Ficha Técnica

Revista Ordem dos Médicos

Ano 22 – N.º 64 – Janeiro 2006

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 Reis, 242 - 2.º Esq.º
1000-057 LISBOA
E-mail: celom.omcne@omsul.com
Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

Director:
Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:
José Moreira da Silva
José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:
Paula Fortunato

Redactores Principais:
Miguel Guimarães, José Ávila Costa, João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:
Miguel Reis

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Dep. Financeiro:
Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:
CELOM

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

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

SUMÁRIO

4 EDITORIAL

6 EDITORIAL

Na Ordem do Dia

10 INFORMAÇÃO

Procriação medicamente assistida

14 Eleições para a secção da sub-especialidade de Medicina Intensiva

16 DISCIPLINA

Pena de censura

18 ACTUALIDADE

Pedro Nunes de visita ao distrito de Bragança

37 Medicina Interna - Existimos e Seremos
por João Sá

38 OPINIÃO

Competências em Medicina Interna ou competências na Medicina Interna
por Luis Cunha Miranda

40 "Aspectos Éticos na Prática Médica - visão sintética"
por Manuel Mendes Silva

48 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

A oferta em busca da procura - acto médico condicionado
por H. Carmona da Mota

50 CONTOS

... O Castela!
por Raul de Amaral-Marques

52 CONSULTÓRIO JÚRIDICO

Direito à informação de saúde - Comunicação de informações entre colegas

54 CONSULTADORIA FISCAL

Entrega da declaração de IRS

56 LEGISLAÇÃO

Resumo da Legislação publicada em Novembro e Dezembro

58 AGENDA

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.

Janeiro

Estranho este Janeiro. Mês pacato por excelência, os portugueses circulam nas ruas em rescaldo de compras, usando os transportes públicos e sem pressões de maior nos consultórios de oftalmologia. Este ano, mais de Ordem que de clínica, foi um estranho mês entre a elevação da ética e o terra a terra da política politiqueira.

Na dimensão da ética os Juramentos de Hipócrates nas três Secções Regionais com a chamada à realidade de tantos jovens. Saudade de ser assim tão jovem, de acreditar ainda tanto, de ter a certeza de conseguir mudar o Mundo.

Nas alturas da Ética agora já um pouco poluídas pelos pragmatismos reais ou imaginários da política, a discussão dos decretos da Procriação Medicamente Assistida.

O trabalho estritamente da Ética Médica que a Ordem apresentou na audição parlamentar para a qual foi convidada está na integra neste número da ROM.

Penso ser importante lê-lo na totalidade. Só a totalidade permite perceber a nossa posição, facilmente consensualizada por todos os elementos do CNE.

Como todos os textos poderá ser visto só de um ângulo, como aquela célebre garrafa de whisky para uns meio cheia para outros meio vazia.

Penso ser um texto claro, em que os consensos se obtiveram pela razão e pelo fio condutor do pensamento. Toma posição, não se esconde, mas, na essência, lança o repto.

Pela nossa parte estamos disponíveis. Disponíveis para o debate exigente mas não para resolver problemas difíceis passando por cima dos princípios, nem para exercícios do utilitarismo pragmático que começa a ser sufocante neste início do Séc. XXI.

Também uma viagem a Luanda para participar no II Congresso dos Médicos de Angola e aprovar os estatutos da Comunidade Médica de Língua Portuguesa. Está aberto o caminho irreversível da procura da formação em português e da manutenção dos laços do conhecimento e da cultura.

Para a nova geração de portugueses, desesperadamente virados para a Europa fria e competitiva, uma chamada das latitudes mais quentes e mais difíceis onde desde sempre soubemos fazer amizades.

No próximo número falaremos mais demoradamente destes factos.

Por fim, acertos sobre o Regulamento do Internato, concluído e à espera da assinatura de quem de direito e um afloramento sobre a Entidade Reguladora da Saúde.

EDITORIAL

Pedro Nunes

A Ordem recomenda que os médicos não se inscrevam até ao dia limite do prazo, dado que iremos tentar esclarecer alguns aspectos de duvidosa constitucionalidade.

Com efeito, de acordo com o artº 8º do decreto-lei nº 309/2003, de 10 de Dezembro que cria a supra dita Entidade, esta não intervem em matérias da competência das Ordens profissionais.

Ora são precisamente da competência da Ordem dos Médicos o registo dos profissionais a manutenção actual desse registo (quotização) e a verificação da qualidade técnica e ética da prática médica e da formação que a condiciona.

A obrigatoriedade do registo na Entidade Reguladora da Saúde é uma duplicação funcional que não se aceita, um ónus inconstitucional que cai sobre os médicos.

A opinião que tenho sobre a mencionada entidade e as funções que pretende desempenhar desenvolvi-as minuciosamente num dos textos para T.S.F. Poderei a ele voltar quando adequado.

O respeito que me merecem as pessoas que dirigiram e actualmente dirigem a ERS, nomeadamente os nossos colegas Rui Nunes e Eurico Castro Alves, ou o economista de mérito Álvaro Almeida, não me impedem de avaliar a Entidade como entendo que ela se apresenta no contexto organizativo do País.

Também não sou sensível ao argumento de que a sugestão para taxar todos os médicos partiu de um conselheiro que já teve particulares responsabilidades na Ordem. A Ordem actual rejeita por unanimidade tais "oportunidades" e entende que os médicos não necessitam deste novo actor no Teatro da Saúde.

É tempo de nos deixarmos de originalidades, ouvir quem de facto foi eleito para falar em nome dos médicos e trabalhar para o bem comum...

EDITORIAL

Na Ordem do Dia

TSF 11

Acabada que está a época das rabanadas, aberto e bebido que foi o espumante francês ou de Cantanhede, a comunidade lusa prepara-se para, de novo, enfrentar a crise.

Com os um e meio por cento que a função pública terá para governo e o sempre presente déficit, melhor será concentrarmo-nos na medição da glicémia que isso do colesterol só nos trará depressões.

Em matéria de Saúde a época não foi de presentes e o que se ouviu falar na alvorada do Natal é de molde a deixar sindicatos à beira de um ataque de nervos.

Não nos competindo entrar por essas esferas, nem advogar se alguém quer pôr manteiga dos dois lados da torrada, resta-nos formular votos pios e manter a atenção.

Dois mil e seis nasce, para o politicamente correcto, auspicioso.

Encerrado que será muito em breve o ciclo eleitoral, aparentemente sem surpresas de maior, entramos num período sem eleições o que no dizer da maioria dos comentadores é sinónimo de estabilidade e tomada de decisões difíceis.

Não nego que a democracia mediática em que vivemos apela ao imediato e popular, subordinando o lógico e correcto à contabilidade enviesada do que dá votos.

Confio mais do que isso no saber colectivo e acredito sem ingenuidade que explicar com verdade os factos aos eleitores traz, a médio ou longo prazo, importantes benifícios a quem o faz não havendo que temer os populismos fáceis.

Ter medo do populismo é, verdadeiramente, não acreditar na democracia e não acreditar na democracia abre a porta a todas as desgraças. É dos livros que as ditaduras, sejam elas políticas sejam as do dia a dia empresarial, são muito produtivas e fáceis a curto prazo, mas transportam em si os genes da sua inexorável destruição.

No momento em que entramos no tal período de estabilidade política que nos poderá assegurar a competitividade e o bem estar económico, o único desejo que me ocorre neste começar de ano, é que quem detem o poder tenha o discernimento para compreender os seus limites.

No campo tão sensível da Saúde, o mesmo é dizer, ter o discernimento de acreditar na boa intenção dos profissionais. Médicos, enfermeiros e técnicos de há muito deram provas, com algumas e inevitáveis excepções, de procurarem o bem comum.

Tratá-los como lobbies a abater, para além da instabilidade social que acarreta, é uma profunda perda de tempo e prova de incompreensível falta de confiança em si próprio por parte de quem governa.

No ano que agora começa, impenitente optimista que sou, acredito que as reformas há longo tempo aguardadas vão, por fim, ser postas em prática. Com o envolvimento de todos, sem acusações e desculpas de mau pagador que só servem para despertar corporativismos tontos.

É que a verdade inelutável é que corporativismos arcaicos são tentações que tanto afligem os profissionais como os políticos e os jornalistas e, instabilidade por instabilidade, por vezes mais vale a política e mediática que a social...

TSF 12

Um colega com quem em tempos trabalhei usava com frequência provérbios e asserções populares para explicar factos do quotidiano.

Quando a má língua levava a conversa para algumas ascensões económicas mais rápidas logo ele citava:
...*"Onde há um bebedouro há sempre um passarinho"* ou de forma mais simples "...*onde há dinheiro, há sempre alguém a roubar"*.

Lembrei-me dele esta semana quando, como muitos portugueses, assisti ao espectáculo da indignação ministerial ao exprimir solidariedade para com um Director de Hospital que estará a ser vítima de ameaças anónimas.

Não está em causa a forma escolhida pelo Sr. Ministro para exprimir solidariedade, a forma é uma questão de estilo e cada um tem o seu.

Não está, também, em causa a solidariedade propriamente dita pois todos nós por certo estamos solidários com alguém que vê a si e à sua família ameaçado na integridade física por via do cargo que ocupa.

O que me pareceu motivo de reflexão foi ninguém, para lá da indignação e das ameaças mais ou menos inconsequentes de retaliação, se ter preocupado em analisar e propor medidas eficazes de controlo das causas do sucedido. Isto no mesmo dia em que um diário afirmava ter a criminalidade violenta aumentado trinta por cento no último ano.

Não sei se o caso em concreto é uma tentativa de coacção por parte de um gang organizado habitante do sobredito hospital, se meramente a manifestação potencialmente perigosa de um doente mental perturbado por qualquer dano real ou imaginário.

Confesso, no entanto, que não me causou assim tamanha estupefacção.

É sabido que se alguém começa a agitar pântanos de águas turvas se arrisca a perturbar o banquete dos jacarés e estes, quando incomodados, tentam morder.

A gestão cuidada da coisa pública deve ser prejudicial a muito boa gente, ou não haja por aí tantos belos carros conduzidos por gente cujos ordenados não chegam nem para a gasolina. Gestor que tente pôr ordem numa casa de certeza se candidata a dissabores, é dos livros e não tem grande volta a dar...

Também é certo que a democratização do poder nas sociedades modernas aproxima dirigentes e dirigidos nos mesmos espaços públicos o que facilita a acção dos tontos e aumenta o risco dos que se expõem e ousam tomar decisões.

Se provas ou exemplos fossem precisos bastaria recordar a morte trágica de John Lennon, de Olof Palm ou mais recentemente da Ministra Sueca dos Negócios Estrangeiros.

Na verdade este tipo de casos é característico das democracias, porque só nas democracias os ministros vão ao supermercado ou os primeiro ministros a pé para casa depois do cinema.

Também só nas democracias os cidadãos têm liberdades e garantias que condicionam as acções das polícias e as impedem de tomar medidas fáceis de prevenção. É por esse motivo que nas democracias se exige um grande investimento na lei e na sua aplicação.

Se queremos viver em democracia é necessário mais que solidariedade, é necessário garantir leis simples, eficazes e susceptíveis de provocar penas suficientemente pesadas para serem dissuasoras.

De igual modo viver em democracia pressupõe um sistema judicial de acção rápida e eficaz que garanta a todos os criminosos que, se apanhados, serão rapidamente julgados e garantidamente punidos.

Também se exigem polícias bem equipadas, respeitadas por todos e protegidas pelo Estado. Enquanto o criminoso sair da esquadra antes do polícia que o prendeu ter tempo de escrever o relatório, não há cidadão que possa passear com tranquilidade na Avenida da Liberdade.

É que como também dizia com frequência o tal colega dado aos provérbios:

"...verdadeiramente, o que guarda a vinha é o medo... não é o cão..."

TSF 13

Hoje em dia não está definitivamente na moda tomar decisões. Quando estas são difíceis e exigem bom senso e sentido do risco, encomenda-se um estudo.

O estudo tem inegáveis vantagens. É modernaço, tem um ar de ciência e um grupo de académicos a subscrevê-lo. É certo que, por norma, se um grupo conclui alguma coisa, logo outro conclui o oposto. Tal situação não envergonha óbviamente ninguém, muito antes pelo contrário é a cabal demonstração da independência dos seus autores.

Um estudo controverso é, sem dúvida, mais útil que um que não desperte paixões. Assim como assim a controvérsia garante, à partida, que se a decisão se revelar errada tal se deve à dificuldade da matéria e à manifesta impossibilidade de prever o resultado.

Alguns, mais cínicos, dizem que os estudos têm a inegável vantagem de se basear na estatística e esta, como todos sabem é "a arte de torturar os números até que eles digam o que pretendemos"...

Há ainda outros que, definitivamente arredados da modernidade, afirmam que os estudos se limitam a dizer o que quem os encomenda quer. Ou não conhecessemos todos os concursos com o famoso perfil, que na realidade mais não é que o retrato de corpo inteiro de quem vai ocupar o lugar.

No contexto sobredito não fiquei particularmente espantado quando um estudo sobre os hospitais SA encomendado pelo Ministério da Saúde e apresentado esta semana, veio afirmar precisamente o contrário de um outro, há pouco tempo divulgado por distinto departamento do mesmíssimo Ministério.

Já fiquei um pouco mais preocupado quando jornais diários, dos gerais aos económicos, interpretaram como evidência do oposto as conclusões do estudo agora divulgado. Assim se para os homens da economia o estudo é lapidar e o que é preciso é liberalização e transformar tudo em SA, para outros o estudo revela o descalabro desta forma de gestão.

Moderado e sensato que tento ser, li o estudo sem grandes paixões ou estados de alma e nele vi espelhado o que estava à espera: - Algumas vantagens de organização e contabilidade e um aumento significativo das despesas de administração. Quanto aos aspectos clínicos, afinal os que importam, o estudo não traz nada de interessante, como não poderia deixar de ser já que não foi feito por médicos.

Houve, no entanto uma conclusão que me conseguiu irritar. Trata-se de um indicador positivo, divulgado como se da descoberta da pólvora se tratasse. Segundo os autores os hospitais SA registariam menos óbitos que os outros. A minúcia foi ao ponto de quantificar a benesse...

Fiquei estarrecido. Um jornal diário da maior seriedade apressou-se a fazer contas e extrapolar que se todos os hospitais fossem SA teriam morrido menos 2350 portugueses no ano transacto. Nem a operação das forças policiais no Natal e Fim de Ano consegue ser tão benéfica para a Saúde.

O meu coração balanceou entre pedir a prisão de uns quantos responsáveis por tal mortandade ou o mais elevado grau da Torre e Espada para o herói que salvou mais de dois milhares só por ter mudado de estatuto trinta hospitais.

Foi no cume da angústia e da incompreensão que a dúvida me assaltou. Será que houve menos mortes efectivamente ou tão simplesmente uma política sistemática de altas mandou para casa ou para instituições de retaguarda os casos terminais?

É importante que se esclareça esta dúvida.

Por um lado porque todos um dia iremos morrer, ou estaremos à beira de tal desfecho, e temos o direito de saber o que nos espera no hospital público – seja ele SA ou outra coisa qualquer.

Por outro lado porque andar a torcer estatísticas desta natureza é de mau gosto, revela falta de decoro e é desnecessário, mesmo que seja para defender uma ideia em que se acredita...

TSF 14

Vinte e quatro horas passadas sobre as eleições presidenciais são elas a ordem do dia e não qualquer tema de saúde. Temas haveria mas que vou deixá-los para a semana.

Hoje à que não perturbar a reflexão política que a outros cabe, e simplesmente deixar uma nota ao presidente cessante, Dr. Jorge Sampaio: uma nota de agradecimento pelo lugar elevado com que sempre distinguiu os Médicos e a sua Ordem pela forma atenta e empenhada com que seguiu os te-

EDITORIAL

Na Ordem do Dia

mas da Saúde, pela frontalidade e lealdade com que sempre tomou posição mesmo quando essa posição não coincidia totalmente com a nossa.

Ao Presidente eleito cabe uma palavra de esperança na persecução e no reforço de uma colaboração institucional que sabemos dever-lhe e que nunca negaremos.

