o Dr. Luís Filipe Menezes informou esta semana ser política assumida do seu partido colocar todos os médicos em exercício exclusivo a uma entidade empregadora, pública ou privada.

Nos tempos do PREC, este foi assunto

vidade, melhor remunerado, principalmente quando contabilizadas as horas extraordinárias.

Como se compreende, o médico, como qualquer cidadão, prefere trabalhar um número de horas razoável libertando tempo livre para o estudo, o descanso ou a diversão. Como profissional liberal, a necessidade de responder e responsabilizar-se sozinho pelos seus doentes leva a um exercício em dedicação plena incompatível com o estilo de vida actual.

As elevadas taxas de divórcio, bem como de patologias associadas ao stress e ao excesso de trabalho entre os médicos, são reveladoras e recomen-

dam a contenção do número de horas semanais de trabalho, quer este seja assalariado quer liberal.

Perguntar-se-á então por que persistirão os médicos em querer exercer em liberal e por que se jun-

Na época [do PREC], quem defendia a liberdade de exercício arriscava o epíteto fácil de fascista sendo a medicina privada vista como uma obsolescência

que deu origem a bem acaloradas discussões no meio médico. Na época, quem defendia a liberdade de exercício arriscava o epíteto fácil de fascista sendo a medicina privada vista como uma obsolescência.

O tempo acabou por tornar perceptível que o exercício liberal, não podendo na medicina organizada e moderna ser o paradigma ou substrato da organização, revelava vantagens de plasticidade que não seria lógico desprezar. Pode hoje afirmar-se, que face à rigidez característica do nosso sistema de Saúde, a medicina liberal constituiu um resíduo onde o funcionamento do mercado garantiu a cobertura homogénea no território nacional de consultas de especialidades. Tal cobertura, entre outras vantagens, permitiu a identificação precoce de patologias que de outra forma teriam encajado em longas listas de espera.

Para os médicos tal sistema sempre foi penoso, pelo que se assistiu ao longo dos anos a um cada vez maior número a optar pelo exercício em exclusi-

tam agora à esquerda tradicional os defensores de ideologias mais conservadoras nesta sanha contra o exercício livre da medicina.

Não sendo provável que sejam os de fora a preocupar-se com a estabilidade afectiva e a saúde dos médicos, por certo outras razões, mais ou menos confessáveis, estarão por detrás de tais iniciativas.

Não será difícil de perceber...

Um médico com prática liberal é um profissional que, como os outros profissionais liberais, os pequenos comerciantes, os pequenos agricultores e industriais, não é sujeitável a servidões nem transfere com facilidade a mais valia do seu trabalho para as organizações resultantes da acumulação de capital. Se em número significativo, estes profissionais podem constituir um obstáculo à viabilidade de empresas baseadas em baixos custos de mão-de-obra ou, mais gravemente na opinião de alguns, possuírem a liberdade suficiente para manter a fidelidade à sua Ética, privilegiando o dever para com o seu doente sobre o dever para com o empregador.



O exercício livre da medicina ao garantir suplementos remuneratórios aos médicos constitui-se para estes, por um lado, numa armadilha que os leva a aceitar os baixíssimos salários com que Estado e empresas os pretendem remunerar, mas, por outro, garante-lhes a liberdade necessária para se constituírem em consciência crítica da Sociedade e provedores dos doentes. Obrigar os médicos ao exercício em exclusividade é atractivo para todos a quem perturbe esta liberdade. Como dizia um amigo meu, conhecido sindicalista, a exclusividade nada acrescenta em termos de qualidade e quantidade de trabalho que o médico produz para com a entidade que o contrata pelo que quem a exige só pode fazê-lo por prepotência. Ora a prepotência é um vício e estes, como se sabe, pagam-se caros...

10 Março

No que respeita aos hospitais os tempos são de reforma. De Luís Filipe Pereira a Correia de Campos as diferenças ideológicas esbatem-se e a invisível mão do mercado faz os seus visíveis percursos. Apesar do Serviço Nacional de Saúde ser o sector português que mais favoravelmente compara com o que se passa no resto do Mundo, a verdade é que as despesas sempre crescentes assustaram os políticos e daí à reforma e ao apelo aos gurus da gestão foi um pequeno passo. Transformar os hospitais em empresas mais ou menos públicas, já que procurar compradores no mercado privado para além de impossível arrastaria só de ensaiá-lo um enorme custo político, foi o inevitável caminho. Tanto mais

quanto Bruxelas não se fez rogada em aceitar esta criatividade de retirar do ente público tão obsoletas e gastodoras organizações.

Na fase inicial, leia-se governo Luís Filipe Pereira, pomposamente denominadas de sociedades anónimas, apesar de terem um único sócio bem conhecido – o Estado de todos nós – foram logicamente entregues a gestores indiferenciados vindos de todos os ramos de actividade.

Começou a ouvir-se falar de clientes, momentos de verdade, satisfação, lucros e tantos outros vocábulos até ali impensáveis no meio daquelas paredes habituadas a palavras como doenças e doentes, curar e cuidar.

Na fase seguinte, leia-se governo Correia de Campos, o espírito e a linguagem continuaram só que mudaram os protagonistas, agora predominantemente oriundos da Escola Nacional de Saúde Pública e dos seus cursos de Administração Hospitalar.

Não foram grandes as diferenças para além dos tiques corporativos próprios a cada grupo e a sua comum desconfiança relativamente aos médicos.

Estes, habituados a explicar a comissários políticos e amigos vários os aspectos elementares da casa, revestiram-se da mesma paciência para tentar fazer perceber aos novos representantes do patrão as básicas realidades sobre as quais teriam de decidir.

Nada disto passaria portanto de mais um jogo de representação e de um exercício de perda de tempo e guerras de alecrim em que como portugueses somos exímios se não se desse o caso de alguns comecem a levar a coisa a sério.

E como a profunda sapiência de Coimbra sempre soube a propósito de catráticos novos, nada como os novos

devotos e recém convertidos para dar à acção aquele irreduzível empenho de frei Torquemada.

Alcandorados às alturas dos fazedores de milagres redentores, tocando as harpas celestiais da nova ciência de conduzir as organizações, porque não ensaiar todas as inovações e fazer tábua rasa dos conselhos desses obsoletos esculápios agarrados às suas ancestrais manias e irritantes preconceitos éticos. Transformados que fossem actos médicos em produtos de consumo corrente a sua livre disposição no mercado das trocas só traria ao povo benefício.

Foi assim que com naturalidade se mandaram idosos para Cuba afim de serem operados já que um bilhete em turística num charter saía mais barato que uma cirurgia aos preços da convenção e ainda oferecia de bónus um passeio à pátria de Fidel.

Da mesma forma nada como importar uns espanhóis para fazer por atacado ao fim de semana as cirurgias que os lusos, com os seus preciosismos e vagares, demorariam todos os dias úteis de uma inteira semana para aviar.

O facto de ninguém perguntar das preferências aos doentes, tratados como sempre na qualidade de objectos de caridade que não de titulares de direitos, nem de aferir da viabilidade e disponibilidade de tratar em casa as inevitáveis complicações foi um mero pormenor.

Pergunta-se agora: Até quando a paciência dos autóctones? Quanto mais tempo para passar de moda e partir para outra? Ou se por um desses acasos em que somos pródigos a nova cultura se enraíza? É que há quem imagine que no futuro, tal como aconteceu com as mercearias de bairro, para tratarmos da nossa saúde, iremos esquecer o médico e passaremos a dirigir-nos ao supermercado.



Processo Disciplinar N°5-A/2001

Em cumprimento do disposto nos artigos 59° e 21° do DL 217/94, de 20 de Agosto, torna-se público que, por acórdão proferido no **Processo Disciplinar n° 5-A/2001** que correu termos no Conselho Disciplinar Regional do Centro da Ordem dos Médicos foi o participado, Dr. **António Alberto Cardoso Machado** (Cédula Profissional n° 31613), **condenado na pena de censura e na sanção acessória de publicidade da pena**, por violação dos artigo 3° n° I do Regulamento Geral sobre Publicidade e Expressão de Actividade Médica, conjugados com os artigos 81° e 82° do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

Coimbra, 6 de Dezembro de 2007

Conselho Disciplinar Regional do Centro da Ordem dos Médicos

A Presidente

Dr^a Almerinda Rodrigues

Foi publicado o Decreto-Lei que cria os agrupamentos de Centros de Saúde, documento que foi ainda aprovado pelo ex-ministro da Saúde, Correia de Campos. Na sequência dessa publicação, o Conselho Nacional Executivo emitiu um comunicado que passamos a transcrever.

Decreto-Lei sobre agrupamentos de centros de saúde

Comunicado

A Ordem dos Médicos lamenta que o Prof. Correia de Campos, no termo das suas funções de Ministro da Saúde, tenha ainda assinado o Decreto-Lei n.º 28/2008, publicado no dia 22 de Fevereiro, em Diário da República, um documento legislativo que cria os chamados agrupamentos de centros de saúde (ACES). Uma medida de tão grande alcance e tão importante para o Serviço Nacional de Saúde mereceria o contributo da Ordem dos Médicos, o que, infelizmente para os portugueses, não aconteceu. A criação de ACES poderá visar apenas entregar a gestores e administradores não médicos as direcções dos centros de saúde, com todas as consequências negativas para a qualidade dos serviços prestados. A Ordem dos Médicos aguarda agora pela fase de regulamentação e aplicação prática destas medidas, altura em que será possível alterar os aspectos mais gravosos do Decreto-Lei.

O Bastonário,

Pedro M.H. Nunes

Lisboa, 22 de Fevereiro de 2008

TOMADA DE POSSE DO PRESIDENTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

Realizou-se no dia 9 de Fevereiro, no auditório da Ordem dos Médicos, a cerimónia de tomada de posse do bastonário reeleito, Pedro Nunes. Presentes nesta cerimónia estiveram a ministra da Saúde, Ana Jorge, as ex-ministras da Saúde, Maria de Belém Roseira e Manuela Arcanjo, o presidente da Ordem dos Médicos de Cabo Verde, Luís Leite, e o presidente da Associação Médica Brasileira, José Luiz Gomes do Amaral; os presidentes das três secções regionais da OM, Isabel Caixeiro, José Manuel Silva e José Pedro Moreira da Silva; os ex-bastonários da OM Carlos Ribeiro, Gentil Martins, Germano de Sousa e Santana Maia; dirigentes distritais, representantes das várias ordens profissionais, médicos e funcionários, num auditório repleto de pessoas que não quiseram deixar de estar presentes no momento que simboliza o início do triénio 2008/2010, com Pedro Nunes a presidir os destinos da instituição.



Pedro Nunes iniciou o seu discurso destacando os dirigentes que estiveram sempre a seu lado

Pedro Nunes começou o seu discurso de tomada de posse agradecendo a confiança, empenho e trabalho de todos quantos colaboraram para a sua reeleição: «aos meus mandatários e delegados de candidatura, por maioria de razão, ao meu mandatário nacional e aos presidentes de honra do movimento para a minha candidatura», destacando ainda o trabalho dos «funcionários da Ordem dos Médicos que, com a isenção e o rigor a que há longos anos nos habituaram, garantiram a total transparência e isenção do processo eleitoral» e o departamento jurídico da OM «pelo rigor inexecedível que impuseram ao mais pequeno acto ou decisão do processo eleitoral, tornando-o exemplar na sua transparên-

cia, na equidade entre os candidatos, na controlabilidade de todos os seus momentos». Um agradecimento especial foi ainda dirigido «a José Manuel Silva, que no longo interregno entre os dois momentos eleitorais assumiu com todo o brio, todo o empenho e toda a disponibilidade as funções de Bastonário. Mais do que a prova em como tem qualidades para ocupar este cargo, a sua coragem, abnegação e lealdade para com a Instituição nos momentos difíceis que atravessou são a prova da sua nobreza de carácter e para mim inesquecíveis. Inesquecível é também o quanto devo a Manuela Santos e Isabel Caixeiro. Para além do que todos os médicos lhes devem – a uma o esteio económico desta casa, e a outra a sensatez, inteligência e elevada percepção da realidade política e dos caminhos da saúde europeia – eu fico particularmente em dívida por toda a organização, trabalho inenarrável e permanente disponibilidade, sem os quais provavelmente hoje não estaria aqui».

Referindo-se ao seu longo percurso na Ordem dos Médicos, que iniciou formalmente com Machado Macedo, para a mesa eleitoral, mas com Santana Maia para cargos executivos, com quem consolidou valores do humanismo essencial à prática médica, Pedro Nunes la-



«Os bons resultados da Saúde em Portugal devem-se ao trabalho árduo, incompreendido e tantas vezes ignorado dos médicos»

mentou que continue «sem estar publicado o Acto Médico, sem estar revisto o Estatuto e o Regulamento Disciplinar». Salientando que «os bons resultados da Saúde em Portugal devem-se ao trabalho árduo, incompreendido e tantas vezes ignorado dos médicos», Pedro Nunes referiu que o facto de a actual titular da pasta da saúde ser médica lhe irá provavelmente permitir uma perspectiva realista dos problemas e da importância dos médicos serem ouvidos como consultores técnicos. Referindo-se à esperança na mudança de atitudes dentro do

Ministério, o bastonário reeleito não deixou margem para dúvidas sobre o que espera de Ana Jorge: «Esperança, não em que tome medidas no interesse dos médicos, porque isso seria trair as funções que há poucos dias jurou desempenhar com lealdade, mas que tome medidas ouvindo os médicos». Só assim será possível, em seu entender, «repor a confiança dos portugueses no seu sistema de saúde». Criticando o «desmoronar da organização de urgência» que se tem verificado, referiu que o que deturpa e «entope» o funcionamento da inexistente rede de ur-



José Manuel Silva



Isabel Caixeiro



José Pedro Moreira da Silva



«Como ministra contará com a disponibilidade do nosso saber, a verticalidade da nossa crítica e a vontade do nosso aplauso», garantiu Pedro Nunes

gências «é a ausência de alternativas, a inexistência da garantia de obter uma consulta atempada em horários de rotina». Reconhecendo o grau de dificuldade dos desafios que a ministra da Saúde tem pela frente, Pedro Nunes reafirmou que «as páginas desta agenda difícil interagem, em cada parágrafo, com o saber dos médicos», e que Ana Jorge terá o total empenhamento e esforço dos médicos e deverá contar com essa ajuda e saber «antes que o desencanto, a descrença, o cansaço os faça abandonar», pois «num quadro de falta acentuada de médicos trei-

nados no futuro de médio prazo – carência que há que contrariar motivando o prolongamento da vida activa e estimulando o ensino dos mais novos – só o muito bom senso, pragmatismo e capacidade mobilizadora podem vencer. A desconfiança e a luta contra os lobbies seriam o medicamento fatal que provocaria a nossa eutanásia colectiva enquanto nação». «Como ministra contará, como todos os ministros sempre contaram, com a disponibilidade do nosso saber, a verticalidade da nossa crítica e a vontade do nosso aplauso. É isso que hoje aqui lhe ofereço,



como ofereci a todos os seus antecessores. Estou certo que saberá compreender melhor que alguns o valor dessa oferta».

O discurso de Pedro Nunes foi igualmente marcado pela defesa do Serviço Nacional de Saúde público, «como elemento imprescindível e estruturante de um sistema de saúde geral, universal e gratuito que os portugueses exigem da sua Pátria» e pela defesa da independência dos médicos, referindo que não se pretende «fomentar qualquer forma de privilégio ou discricionariedade, mas para que os interesses



Ana Jorge



Maria de Belém Roseira



Manuela Arcanjo



O Bastonário assegurou que pugnará por «uma Ordem comprometida com o progresso da sociedade»

a proteger sejam os do mais fraco, os do que não tem voz, os do que não tem capacidade económica ou cultural e, para mais, está doente. Para que sejam os seus interesses e não os da ânsia do lucro, do domínio ou da posse de bens a prevalecer». Para este triénio, o bastonário prometeu uma Ordem que não será neutra e que não estará vinculada à defesa dos interesses menores de um grupo mas sim «uma Ordem comprometida com o progresso da Sociedade». Uma Ordem «vertical, incómoda quando estão em causa os direitos daqueles com quem

se compromete», os doentes. E acrescentou: «Estarei sempre com aqueles que sabem que a defesa dos médicos é a defesa da qualidade da sua prática, do prestígio da sua postura, do seu direito a ser, mais que ouvidos, escutados. Estarei sempre com aqueles que acreditam nos médicos, que sabem que são gente de bem e que é necessário um esforço permanente e decisivo para que, numa sociedade distraída, mediática, egoísta e solitária, vençam os valores da solidariedade entre os homens. Estarei comprometido e empenhado, como tem sido a minha forma de vi-

ver, pois não acredito que doutra forma valha a pena.

Entre os compromissos assumidos para os próximos três anos, Pedro Nunes não quis deixar de referir a revisão do Código Deontológico, tendo entregue simbolicamente duas propostas de revisão aos bastonários que o precederam no cargo – «a que o Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas, presidido pelo Prof. Vilaça Ramos, elaborou e se deve a um trabalho dedicado do Prof. Esperança Pina e aquela que eu elaborei baseando-me nesse trabalho. Início, assim, hoje mesmo e com estes dois documentos, o processo que levará à aprovação de um novo Código por toda a classe no dealbar do séc. XXI». O bastonário realçou que «não estranhem que ele se mantenha fiel aos valores e aos princípios hipocráticos». E concluiu: «A modernidade é saber interpretar e compreender tudo o que é novo e integrando-o na nossa praxis e naquilo que acreditamos valer a pena.»

Pedro Nunes foi reeleito Bastonário da Ordem dos Médicos em 16 de Janeiro, ao vencer a segunda volta das eleições com cerca de 56 por cento dos votos. O discurso completo da tomada de posse pode ser lido no portal da Ordem dos Médicos:

<http://www.ordemdosmedicos.pt>



José Luiz Gomes do Amaral



Luís Leite



Eduardo Pacheco

Distritos Médicos – cerimónia de tomada de posse

Iniciamos nesta edição a publicação de excertos dos discursos da cerimónia de tomada de posse de alguns dos Distritos Médicos de todo o país. Apesar de diversas tentativas, não foi possível até ao fecho da edição recolher informação mais completa ou que abrangesse todas as Distritais.

Distrito Médico do Porto

No dia 11 de Janeiro tomaram posse os órgãos do Distrito Médico do Porto, nomeadamente José Manuel Fraga, como presidente do Conselho Distrital de Porto. Dessa tomada de posse, que decorreu em simultâneo com a dos órgãos regionais, damos conta do discurso de José Pedro Moreira da Silva, no início do qual fez uma análise das expectativas criadas «com as recentes modificações no sector da saúde, (...) bem como aquilo que devem esperar os portugueses», realçando que «temos de saber se temos uma saúde tendencialmente gratuita para todos, conforme está consignado na constituição ou se, de facto, algumas pessoas terão de pagar de outra forma». Sobre a reforma dos serviços de urgência, Moreira da Silva realçou a necessidade de adaptação às realidades locais e de ter em conta «a distância e o tempo que medeia entre o domicílio do doente e o ponto de urgência mais próximo», porque, conforme referiu, a «concentração de recursos parece ser aceitável desde que bem espalhados, de modo a fazer uma cobertura dos cuidados por todo o país, mas que funcionem de forma eficaz e com qualidade». Foram ainda abordadas questões prementes como a revisão dos estatutos da Ordem, a necessidade de «combater a imposição de medidas que pretendam promover a quantidade assistencial em detrimento da qualidade», o «falhanço da gestão nos hospitais públicos», o desmantelar do Serviço Nacional de Saúde, entre outras. Para

terminar, José Pedro Moreira da Silva defendeu que é necessário «reforçar o papel da Ordem dos Médicos na realização de auditorias aos serviços de saúde, visando a inventariação das condições de actividade profissional e a defesa da qualidade do exercício» e «valorizar competências reconhecidas na área da gestão da saúde na selecção dos médicos com funções de direcção de unidades de saúde ou de serviços médicos, de forma a garantir a independência e qualificação técnicas».