A Ordem como associação pública e entidade reguladora da prática médica é uma instituição de estatuto constitucionalmente consolidado a quem cabe em primeiro lugar defender o interesse dos portugueses.

É nessa lógica e nesse entendimento funcional que ontem viajei para Luanda onde me encontro. Vim para participar no congresso dos Médicos de Angola e simultaneamente para consolidar a Comunidade Médica de Língua Portuguesa criada há um ano.

A delegação portuguesa irá reunir-se com a delegação da Ordem dos Médicos de Angola, Moçambique e Cabo Verde e com o Conselho Federal e Associação Médicas do Brasil.

Há um empenhamento fortíssimo na manutenção das óptimas relações pessoais e institucionais que permitem desenvolver a medicina que fala português.

Para além do interesse de Estado e das relações preferenciais condicionadas pela geografia, há um sentimento de pertença a um grupo em que a língua nos vincula.

Manter a tradição do conhecimento mútuo e a cultura médica que nos une entra na Ordem do Dia não como um pequeno apontamento mas sim como um desígnio de fundo.

No dia em que os portugueses reflectem sobre o enquadramento institucional que escolheram cabe-me em nome dos médicos falar do que nos une e do espaço alargado que construímos ao longo dos séculos.

Permitam-me que por uma semana esqueça os factos do dia-a-dia que habitualmente dão tema a esta crónica.

TSF 15

Por entre a ressaca das presidenciaias a semana finda não foi fértil em temas de Saúde.

Inaugurou-se o projecto de uma fábrica, o que veio lembrar, uma vez mais, que a Saúde pode não ser um custo mas uma importante área da economia, e a Entidade Reguladora da Saúde promoveu um wokshop para tentar perceber para o que serve.

Falar da Entidade Reguladora da Saúde é sempre difícil. Tanto o seu anterior como o actual Presidente são pessoas aparentemente bem intencionadas, de curriculum sério e com vontade de bem fazer. Num país como o nosso a crítica torna-se quase sempre personalizada o que no caso tende a ser injusto.

Para lá das pessoas há, no entanto, as instituções que é o que conta.

Bem intencionadas ou não as pessoas podem dedicar a sua actividade a entidades inúteis ou perniciosas, o que sem tirar o mérito às pessoas torna a empresa nefasta.

Com o passar do tempo mais me convenço que é este o caso.

As entidades reguladoras, ditas independentes, são típicas dos Estados Unidos da América e só recentemente têm vindo a ganhar espaço nos sistemas europeus. São típicas de sistemas em que os capitais pretendem fluir livremente sem os constrangimentos que as realidades da política e dos Governos sempre implicam.

Nasceram para impedir que o jogo do mercado fosse perturbado por ciclos eleitorais ou crenças ideológicas. Na Comunidade Europeia têm servido para impor a lógica neoliberal, mesmo quando os governos são socialistas ou social-democráticos.

É ver o seu exemplo mais típico – as Autoridades da Concorrência – desregulamentarem as tabelas de preços e tentarem destruir os reguladores baseados na ética e na qualificação – as Ordens profissionais.

A Entidade Reguladora da Saúde é uma originalidade portuguesa, assim uma espécie de experiência piloto, que alguém vendeu como conceito no tempo de um Governo que descobria a pólvora todos os dias e tinha a assumida esperança de privatizar todo o sistema de Saúde.

O que se estranha é que agora que os hospitais voltaram à tutela do Estado na qualidade de empresas públicas directamente dependentes do Ministro da Saúde, se insista na preservação de uma entidade que encontra o seu espaço parasitando funções alheias como sejam as das Ordens ou, principalmente, as do Governo.

Acresce que em tempos de déficit esta entidade tem de se autosustentar o mesmo é dizer, tem de cobrar pesadas taxas a hospitais endividados e que mal têm dinheiro par cumprir a sua função de tratar doentes.

Dificilmente se compreende que um hospital público, mesmo que empresa, corte no número de médicos e enfermeiros para depois gastar o orçamento a alimentar uma entidade de contornos estranhos e que ninguém sabe bem para o que serve, para além de empregar gestores armados em fiscais do que desconhecem.

Não nos parecendo que tal entidade tenha sido exigência de algum fundo de pensões americano desejoso de comprar em bolsa as acções do Hospital de S. João, mais valeria simplesmente extingui-la como um erro do passado do que promovê-la para depois procurar descobrir a sua utilidade.

É que se foi criada para servir de bode espiatório das medidas difíceis a tomar é desnecessária, cara para o efeito e injusto para quem foi chamado a liderá-la.

Se simplesmente traduz a incapacidade do Governo em exercer as funções para que foi eleito, isto é, regular os diversos sectores do País, então a democracia tem mecanismos adequados para resolver estas dificuldades.

Se pelo contrário é mais uma das nossas poéticas originalidades, então é bom lembrar que estamos em crise e em vez de inventar a roda todos os dias melhor fora que cada um fizesse o trabalho que lhe compete...

Procriação medicamente assistida

Passamos a transcrever a apresentação que foi efectuada por Pedro Nunes, bastonário da Ordem dos Médicos, à Assembleia da República, sobre procriação medicamente assistida.

«Cabe-me em nome da Ordem dos Médicos agradecer o convite e desde já disponibilizar a Ordem dos Médicos para o apoio e informação complementar que considerarem apropriado.

A Conferência Parlamentar realizada na semana transacta e para a qual igualmente fomos convidados facilitou a tarefa.

Perante V. Exas. passaram cientistas de elevada craveira que de há muito se dedicam a áreas conexas com a problemática que discutimos. De igual forma ouvimos filósofos e eticistas de profunda reflexão e pensamento substantivo sobre as questões morais e sociais que as novas tecnologias acarretam.

Ouvimos através da sua Presidente a reflexão que, em termos nacionais, cabe ao órgão em quem o Estado delega tal função – O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Simplificada que está a tarefa, pois entendo não caber à Ordem dos Médicos repetir com diferente sonoridade aquilo que outros com maior adequação e profundidade expenderam, iremos unicamente ater-nos ao restrito universo da Ética própria dos Médicos e às consequências que a Deontologia dela resultante induz no comportamento destes.

Antes, porém, e dado que à Ordem igualmente comete dar parecer sobre o impacto das políticas públicas sobre a qualidade da Medicina, dos cuidados que são prestados aos Portugueses e na formação e desenvolvimento profissional dos médicos, permitam-me algumas reflexões sobre estes aspectos.

A PMA é hoje uma realidade em todos os países que possuam meios para fazer face aos seus custos. Numa perspectiva estritamente de solidariedade social e de altruísmo poderá pôr-se em causa a despesa pública numa matéria que alguns consideram ser unicamente o exercício de um desejo que se tenta impor como um direito.

Por este angulo de abordagem faria mais sentido o apoio à adopção de crianças abandonadas ou em risco, em si mesmo um problema social de difícil resolução, que as vultuosas verbas envolvidas na vulgarização desta tecnologia.

As opções nesta matéria são claramente políticas, isto é, de gestão da coisa pública, cabendo à Ordem alertar para os custos e, se solicitada, colaborar na sua parametrização e enquadramento técnico. Cabe-nos, igualmente, dar testemunho que a infertilidade, em si mesmo uma patologia, pode ser causa de um significativo sofrimento psicológico.

Compreendendo os argumentos de quem ponha em dúvida, em tempo de tanta carência e contenção nas despesas de Saúde, o investimento na garantia do que alguém chamou genoísmo, isto é, egoísmo genético, não podemos deixar de defender alguma garantia pública de equidade de acesso a todos os portugueses.

Como em muitas áreas da Medicina, o que falta e se recomenda, é o estabelecimento de mecanismo que torne claro e perceptível quais os apoios que para cada situação, os Portugueses podem esperar ter do seu Sistema e Serviço de Saúde.

Ao abordarmos o tema no âmbito dos projectos de Lei em discussão, privilegiaremos, como disse os aspectos particulares da Ética Médica, tanto mais que entendemos que as Leis desta natureza, porque enquadradoras, não visam responder ao que exequível ou adequado em cada momento em termos financeiros. Tais aspectos deverão ser regulados em sede de legislação específica para a qual identicamente colaboraremos se chamados.

Um segundo aspecto que não pode deixar de ser abordado é o que atine à íntima relação que a PMA possui com a investigação em células estaminais embrionárias. Não defendendo, como verão, uma postura utilitarista nestas matérias, não podemos de igual modo deixar de registar a legítima expectativa que os cientistas portugueses acalentam de um ambiente legislativo favorável e compaginável com o que se passa nos países cujos espaços sociais e culturais partilhamos.

Permitam-me, agora que, de forma breve, exponha como entendemos a dimensão da Ética e o nosso compromisso para com ela:

Entendemo-la como patrimonial, isto é, como algo inerente à qualidade de Médico. A nossa Ética constitui-se, assim, como elemento caracterizador ao nível a que o será o gesto técnico ou a habilitação académica necessária para o exercício.

Tomada nestes termos, a Ética é, por sua natureza, universal, identificando comportamentos esperados de qualquer médico, qualquer que seja o local do planeta em que exerça ou a Sociedade em que se integre. Comportamentos comuns são assim expectáveis e mesmo desejáveis pelo que sentimos ter o direito de ser apoiados pelos Governos neste desiderato, já que a previsibilidade é um bem maior quando se lida com situações complexas como são as da Saúde e da Doença.

Ao longo de séculos de exercício de uma profissão difícil, porque lidante com a catástrofe, habituámo-nos como médicos a confiar num quadro próprio de valores.

Importa que se compreenda que a forma mais complexa de catástrofe é aquela que é vivida solitariamente porque afectando o indivíduo na sua temporalidade e não o colectivo social. Habituámo-nos a ver o indivíduo e a considerá-lo como objecto primeiro dever e compromisso.

Como quaisquer valores, os nossos podem ser assumidos como de um imperativo categórico que se impõe ao homem com origem no transcendente ou de forma mais simples, mas não menos vinculativa, como algo que em liberdade se escolheu e se assume enquanto parte de um grupo e nele se definindo e explicando.

Como qualquer quadro de valores os da Ética Médica hierarquizam-se numa articulação interdependente que dá utilidade e compreensibilidade à sua existência. Reconhece-se assim que algum ou alguns destes valores devam ter qualidade absoluta pois que são o referencial contra o qual todos os outros se medem.
Não negamos enquanto médicos o debate ético que é suscitado nas Sociedades pelo seu próprio devir, pela complexidade e novidade que os problemas levantados pela Ciência traduzem.
Não negamos enquanto médicos que a Moral porque eminentemente grupal e temporalmente identificada possa variar de uma para outra Sociedade e ao longo do tempo dentro de uma mesma.
Reconhecemos que a Lei, porque traduz o querer social, é a tradução dessa mesma moral pelo que necessariamente e por vezes conflituante com a nossa Ética o que poderá ser fonte de complexas relações de aproximação e de necessidade de compreensão de comportamentos adoptados e esperáveis.
Entendemos que o contributo social que prestamos e nunca negamos, mesmo nas mais difíceis circunstâncias, deve merecer dos nossos concidadãos a reserva de atenção necessária ao esforço de compreensão dos nossos comportamentos e atitudes desde já porque tais comportamentos e atitudes resultam da experiência de milénios na procura da melhor forma de lidar com a vida humana e a sua fragilidade.
O debate ético é, por outro lado, não tanto o pôr em causa os nossos valores mas sim o explicar quais as consequências práticas da formatação provocada pelos valores no uso das ferramentas que a inovação coloca ao nosso dispor.
Para nós, não está nem poderá estar em causa a Vida ou o seu primado mas como melhor preservá-la, como melhorá-la ou como engrandecê-la com os meios que neste momento, nesta Sociedade, dependendo da V. decisão, estão disponíveis.
Introduzida que está o relacionamento e o contexto, necessário se mostra para compreensão do porquê das respostas que atempadamente se darão às questões colocadas explicar um pouco melhor os valores principalmente os subordinantes.
Entendem os médicos como valor primeiro o Homem. Como se compreende o caracter definidor de Homem é para os médicos a existência de Vida. Se em termos de dignidade se reconhece que esta se transporta para lá do terminus daquela, o que motiva, por exemplo, a obrigação de segredo para além do momento da morte, tal deve-se não tanto a um conceito transcendental daquela mas à necessidade de assegurar a plenitude do usufruto da Vida enquanto tal.
É essa garantia de usufruto pleno que ao médico cabe lutar para que assegurada, que justifica a disponibilidade de meios mas igualmente assegura a conformação com a vontade do próprio quando esta é a de parar e deixar a Natureza seguir o seu curso.
O médico situa-se assim no plano em que ao assegurar ao Homem que o coloca no centro e lugar cimeiro da sua atenção, ao mesmo tempo lhe assegura que a sua sacralidade se situa na concepção de Simone Weil quando afirma:
-"existe no Homem qualquer coisa de sagrado, mas não é a sua pessoa, não é mesmo a Pessoa Humana. É ele, aquele homem, tão simplesmente"...
O compromisso Ético dos Médicos é pois, Senhores Deputados, em cada momento, para cada homem que o busca ou que a sociedade lhe entrega. O compromisso Ético dos Médicos é para com a Vida e para com o seu direito a ser vivida por cada homem até ao limite das possibilidades e sob sua autónoma decisão.
É à luz destes compromissos que deverá der equacionada a problemática que aqui nos traz e as respostas às questões que imaginamos subjazerem ao Vosso convite.
Ao pedirem-me que em nome da Ordem dos Médicos vos exponha o pensamento sobre a Procriação Medicamente Assistida, não deverão estranhar que não vos trace um quadro opinativo que enquanto cidadão possuo, nem mesmo vos dê uma panorâmica do que eventualmente será o quadro opinativo maioritário dos médicos enquanto cidadãos.
Tais conceitos deverão ser-vos irrelevantes na medida em que, representantes que sois da integralidade dos portugueses, vos cabe em termos desse conjunto maior de cidadanias optar. Nestes termos a opinião dos médicos não releva sobre a de qualquer outro grupo social.
Foi a compreensão, entendimento e aceitação desse facto que me levou à talvez um pouco por demais longa introdução. Acredito que facilitadora da percepção do porquê das respostas breves e sintéticas.
Se bem compreendi buscam V. Exas. a resposta da Ética Médica para questões tais como:

Concorda a OM com a Procriação Medicamente Assistida?
A resposta só poderá ser obviamente sim. Sim enquanto se tratar de um acto terapêutico de uma patologia que aqui toma o nome de infertilidade. Patologia que é fonte de sofrimento moral para pessoas que licitamente aspiram à possibilidade de se reproduzirem, convergirem afectos sobre descendentes e mesmo, em estritos termos biológicos, preservarem configurações próprias de ADN.

Concorda a OM com a fertilização heteróloga?

Em termos éticos a proveniência dos gametas é indiferente. Sendo certa a absoluta oposição à comercialização do ser humano no todo ou em parte, pelo que tal abre de possibilidade de instrumentalização perturbadora de um exercício ético da medicina baseado em relações de confiança e transparência, nada pressupõe a oposição à dádiva benévola. Tal debate é claramente da esfera do social em termos de moral e nada tem a ver com ética na sua dimensão estritamente médica.

Concorda a OM com o acesso de mães solteiras, viúvas ou divorciadas à PMA?

Como atrás ficou claro o compromisso ético do médico é para com o ser humano individual descontextualizado quando necessário da dimensão social. Se tal concepção é válida para a defesa do indivíduo quando possa estar em causa a defesa da Sociedade (veja-se o impedimento ético de colaborar com a pena de morte mesmo quando legal)

por maioria de razão se justificará perante o desejo de um adulto responsável dar origem a um novo ser. Cabe à análise do bem social, isto é, à política e não à ética médica definir limites que serão, em última análise, apenas e só de âmbito social.

É nesta matéria que o debate se inquina com considerações de ordem financeira. Interrogo-me se não deverá ser por similitude avaliado em confronto com os procedimentos em uso quando considerações de natureza religiosa (lembremos a oposição a terapêuticas transfusionais) igualmente impliquem custos acrescidos para o sistema.