Distrito Médico de Lisboa-Cidade

Foi no dia 22 de Janeiro que se deu a tomada de posse de Florindo Esteves Esperancinha, como presidente do Conselho Distrital de Lisboa-Cidade. A organização dos serviços de saúde

e a necessidade da OM intervir dando pareceres sobre essa área, a preservação de um Serviço Nacional de Saúde como universal e tendencialmente gratuito e «a auscultação regular dos médicos de Lisboa-Cidade qualquer que seja a instituição onde trabalhem», são prioridades referidas por este dirigente distrital. Agradecendo aos médicos que confiaram na sua lista e que o expressaram através do voto, Florindo Esperancinha concluiu: «a partir de hoje a Distrital não é de quem deu ou a quem foi dado o voto, mas de todos».

Distrito Médico da Grande Lisboa

A tomada de posse deste Distrito Médico teve lugar na mesma data que a dos órgãos do Distrito Médico de Lisboa-Cidade. Cipriano Justo foi empos-

Florindo Esperancinha, Lisboa Cidade



Cipriano Justo, Grande Lisboa



sado como presidente do Conselho Distrital da Grande Lisboa. Não tendo efectuado um discurso, teceu alguns comentários no final da cerimónia, durante os quais realçou a necessidade de muito trabalho e empenhamento para o cumprimento dos compromissos eleitorais. Entre as prioridades destacou «as Carreiras Médicas e a revisão do Código Deontológico», matérias que em seu entender devem ter um tratamento célere.

Distrito Médico de Beja

Foi no dia 8 de Fevereiro, no auditório do Hospital José Joaquim Fernandes que tomou posse Pedro Vasconcelos como presidente do Conselho Distrital de Beja. Manuel Matias da Silva, presidente da Assembleia Distrital cessante foi quem deu posse aos novos dirigentes tendo salientado no seu discurso que «o mais importante é o dever e o acto médico» e tendo referido as dificuldades da região, nomeadamente com o êxodo dos médicos. Pedro Vasconcelos, por seu lado, não quis deixar de assinalar, no dia da sua posse, o empenho desta direcção distrital na unificação dos médicos, através de reuniões científicas e outras de índole social: «e que isso seja pretexto para nos podermos encontrar mais, conhecer melhor e evitar aqueles mal-entendidos que por vezes surgem de forma inesperada».



Pedro Vasconcelos, Beja



Dulce Mendes, Leiria

Distrito Médico de Leiria

A 27 de Fevereiro tomou posse Ana Barros, presidente eleita do Conselho Distrital de Leiria. A posse foi dada por Dulce Mendes, presidente da Assembleia Distrital. O discurso de Dulce Mendes foi marcado por preocupações com as carreiras e o estado da saúde em Portugal mas também por alguns momentos de optimismo no trabalho de equipa. Congratulando-se com a reeleição de Pedro Nunes para o cargo de Bastonário, Dulce Mendes exaltou a classe médica pelo seu bom senso e afirmou que «a classe médica não está desmotivada nem tão dividida como alguns gostariam que estivesse» e que «demonstra maturidade, empenho e união em torno dos seus valores intrínsecos e da sua Ordem». A José Manuel Silva, presidente do Conselho Regional do Centro, felicitou «pela coragem, desassombro e frontalidade com que liderou a Ordem durante um tempo especialmente duro e cheio de armadilhas» e agradeceu «o apoio e acompanhamento que tem prestado ao Distrito Médico de Leiria».

Quanto a Ana Barros, a quem deu posse, Dulce Mendes referiu «o seu permanente entusiasmo» e como o mesmo se reflecte no bom trabalho dos colegas.

Mas o tom do discurso de

Dulce Mendes não foi nada optimista: «o actual estado da saúde em Portugal é de tal forma grave que tenho medo que nem mesmo nós, Ordem dos Médicos, consigamos reparar o dano que já foi feito. (...) Penso, e esta é a minha opinião pessoal mas que acredito que está em consonância com a de muitos colegas, que está chegado o tempo da Ordem e de todos os médicos tomarem conta, de forma efectiva, daquilo que a eles diz respeito: a saúde em Portugal. Penso que chegou o momento de, com firmeza, definirmos e impormos o nosso modelo de carreiras médicas». Dulce Mendes expressou ainda preocupação com os colegas mais velhos, em fim de carreira, mas também com o futuro dos mais novos, com o problema da usurpação de competências, subjacente à não aprovação da lei do acto médico e realçou que a Ordem não trabalha apenas para os médicos mas que também protege os doentes.



Ana Barros, Leiria

TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO E BOAS PRÁTICAS EM TRAUMA

No dia 13 de Fevereiro, Carlos Mesquita, Salvador Massada e Paulo Freitas, da Comissão da Competência em Emergência Médica, apresentaram, durante a Reunião Geral de Colégios, duas publicações de grande relevância sobre recomendações para o transporte de doentes críticos e normas de boa prática em trauma.

O trabalho agora apresentado por Paulo Telles Freitas sobre «transporte de doentes críticos» começou em 1997 por iniciativa da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Foi desenvolvido em estreita colaboração entre a SPCI e o grupo de trabalho da Competência em Emergência Médica, coordenado por Fernando Rua.

Como se pode ler no preâmbulo do documento: «a Ordem dos Médicos e a SPCI, ao elaborarem um documento desta natureza, vão ao encontro das preocupações de todos os médicos que, no seu quotidiano, se vêem confrontados com a decisão de transferir doentes graves ou críticos. Essa decisão é um acto médico. Na prática, os médicos assumem todos os riscos e complicações que podem surgir durante o transporte e as suas consequências, devendo constituir preocupação acrescida da Ordem dos Médicos que as regras das boas práticas sejam implementadas e respeitadas». O trabalho analisa as várias questões que se colocam no transporte de doente crítico, desde os princípios gerais como a decisão, planeamento e efectivação, às questões éticas e controlo de qualidade, transporte intra-hospitalar, transporte secundário, transporte aéreo, medidas preventivas das complicações, etc. Além do coordenador, Fernando Rua, e de Paulo Freitas, que apresentou o documento final nesta



Salvador Massada, Paulo Freitas e Carlos Mesquita

reunião, o grupo de trabalho era ainda constituído por António Marques e João Paulo Almeida e Sousa.

Salvar vidas e reduzir incapacidades

Salvador Massada apresentou o documento sobre «normas de boa prática em trauma» que foi elaborado por um grupo de trabalho de trauma, no âmbito da Competência em Emergência Médica, constituído também por António Marques, Carlos Mesquita, Fernando Próspero Luís, João Paulo Farias,

João Paulo Almeida e Sousa, Jorge Mineiro, Paulo Telles de Freitas e Renato Bessa de Melo. Celso Cruzeiro, Joaquim Murta, Luís Mendes Pedro e Maria Filomena Soares Cardoso participaram neste trabalho como peritos convidados.

Salvador Massada explicou que este é «um documento referencial e essencial para a boa prática médica» e que as normas que nele se incluem são «quer clínicas, quer organizativas». Nele se propõe a criação de uma rede de trauma a nível nacional, com acompanhamento técnico e científico da OM, sob a alçada do Ministério da Saúde. As

normas de boa prática compiladas são abrangentes e abordam, nomeadamente, traumatismo crânio-encefálico, traumatismo do pescoço, torácico, abdominal, traumatismo dos membros, ocular, traumatismo na grávida, etc.

Como se pode ler no preâmbulo do documento, «o tratamento das vítimas de trauma, apesar dos esforços de vários grupos e associações, tem sido pouco consistente e sem resultados palpáveis. (...) Numa patologia em que o tempo corre sempre contra a vítima, é fundamental que todas as etapas da cadeia de sobrevivência sejam conhecidas e respeitadas pelos diversos intervenientes no sistema de socorro, de modo a que o tempo entre o acidente e o retorno à vida activa seja o mais curto possível. Quis a Ordem dos Médicos nomear um grupo de trabalho para elaborar normas de boa prática em trauma para Portugal, em colaboração íntima com a Comissão de Competência em Emergência Médica. O trabalho efectuado representa um pas-



Simbolicamente, as publicações foram entregues a Pedro Nunes, que as distribuiu pelos restantes membros da mesa de Reunião Geral de Colégios

so importante num esforço de organização que, se for seguido por todas as entidades intervenientes no tratamento destes doentes, salvará muitas vidas e reduzirá incapacidades».

Simbolicamente, nesta reunião, a Comissão de Competência em Emergência Médica entregou os dois documentos a Pedro Nunes, bastonário da Ordem dos Médicos.

Envie-nos os seus artigos

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

REUNIÃO GERAL DE COLÉGIOS

Decorreu no dia 13 de Fevereiro a Reunião Geral de Colégios. A reunião foi presidida pelo bastonário, Pedro Nunes, e por representantes das três secções regionais, Isabel Caixeiro, José Manuel Silva e Manuela Selores, dos conselhos regionais do sul, centro e norte, respectivamente.

O estabelecimento de critérios transparentes de idoneidade formativa foi um dos primeiros assuntos abordados por Pedro Nunes. José Ávila Costa, do Conselho Nacional para a Pós-graduação, referiu que a revisão dos programas está praticamente completa e tendo sido estabelecido um prazo de resposta para os Colégios que ainda não o fizeram e tendo sido referida a necessidade de melhorar tempos e procedimentos. O prazo terminou no final de Fevereiro.

Sobre as carreiras médicas foi referida a necessidade de os Colégios da Especialidade definirem como se fará a evo-

lução técnica dos especialistas e como será efectuada a demonstração da mesma. Neste sentido foi feito um apelo aos Colégios da Especialidade para que façam chegar ao Conselho Nacional Executivo, no decurso do ano de 2008, um documento breve, de duas ou três páginas, no qual perspectivem a evolução em carreira dentro das suas especialidades.

José Manuel Silva pediu aos Colégios a elaboração de um levantamento das necessidades para os próximos anos para que seja feita uma tentativa de influenciar a elaboração de mapa de vagas realista e adequado para a próxima década.



José Ávila Costa, do Conselho Nacional para a Pós-graduação

Serafim Guimarães, presidente do CNIM – Comissão Nacional do Internato Médico, referiu a importância da definição dos critérios para a capacidade formativa de forma muito clara e salientou que a falta das grelhas com os critérios de avaliação final provoca dificuldades. O representante do CNIM salientou ainda os novos problemas que se colocam com a criação administrativa de centros hospitalares: dentro de um mesmo centro há vários serviços «iguais» em cada um dos hospitais que o compõem. A quem passa a ser atribuída a idoneidade formativa? Ao centro hospitalar? Ao hospital ou a cada serviço?

Florindo Esteves Esperancinha, presidente do Colégio de Oftalmologia, opinou que as idoneidades deverão ser dadas aos centros e não aos serviços. Acrescentou ainda que há necessidade de fazer um trabalho de caracterização do universo de cada especialidade. Especificamente quanto à especialidade que integra, referiu estar o Colégio a preparar um documento que permita fazer um currículo único a nível europeu para que a circulação e reconhecimento dos cursos seja facilitada.

Perante a questão levantada por Alves de Matos, presidente do Colégio de Reumatologia, sobre a dificuldade que os colégios têm em desenvolver os critérios de idoneidade e as grelhas de avaliação sem alguma orientação es-



Serafim Guimarães do CNIM e – na mesa – José Manuel Silva, Isabel Caixeiro, Pedro Nunes e Manuela Selores (da esq. para a dta.)



Florindo Esteves Esperancinha, oftalmologia



Alves de Matos, reumatologia



José Matos, psiquiatria

crita, o bastonário esclareceu que a metodologia que o CNE resolveu utilizar foi de definir apenas critérios gerais pois condições relacionais e éticas, por exemplo, são a base dessa formação geral da idoneidade e que cada colégio definiria as especificações próprias da especialidade para a atribuição de idoneidade.

O colégio de urologia, através de João Real Dias, trouxe para a reunião a problemática da desadequação do mapa de vagas. Nesta especialidade, segundo referiu, existem, neste momento, 83 internos para uma capacidade formativa de 51 o que significa que a capacidade formativa dos serviços foi excedida. «No último ano propusemos a abertura de 5 vagas e o Ministério abriu 12»... Serafim Guimarães esclareceu que o CNIM não tinha tido conhecimento da abertura dessas vagas e que

sempre pediu que fosse respeitada a capacidade formativa de cada serviço. Coelho Rosa, coordenador da sub-especialidade de nefrologia pediátrica, referiu a importância de existir comunicação entre os vários colégios para coordenação do trabalho desenvolvido. Rosário Malheiro, da direcção do colégio de estomatologia, salientou igualmente a relevância da comunicação e sugeriu que os colégios utilizassem mais o portal da OM e o espaço que lhes está reservado, opinião partilhada por António Carneiro, coordenador da sub-especialidade de medicina intensiva.

Nesta reunião discutiram-se ainda questões como os ciclos de estudos especiais e a falta de um quadro legal para os mesmos, precariedades da formação, falta de informação dada pelos internos quanto às suas queixas, etc.



João Real Dias, urologia



Coelho Rosa, nefrologia pediátrica



Rosário Malheiro, estomatologia



António Carneiro, medicina intensiva

ENCERRAMENTO DO SAP DO CS DE ALIJÓ

Na sequência do encerramento do SAP do CS de Alijó, os médicos que trabalham no mesmo dirigiram ao ex-ministro da Saúde, Correia de Campos, a carta que a seguir transcrevemos, com autorização dos seus autores.

«Exmo. Sr. Ministro da Saúde

Excelência:

Foi com grande surpresa e indignação que os médicos do Centro de Saúde de Alijó leram o despacho no qual o Senhor Ministro ordena o encerramento do SAP de Alijó, no pretérito dia 27 de Dezembro de 2007.

No despacho, não foi a alteração dos horários nem sequer o eufemismo do *atendimento de situações clínicas agudas no âmbito do ambulatório* que nos surpreendeu, mas sim o conteúdo que invoca, para o referido encerramento. Nele se diz expressamente que:

1. O SAP está dotado de *um médico e um enfermeiro sem formação especializada para situações urgentes ou emergentes.*
2. *Não dispõe de meios de diagnóstico químico ou radiológico.*
3. *Está desligado da rede de transporte de doentes.*
4. *Depois de uma noite de serviço, os médicos estão normalmente dispensados de prestar assistência.*

Sem entrar em discussões sobre o significado de *urgência/emergência*, os mé-

dicos abaixo assinados repudiam totalmente o insulto a que foram sujeitos, quando lhes é imputada publicamente falta de formação, capaz de *pôr em risco a vida dos doentes podendo gerar situações clínicas de difícil recuperação.*

Desconhecemos o autor ou autores destas informações; todavia, ao corroborá-las, assinando o despacho, V.^a Ex.^a está a cometer uma injustiça e a colocar um sério problema no futuro das relações de confiança entre nós e os nossos doentes!

Senhor Ministro da Saúde:

Os médicos do Centro de Saúde de Alijó têm, a maior parte deles, mais de vinte anos de serviço e alguns mais de trinta, durante os quais, foram por várias vezes submetidos curricularmente a provas públicas, em júris constituídos por pares mais diferenciados, nomeados pelo Estado e pela Ordem dos Médicos. Apenas a esses, os médicos reconhecem autoridade e conhecimentos técnico-científicos para a sua avaliação.

Se esta avaliação foi feita administrativamente, contabilizando apenas números, então com que base científica, publicamente, se afirma que estivemos estes anos todos a *pôr em risco a vida dos doentes e a gerar situações clínicas de difícil recuperação?*

O despacho denota um total desconhecimento quanto à falta de condições do SAP de Alijó. Senão vejamos:

- a) Nele trabalham diariamente, há mais de sete anos, dois médicos e dois enfermeiros até às 20 horas, na sua totalidade com formação em SAV (Suporte Avançado de Vida) ministrada pelo INEM.
- b) Está equipado há anos, com meios de diagnóstico químico e radiológico, desfibrilhador e ventilador automáticos.
- c) Tem desde há anos, uma ambulância de serviço em presença física permanente e outra de prevenção.

d) Ao contrário do que afirma o despacho, os médicos que asseguram a noite, na manhã seguinte estão a trabalhar no ambulatório.

e) Desde que o quadro do Centro de Saúde ficou completo (há cerca de quinze anos), nunca qualquer médico foi dispensado de efectuar o seu serviço de ambulatório a seguir a um serviço de SAP nocturno, exceptuando-se o dia de folga, a que legalmente tinha direito, a seguir a um serviço no dia de descanso semanal.

Algumas interrogações nos preocupam, uma vez que até à presente data, não foi legalmente instituído o estatuto de Consulta Aberta. Assim, ficamos sem saber se:

1. *As situações clínicas do âmbito do ambulatório* continuarão a ser atendidas pelos médicos deste serviço?

2. Gostaríamos que fossem explicitados os critérios de inclusão e exclusão das mesmas. Devemos atender todas as situações agudas na Consulta, ou só algumas?

3. Uma vez obrigados, ética e deontologicamente, a atender todos os doentes que surjam na Consulta, como devemos actuar perante um Edema Agudo do Pulmão, ou um Enfarte do Miocárdio, ou ainda um Acidente Vascular Cerebral? Ligamos o 112, ou atendemos os doentes correndo o risco de colocarmos em perigo as suas vidas?

4. Será esta a imagem real que tem o responsável do Ministério da Saúde dos profissionais que nele trabalham?

Apesar de tudo, consideramos ter valido a pena o empenho e dedicação de uma geração de médicos que, prescindindo do conforto e vantagens de viver numa grande cidade, apostaram, há mais de vinte anos, pelo interior cada vez mais desertificado, hipotecando o futuro dos filhos, mas contribuindo, claramente, para a melhoria dos parâmetros de saúde das suas populações.

Estamos revoltados!

As referências ao nosso trabalho colocam-nos, num patamar de menoridade profissional procurando justificar uma atitude que é, em termos políticos, legítima, mas eticamente reprovável.

Se a V.^a Ex.^a cabe, e muito bem, determinar a abertura ou encerramento de serviços, já o mesmo poder não lhe reconhecemos na adjectivação que nos atribui sob o ponto de vista da dignidade ética e profissional. Por tal motivo, verberamos tal comportamento; rejeitamos de modo veemente as palavras assinadas por V.^a Ex.^a, lembrando ao Senhor Ministro que «respeitando os outros, nos respeitamos a nós próprios».

Alijó, 24 de Janeiro de 2008»

Os Médicos

Amauri Jorge Roque Martins

Evangelina Augusta Oliveira Freitas

Álvaro Wilson Schefer

Francisco António Valentim Barros de Mesquita

Joaquim Alberto de Oliveira Cerca

Venceslau Vieira Miguel

Isabel Maria dos Santos Silva Ermida Martins de Freitas

Com o conhecimento de:

• Presidente da República

- Primeiro Ministro
- Governador Civil de Vila Real
- Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte
- Coordenador da Sub-Região de Saúde de Vila Real
- Presidente da Câmara Municipal de Alijó
- Bastonário da Ordem dos Médicos



C.S. de Alijó

«O LADO OBSCURO DOS TRANSPLANTES»

Na sequência da reportagem da revista Visão com o título em epígrafe, recebemos de Eduardo Barroso, para publicação, a carta que foi dirigida por esse cirurgião a Pedro Camacho, director da revista, e que passamos a transcrever.

«Exmo. Senhor Director

Publicou a revista Visão na última quinta-feira um extenso artigo, com referência de capa, com o título «O lado Obscuro dos Transplantes» que me merece os seguintes comentários.