A questão da discriminação do novo ser e o seu direito ao enquadramento em que nasce é uma questão do foro moral que entendemos enquanto Ética Médica não nos pronunciar. Tanto mais que para o fazer teríamos de utilizar a via do confronto entre titulares de direitos iguais e avaliação de danos psicológicos e sua dimensão o que certamente conduzirá a um nível decisional casuístico.

Como vê a OM o problema do número de embriões a fertilizar?

Trata-se de um problema predominantemente técnico. O objectivo óbvio é o de fertilizar tantos óvulos quantos os seres humanos que se pretende venham a existir. Da evolução da técnica e da ponderação resultante da fiabilidade dos resultados perante a necessidade de evitar desnecessárias estimulações ováricas e colheitas se constituirá o debate em cada momento. É total a oposição ética a que se produzam embriões que não tenham o fim específico de serem implantados e darem origem a seres humanos. Com a melhoria tecnológica é de acreditar que cada vez menos seja necessária a produção de embriões supranumerários.

Em qualquer caso deve ser assumido que o insucesso é uma variável a ponderar e representar perante a responsabilidade que se assuma perante o embrião que foi produzido.

Considera a OM aceitável a investigação em embriões?

A investigação em embriões, nomeadamente quando tal revista a forma de obtenção de células estaminais é seguramente um tema actual e de difícil resposta.

Alguns autores contestam a utilidade de tal investigação invocando a possibilidade de obtenção de iguais resultados com células provenientes de tecidos adultos como sejam as do sangue do cordão umbilical. Não só não está provado que assim seja como é nosso entendimento que não se resolvem problemas eticamente difíceis pela via aparentemente simples de condicionar ou espartilhar a ciência e o progresso.

Preconiza-se tal investigação em embriões excedentários dos processos de PMA, por exemplo aqueles para os quais não exista projecto parental ou que pelo decurso de longo tempo de congelação já não se reconheça viabilidade para implantação.

Importa dizer desde logo que, em termos de Ética Médica, tais conceitos são de total irrelevância importando unicamente a caracterização ou não como vida humana do embrião em causa.

Sendo vida humana nenhum embrião é excedentário já que nenhuma vida é excedentária, inútil ou perniciosa e como tal dispensável. Ao opor-se determinada e totalmente à interrupção do curso da vida humana já que o seu objectivo é precisamente o oposto, a Ética Médica opõe-se totalmente à instrumentalização de embriões classificados como excedentários em processos de PMA.

Igualmente a ausência de projecto parental não releva já que a vida humana não é passível de ser propriedade de outrem, mesmo que putativos progenitores e se considera mesmo uma obrigação ética propor a perda do poder paternal quando este não está a ser exercido para benefício do ser vivo a proteger.

A investigação poderá ser lícita quando para benefício do próprio. Como raramente tal tipo de investigação tem a ver com o interesse do embrião em causa, estamos perante uma investigação para benefício da humanidade sem que para tal seja possível a obtenção do consentimento livre e informado. Tal tipo de investigação, como acontece com os menores, não é permitida.

Pode-se, portanto, concluir que se considerarmos os embriões como vida humana, isto é, se considerarmos que a vida humana se inicia no momento em que se processa a fusão nuclear e se constitui uma célula com potencial de evolução e com um número diplóide de cromossomas então, em termos de Ética Médica a investigação sobre embriões é ilícita.

No entanto, nada que não uma simples convenção humana situa o início da vida nesse preciso momento. À medida que o nosso conhecimento dos processos biológicos vai aumentando mais complexos mas mais perfeitas vão sendo as nossas tomadas de decisão.

Há uns anos, quando se entendia que o momento da morte correspondia, isto é, se diagnosticava, pela paragem cardíaca, em termos éticos o transplante era inviável como hoje o é a investigação em embriões de seis ou doze células. Quando se percebeu que a morte se podia diagnosticar mais cedo, pois ela efectivamente acontecia antes do momento em que a diagnosticávamos, passou a ser viável sem violação ética tratar inúmeros doentes. A morte é hoje reconhecidamente um processo e não um momento.

Como momento pode identificar-se aquele em que ela se torna irreversível, porque não assumir a consequência de idêntico raciocínio para o começo da vida.

A dignidade que se reconhece à vida humana que findou proscreve a banalização ou tratamento degradante do cadáver. Não impede, contudo, a recolha de órgãos para transplante ou investigação. Porque não idêntica postura perante um conjunto celular que se poderá vir a constituir como uma Vida Humana.

Para os médicos o valor da Vida é um valor absoluto e o valor de referência em relação ao qual todos os outros se deduzem e todos os códigos de deontologia se estabelecem. Não nos deve ser pedido para o violarmos, menorizarmos ou relativizarmos.

Pode-nos ser pedido, contudo, e tal está nas mãos de V. Exas., que sejamos mais precisos e que demos o nosso contributo para o diagnóstico do momento exacto em que Ela se inicia...»

ELEIÇÕES PARA A SECÇÃO DA SUB-ESPECIALIDADE DE MEDICINA INTENSIVA

29 DE MARÇO DE 2006

HORÁRIO: DAS 9H00 ÀS 20H00
LOCAL: SECÇÕES REGIONAIS DA ORDEM DOS MÉDICOS

CALENDÁRIO ELEITORAL – 2006

Janeiro 27	Os cadernos eleitorais estarão disponíveis para consulta em cada Secção Regional.
Fevereiro 2	Prazo limite para reclamação dos cadernos eleitorais
Fevereiro 7	Prazo limite para decisão das reclamações
Fevereiro 17	Prazo limite para formalização das candidaturas
Fevereiro 23	Prazo limite para apreciação da regularidade das candidaturas
Março 17	Prazo limite para envio dos boletins de voto e relação dos candidatos
Março 29	Constituição das Assembleias Eleitorais (Secções de Voto), acto eleitoral e contagem dos votos a nível regional (A Mesa Eleitoral Nacional funciona na Secção Regional que detém a Presidência da Secção da Sub-especialidade).
Abril 3	Apuramento final dos resultados a nível nacional.
Abril 10	Prazo limite para impugnação do acto eleitoral.
Abril 17	Prazo limite para decisão de eventuais impugnações.

Regulamento do Estágio de Qualificação Profissional – Revogação

Foi revogado no Plenário dos Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos que se realizou no passado dia 18 de Janeiro de 2006 o Regulamento do Estágio de Qualificação Profissional. O Regulamento ora revogado havia sido aprovado em plenário dos Conselhos Regionais de 30 de Março de 2004 e encontra-se publicado na nossa edição de Abril desse mesmo ano.

Pena de censura

Ao abrigo do disposto no art.º 42° do Estatuto Disciplinar dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de Agosto, promove-se a publicação dos seguintes despachos do Conselho Disciplinar Regional do Norte:

DESPACHO

"A Presidente do Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos, ao abrigo do disposto no art.º 42° do Estatuto Disciplinar dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de Agosto, faz saber que, por deliberação de 14 de Junho de 2005, transitada em julgado, do Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos, proferida nos autos de processo disciplinar n.º 58/2002, em que é arguido o Senhor Dr. JOSÉ RAMON FERRERO GONZALEZ, foi o mesmo condenado na pena disciplinar de censura, com a sanção acessória da publicidade da pena, por violação dos artºs. 6°, n.º 1, 26° e 13°, al. d), do Código Deontológico.

Porto, 28 de Novembro de 2005.

DESPACHO

"A Presidente do Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos, ao abrigo do disposto no art.º 42° do Estatuto Disciplinar dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de Agosto, faz saber que, por deliberação de 14 de Junho de 2005, transitada em julgado, do Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos, proferida nos autos de processo disciplinar n.º 56/2003, em que é arguido o Senhor Dr. FERNANDO MANUEL AZEVEDO SEABRA, foi o mesmo condenado na pena disciplinar de censura, com a sanção acessória da publicidade da pena, por violação dos artºs. 1°, n.º 1, 2°, n.º 1, e 7° do Regulamento de Conduta nas Relações entre Médicos.

Porto, 28 de Novembro de 2005

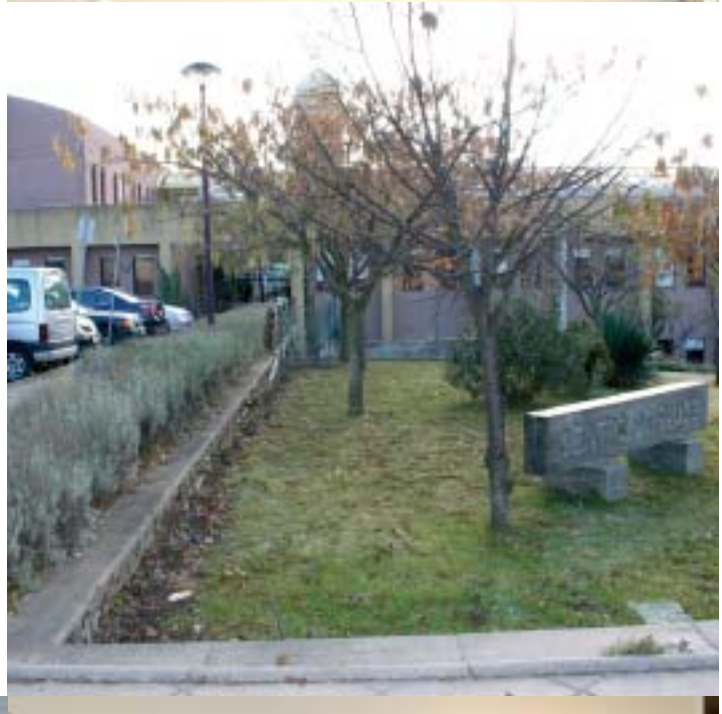
Pedro Nunes de visita ao Distrito de Bragança «Os custos da interioridade devem ser suportados por todos nós»

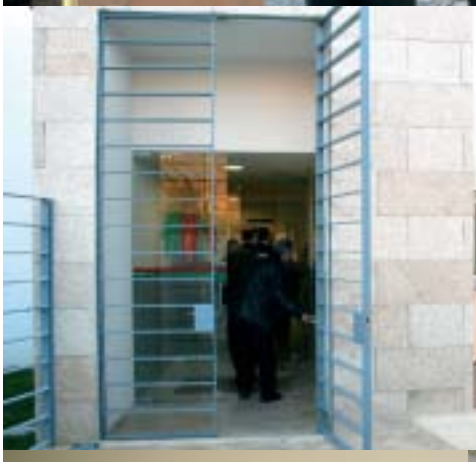
De visita ao Distrito de Bragança, Pedro Nunes, bastonário da Ordem dos Médicos, tomou contacto directo com a realidade vivida pelos profissionais que exercem medicina nos centros de saúde e hospitais dessa região interior, e inteirou-se das dificuldades dos mesmos. Nos dois dias de duração da visita, em que se sucederam reuniões informais com os Colegas da região, o presidente da OM foi acompanhado por Moreira da Silva, presidente do Conselho Regional do Norte da OM e Manuela Dias membro da Direcção do Conselho Regional do Norte.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE BRAGANÇA

Um dos compromissos de Pedro Nunes aquando da sua candidatura a Bastonário da Ordem dos Médicos foi de aproximar a OM dos médicos que representa. Dando cumprimento a esse desígnio, o bastonário visitou nos dias 15 e 16 de Dezembro o Distrito de Bragança tendo efectuado várias reuniões com médicos dessa zona do país.

A primeira reunião foi com Berta Nunes, coordenadora da Sub-região de Saúde de Bragança, em que se auscultou a perspectiva da Administração. Berta Nunes falou aos representantes da OM da intenção de informatizar todos os Centros de Saúde da região (tendo como referência temporal o final do ano). A coordenadora da Sub-região de Saúde referiu alguns dos problemas específicos da região como sejam a falta de acessibilidades, falta de apoio aos médicos que trabalham nestas zonas, as dificuldades do CODU, nomeadamente devido ao facto das pessoas não saberem descrever os seus sintomas, e o envelhecimento da população. Factores que, como referiu, impedem que se olhe para o interior da mesma forma que o fazemos em relação ao litoral - «no interior pagam-se os mesmos impostos mas não se têm os mesmos benefícios», concluiu. Sobre os 'custos da interioridade', Pedro Nunes sublinhou que os mesmos devem ser suportados por todos e não apenas pelas pessoas que vivem no interior do país. Neste sentido, o bastonário referiu o alvitrado fecho de urgências que, como sublinhou, não pode ser concretizado com base em análises meramente contabilistas ou em estatísticas cegas da realidade específica de cada zona geográfica. «Há necessidade de fechar urgências, mas localizadas nos grandes centros urbanos dotados de outras acessibilidades e meios, não em zonas em que isso implica o sacrifício dos cuidados de saúde a prestar à população. Tem que se abordar a questão numa perspectiva que englobe a ponderação de factores como o tempo de deslocação até ao hospital mais próximo, a existência ou não de meios de emergência, os acessos, etc. O país não é só a cidade. Se houve uma má planificação – para a qual a OM já alerta desde há oito anos





CENTRO DE SAÚDE DE MIRANDA DO DOURO
"REVIVER"
Somos 1987
no Concelho
O Centro de Saúde
e a Santa Casa da Misericórdia
quer ajudá-lo no seu Domicílio
Se precisa de ajuda dirija-se ao Centro de Saúde
ou Santa Casa da Misericórdia e será atendido
pela Equipa de Cuidados Integrados

– não pode ser o interior a pagar o erro dos sucessivos Governos. Muitas vezes a OM referiu à tutela a necessidade de aumentar o número de vagas nas faculdades de medicina. Estamos disponíveis para ajudar o Ministério no que for necessário em termos de planificação futura, mas é certo que os próximos dez anos, enquanto os futuros médicos não acabarem a sua formação, serão difíceis.»

Problemas comuns a todo o Distrito

Os representantes da OM visitaram os Centros de Saúde de Bragança, Miranda do Douro, Vimioso, Macedo de Cavaleiros, Mirandela, Carrazeda de Ansiães e Vila Flor, e os hospitais de Bragança e Mirandela, tendo igualmente conversado com colegas do Hospital de Macedo de Cavaleiros durante o I Encontro Transmontano de Unidades de AVC, em que estiveram presentes e que foi organizado por essa unidade de saúde. Das conversas com os Colegas dos vários estabelecimentos, concluiu-se que os problemas sentidos são comuns a todo o Distrito de Bragança.

Foram debatidos os problemas concretos do dia-a-dia dos especialistas em Medicina Geral e Familiar, tendo sido transmitida a natural disponibilidade da OM para apoiar os médicos através da emissão de recomendações ou pareceres, sempre que a situação o justifique. Reafirmou-se a defesa intransigente dos direitos dos doentes e a referência de que, quando esses direitos sejam postos em causa, dever-se-á comunicar tal facto à Ordem.

A questão da passagem de atestados médicos, por exemplo, com a finalidade de obter a carta de condução, de caça ou obtenção de crédito foi referenciada por alguns dos Colegas, tendo sido explicado que não existe uma obrigação de efectuar tal passagem mas que, a solução preferencial será, em cada estabelecimento, os médicos concertarem a sua posição quanto a esse problema, assumindo em conjunto a passagem ou não de tais atestados.

A questão da formação e das dificuldades que são colocadas aos médicos que pretendem fazer acções de formação,

SANTANA & Ca., S.A.
MINISTÉRIO da SAÚDE
Construção das novas instalações do
Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros

ainda que sendo uma questão laboral que cabe aos sindicatos, foi discutida, tal como o excesso de horas extraordinárias que os médicos acabam por ter que fazer para assegurar as urgências, facto que também constitui um factor que dificulta a possibilidade de acesso a cursos e/ou congressos. Essa falta de recursos humanos implica, tal como foi conversado, sérias dificuldades no cumprimento das recomendações sobre o número de médicos que deverão estar presentes, por exemplo, no momento da realização de uma cirurgia, reconhecendo, no entanto, todos os intervenientes que é essencial garantir a qualidade técnica do exercício da medicina e os direitos dos doentes. Quanto ao facto da prática de determinados actos nas zonas interiores do país ser menos frequente, a solução preconizada pela OM é a existência de mais acções de formação.