Em primeiro lugar gostaria de lhe dizer que quando fui contactado pelo seu colaborador José Plácido Júnior para um entrevista sobre os Transplantes no Hospital Curry Cabral, o fui na qualidade de principal responsável (embora actualmente sem cargo de Direcção) pelo maior programa de transplante hepático da Europa continental (só dois centros ingleses fizeram mais mas não melhor do que nós). O jornalista tinha já entretanto falado com o meu colaborador principal e actual director do serviço, e com a Coordenadora Nacional de Colheita, a fim de se informar sobre o progresso da actividade da colheita e dos números do serviço. Acedi com toda a naturalidade e maior boa fé, disposto a responder a todo o tipo de perguntas que formulasse, mesmo aquelas que podiam dizer respeito à actual legislação sobre incentivos a esta actividade que como sabe datam de há cerca de 18 anos. Não é a primeira vez que os jornais abordam esta temática, sempre com alguma polémica, dada a especificidade dos incentivos à Transplantação.

Não teria sido necessária nenhuma investigação especial sobre a realidade actual, em todo o país, dos incentivos, porque eu lha teria dado com toda a exactidão.

Infelizmente, ao fim da segunda pergun-

ta, percebi rapidamente que o interesse do senhor jornalista não era ser informado para poder depois construir a sua peça, mas fazer-me um ataque pessoal injusto e descabido pelas razões que lhe vou expor.

À primeira pergunta ainda respondi sem perceber onde queria chegar. Ao ser-me perguntado se era verdade que eu próprio não fazia um transplante renal há cinco anos.

Fiquei um pouco surpreendido com o teor da pergunta mas respondi que não era há cinco mas talvez há 10 ou 12 anos que não fazia esse tipo de transplante que actualmente, na vertente cirúrgica era assegurado por um cirurgião mais novo e por outros colegas ainda mais jovens, todos formados pelo meu anterior chefe e por mim próprio com já cerca de dois mil transplantes realizados.

A experiência acumulada pelo nosso grupo vem do primeiro centro de transplantação renal de Lisboa, iniciado pelo Dr. João Pena no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa e sempre foi política do grupo ser este o primeiro transplante a realizar para formação. Eu próprio realizei como cirurgião mais de quatrocentos destes transplantes e ensinei, juntamente com o Dr. João Pena, Rebelo de Andrade entre outros, muitos dos mais novos a fazê-lo.

Hoje no Curry Cabral quem faz preferencialmente este tipo de transplantes são os mais jovens, coordenados pela Dra. Ana Pena, a quem confiei também a vertente cirúrgica do transplante renal em dador vivo. Esta colega está apenas ligada a este tipo de transplan-

te e ao do pâncreas no futuro, e não está integrada na vertente cirúrgica do programa de transplantação hepática. Tirando eu próprio, os dois ou três cirurgiões mais experientes na área hepática não fazem transplante renal a não ser em casos muito especiais. Os incentivos pagos ao hospital por este tipo de transplante entram num bolo comum com os outros incentivos pagos pelo transplante hepático e são redistribuídos tendo por base critérios, que entram em linha de conta com o grau de responsabilidade, a disponibilidade, a formação de novos cirurgiões, o ensino pré e pós graduado, o pós operatório imediato, a assistência na enfermaria, entre outras valências.

Tive oportunidade de esclarecer o senhor jornalista que o acto cirúrgico em si era apenas um dos aspectos a considerar. Os nefrologistas do programa (a vertente médica do transplante renal) preferiram continuar a receber por escala de urgência em horas extraordinárias e não por prémio ligado ao número de transplantes. Como o número de transplantes renais diminuiu na nossa unidade, porque existem cinco unidades de transplante renal na região de Lisboa (Garcia da Orta, Santa Cruz, Cruz Vermelha, Santa Maria e Curry Cabral), esta opção foi respeitada, apesar da anterior administração e eu próprio tentamos que também estes profissionais fossem compensados a título de incentivos.

Todos os cirurgiões seniores do serviço, mesmo aqueles que não praticam este acto cirúrgico são contemplados

com uma percentagem fixa, consoante o seu grau de diferenciação. No entanto, a percentagem não fixa do bolo de incentivos acumulado é distribuída por um sistema de pontos, apenas atribuído a quem participa na operação. E o mesmo acontece com os anestesistas que são pagos ao acto. Isto foi explicado ao senhor jornalista quando me perguntou se eu achava justo receber incentivos pelo programa renal mesmo não estando envolvido, e ainda bem, no acto cirúrgico. A garantia do futuro do programa é dada pela possibilidade de formarmos outros novos cirurgiões e isto só pode acontecer se concentrarmos este tipo de operação em dois ou três especialistas. Sou eu que, enquanto hierarquia técnica máxima, ou na minha ausência, o meu substituto hierárquico, decidem quem faz as operações e quem as ajuda, sempre com a finalidade de concentrar experiência. Se eu, ou os meus cirurgiões mais diferenciados continuassem a fazer estes transplantes, apenas porque por essa razão recebêssemos incentivos, os mais novos não teriam possibilidade de intensificar o seu treino e tornarem-se eles próprios os formadores do futuro. O que é válido para o transplante renal é também aplicável ao transplante hepático. Quando começámos este programa em Setembro de 1992, dos cirurgiões no activo, apenas eu o sabia realizar. Durante os primeiros anos, e com um número pequeno de transplantes realizados (lembro apenas que nos primeiros 7 anos do programa se fizeram o mesmo número de transplantes hepáticos que no ano de 2007) tive de formar novos cirurgiões que ao contrário de mim não o tinham vindo a aprender em dois anos em Cambridge em Inglaterra. Foram anos duros, com poucos transplantes realizados, mas conseguiu-se ir formando novos cirurgiões a partir do zero. Com o progressivo aumento dos transplantes realizados, foi possível ir adquirindo experiência e progressivamente formando outras pessoas. A política de distribuição dos incentivos foi aplicada no nosso serviço em finais

dos anos 90. Eram distribuídos apenas por critérios fixos, isto é, depois de somados todos os incentivos, estes eram distribuídos, de acordo com o Director da altura, Dr. João Pena, segundo percentagens pré-estabelecidas independentemente da presença física no acto do transplante. Como se fazia pouco, havia pouco para distribuir mas vivíamos uma época de grande entusiasmo e de inteira dedicação. O facto de estar envolvido nessa altura em todos os transplantes hepáticos, por absoluta necessidade, não me fazia ganhar mais do que a percentagem fixa que me fora atribuída. Quando o senhor jornalista me fez a segunda pergunta percebi a má fé e o carácter de ataque pessoal que a reportagem iria contar. Ao perguntar-me em quantos transplantes hepáticos eu tinha participado, no acto cirúrgico, em 2007, fiquei perplexo. O número de mais ou menos 10, que eu próprio forneci ao jornalista, referia-se a um número que não tinha bem presente, apenas um número aproximado daqueles em que por razões técnicas fora chamado à sala. Hemorragias incontroláveis, acidentes técnicos imponderáveis, dificuldades surgidas que aconselhavam a minha presença. Temos actualmente sete cirurgiões preparados para o transplante hepático, quatro mais seniores entre os quais me incluo, e três mais jovens, na casa dos trinta anos que são a garantia do futuro. Juntamente com o meu colaborador mais antigo a quem chamo com orgulho o meu número dois, na hierarquia da competência cirúrgica, decidimos em cada caso quem deve participar na operação. Nos casos mais difíceis ou que se prevê mais complicados são escalados os mais experientes apoiados pelos mais novos. Por isso, nos anos de 2005, 2006 e 2007, com o grande aumento do número de transplantes foi possível ir escalando cada vez mais os mais novos, acompanhados dos mais velhos e finalmente no fim do ano de 2007 e já agora em 2008, foi possível com total segurança para o doente entregar, do

princípio ao fim, operações de transplantes aos mais jovens. É preciso conhecer a mentalidade dos cirurgiões para entender que o que eles mais gostam é de operar! Sei, porque passei pelo mesmo, que todos eles esperam com ansiedade a possibilidade de operar como 1^{os} cirurgiões. Quando, pela primeira vez, na década de 90, ajudei o meu número dois a fazer o seu primeiro transplante hepático e progressivamente o lancei como cirurgião formador, tive uma imensa alegria. A mesma que ele teve, juntamente comigo, ao lançarmos os outros que se seguiram. A política desde sempre escolhida era a de não ligar os incentivos apenas ao acto cirúrgico, pois isso poderia prejudicar o aparecimento dos mais novos. A minha presença activa na sala de operações, mesmo quando não era a operar, era absolutamente fundamental para que tudo se passasse segundo as boas normas e para assegurar a qualidade técnica e a segurança dos doentes. Quando em Janeiro de 2003 assumi a direcção do serviço resolvemos alterar um pouco a política dos incentivos. Reduzimos a parte fixa a 65% do total que cabe aos cirurgiões e atribuímos 35% desses incentivos apenas para quem participasse nas intervenções. Isto permitiu, o que não acontecia até então, que mesmo os internos em formação, quando chamados a participar nas intervenções pudessem receber algum prémio ajustado à sua participação. Eu, enquanto gestor da equipa e responsável máximo do programa, continuaria a ser o único, tal como o meu antecessor, que teria direito apenas à percentagem fixa, independentemente da minha participação activa no acto operatório. Esta lógica, por todos aceite, permitiria que qualquer deles me chamasse, sem que isso implicasse a perda da sua parte. E isto também me permitia chegar à sala, desinfecar-me, fazer a parte da intervenção que me parecia indispensável, sem que isso pudesse significar que queria apenas ganhar mais. Muitas vezes, apenas num pequeno

período a minha presença activa era indispensável, voltando a equipa a reorganizar-se e a continuar a intervenção. Quando em 2001 fizemos o primeiro transplante sequencial no Hospital Curry Cabral, com uma técnica original imaginada e criada pelo meu director de então, por mim próprio e pelos dois cirurgiões mais velhos, iniciámos um período que se manteve até agora, que transplantando um doente paraamiloidotico (PAF) aproveitávamos o seu fígado para um doente cirrótico com mais de 50 anos ou um doente, independentemente da idade, com um tumor maligno de fígado.

A minha presença na sala de operações foi, felizmente e com grande orgulho, sendo cada vez menos solicitada para ajudar a resolver eventuais complicações.