Satisfação profissional e falta de recursos humanos

Nestes encontros com médicos do Distrito de Bragança, conversou-se igualmente sobre as carreiras médicas e a satisfação profissional. A falta de recursos humanos foi focada como um factor que prejudica a satisfação profissional. «Vim para Medicina Geral e Familiar por opção e gosto. Mas hoje não vinha. Somos muito pressionados, mas não somos nem psicólogos nem assistentes sociais. Supostamente faço parte de uma equipa multidisciplinar mas sinto que estou sozinho. Esta é a nossa maior frustração: não é dado o devido valor aos Clínicos Gerais», referiu um dos Colegas de um dos CS visitados, que acrescentou: «especificamente em relação aos centros de saúde, de uma maneira geral, foi feito um investimento maior, mas a tentativa de dar resposta a solicitações crescentes é complicada especialmente quando devia existir a intervenção de outros técnicos».
Os problemas de satisfação profissional perante as dificuldades de trabalhar no interior do país também têm uma relação directa com a dificuldade em recrutar médicos para

fazer as urgências e com a subsequente sobrecarga horária que torna possível efectuar as urgências. Essa falta de recursos humanos aliada ao sobredimensionamento das listas de utentes de cada médico foram referências constantes ao longo desta visita, problemas generalizados mas que se sentem de forma mais acentuada no interior, onde existem extensões muito afastadas. Pacífico é o entendimento de que é necessário o Ministério da Saúde criar mecanismos para atrair médicos para estas regiões.

Verificaram-se situações de centros de saúde muito modernos mas mal planeados e CS completamente desadequados ou com instalações antigas e sem condições. Exemplo paradigmático é o Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães - «esperámos doze anos para o ver inaugurado» - e que, aquando da inauguração, já se encontrava subdimensionado e mal planeado: possui apenas quatro consultórios médicos mas gabinetes de enfermagem tem mais de quatro. No entanto, em quase todos os CS existe um gabinete de saúde oral, alguns com médico dentista, assistente social, salas de reabilitação equipadas, em alguns casos com fisioterapeuta. Elemento igualmente positivo citado por vários Colegas foi o facto de existir uma ligação mais efectiva das pessoas ao seu médico de família e o facto da população idosa não ser tão votada ao abandono no interior como é nas cidades. «Nas aldeias, os idosos têm o seu espaço, os vizinhos que lhes dão assistência, actividades diárias como a agricultura... Não há o mesmo abandono que nos centros urbanos».

O centro hospitalar foi um assunto incontornável durante estas reuniões informais, sendo a opinião prevalente que, desde que o objectivo seja melhorar o desempenho dos serviços e a qualidade dos cuidados prestados, esse é um bom projecto. Contudo os profissionais demonstraram a sua apreensão relativamente à falta de regulamentação dessa realidade. Em seu entendimento, cada hospital terá que manter a sua identidade e a respectiva cultura organizacional.

Informatização dos CS: uma realidade?

Apesar das referências à informatização dos CS pela representante da Sub-região de Saúde de Bragança, o que se constatou foi que a maior parte dos Centros já possui o equipamento necessário à realização de video-conferências e à prática da telemedicina, instrumentos úteis em qualquer região mas provavelmente fundamentais nas zonas interiores, mas que em nenhum desses estabelecimentos essa prática é uma realidade pois os equipamentos ou não estão ligados, ou não houve formação para a sua utilização ou simplesmente não há qualquer articulação com outras instituições de saúde para a prática dessas valências. «Falta alguém do outro lado», comentava um dos muitos médicos que, ao longo destes dois dias foram referindo a existência de equipamento de telemedicina sem que o mesmo pudesse ser utilizado.

Quanto à análise do *software* que existe disponível para substituir as fichas em papel e permitir a gestão da informação clínica e do histórico do doente de forma completamente electrónica, as opiniões manifestadas divergiram: alguns médicos referiram essa ferramenta como muito útil, especialmente em termos de organização administrativa, enquanto outros referiram que o facto de se passar «mais tempo a olhar para o computador do que para o próprio doente» pode ser um factor perturbador da relação terapêutica. O sistema utilizado em algumas das instituições visitadas tem sido adaptado ao modo de funcionamento dos próprios médicos e têm-se corrigido os erros detectados, mas muitos Colegas consideram que existe de facto uma deterioração da relação médico/doente devido ao uso excessivo da informática e que algumas questões de segredo profissional podem ser postas em causa.

Conclusões

Sobre a utilidade destas reuniões, a opinião generalizada dos médicos foi que as mesmas são muito úteis e que existem muitas questões a ser debatidas, tendo sido lançado o repto para futuras visitas. Pedro Nunes realçou a importância que atribui a este contacto directo entre Colegas no sentido de conhecer de perto a opinião dos mesmos. O Bastonário da OM deixou em todos as unidades visitadas uma mensagem de união- «somos médicos e isso é a nossa característica mais importante e a que nos une a todos» - e apelou ao que referiu como sendo um «corporativismo saudável» e à não conflitualidade entre Colegas, referindo ainda a expectativa de que os médicos frequentem mais assiduamente as sedes distritais e regionais da Ordem dos Médicos e a certeza do apoio da OM para resolução dos problemas reais dos profissionais de qualquer região. Moreira da Silva, por seu lado, referiu a necessidade de aumentar as acções de formação local, enquanto que Manuela Dias aconselhou os Colegas a terem iniciativa, nomeadamente numa aproximação à Ordem e aos Sindicatos para ser possível resolver os problemas com maior celeridade e eficácia.

Insegurança no Centro de Saúde de Vila Flor

Num concelho onde o apoio da Santa Casa da Misericórdia tem um papel fulcral na assistência à população, o atendimento permanente do CS de Vila Flor está neste momento a funcionar numa parte do hospital dessa instituição, sendo que a outra parte está em obras. A existência de um centro de saúde com 30 anos, arquitectonicamente mal planeado, sem gabinetes suficientes, com consultórios de dimensões extremamente reduzidas e a falta de disponibilização de terrenos para a construção do novo centro de saúde, apesar de serem factores desmotivantes, não impedem os médicos de Vila Flor de continuar o seu trabalho com o empenho natural de quem gosta da profissão que escolheu. No entanto, os seis médicos que aí trabalham, enfrentam problemas (ainda) de maior gravidade no que diz respeito à segurança: à noite, no atendimento permanente, não existe um porteiro ou um segurança. O/a médico/a encontra-se sozinho/a com uma enfermeira e uma administrativa, sendo que das vezes em que foi necessário chamar a GNR, os agentes da autoridade levaram entre meia hora e quarenta e cinco minutos a chegar (sendo que só existem em Vila Flor dois efectivos da GNR pode inclusivamente dar-se o caso de nenhum deles estar disponível no momento em que seja necessário). Numa situação em que um utente sob o efeito de álcool coloque em risco a integridade física das três pessoas que se encontram à noite no SAP, não existe qualquer recurso célere e, portanto, que seja minimamente eficaz. Uma situação de insegurança que referem ser comum em todo o distrito de Bragança. Foi igualmente explicado, que, durante a noite, é geralmente o médico que recolhe os dados dos utentes. As indicações da OM são claras: Um médico não tem que efectuar trabalho administrativo nem ser sujeito a trabalhar sem condições de segurança. Para a urgência funcionar à noite é necessário que exista um médico de serviço e um de prevenção, um enfermeiro, um administrativo e um segurança.

Ana Simões, especialista em cirurgia - Hospital de Mirandela

Apesar das dificuldades que existem, Ana Simões sente-se recompensada em termos de satisfação profissional: «para mim a grande vantagem de exercer medicina no interior do país é em termos de vida pessoal. Quanto aos benefícios profissionais talvez existam menos meios mas isso é muito compensado porque as patologias que tratamos aqui são tão importantes como as que não podemos tratar e que reencaminhamos. Apesar de todas as dificuldades em termos de relação médico/doente para mim há imensos ganhos, a relação é melhor, mais fácil,

eles conhecem-nos e nós conhecêmo-los, eu trato-os pelo nome e isso é muito importante. Sinto que fazemos imensa falta a esta população e o único facto que lamento é que ninguém queira estar colocado nestas zonas: somos três cirurgiões em Mirandela, se tentássemos cumprir as regras – o que seria a situação ideal – estaríamos os três vinte e quatro horas de serviço, todos os dias da semana. Considero que independentemente de existir um ou dois politraumatizados por mês ou um por ano, todos merecem o melhor tratamento possível e com a celeridade necessária a estes casos».

Olímpia Carmo, obstetra
Hospital de Mirandela

Considerando que a principal dificuldade num hospital interior são os recursos humanos, Olímpia Carmo explica: «não sinto qualquer dificuldade a nível técnico e penso que em termos de tecnologia temos o que é necessário. A nossa principal dificuldade é dar resposta a todas as utentes da nossa área de influência porque somos poucos especialistas».
Sobre a importância que atribui à visita dos representantes da OM, esta obstetra é peremptória: «acho uma óptima iniciativa pois continuamos a sentir-nos um pouco isolados. A visita dos elementos da OM para conversar connosco, no nosso ambiente de trabalho, faz-nos sentir menos isolados e mais seguros por sabermos que podemos ter o seu apoio, conhecer a sua opinião, informarmo-nos se estamos a trabalhar de modo correcto...»

Manuela Ferreira, pediatra
Hospital de Bragança

Sobre as vantagens e desvantagens do exercício da medicina no interior do país, esta pediatra expressa claramente a satisfação com a opção que tomou: «Vim para Bragança, por opção pois sou da zona de Macedo de Cavaleiros. Estive num hospital central no Porto e até era uma perspectiva interessante continuar lá pois gostava de cuidados intensivos e só em hospitais centrais é que há unidades de cuidados intensivos neo-natais e pediátricos. No entanto, em termos pessoais senti que tinha benefícios em voltar para a minha área de residência antiga. Não estou nada insatisfeita, antes pelo contrário: a ideia de que os médicos que vêm para o interior não têm a mesma qualidade ou que não têm outras colocações não é correcta, como se vê pelo meu caso e pelo de muitos outros colegas que optaram como eu. Penso que fazemos um trabalho meritório, nomeadamente melhorando os índices de saúde – os da pediatria são exactamente iguais aos nacionais - e é por essa razão que me indigna que se fale em ratio médico/doente. Esse ratio que é apresentado é, na verdade, um indicador a nosso favor: por sermos poucos vemos muito mais doentes do que os nossos colegas dos hospitais centrais. Não estou a dizer que não trabalham, claro, mas fazem, provavelmente com muito mérito, outro tipo de actividades, exames muito mais sofisticados, trabalhos científicos, etc. Em termos de clínica propriamente dita, a aplicação do ratio médico/doente não permite as conclusões que muitas vezes se querem tirar. Quando o nosso trabalho é bem feito, com uma triagem dos doentes e a sua orientação para as áreas em que somos carenciados, e que são muitas obviamente, é um trabalho que só vai dignificar a profissão e, logicamente, beneficiar a nossa população.

Perante a indicação estatística de um número determinado de partos 'para manter activos e cientificamente bem formados os especialistas de materno-infantil', Manuela Ferreira não hesita em afirmar: «não podemos analisar apenas números isolados mas pessoas, regiões, população, numa análise necessariamente global. Penso que posso falar pelos meus Colegas ao dizer que qualquer alteração, se for para beneficiar a população, estaremos todos de acordo, mas se for para a prejudicar, ou seja se as pessoas que já têm um mau acesso a partir do local onde vivem ainda ficarem mais longe do hospital, não poderemos concordar. Em muitas situações, e não apenas na saúde, é como se as pessoas que vivem longe do litoral fossem portugueses de segunda embora paguem impostos da mesma maneira. O acesso nunca é idêntico pois há poucos recursos humanos se os recursos económicos aplicados forem também mais limitados, então com certeza que os índices de saúde nestas regiões irão piorar».

Horácio Correia, oftalmologista
Hospital de Bragança

Reconhecendo ter uma visão algo economicista, este oftalmologista defende, contudo, que não pode haver nenhuma perda de qualidade dos cuidados prestados: «relativamente à questão do fecho das urgências e à criação do Centro Hospitalar do Nordeste penso que é uma necessidade que deve ser racionalizada, temos que economizar meios e recursos, sendo indiscutível que a questão das urgências tem que ser revista. Os gastos na saúde deste distrito têm que ser repensados. Considero que isso é inquestionável e que as Direcções das três unidades existentes terão que concertar e equacionar todas as questões que se levantam de forma a que a qualidade da saúde se mantenha, economizando ao máximo. A economia de recursos é uma questão que na nossa sociedade tem que ser sempre colocada em primeiro lugar. Os responsáveis pelas três unidades terão que se organizar dentro de um quadro técnico, sem esquecer as três entidades que existem: Bragança, Macedo e Mirandela, com as suas realidades médicas, que não podem ser escamoteadas e sem que exista qualquer sobreposição de nenhuma das unidades relativamente às outras. Considero que há custos a mais na saúde mas que têm que ser preservados os cuidados de saúde mínimos para as pessoas que estão no interior do país. Mas em termos económicos é difícil manter presenças físicas em todos os hospitais, em todos os centros de saúde, a todo o momento. Temos que apostar na melhoria das vias de comunicação e das acessibilidades».

Maria Clara Rosas Cardoso Soares, Maria Luís, João Aguiar - anestesistas
Hospital de Bragança

Estes três anestesistas são unânimes em afirmar que, com menos recursos do que um hospital central, onde estão em permanência de presença física quatro anestesistas durante as 24 horas, no hospital distrital onde trabalham, apesar das dificuldades, «com um doente igualmente grave e sem colegas a quem recorrer, temos que actuar sozinhos e com igual eficácia. E actuamos. E tudo tem corrido bem apesar da falta de apoios». O facto de terem que tomar decisões sem poderem trocar opiniões com colegas, é algo que tem elevados custos em termos pessoais, não só em termos de carga de trabalho mas também em termos de desgaste e stress. Perante as dificuldades que sentem, concluem: «é muito importante, ou mesmo fundamental, termos sempre um anestesista de apoio, mas o Colégio de Anestesia nunca se pronunciou sobre essa questão técnica».

Manuela Fernandes, Especialista em Medicina Geral e Familiar
Centro de Saúde de Bragança

Sobre qualquer plano de fecho de urgências, baseado em critérios meramente estatísticos, esta especialista em MGF considera que «essa questão tem que ser muito debatida e ponderada com quem trabalha na região porque, embora a densidade populacional seja relativamente pequena, temos uma área geográfica muito extensa». «Se houver um problema agudo de saúde onde irão as pessoas?», complementou.
Sobre a sua opção em trabalhar no interior, decisão que teve há mais de vinte anos, Manuela Fernandes não está arrependida: «gosto muito de trabalhar aqui, sinto que estamos muito próximos da população, a qual nos conhece muito bem. Acho muito agradável trabalhar desta forma. Como médica, a dificuldade que por vezes sinto é o acesso a outro tipo de acções de formação. O facto de termos hospitais com muito menos valências que no litoral também é um factor negativo pois, muitas vezes, os nossos doentes têm que se deslocar muitos quilómetros para a realização de exames complementares de diagnóstico».

Avaliação da visita pelo CRN

Em carta dirigida a Berta Nunes, coordenadora da Sub-Região de Saúde de Bragança, o presidente do Conselho Regional do Norte, efectuou a avaliação da visita às unidades de saúde do Distrito Médico de Bragança, carta essa que se passa a reproduzir:

«Exma. Senhora Coordenadora da Sub-Região de Saúde de Bragança
Professora Doutora Berta Nunes

Em primeiro lugar gostaria de a cumprimentar e agradecer a forma calorosa com que nos recebeu na Sub-Região de Saúde de Bragança e de nos ter proporcionado a visita aos estabelecimentos de saúde que abaixo discriminamos. Aproveitamos a oportunidade para fazermos algumas sugestões que nos parecem passíveis de correcção neste início do seu mandato, que esperamos profícuo e que traga melhoramentos no funcionamento dessas Unidades de Saúde.

O Sr. Bastonário e o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (Dr.ª Manuela Dias, Dr.ª Fátima Oliveira e Dr. José Pedro Moreira da Silva) visitaram em 15 e 16 de Dezembro de 2005 as seguintes Unidades de Saúde do Distrito Médico de Bragança:

Hospital de Bragança
CS de Bragança
CS de Miranda do Douro
CS de Vimioso
CS Macedo de Cavaleiros
Hospital de Mirandela
CS Mirandela
CS de Carrazeda de Ansiães
CS Vila Flor

Em Macedo de Cavaleiros fomos gentilmente convidados para a sessão de abertura da Jornadas Transmontanas das Unidades de AVC promovida pela Unidade de AVC do Hospital de Macedo de Cavaleiros.

Da visita efectuada pudemos constatar que na globalidade os Centros de Saúde têm boas instalações com excepção do de Vila Flor (em remodelação) para a prestação de cuidados médicos. Verificamos algumas não conformidades que gostaríamos de ver corrigidas.

Muito nos preocupou verificar que apesar das indicações da Ordem dos Médicos, insistentemente divulgadas ao longo dos anos, continuam os Serviços de Atendimento Permanente a serem assegurados por um único médico. Nunca será de mais voltar a salientar a precariedade de atendimento que esta situação provoca, não servindo nem a população, nem propiciando uma boa prática médica.

Constatámos que o Serviço de Atendimento Permanente nocturno é feito também com um só médico, um enfermeiro e um auxiliar, sem pessoal administrativo e sem qualquer tipo de segurança pública ou privada na área de atendimento ou no exterior do CS.

Material excelente para a prática de tele-medicina armazenado mas não funcionante.

Material de radiologia também armazenado mas também não funcionante.

Blocos Operatórios a funcionarem com um só Cirurgião, sem ajudante habilitado, que põe em risco todo o acto cirúrgico e que contraria todas as indicações veiculadas pelos Colégios das várias áreas cirúrgicas e aprovadas pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos.

Serviços de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia a funcionarem com um só médico especialista o que põe em risco os actos médicos praticados e vai também contra todas as normas da boa prática, contrariando as indicações veiculadas insistentemente pelo Colégio de Ginecologia e Obstetrícia e também aprovadas pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos.

Igualmente nos preocupa a dificuldade de Formação referida insistentemente pelos médicos das várias Unidades de Saúde. Lembramos que são médicos a trabalhar em situações penosas de isolamento, tanto geográfico, como humano. Dada esta particularidade, devem sim, ser estimulados e incentivados na frequência de acções de Formação e não, impedidos por argumentos falaciosos. Os Directores das várias Unidades e Saúde devem ser instruídos no sentido de criar situações favorecedoras da Formação médica e não entraves, dificuldades burocráticas, que na prática impedem as substituições necessárias ou obrigam a remarcações de consultas para prazos pouco exequíveis.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos
J. Pedro Moreira da Silva»

Novas Cédulas Profissionais

O CNE em 20/12/2005 decidiu que as antigas cédulas de papel perdem a validade a partir de 01/05/2006. Pelo que é de fundamental importância que os Colegas efectuem a requisição da nova cédula o mais brevemente possível.

Medicina Interna – Existimos e Seremos

João Sá
Presidente do Conselho Directivo – Colégio da Especialidade de Medicina Interna – Ordem dos Médicos

(...)
Ao contrário de muitos apóstolos da desgraça, o grupo de Médicos que têm servido na liderança do Colégio está seguro de que a Medicina Interna não está decadente nem se extinguirá. Considere-se apenas a crescente intensidade de tarefas de consultoria intra-hospitalar, da gestão do processo assistencial no internamento e no ambulatório, na urgência e emergência, nos cuidados aos doentes críticos, na Medicina do fim de vida, na clínica das dependências, nas diversas prevenções de estados mórbidos, na epidemiologia, na bioestatística, na informática e na decisão, só para citar algumas áreas que complementam a rotina quotidiana ao lado dos doentes essencialmente não-cirúrgicos. Internistas existimos e seremos.

TEXTO INTEGRAL NA EDIÇÃO DA ROM DE DEZEMBRO DE 2005, disponível online em: http://www.ordemdosmedicos.pt/ie/institucional/publicacoes/revista/rom63.pdf

Nota da redacção: Por lapso na última edição, na página 17, foi publicada uma fotografia do Dr. Arnaldo Sá no lugar onde devia estar colocada a fotografia do Dr. João Sá, presidente do conselho directivo do Colégio da Especialidade de Medicina Interna (como indica a legenda). Pelo facto apresentamos as nossas desculpas ao autor do artigo Medicina Interna - Existimos e Seremos.

Competências em Medicina Interna ou Competência na Medicina Interna

Tendo lido com atenção o artigo de opinião do Dr. Carlos Vasconcelos, na revista de Setembro da Ordem sobre a criação de competências em Medicina Interna (MI) nomeadamente nas áreas da Doenças autoimunes/ Reumatologia e no HIV/SIDA, não posso deixar de demonstrar o meu desagrado relativamente ao mesmo.

Esperaria uma tomada de posição por parte dos responsáveis da Reumatologia (Colégio da Especialidade, Sociedade Portuguesa de Reumatologia). Na ausência desta faço-o neste momento a título pessoal enquanto Reumatologista.

Segundo o Dr. Carlos Vasconcelos a diferenciação de alguns colegas de MI em diversas áreas de uma especialidade generalista como a MI dava-lhes competência clínica, e, portanto, a diferenciação institucional seria o passo natural consequente. Assim, de acordo com o seu interesse e conveniência pessoais poderia qualquer internista ser competente para seguir e tratar doentes cuja doença são do foro técnico e especializado de outras especialidades reconhecidas pela Ordem dos Médicos (OM).

Penso que a visibilidade dada a tais ideias pela OM, pode indiciar que as mesmas colhem alguns apoios no interior da Ordem. Embora o artigo seja de opinião e portanto da responsabilidade exclusiva do autor, encerra de forma mais ou menos directa a linha editorial da revista e neste caso da OM.

A definição de doenças autoimunes é diversa e embora englobe patologias seguidas por diversas especialidades como a Neurologia, a Gastroenterologia e a Endocrinologia entre outras são fundamentalmente as doenças da competência técnica da Reumatologia que falamos quando se discutem as doenças autoimunes (LES, AR, Vasculites, Espondilartropatias, etc).

A Reumatologia, como todas as outras especialidades médicas, derivou da MI e existe no Instituto Português de Reumatologia desde 1948. Em 2005 fez 25 anos o seu colégio da especialidade. A criação da Reumatologia não nasceu de um acto isolado e sem coerência mas pelo desenvolvimento normal da Medicina Moderna e pela especificidade das patologias e a necessidade de aprofundamento curricular único que se desenvolve por 5 anos.

Os dois exemplos dados (Autoimunes e HIV/SIDA) parecem-me não o ter sido feito de forma inocente. Embora no seu artigo o Dr. Carlos Vasconcelos os tenha apresentado como exemplos entre outros, para mim enquanto Reumatologista a sugestão da criação de competências nesta área não me parece ser um acto de pureza de pensamento mas encerra eventualmente objectivos mais profundos.

Há vários anos que assistimos de forma sistemática a um conjunto de obstáculos ao desenvolvimento da Reumatolgia que se associa paralelamente à tentativa de maior visibilidade das consultas de doenças autoimunes por parte da MI.

A Reumatologia tem neste momento cerca de 120 especialistas e um número reduzido de centros dispersos maioritariamente pela zona da grande Lisboa; tal resulta não da inexistência de doentes, da falta de importância clínica da especialidade ou da falta de candidatos à mesma mas quase exclusivamente à recusa que desde sempre surgiu à criação de unidades ou serviços de Reumatologia quer em hospitais centrais quer em distritais.

Nos últimos 15 anos foram vários os planos de criação de uma Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia que não foram implementados até à criação do Plano Nacional Contra as Doenças Reumáticas aprovado em 2005 pela D.G.S., actualmente em fase de implementação. Mesmo no âmbito deste plano, as resistências criadas à implementação de serviços têm sido elevadas.

Será apenas coincidência que a maioria dos Hospitais de Lisboa e da zona do Porto não tenham valência de Reumatologia inclusivamente no Hospital de Santo António onde trabalha o Dr Carlos Vasconcelos? Essa coincidência é ainda maior se virmos que nesses hospitais existem grupos de médicos a realizar consultas de doenças autoimunes.

Logicamente com menos serviços resultam menos capacidades formativas e menos internos, logo uma dificuldade acrescida na implementação da Reumatologia.

Mas será que o bloqueio ao desenvolvimento da Reumatologia assenta em razões clínicas válidas?

Sabemos dos estudos internacionais válidos que o seguimento por especialistas de Reumatologia melhora o prognóstico, a incapacidade e os custos directos e indirectos inerente aos doentes com patologia reumatológica (localizada ou sistémica), quando comparados com o seguimento por especialistas de Clínica Geral ou de Medicina Interna.

Luis Cunha Miranda
Reumatologista

No nosso país a Reumatologia é das especialidades que, per capita, apresenta mais trabalhos científicos e publica mais artigos.

É óbvio que clinicamente as doenças reumáticas sistémicas são cientificamente interessantes e um desafio para qualquer clínico que as segue; mas a meu ver as grandes razões pelas quais estamos a falar em competências em MI estão ligadas ao desencanto que por vezes se relaciona à MI associado a razões clínicas e outras não exclusivamente científicas.

Não deixa de ser estranho e um desperdício de recursos humanos especializados que os internos de Reumatologia se encontrem sobrecarregados em urgências centrais e internas do foro específico da MI (muitas das vezes mais de 2 vezes por semana), enquanto outros estão a fazer consultas de Autoimunes.

Peço desculpa por não acreditar na inocência da proposta de criação de competências em MI. Parece que parte da MI tenta a absorção clínica das competências de especialidades cujo desenvolvimento natural sempre combateu.

Qual o papel da Ordem nesta questão?

A demissão do seu papel regulador e de desenvolvimento da qualidade das especialidades aponta ou para uma má gestão e desconhecimento de situações importantes ou para indícios da presença de influências por parte das especialidades maiores no seio da OM. Tal conduta por parte da OM tem atrasado a criação de outras especialidades e permitido o desenvolvimento de situações que chocam com as competências de diversas especialidades que proliferam sem qualquer interferência reguladora. A Ordem, e nomeadamente o seu Bastonário, deveriam ser os primeiros a cuidar e a defender as especialidades não dominantes, tendo um projecto global para a Medicina Portuguesa que passe pela reorganização dos internatos e pela pressão ao Ministério da Saúde para a implementação de um modelo de saúde (clínico) que tenha em conta a qualidade da Medicina e do acto médico. A volta ao modelo do século XIX da Medicina Geral e da Cirurgia Geral como únicas especialidades não pode no século XXI ser a referência.

Não acredito nas competências médicas em MI que me parecem tentativas de se obterem especialidades médicas existentes sem cumprir a formação exigida pela especificidade das patologias e pela Ordem.

A Ordem sofre neste momento de ataques frontais de outras formas de medicina ditas alternativas (tradicional chinesa, homeopatia, etc) pela indefinição do acto médico ou por parte da tutela com uma medicina centrada no número e na economia em vez de ser no doente e na qualidade. Contudo se a mesma Ordem não definir de forma clara o âmbito e competências das suas próprias especialidades, a luta contra uma medicina não científica ou contra a medicina economicista estará cada vez mais perdida.

Para mim, enquanto Reumatologista, este artigo patrocinado pela Ordem é lesivo à minha prática médica.

A minha opinião não deverá ser entendida como corporativista mas antes tentando ser reveladora dessas mesmas corporações ou lobbies que se movem nos bastidores da medicina, minando a credibilidade dos médicos e da Ordem, e cuja agenda em vez de ter em conta os doentes e o serviço aos mesmos, tem unicamente propósitos pessoais.

Não confundo a MI como um todo de grupos mais ou menos organizados e penso que a valorização da MI deve ser igualmente uma prioridade de todos os médicos e da Ordem, a qual porém não deverá ser obtida com a criação de competências, mas através de mecanismos de formação e integração em serviços com múltiplas valências médicas.

Em virtude de achar que a Ordem tem de ser plural e por me sentir no direito à resposta enquanto Reumatologista, espero que esta opinião tenha a mesma visibilidade que a outra publicada por vós, que a meu ver contraria o espírito plural e multidisciplinar da Ordem e que foi divulgada de forma tão abrangente.

Lisboa 19 de Dezembro de 2005

"Aspectos Éticos na Prática Médica - visão sintética"

As questões éticas na prática médica foram sempre uma das facetas dessa prática, com mais ou menos consciência desse facto. Hoje em dia as questões éticas assumem uma importância de realce na prática médica da civilização ocidental, em que princípios e valores são postos em questão, e em que existem declarações, códigos, normas e leis para deveres, direitos e actividades, não só na profissão médica como em outras profissões, ofícios e artes.

Por isso decidimos fazer uma revisão, com uma visão sintética dos aspectos éticos na prática médica, enumerando e classificando alguns problemas, e deixando pistas para reflexão, sem entrar na sua análise detalhada e discussão pormenorizada, que tornaria demasiado extenso este artigo.

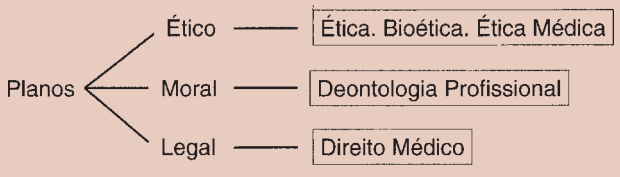
Desde há muito que existem códigos, conselhos, orações e juramentos médicos referenciando aspectos éticos na prática médica. Os mais célebres e importantes da antiguidade foram o Código de Hamurábi, de mais ou menos 1000 anos antes de Cristo, os Conselhos de Esculápio, do séc. VI A. C., e o Juramento de Hipócrates, de mais ou menos 500 A. C., que contém conceitos que ainda hoje são a base da prática médica e que são jurados por todos os novos profissionais. Na Idade Média apareceram o juramento de Asaph, no séc. VI e a oração de Maimónides no séc. XII, e entre nós o juramento de Amato Lusitano no séc. XVI. Mas foi em meados do séc. XX, em 1948, que a Declaração de Genebra, ao fazer a adaptação para os tempos actuais do juramento de Hipócrates, fez a síntese e actualização dos anteriores documentos. Esta declaração foi revista e actualizada em 1983 e 1994 e periodicamente poderá sofrer actualizações. Em 1949, com revisão em 1968 e 1983, foi publicado o Código Internacional de Ética Médica da Associação Médica Mundial, o qual poderá também ser revisto e actualizado periodicamente, conforme a evolução da ciência, dos conceitos e dos problemas.

Entre nós existe o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, de 1977, que aliás serviu de base para a presente revisão, que foi já posteriormente acrescentado e que está em vias de actualização.

A prática médica, neste contexto, pode exercer-se em vários planos: 1) ético, relacionado com a consciência individual; 2) moral, relacionado com a noção do Bem e do Mal, numa perspectiva individual e colectiva (social), e 3) legal, relacionado com as leis que regem determinadas sociedades. Definem-se assim, nestes diferentes planos, a bioética e ética médica, a deontologia profissional e o direito médico.

Quadro 1

Aspectos éticos na prática médica



- Plano teórico dos valores e dos princípios
- Aplicação prática dos princípios

Todo o médico deve ter uma consciência limpa, desenvolvendo o bem pensar, o bem- querer e o bem-fazer (benevolência e beneficência), para uma correcta conduta baseada na boa fé, na honestidade e na humildade. O médico deve ser competente, baseado na experiência e na cultura, que deve sempre aumentar e actualizar, fazendo parte dessa competência o sentido das suas limitações para que possa pedir ajuda a colegas quando essas limitações são excedidas.