Eles sabiam e sabem no entanto a minha total disponibilidade para estar presente quando necessário. Tal como sabem da total disponibilidade dos outros cirurgiões mais experientes.

É assim que se formam novos cirurgiões. Tive muitas vezes que me impor e dizer que determinado transplante era eu que fazia, pois por vontade deles eu que fazia, pois por vontade deles eu faria cada vez menos. Passei a aparecer muitas vezes de imprevisto, apenas para supervisionar ou saber se tudo estava a correr bem. Mas também muitas vezes, em períodos de férias, ou ausência dos mais velhos, tive de participar activamente em muitas deles, realizando dois ou três transplantes seguidos.

Para lhe dar um exemplo concreto, e bem presente porque foi em finais de 2007, no período de Natal e Ano Novo, com a ausência dos meus dois cirurgiões mais experientes, tive de participar, com todo o gosto e por absoluta necessidade do serviço em vários transplantes apenas apoiado pelos mais novos.

A pergunta de quantos transplantes fiz em 2007, foi feita com intenção de me conotar com o recebimento de prémios a que não teria direito (pela lógica do «informador» do jornalista) era completamente absurda e de má fé, ela próprio destruidora de uma lógica de formação e supervisão que é o grande

orgulho do programa do Curry Cabral. Eu adoro fazer transplantes. Tenho quase 60 anos e presumo que não serei necessário durante muito mais tempo. Formei cirurgiões que são a garantia do futuro. Um programa de transplantação hepática é uma coisa muito séria. Exige muitos profissionais, de várias áreas, que é preciso coordenar e pôr a funcionar em conjunto. Temos de discutir as indicações, definir prioridades, fazer o transplante, seguir o doente no pós-operatório e muitas vezes reopera-lo de urgência. Devo esclarecê-lo que mesmo no estrangeiro nunca um doente foi reoperado ou retransplantado sem a minha opinião. Muitas horas ao telefone para ajudar a tomarem as decisões. Porque é assim que funcionamos, sem menosprezo por ninguém, respeitando as hierarquias. Recordo que estas reintervenções, necessárias em todos os programas do mundo, que se aproximam dos 20% são realizadas sem qualquer incentivo adicional.

Em 2003 quando tomei conta da direcção do serviço a nossa mortalidade pós-operatória (os doentes que morriam depois de transplantados, antes da 1ª alta) era de cerca de 18%. Nos anos de 2006 e 2007 ela é inferior a 5% no caso dos primeiros transplantes. Estamos ao nível do que de melhor se faz na Europa e no Mundo. A maior parte dos incentivos distribuídos no nosso programa são para médicos que não são cirurgiões. A quantia de cerca de 9.000 euros que fica para os cirurgiões é distribuída numa lógica de percentagem fixa e por pontos tal como já expliquei. O que eu recebo como principal responsável dos programas é de 22% e é independente da minha presença na sala de operações. Eram estas percentagens fixas que já há meses me propus reduzir, tal como as do meu número dois, para podermos aumentar os mais jovens, que de qualquer maneira se sentem bem compensados actualmente.

E isto traz-nos à parte final da problemática dos incentivos. Eles foram criados com a lógica de poder fixar os médicos cada vez mais aos programas.

Foram concebidos para o transplante renal, na década de 80. E para todos os centros do país.

Quando o seu jornalista, na sua ânsia de ataque pessoal perfeitamente descaído, me compara a dois cirurgiões, «campeões do transplante renal e cardíaco de Coimbra», apresentando-os como exemplo de idoneidade porque não recebem incentivos, tenta estigmatizar-me em relação aos meus pares.

Porque se me tinha de comparar com alguém, deveria ter-se informado de quanto recebem os cirurgiões dos outros programas de transplantação hepática! E aí ele teria a surpresa da sua vida e cairia no ridículo!

Não irá o senhor Sr. Director saber por mim essas verbas. Porque não é nos jornais ou na televisão que se devem discutir estes problemas. Mas também lhe digo que os exemplos do transplante renal e cardíaco foram mal escolhidos. Tal como o Prof. Manuel Antunes dos H.U.C. disse na televisão perante um jornalista perplexo e confundido, não se pode comparar a situação do seu serviço com a vivida no hospital Curry Cabral.

Ele tem o seu serviço organizado em Centro de Responsabilidade, baseado em horas extraordinárias e de prevenção. Já assim organizado antes de começar o programa de transplantação cardíaca. Ele bem explicou e contradisse o seu jornalista. Ao contrário do que se passa no seu serviço em Coimbra, no Curry Cabral não há pagamentos por horas extraordinárias ou de prevenção. Todos, no Curry Cabral, recebem apenas em função do que fazem. Ele em Coimbra, mesmo antes de começar o transplante cardíaco, já recebia por horas de prevenção e extraordinárias. O que recebe, e é inteiramente merecido, não tem nada a ver com a lógica de pagamento dos outros serviços de cirurgia cardíaca do país.

E não teve e não tinha que ter a sua fotografia e o seu nome na capa da Visão com os honorários que recebeu em 2007!

O mesmo acontece com o Prof. Alfredo Mota e o seu programa de transplantação renal. Ele optou por receber do

seu hospital em horas extraordinárias e de prevenção e com isso até agora concordou.

No futuro qualquer deles pode querer mudar a sua forma de compensação de acordo com a nova lei, em diálogo com a sua Administração.

Na Autoridade, que agora presido, irá ser discutido com a participação dos meus pares, como iremos tornar mais equitativo no país o recebimento dos incentivos.

No Curry Cabral cumpriu-se e cumpre-se a lei. Mas como crescemos a um nível impensável, o valor dos incentivos para a transplantação aumentaram de uma forma exponencial.

Estou de acordo que não faz sentido pagar de maneira muito diferente a profissionais que na mesma área fazem o mesmo tipo de trabalho. Era isso que estava preparado para fazer, e foi isso como compromisso que assumi junto do ministro cessante.

O jornalista que tão mau serviço prestou à Visão, pode ter sido muito felicitado porque arranjou uma «caixa» à custa da minha dignidade profissional, sem qualquer respeito por um profissional que a única culpa que teve foi de transformar o programa de transplantação hepática do Curry Cabral num dos melhores programas europeus.

Claro que se fazemos 182 transplantes por ano (136 hepáticos e 46 renaix) com a lógica do pagamento por acto, que é a lógica dos incentivos, o que se ganha é muito significativo.

Não fui eu que fiz a lei. Ela é aplicada de maneira diferente pelas diversas administrações hospitalares. Eu próprio acho, e vou defendê-lo, que temos de ter uniformidade e provavelmente um tecto salarial. É isso que foi pedido à A.S.S.T. e como o Curry Cabral é um exemplo de equilíbrio e dos valores mais baixos, achei que tinha autoridade para aceitar o cargo.

Claro que vou ter de ser juiz em causa própria. Qualquer transplantador deste país teria a mesma dificuldade que eu. Irei convocar o Conselho Nacional de Transplantação, como órgão consultivo, para fazer a proposta à Senhora Ministra da Saúde.

Tenho a certeza que ao ler o artigo da Visão o senhor director ficou com várias ideias a meu respeito. Porque tal como milhares de portugueses que leram a reportagem, ficou com a ideia de que no panorama da transplantação em Portugal eu sou uma excepção.

Não o sou por ter conseguido colocar a Unidade de transplantação e de Cirurgia do Fígado do Hospital Curry Cabral no mapa da Europa. Mas por ganhar muito dinheiro sem o merecer. Por me dedicar a esta actividade com um estatuto diferente dos meus pares. Quando os transplantes não eram pagos, já os fazíamos sem receber. Viajamos muitas vezes de fora de Lisboa, de carro ou de avião, para poder transplantar um fígado que de outra maneira seria desperdiçado.

Agora, felizmente, sei que nas minhas ausências o programa não pára.

Sou responsável do programa há cinco anos. Recebo exactamente o mesmo que recebia o meu antecessor. Proporcionalmente, claro, porque agora com 136 transplantes hepáticos realizados os números absolutos são muito maiores.

Meu caro Pedro Camacho, não sei se teve paciência para ler isto tudo com a mesma atenção que eu dediquei à reportagem da sua revista.

Os incentivos à transplantação não foram uma invenção minha. Existem seguramente outros grupos profissionais de outras áreas que os mereciam receber também. Tal como também deviam existir outros centros de responsabilidade no país que proporcionariam aos profissionais remunerações muito acima do que se praticam no nosso Serviço Nacional de Saúde.

Tal como em quase todas as profissões temos a tendência de proteger os nossos pares, mesmo quando não merecem. Se lhe escrevo isto tudo, e muito ficou por dizer, foi porque sei que vai ficar mais esclarecido e provavelmente concordar que o «Euromilhões dos transplantes» merecia maior respeito.

Acredite que a mão trémula do seu colaborador quando me interrogava de má fé, sem qualquer intenção de se informar com isenção, apenas traduzia

que tinha consciência do que estava a fazer. Um artigo de encomenda por alguém que o aconselhou a ter um protagonismo fácil e sem qualquer seriedade.

Estou exausto e triste. Afinal no seu artigo da Visão nem sequer referiram que o Centro Hepato-Bilio Pancreático e de Transplantação do Hospital Curry Cabral é um dos líderes da cirurgia do fígado e do transplante hepático na Europa. Nem que no ano de 2007 se fizeram mais 25,37% de colheitas de órgãos em cadáveres em relação a 2006. No fundo só tivemos culpa numa coisa:

Crescemos em qualidade e em quantidade, provavelmente demais. Para certos jornalistas que temos.

ANEXO I

A actividade da Transplantação é complexa, multidisciplinar e não se resume apenas ao acto cirúrgico em si, bem pelo contrário.

Há toda uma actividade desenvolvida por uma vasta equipa, antes e após a cirurgia, que é essencial e imprescindível. É por isso que a actividade de transplante não é um acto cirúrgico, mas um PROGRAMA.

Por outro lado é vital para a sustentabilidade do programa o treino dos colegas mais novos. Isto é: formação, acompanhamento e supervisão.