Define-se assim uma *"ars médica"* (arte baseada na ciência), uma *"legis artis"* (estado da arte) e um *"error artis"* (erro médico), que condicionam uma boa ou má prática médica, baseada na liberdade, independência e responsabilidade. O erro médico é, todavia, diferente da negligência e ainda mais da incúria, e a responsabilidade pode ser; 1) ética e moral, quando diz respeito unicamente à consciência do médico; 2) civil, quando justifica indemnização; 3) penal (criminal), quando os actos praticados infringem a lei (do país, internacional); e 4) disciplinar, quando infringe as boas regras de actuação médica, a qual pode ainda ser administrativa e profissional, a primeira quando existe carreira hierárquica, e/ou vínculo profissional, a segunda quando a Associação Médica (Ordem dos Médicos) considera ter havido infracção na actuação médica perante os doentes, os colegas e/ou a sociedade.

Todavia, o plano teórico dos valores e dos princípios é diferente da aplicação prática desses mesmos princípios. Por exemplo, o princípio universal de "não matarás" pode, na prática, ter algumas excepções, como a legitima defesa e certos casos de mal menor. Assim, as normas podem ser consideradas, no seu aspecto geral ou no caso individual, dependendo de circunstâncias, interesses, eventuais confli-

Manuel Mendes Silva
Chefe de Serviço Hospitalar de Urologia do Hospital Militar Principal, Lisboa – Ex-Presidente da Associação Portuguesa de Urologia – Ex-Presidente do Colégio de Urologia da Ordem dos Médicos – Ex-Presidente da Comissão de Ética do Hospital Militar Principal

tos, que fazem com que as regras possam ter excepções. Assim mesmo se passa na lei, geral, embora possa admitir casos concretos, e na aplicação das leis a um determinado caso ou situação concreta. O poder legislativo elabora as leis, o poder executivo zela pela sua aplicação, o poder judicial julga as suas omissões e infracções ...

Definem-se assim deveres e direitos. Deveres e direitos dos médicos, dos doentes e da comunidade, que vamos analisar em quatro capítulos: A) o médico ao serviço do doente; B) o médico ao serviço da comunidade; C) relações entre médicos; D) relações dos médicos com terceiros.

Enumeraremos, neste contexto, alguns problemas éticos comuns na prática médica de hoje, tendo sempre em atenção que não pretendemos fazer uma discussão dos problemas, mas tão somente apontá-los, defini-los, classificá-los, e assim dar pistas para reflexão e discussão.

A. O médico ao serviço do doente

Analisaremos sucessivamente sete aspectos: 1) Qualidade dos serviços médicos; 2) Consentimento informado; 3) Segredo profissional; 4) Privação da liberdade; 5) Problemas respeitante à vida e à morte; 6) Experimentação humana; 7) Honorários.

Quadro 2

O médico ao serviço do doente

- Qualidade dos serviços médicos
- Consentimento informado
- Segredo profissional
- Privação da liberdade
- Problemas respeitantes à vida e à morte
- Experimentação humana
- Honorários

1. Qualidade dos serviços médicos

Relativamente à qualidade dos serviços médicos, os princípios gerais a observar respeitam a relação médico-doente e doente-médico, que deve ter uma base de dignidade e respeito mútuo. Há que dizer não ao abuso e à corrupção a todos os níveis, seja pessoal, sexual, ou de qualquer outra natureza.

O médico deve ter a qualificação conveniente e ser competente. Para tal deve manter-se treinado e actualizado e observar as suas limitações. Mas o médico deve ter total liberdade e independência de actuação, assim podendo haver, como atrás se referiu, erro médico e responsabilidade a vários níveis (moral, civil, penal, disciplinar).

O médico não deve praticar qualquer tipo de discriminação em relação aos seus doentes, sejam de sexo, raça, credo, situação económica ou outra, devendo ser imparcial e isento. Teoricamente é-lhe conferido o direito de livre escolha do seu doente (como o doente deve ter livre escolha do médico, embora com limitações práticas na medicina pública), e também tem o direito de objecção de consciência, desde que salvaguardados os direitos básicos dos doentes. O médico deve ter respeito pelas crenças, interesses e situações especiais, nomeadamente com crianças, idosos e deficientes. A privação da liberdade põe problemas especiais e será tratada adiante. Também o esclarecimento e o consentimento informado, e o segredo profissional, que são apanágio da actividade médica, pela sua importância serão tratados nos capítulos seguintes. Três situações podem todavia constituir excepções pontuais a estes princípios e regras: as situações de urgência clínica, as situações de calamidade pública ou epidemia e a greve de médicos. Três situações particulares que podem implicar que alguma ou algumas destas regras possam não ser aplicadas, tendo em atenção que o bem dos doentes é o objectivo principal da actividade 'médica, num contexto todavia de deveres e direitos, dos médicos e dos doentes.

Quadro 3

O médico ao serviço do doente

Qualidade dos serviços médicos

- Princípios gerais. Relação médico – doente e doente – médico. Dignidade. Respeito. Não à corrupção a todos os níveis.
- Qualificação e competência. Actualização. Liberdade. Independência. Erro médico. Responsabilidade
- Não discriminação. Imparcialidade. Isenção
- Livre escolha e objecção de consciência
- Respeito pelas crenças, interesses e situações especiais (crianças, idosos, deficientes, ..., privação da liberdade, ...)
- Esclarecimento e consentimento informado
- Segredo profissional
- Situações de urgência
- Situações de calamidade pública ou epidemia
- Greve de médicos

2. Consentimento Informado

O consentimento informado baseia-se nos princípios gerais do esclarecimento adequado por parte do médico e do consentimento esclarecido por parte do doente. Tal pressupõe uma descrição sumária de atitudes e procedimentos com a avaliação das respectivas expectativas e riscos/benefícios. As complicações eventuais serão também pesadas, assim como os custos, económico-financeiros ou de outra natureza. As alternativas devem ser também explicitadas, com as suas vantagens *versus* inconvenientes. Todos estes aspectos devem ser suficientemente compreendidos pelo doente que deverá colocar quaisquer dúvidas para o seu cabal esclarecimento. Desde que esclarecido, o doente deve dar o seu consentimento, oral ou escrito, para a atitude ou procedimento a efectuar, sendo a decisão partilhada pelo médico e pelo doente. O pessoal, médico ou não, que participe nos procedimentos, deve ser identificado. Obviamente que há algumas excepções a estes princípios, em casos de urgência, de doentes incapacitados (coma, incapacidade mental, crianças, etc., em que o consentimento será efectuado pelos seus representantes), ou outras situações particulares.

Quadro 4

O médico ao serviço do doente

Consentimento informado

- Princípios gerais. Esclarecimento adequado e consentimento
- Descrição sumária de atitudes / procedimentos
- Riscos / benefícios
- Expectativas e complicações
- Custos
- Alternativas
- Identificação do pessoal (médico ou não) que participa nos procedimentos

3. Segredo Profissional

O princípio geral do segredo profissional baseia-se na privacidade do doente e da relação médico-doente, podendo haver situações de conflito entre a privacidade do doente e o interesse público. Em principio prevalece a privacidade, havendo todavia casos especiais em que, quando avisado o doente, e desde que seguidos determinados pressupostos, o interesse público pode prevalecer. A observância do segredo profissional deve estar bem presente nos atestados médicos, nos arquivos clínicos, informatizados ou não, nas comunicações e publicações científicas e na relações com a comunicação social (por exemplo boletins clínicos dos VIP). Muitas vezes, em relação a entidades pagadoras, existe perda do segredo profissional a pedido do doente, mas esse facto deve ser o mais circunscrito possível. A privação da liberdade realça a observância do segredo profissional.

Quadro 5

O médico ao serviço do doente

Segredo profissional

- Princípios gerais. Privacidade
- Privacidade do doente e interesse público
- Atestados médicos
- Entidades pagadoras
- Arquivos clínicos
- Informatização
- Comunicações e publicações
- Comunicação social
- Privação da liberdade

4. Privação da Liberdade

A integridade e o interesse dos doentes são os princípios gerais que regem a actividade médica em privação da liberdade. Os presos são seres humanos com direitos e garantias e o médico deve defender sempre esses direitos, nomeadamente em casos de experimentação humana e de tortura. A greve de fome é um direito que assiste aos presos e o médico deve ter um papel de ajuda nestas situações.

5. Problemas respeitantes à vida e à morte

O princípio geral neste contexto é o respeito pela vida. O aborto (interrupção voluntária da gravidez) põe problemas muito específicos e, salvaguardando o principio do respeito pela vida, tem casos de difícil decisão na prática, apesar das orientações éticas e morais e das definições legais sobre o assunto. Também a eutanásia é questão muito discutida, sendo de realçar que o médico, respeitando a vida, deve prover à dignidade na morte, como durante a vida. Casos de abstenção terapêutica ou de suspensão de recursos de "vida artificial" são pois decisões médicas que podem ser independentes da eutanásia, evitando assim a distanásia e a obstinação terapêutica. Proporcionar uma morte digna, tanto quanto possível isenta de sofrimento, com todo o apoio do ponto de vista humano, com bom senso na utilização dos recursos técnicos disponíveis, é um dever de todos os médicos, e chamamos-lhe morte assistida.
Se o aborto e a eutanásia respeitam à morte, dizem respeito à vida os problemas referentes à transplantação de órgãos e à sua colheita, assim como os proble-

mas da sexualidade, do sexo recreativo, da contracepção e esterilização, da procriação artificial e da intersexualidade e transexualidade. Também aqui se incluem as questões, tão actuais, da manipulação genética, de que são exemplo a clonagem, o problema das células estaminais, o destino dos embriões excedentários, etc. A discussão destas questões está na ordem do dia e as Comissões de Ética frequentemente são chamadas a emitir pareceres sobre estes assuntos.

Quadro 6

O médico ao serviço do doente

Problemas respeitantes à vida e à morte

- Princípios gerais. Respeito pela vida
- Aborto
- Eutanásia, abstenção terapêutica, morte assistida
- Transplantação de órgãos
- Problemas da sexualidade. Sexo recreativo
- Contracepção e esterilização
- Procriação artificial
- Intersexualidade e transexualidade
- Manipulação genética
  (clonagem, células estaminais, destino de embriões excedentários, ...)

6. Experimentação humana

O princípio geral que informa este capítulo é o primado do indivíduo. Os ensaios clínicos e terapêuticos têm hoje princípios éticos bem definidos e legislação publicada, em Portugal e na Europa. As Comissões de Ética devem salvaguardar esses princípios éticos, que aceitam a investigação científica e os avanços terapêuticos, mas sempre à custa do conceito do homem antes da humanidade e da ciência.

7. Honorários

Há que distinguir honorários de salários. Se todo o trabalhador, incluindo o médico, tem direito a salários, na actividade livre são legítimos os honorários, os quais devem ser contudo relativos, e atender a variados factores e circunstâncias.

B. O Médico ao Serviço da Comunidade

O médico tem responsabilidade perante a comunidade. Assim é quando o médico actua como perito, em várias circunstâncias, quando o médico é investigador nas ciências básicas, quando é um técnico na indústria farmacêutica e técnica, e quando é médico de saúde pública, talvez o exemplo mais completo da responsabilidade médica perante a comunidade.

Quadro 7

O médico ao serviço da comunidade

- Responsabilidade do médico perante a comunidade
- O médico como perito
- O médico como investigador nas ciências básicas
- O médico na indústria farmacêutica e técnica
- O médico em saúde pública

C. Relações entre Médicos

As relações entre médicos devem pautar-se pela solidariedade, profissional e humana, a qual todavia tem limites, impostos pelos superiores interesses dos doentes e dos próprios médicos, enquanto homens e profissionais, com uma profissão tão especial como a Medicina. A relação entre colegas pode ter várias variações *inter pares*, como por exemplo entre professores e alunos (mestres e aprendizes), entre generalistas e especialistas, entre vários e diferentes especialistas e sub especialistas, interespecialistas do mesmo ramo, entre. clínicos e investigadores, e por outro lado entre os colegas que funcionam em Medicina estatal, ou convencionada e privada, entre e inter Hospitais, Centros de Saúde e Saúde Pública.

A cooperação médica deve ser uma realidade a todos os níveis. O médico enquanto profissional não deve cobrar honorários a colegas e deve cooperar com opiniões, pareceres, atitudes e práticas, sempre que lhe é solicitada cooperação a nível profissional, pois sempre que um médico sente que atinge o nível das suas limitações deve procurar colaboração com outros colegas que, na sua opinião, estão aptos para o fazerem. Essa colaboração pode ter diversas formas práticas, desde o acompanhamento de doentes e o envio a colegas até às conferências e juntas médicas. Todavia a dicotomia, ou seja a partilha de honorários ou benefício material para os cooperantes á custa dos doentes é altamente condenável.

Uma forma actual de relacionamento clínico e científico entre colegas diz respeito às recomendações clínicas, em que especialistas e expertos em determinadas matérias recomendam a outros colegas atitudes ou práticas, baseadas na sua experiência ou na evidência científica.

Problemas específicos são colocados nas sociedades civis e comerciais de serviços médicos em que podem existir vínculos laborais entre médicos, assim como quando existiam carreiras e hierarquias, públicas ou não, com médicos funcionários e chefias médicas.

Quadro 8

Relações entre médicos

- Solidariedade médica. Limites
- Relação entre colegas
  - Entre professores e alunos (mestres e aprendizes)
  - Entre generalistas e especialistas
  - Entre vários e diferentes especialistas e subespecialistas
  - Interespecialistas do mesmo ramo
  - Entre clínicos e investigadores
  - Entre a medicina estatal, convencionada e privada
  - Entre os Hospitais, Centros de Saúde, Saúde Pública (inter e entre)
- Cooperação médica. Conferências e juntas médicas. Dicotomia
- Recomendações clínicas
- Sociedades civis e comerciais de serviços médicos

D. Relações dos Médicos com Terceiros

Analisaremos sucessivamente três aspectos: 1) com instituições de cuidados de saúde, científicas e profissionais; 2) com outros profissionais de saúde; 3) com outros, nomeadamente "gigantes sociais".

1. Com instituições de cuidados de saúde, cientificas e profissionais

Estas instituições são os Hospitais, Centros de Saúde, Clínicas, Universidades, Sociedades Científicas, Sindicatos, etc., tendo cada uma delas problemas genéricos comuns a todas e problemas específicos próprios de cada uma. Podem ser instituições do Estado, instituições em que haja patrões, privados ou semi privados, ou instituições cooperativas. O papel, hoje, nas sociedades ocidentais e em Portugal, dos grupos económicos, nomeadamente dos Bancos e Seguradoras, como patrões das instituições de saúde, é relevante, substituindo o Estado, a Igreja e as Misericórdia e as Clínicas livres de médicos, e a relação dos médicos com os administradores e gestores destas instituições põe problemas importantes e actuais. Casos especiais dizem respeito a instituições específicas, como militares, desportivas, escolares, de trabalho, tribunais, etc.. Se o médico noutros tempos era fundamentalmente um profissional livre, hoje cada vez mais é funcionário, com contratos, carreiras e hierarquias, que podem por problemas éticos e de responsabilidade disciplinar, administrativa e profissional.

Quadro 9

Relações dos médicos com terceiros

Com instituições de cuidados de saúde, científicas e profissionais

- Hospitais
- Centros de saúde
- Clínicas
- Universidades
- Sociedades científicas
- Sindicatos

- Estado
- Patrões (Seguradoras, ...)
- Administradores (Gestores)
- Casos especiais (Militares, Desporto, Escola, Trabalho, Tribunais, ...)

- Contratos
- Carreiras
- Hierarquias

O médico livre... O médico funcionário...

2. Com outros profissionais de saúde

Para além da relação com os gestores atrás referida, podem também pôr-se problemas na relação dos médicos com os enfermeiros, os farmacêuticos, os técnicos paramédicos (nomeadamente psicólogos e assistentes sociais), os administrativos, auxiliares, etc., quer a nível hospitalar, quer ambulatório ou de saúde pública. Há que ter posturas éticas nesses relacionamentos e saber gerir eventuais conflitos.

Quadro 10

Relações dos médicos com terceiros

Com outros profissionais de saúde

- Enfermeiros
- Farmacêuticos
- Técnicos paramédicos
- Administrativos
- Auxiliares
- Outros

3. Com outras entidades. Eventuais "gigantes sociais"

As relações dos médicos com a comunicação social, com a indústria farmacêutica e técnica, e com a política, levantam problemas éticos específicos e de grande actualidade, havendo que salvaguardar princípios e valores e que afirmar atitu-

Quadro 11

Relações dos médicos com terceiros

Outros

- Publicidade
- Comunicação Social
- Indústria farmacêutica e técnica
- Política

des. Assim mesmo também se passa com a publicidade médica, ou de interesses dos médicos.

Problemas éticos comuns na prática médica de hoje

Conforme se afirmou no início deste trabalho, pretendemos enumerar e classificar alguns problemas éticos na prática médica, lançando algumas pistas para reflexão mas sem entrar na discussão dos problemas, demasiado extensa e controversa para um trabalho deste nível.
No quadro 12 estão identificados problemas éticos comuns na prática médica de hoje, anteriormente classificados.

Quadro 12

Problemas éticos comuns na prática médica de hoje

- Erro médico. Responsabilidade
- Esclarecimento e consentimento informado
- Segredo profissional. Informatização e arquivos clínicos
- Problemas respeitantes à vida e à morte (aborto, eutanásia, transplantação de órgãos, sexualidade, procriação artificial, manipulação genética, clonagem, células estaminais, embriões excedentários)
- Ensaios clínicos
- Recomendações clínicas
- Relações interpares e com outros profissionais de saúde. Gestores!
- Relações com patrões, Estado, Privados, Hospitais
- Carreiras. Hierarquias
- Relações com indústria farmacêutica e técnica
- Relações com comunicação social

Conhecê-los, reflectir sobre eles, discuti-los, é o prólogo para aplicar na prática os princípios e os valores éticos que informam a nossa tão nobre profissão. E á laia de conclusão, ilustrando com a cena bíblica do sacrifício de Isaac por Abraão, em que o Anjo impede que Abraão sacrifique Isaac (Rembrant, seco XVII): ...Que nunca se nos coloque o dilema ético de matar o filho para obedecer a Deus, mas se um dia esse dilema se nos colocar, que o Anjo (a Consciência) nos faça tomar a decisão acertada que no fundo corresponde aos verdadeiros desígnios de Deus...

À laia de conclusão...

Rembrandt
"O Anjo impede que Abraão sacrifique Isaac",
Séc. XVII

Bibliografia

1. Esperança Pina, J.A. - A Responsabilidade dos Médicos (3° Edição), lidei, Lisboa, 2003.
2. Ambroselli; Claire - L'éthique medicale, Presses Universitaires de France, Paris, 1988.
3. Archer, L., Biscaia, J. Osswald, W. - Bioética, Editorial Verbo, Lisboa, São Paulo, 1996.
4. Daniel Serrão - Responsabilidade Médica, Acção Médica, Ano LIV, 2, 5 - 17, 1990.
5. Esperança Pina, J. A. - Os grandes problemas éticos da Medicina contemporânea, Nação e Defesa, 52: 3-15, 1989.
6. Gonçalves Ferreira, F. A. - História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal, Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
7. Kremer- Marietti, A. - L'étique, Presses Universitaires de France, Paris, 1987.
8. León, A. - Ética em Medicina, Editorial Cientifico - Médico, Barcelona, Madrid, Lisboa, Rio de Janeiro, México, 1973.
9. Mendes Silva, M. - Aspectos Éticos na Prática Médica Urológica - Visão Sintética, Acta Urológica Portuguesa, 22; 1: 9-16, 2005.
10. Peiro, Francisco - Deontologia Médica, Livraria Cruz, Braga, 1966.
11. Pinto, J. R. Costa - Questões actuais de Ética Médica, Editorial A. O., Braga, 1979.
12. Segreccia, E. - Manual de Bioética, Edições Loyola, São Paulo, 1996.
13. Villey, R. - Deontologie Médicale, Masson, Paris, New York, Barcelona, Milan, México, Rio de Janeiro, 1982.
14. Código de Registo Civil, Editora Almedina, Coimbra, 1997. 15. Código Penal, Editora Rei dos Livros, Lisboa, 1995.
16. Estatuto de Ordem dos Médicos, Dec. Lei n° 282/77, 5Jul1977.
17. Código Deontológico da Ordem dos Médicos, Dec. Lei n° 282/77, 5Jul1977, Revista Ordem dos Médicos, 27 Março 2002 (suplemento).
18. Bases do Serviço Nacional de Saúde, Lei 56/79, 15Set1979.
19. Lei de Bases da Saúde, Lei 48/90, 24Ago1990.
20. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, Dec. Lei n° 11/93, 15Jan1993.
21. Constituição da República Portuguesa, Saúde, Art.° 64°, 1997.
22. Estatuto Disciplinar dos Médicos, Dec. Lei 217/94, 20Ago1994.
23. Ensaios Clínicos, Dec. Lei 97/94, 9Abr1994.
24. Ensaios Clínicos, Lei 46/04, 19Ago2004.
25. Pareceres do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1991, 92, 93, 94, 98 e seguintes.

A oferta em busca da procura – acto médico condicionado

H. Carmona da Mota

Qu' é das **disfunções erécteis** do **meu país** estranho,
Onde estão *elas que não vêm consultar?*

2002. Disfunção eréctil. Simpósio satélite do XIX Encontro Nacional de Clínica Geral, patrocinado pela Pfizer, produtora do Viagra®.

Jun 2005 «Não há número suficiente de consultas»

Estima-se que 300 milhões de homens no mundo tenham disfunção eréctil.
São números assustadores.
Com o aparecimento do Viagra®, em 1998, houve uma grande revolução.
O Viagra® é uma coisinha muito simples, com 80 a 90% de êxito.
«TM» — As pessoas passam a acorrer mais às consultas de sexologia, mas depois deparam-se com a escassez destas.
SM — Exactamente. Não há número suficiente de consultas para dar resposta.
TM 1.°CADERNO de 2005.06.15
0510951C18105ABV24C

Jun 2005 "Metade dos homens dos 40 aos 69 anos sofre de disfunção eréctil" revela o primeiro estudo de prevalência deste distúrbio em Portugal, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e pelos laboratórios Pfizer.
Para o coordenador do estudo, o director do Serviço de Endocrinologia do Hospital SM a baixa sensibilização para o problema em Portugal é notória tanto pela fraca adesão a consultas de andrologia, como pelo baixo consumo de fármacos para a disfunção eréctil, comparativamente com outros países ocidentais.
"É preciso que os médicos passem a indagar sobre a vida sexual dos seus doentes"
http://jornal.publico.clix.pt/noticias.asp?a=2005&m=06&d=18&uid=&id=261898&sid=2883

Dez 2005 «Onde é que eles estão?»

Segundo um estudo epidemiológico promovido pela Sociedade Portuguesa de Andrologia e patrocinado pela Pfizer, haverá mais de 400 mil homens com disfunções sexuais.
«Se é verdade que há 300 ou 400 mil homens com disfunção eréctil, a pergunta, que nós (SPA) há muito tempo fazemos, é: onde é que eles estão ?

TM 1.° CADERNO de 2005.12.07
0511351C08105PR49A

O bazar *must go on*; se a montanha não vem a Maomé, vai Maomé à montanha.

Em 1962 ainda não havia Viagra.

Eu era médico do regimento de Luanda (RIL), recém chegado e recém formado. Á minha frente estava um soldado africano, impecavelmente fardado que, em sentido, me entregou um bilhete sem nada dizer. Intrigado, comecei a ler:

Começo por pedir releve-me V. Senhoria o encómodo que faço e o bom tempo que por meio desta venho roubar.
Encontro-me muito atrapalhado Senhor Doutor! Sou solteiro amigado há coisa de um mês e acho-me incompetente. É certo quanto informo estar sem tesão suficiente. Claro como digo, sempre que chegasse a sensação de querer efeituar a contacto sexual, perdia a força bruscamente. A pichota tem levantado mas, não tem sido capaz de resistir 3 ou 2 minutos de tesagem.

A dificuldade foi não desatar à gargalhada; é estúpido mas foi o que aconteceu. Lá consegui conter-me quando me dei conta que tinha que ajudar a resolver este problema novo para mim, que só conhecia dos livros. Voltei a folha:

O sexo por acaso não apresenta dores de espécie algum. Tenho orinado muito à vontade sem dores. Tenho notado sempre quando desejasse foder, antes de aproximar ao sítio principal o sexo levanta mas, depois de consentrado, perde totalissimamente a força e desta maneira nada consigo.
Com isto senhor Doutor tenho passado mal o meu tempo, pensando.
Assim, apresento à V. Senhoria a minha tristeza queixa em virtude de bocalmente à presência de V. Senhoria não poder falar.

A consulta foi demorada (para aquietar o rapaz e para arquitectar a estratégia – o que é que o meu pai – meu mestre em problemas estranhos – faria?) o prognóstico foi optimista e a terapia (com consentimento não informado) incluiu uma missão de dois meses numa Companhia na Muxima. Ali há uma igreja dedicada à Srª da Conceição, mais conhecida como Srª da Muxima* (coração em Kimbundo), é uma das de maior devoção popular em Angola.
Com a benção da padroeira ou não, alguns meses depois anunciou-me o baptizado.
*http://www.paroquias.org/forum/read.php?1,347,347

Raul de Amaral-Marques
Médico Pneumologista e Imuno-Alergologista

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

... o castela!

O Oriente não me fascina assim por aí além. Minto, se disser que não gosto da Austrália. Mas, esse país-continente, que também fica do lado onde nasce o sol, situa-se no outro hemisfério e a maioria dos habitantes não tem os olhos em bico. Prometo, para breve, uma história de corais e de crocodilos!

Mas, desta vez, não vou falar da Austrália, vou falar de uma viagem que fiz ao Japão! Mais um congresso! Desta vez sobre Asma e numa cidade que não diz nada à maioria das pessoas: Maebashi! Quase não a vi no mapa quando andei à sua procura durante a preparação da viagem. Também nesse tempo ainda não havia a Internet e a pesquisa era difícil. E foi numa revista de automóveis que encontrei referências: ali situa-se a fábrica de uma marca de automóveis, a Subaru!

Ao contrário da China que não me entusiasma muito, o Japão sempre me despertou curiosidade... talvez as reminiscências da diáspora! Esqueço Pearl Harbour, Hiroshima e Nagasaki e vejo-me português de quinhentos a chegar a terra estranha e desconhecida.

Não exagero se disser que nunca me tinha curvado tanto na minha vida como naquelas dez dias que por lá passei... o inclinar da cabeça, o curvar do tronco... uma forma elegante e cerimoniosa de cumprimento e de expressão de respeito das pessoas umas pelas outras... Pena os portugueses que de lá tanta coisa trouxeram, não tivessem sabido importar este gesto saudável de cumprimento e respeito.

Dois dias em Tóquio, o suficiente para ver o essencial, circular em estradas com portagem dentro da própria cidade, reaprender a utilização dos pauzinhos para comer (nos restaurantes japoneses não há faca e garfo), andar no metro, circundar o palácio imperial... e o supra-sumo, comer o tal bife de vaca massajada e alimentada a cerveja!

Depois, o trem bala a caminho da Meabashi. A chegada junto do local do Congresso coincidiu com a saída das crianças de uma escola... todos arrumadinhos, a farda elegante, o chapéu, como soldadinhos a sair do quartel... e o destroçar sucedeu quase de imediato quando se aperceberam da nossa presença... um atravessar atento da rua e, ei-los ao nosso lado a tocarem as nossas mãos, a olharem com insistência o nosso rosto, o nosso olhar circular, redondo... para algumas daquelas crianças éramos os primeiros ocidentais que eles tinham a oportunidade de ver ao perto e tocar... Senti-me uma raridade exótica!

Num dia de folga do Congresso, o grupo de portugueses resolveu alugar um autocarro com motorista e ir visitar um centro de importante religiosidade para os japoneses, o Santuário de Nikko. Culturas e tradições religiosas muito diferentes das nossas, um cavalo endeusado, mas a mesma necessidade de comércio de imagens e de recordações...

Surpresa agradável... o reencontro com os pirolitos de bola da minha infância... tal e qual como os nossos com a pequena diferença que os pirolitos japoneses, não que tivessem a bola em bico, mas tinham-na protegida por um carapuço em látex... tal e qual como se de um preservativo se tratasse... convenci a simpática japonesa a vender-me uma garrafa (que não era permitido levar, tinha de ser bebido ali) depois de um complicado gesticular. A garrafa ainda a guardo na minha caixa de recordações, como uma preciosidade.

A seguir a este episódio, no mínimo nostálgico, um deambular pelas tendas de recordações... um buda aqui, uma boneca de pasta de papel noutra tenda, meia dúzia de recordações para os amigos... mas, a procura de um sapo em jade demorou mais a minha presença num dos expositores... do outro lado a vendedora olhava-me com atenção, não com atitude vigilante mas com ar intrigante e curioso... e não resistiu... com o passo miúdo e breve, a senhora, de quimono tradicional e já com ar de pessoa bastante idosa, dirigiu-se-me e perguntou: *Amarican*? De início não entendi porque a pronúncia não correspondia ao escrito... mas lá percebi que me perguntava se era americano. Respondi que não, que era português, de P O R T U G A L. Um sorriso abriu-lhe o olhar de espanto e satisfação e fez-me sinal para esperar um pouco na linguagem universal dos gestos e, passado algum tempo, surge do interior da barraquinha onde tinha entrado, com um bolo na mão e ofereceu-mo.

Fiquei surpreso, agradeci-lhe com profundas vénias e fui a correr para junto do autocarro, onde o grupo dos portugueses já me aguardava com alguma impaciência. Comi o bolo, uma espécie de pão de ló em tamanho de queque ou bolo de arroz, contei o episódio aos meus companheiros de viagem e a coisa ficou por aqui. Na altura pensei que, devido à sua provecta idade, a senhora soubesse, pela tradição, da vinda dos portugueses até ao Japão na época dos descobrimentos, ou qualquer coisa no género...

Esta história contei-a centenas de vezes e sempre a mesma questão: porque razão a velhota me teria oferecido o bolo? Sem resposta fiquei durante anos.

Um dia, de conversa com um colega que tinha vivido em Macau durante alguns anos e um profundo conhecedor dos povos do Oriente, conto-lhe a história e, mesmo antes de a terminar, ele vira-se para mim e pergunta-me:

- tu sabes que bolo a mulher te deu?
- não!, respondi
- deu-te um "castela"!
- "castela"? perguntei eu
- sim, um "castela", um bolo parecido com o pão de ló, feito com farinha, açúcar, ovos e claras em castelo e que foi levado pelos portugueses até ao Japão e ficou como um bolo tradicional.

De tudo isto ficou o "castela" das claras, uma das cerca de quatrocentas palavras portuguesas que entram no vocabulário japonês... do arigatô (obrigado) ao buton (botão)... coisas da diáspora!

Direito à informação de saúde

Comunicação de informações entre colegas

Foi solicitada a este Departamento análise e parecer sobre uma situação exposta por uma médica, relativamente às informações clínicas veiculadas por um Hospital a pedido do doente.

Refere a consulente – Médica de Família, que o Hospital não transmite a integralidade da informação com interesse para o seguimento do paciente.

Em concreto, quando o paciente solicita informação clínica ao Hospital este não a fornece ao doente mas sim ao seu Médico de Família. Não obstante, os elementos facultados são fotocópias de algumas páginas do processo clínico do paciente (fotocópias de notas de seguimento, de resultados de análises ou de requisições de exames) e não um relatório devidamente organizado e que permita uma continuidade da prestação de cuidados.

A médica em causa pede orientação sobre o procedimento a ter perante esta actuação do Hospital.

Apreciemos, pois, a questão que nos foi colocada.

É doutrina assente na O.M. ter o doente direito a conhecer os dados que o seu processo clínico contém e ter o médico o dever de sobre ele produzir informação inteligível e objectiva a solicitação daquele.

É também pacífico que o acesso à informação de saúde por parte do doente, ou de terceiros com o seu consentimento, deve ser sempre feito através de médico, escolhido pelo titular da informação.

Decorre, ainda, de posições já assumidas pela Ordem dos Médicos que a transferência de informação entre dois colegas deverá ser feita a pedido do doente e através de resumo, com base na ficha clínica.