Nesse enquadramento, o incentivo à equipa de cirurgiões divide-se em duas partes. Uma fixa, que visa assegurar a formação, promoção, supervisão e sustentabilidade do programa e outra atribuída por pontos que visam incentivar a presença física no bloco operatório. Isto é, o acto cirúrgico em si.

Obviamente que eu, sendo Director ou «apenas» agora chefe do programa, só recebo a percentagem fixa, compatível com a função que exerço, a que resulta do papel hierárquico desempenhado. Está assim excluído qualquer incentivo financeiro pessoal, que premeie a minha presença física, apesar de, nos casos mais complexos, sempre que solicitado pelos meus colegas ou por iniciativa pessoal (formação ou supervisão) seja chamado ao Bloco. Era

esta afinal a situação do meu anterior e querido chefe Dr. João Pena, que eu desde os últimos 5 anos me limitei a seguir. A actividade da transplantação, embora em parte não programável e totalmente imprevisível não pode interferir com as rotinas dos serviços em que se insere. É esta actividade acrescida que exige um esforço, às vezes inacreditável e incompatível com uma vida normal que justifica uma compensação extra. Teremos é que adaptá-la à realidade do país.

ANEXO 2

Todos os meses são pagos incentivos no Hospital Curry Cabral a cerca de 60 ou 70 profissionais de várias especialidades. Cerca de vinte cirurgiões (oito com percentagem fixa), anestesistas, imuno-hemoterapeutas, hepatologistas, imagiologistas, anatomo-patologistas e outros médicos.

Também os enfermeiros e auxiliares do bloco operatório assim como algumas chefias são compensados em incentivos distribuídos autonomamente pelos responsáveis. Temos de melhorar e

alargar o leque dos envolvidos (intensivistas, infecciosologistas, assim como outros grupos de enfermeiros auxiliares e secretariado ainda não são contemplados).

Isto paga-se actualmente com cerca de 48% do montante de incentivos recebidos pelo hospital. E aqui também o Curry Cabral é um exemplo.

Se todos estes profissionais tivessem que receber por horas de prevenção ou extraordinárias não chegariam os 100% dos incentivos para pôr o programa a funcionar a meio gás. Nunca seria possível fazer três transplantes quase em simultâneo ao mesmo tempo que se garantia as rotinas do serviço.

Gastam-se por semana mais de 12 horas em reuniões colectivas, multidisciplinares, para discussão caso a caso de cada doente. Acho que estando em Lisboa nunca faltei a qualquer reunião. Mesmo que à mesma hora, num piso ou dois mais abaixo, estivesse a decorrer um transplante.

Em 2005 e 2006 ainda ia ao bloco muitas vezes. Acho que em 2007 foi absolutamente necessária a minha pre-

sença no bloco apenas em cerca de 20% dos casos. Quando este número se aproximar de 0% posso reformar-me com orgulho. Afinal o mesmo se passa com a complexa cirurgia do fígado e do pâncreas no nosso serviço. Em 2003 faziam-se meia dúzia de intervenções por ano. O número foi progressivamente subindo, atingindo em 2007 o impensável número de cerca de duas centenas. Tratamos doentes referenciados por colegas de todo o país.

Isto também é contemplado na nossa lógica de distribuição dos incentivos. Para finalizar gostava de informá-lo que recebemos cirurgiões de todo o país para connosco estagiarem e aprenderem. E aguardamos os primeiros estrangeiros. Os pedidos chegam todos os dias.

Acho que já chega. Costumo dizer que o que é preciso é que falem de nós, mesmo que eventualmente digam bem. Mas dispensava esta notoriedade adicional.

Ofendeu-me (diria que nos ofendeu a todos). Sem qualquer necessidade!»

O CONFLITO ENTRE A ÉTICA MÉDICA E A LEI

Perante a Ética e a Lei, o médico vê-se confrontado com dois compromissos: o primeiro com o doente, a quem oferece um serviço qualificado e estabelece um contrato moral com valor jurídico, e o segundo com a sociedade, no respeito das leis do Estado. Por vezes, a Ética e a Lei estão em conflito. Enquanto o ponto de referência da Lei – é assim que parece entender-se actualmente – é a execução de um projecto político, o ponto de referência da Ética é a pessoa no seu bem global e na sua verdade objectiva.



Um dos principais objectivos do código deontológico é garantir ao cidadão uma relação de confiança e impedir a instrumentalização do médico por interesses políticos, religiosos, económicos, etc. Apesar disso, os médicos, enquanto cidadãos, não são totalmente isentos ou indiferentes, quer às aspirações da sociedade, quer ainda às suas influências ideológicas. Contudo, o exercício da prática médica deve ter sempre uma fidelidade absoluta ao bem comum e à defesa da dignidade humana.

Os médicos como classe profissional não são funcionários públicos nem estão ao serviço do Estado. Os médicos estão em primeiro lugar ao serviço dos doentes. Por isso, a sua conduta não deve ser subjugada ao livre-arbítrio de qualquer poder político tem-

poral. Além disso, a Lei positiva do Estado não está isenta de prevaricações ideológicas. Deste modo, corremos o risco da instrumentalização da medicina de acordo com objectivos ideológicos, ainda que legalizados. Por outras palavras, existe o perigo de criarmos uma medicina ideológica em detrimento de uma medicina hipocrática. A Ética também apresenta uma importante função reguladora na sociedade. Quando os médicos, evocando razões éticas, se insurgem contra uma administração hospitalar que impõe entraves à utilização de medicamentos mais onerosos ou inovadores, estão a exercer uma função reguladora entre os interesses economicistas do Estado e os interesses do doente.

O código deontológico dos médicos deve ser independente do poder político. Se a Ordem dos Médicos ceder neste princípio põe em causa a sua autonomia e abre um grave precedente de consequências imprevisíveis. Ou seja, nada garante que no futuro não haja também concessões a outros interesses ou influências.

Na verdade, a actual coacção do governo à Ordem dos Médicos para alterar o seu código deontológico revela uma postura ditatorial e expressa um modelo colectivista da medicina. Se tal vier a acontecer é o Estado quem passa a definir a Ética médica, e o mé-

dico transforma-se num funcionário público às ordens de um poder autocrático. Ora, isto é inaceitável.

A interferência abusiva do poder político nas questões de Ética é um retrocesso civilizacional. Com a excepção eventualmente de alguns regimes totalitários em que se fez uso indevido da medicina para prosseguir com políticas atentatórias dos direitos humanos, não há memória que o Estado tenha imposto os seus padrões de Ética aos médicos. É, portanto, intolerável que a propósito de uma Lei se viole o direito de determinado grupo profissional expressar livremente os seus princípios éticos, tendo em vista uma filosofia moral dignificante e respeitadora dos direitos humanos.

Correm tempos de um experimentalismo irresponsável e de um relativismo moral inquietante. O Estado, numa atitude prepotente, procura substituir-se à consciência individual, despreza a Ética e aniquila qualquer vestígio de moralidade na sociedade. Se aceitarmos resignados o determinismo da coincidência absoluta entre a Ética e a Lei, os médicos serão apropriados da sua autonomia ético-deontológica, destruindo-se o contrato-aliança entre o médico e o doente, além de se prejudicar a nobreza do dever de cuidar e tutelar a vida da pessoa enferma.

QUE FAZER COM ESTA VITÓRIA?

Escrevo este artigo assente que está a «poeira» das eleições em que as Listas B para os órgãos da SRC ganharam, com uma confortável margem, e em que se verificou uma necessidade de 2ª volta para eleger o Presidente da OM, provando a justeza das posições assumidas pela SRC no CNE, e vindo dar mais autoridade moral e responsabilidade ao Presidente eleito.



Importa pois que os corpos dirigentes da SRC, agora eleitos, saibam que fazer com esta vitória. Que reflexões nos permitem os resultados? São as minhas que, publicamente, quero partilhar com os Colegas, agora como membro eleito.

Antes de tudo, registo que houve uma participação neste acto eleitoral que, percentualmente, não é muito diferente do que vulgarmente acontece, ou seja, uma baixa participação. A primeira lição a tirar é a de que é preciso reforçar o trabalho de motivação junto dos colegas, para que sintam a OM como coisa sua. Tal facto pressupõe, no meu entender, algumas alterações de fundo na estrutura da OM. A saber:

– Primeira e, quiçá, a mais dolorosa, mas, também por isso, a mais importante, fazer com que a estrutura directiva da OM seja remunerada para que possa exercer, a tempo completo, a sua dedicação à Ordem. Quem acredita que uma empresa com um quadro accionista de mais de 38.000 pessoas, gerando e gerindo as verbas que a OM gera e gere, pudesse ter um conselho de administração (CA) a tempo parcial e não remunerado? Esperar-se-iam bons resultados deste CA? Não sere-

mos os primeiros a tomar tal decisão, porque, noutras Ordens, mesmo de dimensão bem inferior, já é assim que as coisas se passam. Façam-me o favor, em nome da inteligência, de não invocar os Estatutos para dizer que tal não é possível, já que, ao que julgo saber, os Estatutos não são «as tábuas da Lei», ditadas por algum Profeta. Foram feitos por Homens, no seu tempo e na sua realidade, imbuídos da melhor das boas vontades. Os tempos são outros, as necessidades são outras, e os Estatutos... mudam-se! Assim haja querer e saber!

– Em segundo lugar, a OM deve deixar «a sua costela sindical» para os sindicatos. E se os que existem são inoperantes, então, quem quiser, que crie outro(s). À OM compete, antes e acima de tudo, a defesa da Ética Médica. E, nisso, só pode ser intransigente! Compete-lhe, ainda, definir e fiscalizar a qualidade da formação contínua dos Médicos. E, aqui, inclui-se não só a formação prégraduada, como a postgraduada, seja através de uma estreita colaboração com as Faculdades, seja na definição dos programas dos Internatos Médicos, seja, ainda, na acreditação de eventos científicos (que tão desacreditados andam...)! Esta medida é primordial na defesa do interesse dos Médicos mas, antes de tudo, no superior interesse dos doentes, que merecem ser tratados por Médicos qualificados. Vive a Classe, em algumas das suas áreas, um quase esquizofrénico período de definição de sub-especialidades. Ou o CNE consegue trazer o assunto à discussão geral da Classe, ou, por omissão vai permitir que, num futuro que prevejo não muito distante, teremos a sub – especialidade de cirurgia oral do siso incluso do 1º quadrante, que não confere competência para extrair os sisos inclusos de qualquer dos outros 3 quadrantes.

Convém recordar que todos somos licenciados em Medicina e, Especialistas após exame público. A formação contínua é necessária e, a meu ver, deve ser obrigatória, mas não se confunde com a fragmentação das Especialidades, ditada por desígnios que a minha pobre mente não logra alcançar.

«Last, but not least», à OM competirá o apoio sociocultural dos seus Membros. Cada secção Regional deve definir as suas prioridades, sempre respeitando a unidade, submetendo os projectos mais «fracturantes» a votação no CNE. Assumidos que estão estes pressupostos, e, em minha opinião, o que deve a SRC fazer com esta vitória? Basicamente, continuar com a postura de colaborar no CNE, independentemente da sua constituição, de forma a reforçar a ideia de unidade da Classe. Lutar, sem quartel, por ser parceiro determinante na definição da política de saúde para o Portugal dos próximos anos. Ainda que as não consiga fazer vingar, a OM deve ter ideias claras, (e fazer com que o comum dos Portugueses as conheça...) sobre o que deve ser o ensino e a prática da Medicina em Portugal. Só assim, as pessoas respeitarão as tomadas de posição da OM e deixarão de vê-las como respostas corporativas esparsas. Em termos regionais, exige-se ao Conselho Distrital uma maior dinâmica e visibilidade. Finalmente, e parafraseando o candidato a Presidente da SRC pela lista A, em declarações pós-eleitorais ao Diário de Coimbra de 07/12/14, a vitória da lista B «avaliza a 100% o projecto da Aldeia do Médico». Tendo feito deste projecto uma das suas principais bandeiras eleitorais, este resultado só pode encorajar a direcção eleita a levar por diante essa realização. Dentro de 3 anos veremos se soubemos merecer esta vitória!

OS JOGOS DA VIDA

Chamo-me Orlando, Orlando dos Reis, e sou o filho mais velho dum homem que acaba de ser cremado no cemitério do Alto de São João, em Lisboa, a cidade onde sempre viveu a família.

Vim-me embora antes do fim da cerimónia, mas com a promessa de voltar ali para recolher as cinzas. A um passo do carro, virei-me de propósito para ver pela última vez, por cima dos altos muros, aquele fumo cinzento a erguer-se para o céu, ao encontro das nuvens baixas que cobriam a cidade e que provinha da combustão dum ser que em todo o caso me dizia respeito. E se utilizo aqui a expressão «em todo o caso», é apenas para acentuar a opinião crítica e pouco exaltante que tinha sobre o comportamento de meu Pai para com os seus filhos, ou seja, para comigo e para com a Marta, agora com 22 anos e que no momento em que escrevo, continua deitada no seu quarto, não longe de mim, a tentar dormir desde manhã, sob o efeito dum desses inúmeros hipnóticos que meio mundo consome. Talvez o lorsedal, creio que é a esse que ela recorre quando as insónias a empurram para o campo sem flores das recordações indesejáveis.

Apesar de triste, ou talvez por isso mesmo, não desejaria que a recordação deste acontecimento singular visse a desvanecer-se com o tempo e por isso o registo, para que mais alguém, e para lá de mim, fique a saber como uma expressão tão banal como «desejo-lhe boa sorte...» pode, segundo as circunstâncias, ter um entendimento e um significado tão distintos. E é disso mesmo que se trata aqui, da história de um equívoco que me faria porventura rir se o nosso Pai ainda estivesse connosco.

Mas não está. Nem minha Mãe está. Saiu desta casa para sempre e talvez a esta hora ande pela América, em peregrinação pelos sítios e espaços evocadores dos livros policiais de Patrícia Highsmith, que devorava com paixão

pela noite dentro e que lhe serviram de inspiração para construir este jardim caótico que estou contemplando através da janela, e onde as árvores, plantadas a pouco mais de meio metro umas das outras, cresceram tanto ao longo dos anos que já não deixam passar o sol para dentro de casa. Ela não suportava o calor do verão e foi por isso que criou este monstro vegetal que agora, não sendo ainda tarde, me obriga a abrir a luz para continuar a escrever. As ramadas cresceram tanto que algumas, como as do limoeiro que tenho em frente, acabaram por se curvar sobre o telhado desta sala onde estou agora e não é raro ouvir o ruído de um ou outro fruto a percorrer o declive e vê-lo depois, através dos vidros, a passar lesto a caminho do solo. Ao invés dela, meu Pai era um cultor dos espaços abertos e luminosos, em comunhão apaixonada sobretudo com a grande quinta que tínhamos no Oeste, nas cercanias de Colares, uma herança preservada ao longo de várias gerações e que vinha sendo cuidada com o enlevo que merecia, um campo privilegiado pelo clima propício para o cultivo da vinha e das árvores de fruto, a um passo das bênçãos do Atlântico.

Mas o que acontece é que para desgraça dele e da família, Mário Jerónimo, o nosso Pai, era também um cultor adicto dos espaços fechados. Desde novo se assumiu como um possesso das noites e sobretudo dos casinos mais conhecidos, onde se movia com o à-vontade dos velhos clientes particularmente reverenciados.

De todas as modalidades de jogo que tinha à mercê, só a roleta o fascinava, até pela variedade das formas de que dispunha para apostar. E depois a roda e aquela pequena bola mágica impla-

cáveis no seu giro após a pressão do spin e a lenta aproximação da esfera ao centro até parar, para cair numa das fendas, tudo isso, todo essa tensa espera devia deixá-lo exausto e arrasado, sobretudo quando verificava que as suas fichas tinham sido colocadas no lugar errado!

Perdeu muito dinheiro meu Pai ao longo dos últimos anos e acabou por perder também a terra de Colares e a nossa Mãe.

Ocorre por vezes que a sorte muda e a esperança volta. E foi mesmo o que aconteceu há um mês, numa noite de Maio, quando a pequena esfera de marfim, no fim da sua viagem, se encontrou com o número escolhido por meu Pai num dos casinos do Norte.

Como era de prever, cheguei a casa radiante e abraçando-nos, a mim e à Marta, deu-nos conhecimento do seu propósito de reaver a propriedade de Colares, declarando-me, com aparente sinceridade, que não voltaria a jogar.

– Nunca mais, Orlando, garanto-te. Nunca mais...

Estava encantado com o seu médico, porque em nenhuma das consultas anteriores, e foram muitas, nunca o dr. Luís de Freitas lhe desejara «boa sorte», como o fez da última vez, quando à saída do consultório e ao despedir-se dele, Mário Jerónimo lhe anunciou que, depois do jantar, e como sempre, lá iria uma vez mais confrontar-se com a roda maldita que lhe tinha desgraçado a vida. E disse-me, convicto do que dizia:

– Sabes, Orlando, agora penso que talvez nunca tivesse ganho, porque nunca ninguém me tinha desejado «boa sorte», como o dr. Luís de Freitas o fez. Não o esqueço...

E que iria agradecer-lhe a amabilidade, sentia-se no dever de fazê-lo, mas

a verdade é que não teve tempo. Anteontem pela tarde, senti primeiro uma dor brusca no baixo-ventre e a seguir desfaleceu para nunca mais recuperar a consciência, apesar dos esforços tentados num serviço hospitalar.

Sendo assim, senti-me eu próprio na obrigação de contactar a pessoa, a única pessoa que, segundo meu Pai, lhe desejou «boa sorte» ao jogo, a sorte que acabou por ter naquela noite triunfal.

Conhecendo-o apenas de vista, reparei que o dr. Luís de Freitas também estava ali, no cemitério do Alto de São João, e não longe de mim, a assistir aos rituais da cremação de meu Pai, e até seria natural que existisse já entre eles uma certa amizade, gerada ao longo de tantos anos de contactos.

Não era aquela a ocasião ideal para o fazer, mas ainda assim, tomando coragem, acerquei-me dele e apresentei-me. – Ah, é o filho!... Orlando, disse? É uma pena enorme, e agora que se tinha recomposto financeiramente, segundo me

disseram! A vida é isto, meu caro Orlando...

E a seguir, acrescentou para meu espanto:

– Sabe, da última vez que estive com ele, notei que o aneurisma da aorta abdominal que ele andou por aí a passear sem risco durante alguns anos, estava a acercar-se dos quatro centímetros no seu diâmetro transversal, o que significava que tinha aumentado o risco de ruptura. Por isso lhe falei na necessidade de avançarmos para uma cirurgia preventiva do pior dos cenários, mas ele, embora não a recusando, ficou de pensar nisso e disse-me que entretanto ia desanuviar o espírito para os sítios do costume. Desejei-lhe boa sorte. «Boa sorte, meu caro Mário...», lembro-me da expressão que me ocorreu pela primeira vez ao longo de todas aquelas consultas. E porquê? É que eu não estava preocupado com o desfecho do jogo no casino que ele escolheu naquela noite, mas apenas e tão só com o que poderia ocor-

rer de um momento para o outro numa outra espécie de roleta que o seu Pai transportava dentro de si mesmo, sobretudo a partir daquela altura: nem mais nem menos que o aneurisma da aorta que acabou por matá-lo! Aí tem, meu caro Orlando. Por vezes ganha-se dinheiro e perde-se a vida...

O médico ainda ficou depois de eu ter saído, e já a caminho do carro, ainda o vi, através do portão, a seguir com o olhar os restos do fumo que saía da chaminé, a caminho dum céu já à beira da chuva. Os restos de alguém que porventura, a avaliar pela sua presença ali, naquele sítio sem alegria, deveria ter sido algo mais que seu doente. No que me toca, amanhã irei recolher as cinzas do meu Pai e talvez de tarde me desloque a Colares, na ideia de reaver, com o dinheiro ganho, e como ele desejava, a luminosa quinta que tanto amou.

Adeus, Pai...

A. Lourenço de Faria