Em suma e como diz o art. 78° do Código Deontológico "Sempre que o interesse do doente o exija, o Médico deve comunicar sem demora a qualquer outro médico assistente, os elementos do Processo clínico necessários à continuidade dos cuidados."

Era, pois, deste modo que o Hospital deveria disponibilizar a informação, designadamente aos Médicos de Família, ou seja, através de relatório que abranja, os dados necessários a que possa ser dada continuidade à prestação de cuidados de saúde ao doente.

Os artigos 2°, 3° e 5° da Lei 12/2005, de 26 de Janeiro, sobre Informação Genética e Informação da Saúde, vão também no sentido acima indicado, nomeadamente no que se refere à matéria aqui tratada.

Na sequência de ofício remetido pela Sr.ª Presidente do Conselho Regional do Sul ao Director Clínico do Hospital, este veio esclarecer os procedimentos que usualmente são seguidos na instituição.

Assim e de acordo com a referida missiva, toda a informação de natureza clínica só é enviada / disponibilizada a médicos (entre outros) após prévia apreciação e concordância da Direcção Clínica, sendo que normalmente a transmissão é efectuada através de relatório médico ou, por razões de celeridade, de cópia do processo clínico.

Mais refere que o envio dos meios complementares de diagnóstico ou das respectivas cópias está expressamente previsto no art.° 77.° do Código Deontológico.

Ora, salvo o devido respeito, parece-nos que os procedimentos seguidos no Hospital deveriam distinguir entre a informação clínica que deve ser veiculada aos médicos assistentes dos doentes, designadamente aos médicos de família, com vista à continuidade da assistência e todas as demais situações.

Na verdade, o que está em causa no caso concreto é a existência de situações em que falta a integralidade da informação necessária e com interesse para o seguimento do paciente.

Sendo que, como anteriormente já foi referido, tal informação deverá ser transmitida sem demora, não encontramos justificação razoável para que, por regra, a mesma careça de prévio consentimento e aprovação da direcção clínica, desde que ela seja organizada / elaborada por médico assistente ou responsável da equipa médica que prestou assistência ao doente.

Por outro lado, é preferível que sejam elaborados relatórios, mas nada obsta a que por razões de celeridade, a informação seja constituída por cópia do processo clínico, desde que organizada e autorizada pelo médico responsável pela assistência prestada.

Aquilo que é fundamental é que, neste caso, seja remetida cópia integral do processo clínico e não apenas umas folhas ou cópias dos meios complementares de diagnóstico.

A Consultora Jurídica
Paula Quintas

Entrega de declaração de IRS

As declarações modelo 3 de IRS, respeitantes aos rendimentos de 2005, poderão ser entregues na Ordem dos Médicos, Avenida Gago Coutinho, n.º 151, Lisboa, nos seguintes dias úteis:

1ª Fase
Dias 7 a 14 de Março inclusive – das 18h30 às 20h30

2ª Fase
Dias 14 a 28 de Abril inclusive – das 18h30 às 20h30

Devido a dados importantes para a entrega das declarações, transcreve-se a seguinte portaria:

Ministério das Finanças e da Administração Pública
Portaria nº 1287/2005 de 15 de Dezembro

Nos termos do artigo 57.º do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares, os sujeitos passivos devem apresentar, anualmente, uma declaração de modelo oficial relativa aos rendimentos do ano anterior. Para 2006, mostra-se necessário proceder à actualização do modelo da declaração modelo n.º 3 e de alguns dos anexos, bem como actualizar as respectivas instruções de preenchimento.
Assim:
Manda o Governo, pelo Ministro de Estado e das Finanças, nos termos do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º442 – A/88, de 30 de Novembro, e do n.º1 do artigo 144º do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares, o seguinte:
1.º São aprovados os seguintes novos modelos de impressos a que se refere o n.º 1 do artigo 57.º do Código do IRS:
a) Declaração modelo n.º 3 e respectivas instruções de preenchimento;
b) Anexo B (rendimentos empresariais e profissionais auferidos por sujeitos passivos abrangidos pelo regime simplificado ou que tenham praticado actos isolados) e respectivas instruções de preenchimento;
c) Anexo C (rendimentos empresariais e profissionais auferidos por sujeitos passivos tributados com base na contabilidade organizada) e respectivas instruções de preenchimento;
d) Anexo G (mais-valias e outros incrementos patrimoniais) e respectivas instruções de preenchimento;
e) Anexo G1 (mais-valias não tributadas e manifestações de fortuna) e respectivas instruções de preenchimento;
f) Anexo H (benefícios fiscais e deduções) e respectivas instruções de preenchimento;
g) Anexo I (herança indivisa) e respectivas instruções de preenchimento;
h) Anexo J (rendimentos obtidos no estrangeiro) e respectivas instruções de preenchimento.

2.º São mantidos em vigor os modelos dos seguintes anexos, aprovados pela Portaria n.º 1461/2004, de 11 de Dezembro:
a) Anexo A (rendimentos do trabalho dependente e de pensões) e respectivas instruções de preenchimento;
b) Anexo D (imputação de rendimentos de entidades sujeitas ao regime de transparência fiscal e de heranças indivisas) e respectivas instruções de preenchimento;
c) Anexo E (rendimentos de capitais) e respectivas instruções de preenchimento;
d) Anexo F (rendimentos prediais) e respectivas instruções de preenchimento.

3.º Os impressos aprovados pela presente portaria apenas devem ser utilizados a partir de 1 de Janeiro de 2006 e destinam-se a declarar os rendimentos dos anos 2001 e seguintes.
4.º Os impressos ora aprovados constituem modelo exclusivo da Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S.A., e, quando entregues em suporte de papel, integram original e duplicado, devendo este ser devolvido ao apresentante no momento da recepção, depois de devidamente autenticado.
5.º Os sujeitos passivos de IRS titulares de rendimentos empresariais ou profissionais determinados com base na contabilidade, bem como pelo regime simplificado de tributação, quando o montante ilíquido desses rendimentos seja superior a €10.000 e não resulte da prática de acto isolado, ficam obrigados a enviar a declaração de rendimentos dos anos 2001 e seguintes por transmissão electrónica de dados.
6.º Para efeitos do disposto no número anterior, o sujeito passivo e o técnico oficial de contas, nos casos em que a declaração deva por este ser assinada, serão identificados por senhas atribuídas pela Direcção-Geral dos Impostos.
7.º Os sujeitos passivos não compreendidos no n.º 5.º podem optar pelo envio da declaração modelo n.º3 e respectivos anexos por transmissão electrónica de dados.
8.º Os sujeitos passivos que utilizem a transmissão electrónica de dados devem:

a) Efectuar o registo, caso ainda não disponham de senha de acesso, através da página «Declarações electrónicas» no endereço www.e-financas.gov.pt;
b) Possuir um ficheiro com as características e estrutura de informação, a disponibilizar no mesmo endereço;
c) Efectuar o envio de acordo com os procedimentos indicados na referida página.

9.º Quando for utilizada a transmissão electrónica de dados, a declaração considera-se apresentada na data em que é submetida, sob condição de correcção de eventuais erros no prazo de 30 dias. Se, findo este prazo, não forem corrigidos os erros detectados, a declaração é considerada sem efeito.

LEGISLAÇÃO

PUBLICADA EM NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2005

Vasco Coelho - Consultor Jurídico S. R. S.

Novembro - 1.ª Série

Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2005-11-02
Ministério das Finanças e da Administração Pública
Altera os artigos 78.º e 79.º do Estatuto da Aposentação, definindo as condições de exercício de funções públicas ou de trabalho remunerado por aposentados, em quaisquer serviços do Estado, pessoas colectivas públicas ou empresas públicas

Portaria n.º 1140/2005, de 2005-11-07
Ministério da Saúde
Classifica como hospital central o Hospital de São Teotónio, S. A., de Viseu

Decreto n.º 25-A/2005, de 2005-11-08
Ministério dos Negócios Estrangeiros
Aprova a Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, adoptada em Genebra, pela 56.ª Assembleia Mundial de Saúde, em 21 de Maio de 2003

Decreto Legislativo Regional n.º 20/2005/M, de 2005-11-25
Região Autónoma da Madeira - Assembleia Legislativa
Altera o regime e orgânica do Serviço Regional de Saúde, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 9/2003/M, de 27 de Maio

Decreto-Lei n.º 205/2005, de 2005-11-28
Ministério da Economia e da Inovação
Estabelece o regime de instalação e funcionamento bem como os requisitos de segurança a que devem obedecer os estabelecimentos que prestem aos consumidores o serviço de bronzeamento artificial mediante a utilização de aparelhos bronzeadores que emitem radiações ultravioletas em qualquer das suas modalidades

Novembro - 2.ª série

Despacho n.º 23035/2005, de 2005-11-08
Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro
Nomeia a coordenadora nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência, define as suas competências e determina o seu programa específico.

Despacho n.º 23038/2005, de 2005-11-08
Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde
Delegação de competências no secretário-geral do Ministério da Saúde, licenciado Rui Manuel Andrade Gonçalves.

Despacho n.º 23112/2005, de 2005-11-09
Ministério da Saúde - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
Delegação de competências, com a faculdade de subdelegação em todos os níveis do pessoal dirigente, nos coordenadores sub-regionais de saúde de Lisboa, de Setúbal e de Santarém, respectivamente licenciados Maria Manuela Cunha Vasconcelos Peleteiro, Rui António Correia Monteiro e Fernando Manuel de Almeida Afoito, no âmbito das respectivas sub-regiões. O presente despacho produz efeitos a partir de 2 de Maio de 2005, ficando por este meio ratificados todos os actos que no âmbito dos poderes delegados e subdelegados tenham sido praticados pelos referidos dirigentes.

Despacho n.º 23113/2005, de 2005-11-09
Ministério da Saúde - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
Delegação de competências, com a faculdade de subdelegação em todos os níveis de pessoal dirigente, nos vogais do conselho de administração, licenciados Maria de Lourdes Caixaria Bastos, Francisco Manuel da Cruz Ferreira Crespo, Maria Margarida Gomes Fragoso Mendes e Ana Maria dos Santos Pereira Nunes.

Aviso n.º 9953/2005, de 2005-11-10
Ministério da Saúde - Secretaria-Geral
Torna pública a abertura do concurso para ingresso no internato médico em Janeiro de 2006 - ano comum.

Aviso n.º 10149/2005, de 2005-11-15
Ministério da Saúde - Secretaria-Geral
Torna pública a abertura do concurso extraordinário do internato médico 2006 - formação específica.

Despacho n.º 23455/2005, de 2005-11-15
Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde
Cria a Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais (adiante designada abreviadamente por Comissão), constituída paritariamente por especialistas, representantes da Direcção-Geral da Saúde e do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Despacho n.º 23549/2005, de 2005-11-18
Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro
Nomeia, em comissão de serviço, subdirector-geral da Saúde o Prof. Doutor Paulo de Lys Girou Martins Ferrinho

Aviso n.º 10229/2005, de 2005-11-18
Ministério da Saúde - Secretaria-Geral
Faz pública a constituição do júri do concurso extraordinário de ingresso no período de formação específica do internato médico em 2006, nomeado por despacho do secretário-geral do Ministério da Saúde de 22 de Outubro de 2005

Despacho n.º 23550/2005, de 2005-11-18
Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro
Nomeia, em comissão de serviço, subdirectora-geral da Saúde a licenciada Maria da Graça Gregório de Freitas.

Despacho conjunto n.º 980/2005, de 2005-11-21
Ministérios da Justiça e da Saúde
Constituí a comissão para acompanhamento da execução do regime jurídico do internamento compulsivo, prevista no capítulo II da Lei da Saúde Mental, que terá sede em Lisboa, nas instalações da Direcção-Geral da Saúde.

Aviso n.º 10578/2005, de 2005-11-24
Ministério da Saúde - Secretaria-Geral
Altera o aviso de abertura do concurso para ingresso no internato médico em Janeiro de 2006 - ano comum, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 216, de 10 de Novembro de 2005, sob o n.º 9953/2005 (2.ª série).

Dezembro - 1.ª Série

Portaria n.º 1272/2005, de 2005-12-06
Ministério da Saúde
Estabelece a composição, nomeação de membros e peritos, competências e funcionamento da Comissão Técnica de Cosmetologia, prevista no artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 142/2005, de 24 de Agosto. Revoga a Portaria n.º 629/2001, de 23 de Junho

Decreto-Lei n.º 213/2005, de 2005-12-09
Ministério da Saúde
Cria um regime excepcional e transitório para a contratação de empreitadas de obras públicas, fornecimento de bens e aquisição de serviços destinados ao desenvolvimento das experiências piloto em execução e cumprimento dos objectivos da Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, aprovados pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de Abril.

Decreto-Lei n.º 212/2005, de 2005-12-09
Ministério da Justiça
Estabelece o regime jurídico do subsistema de saúde dos Serviços Sociais do Ministério da Justiça

Resolução do Conselho de Ministros n.º 187/2005, de 2005-12-12
Presidência do Conselho de Ministros
Limita o exercício de outras actividades por parte de membros dos órgãos de administração das empresas que integram o sector empresarial do Estado, aplicando-se ainda esta orientação, com as devidas adaptações, aos membros dos conselhos directivos dos institutos públicos

Lei n.º 57/2005, de 2005-12-13
Assembleia da República
Altera o artigo 21.º do Código do IVA, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 394-B/84, de 26 de Dezembro, no sentido de consagrar o direito à dedução de despesas com biocombustíveis e de reajustar o regime do direito à dedução de despesas resultantes da organização e participação em congressos, feiras, exposições, seminários e conferências

Portaria n.º 1288/2005, de 2005-12-15
Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Economia e da Inovação
Aprova o modelo, edição, preço, fornecimento e distribuição do livro de reclamações a ser disponibilizado pelos fornecedores de bens e prestadores de serviços abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro

Portaria n.º 1289/2005. de 2005-12-15
Ministérios da Justiça e da Saúde
Declara instalado o Gabinete Médico-Legal de Castelo Branco

Portaria n.º 1301/2005, de 2005-12-20
Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde
Regulamenta o Decreto-Lei n.º 205/2005, de 28 de Novembro, que estabelece o regime de instalação e funcionamento bem como os requisitos de segurança a que devem obedecer os estabelecimentos que prestem aos consumidores o serviço de bronzeamento artificial mediante a utilização de aparelhos bronzeadores que emitem radiações ultravioletas (UV) em qualquer das suas modalidades.

Portaria n.º 1311/2005, de 2005-12-22
Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde
Altera o quadro de pessoal da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, serviços de âmbito sub-regional de saúde de Lisboa e Centros de Saúde de Amadora, Lourinhã, Penha de França, Sintra, Torres Vedras, Venda Nova, Ajuda, Pêro Pinheiro, Benfica, Almada e Cova da Piedade. Revoga a Portaria n.º 885/2003, de 25 de Agosto.

Decreto-Lei n.º 222/2005, de 2005-12-27
Ministério da Economia e da Inovação
Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/96/CE, da Comissão, de 27 de Setembro, e altera o Decreto-Lei n.º 264/98, de 19 de Agosto, no que respeita à limitação da colocação no mercado e da utilização de níquel nos conjuntos de piercing

Portaria n.º 1326/2005, de 2005-12-28
Ministério da Saúde
Regula o concurso de ingresso no internato médico com início em Janeiro de 2006 para efeitos de escolha do estabelecimento para a frequência do ano comum.
Nota retirada do preâmbulo deste diploma: "Verificando-se que, excepcionalmente, ainda se mantêm as circunstâncias que impedem que os médicos que vão iniciar o internato médico em Janeiro de 2006 realizem o exame a que se refere o n.º 1 do artigo 12.º no 4.º trimestre de 2005, torna-se necessário estabelecer as regras a que deve obedecer a tramitação do correspondente concurso, bem como fixar os critérios que devem presidir à seriação dos candidatos para efeitos de escolha do estabelecimento para a frequência do ano comum".

Portaria n.º 1327/2005, de 2005-12-28
Ministérios da Saúde e da Cultura
Altera para três anos o prazo mínimo de conservação dos documentos relativos a prescrição de medicamentos e requisições de MCD/AT/consultas, referenciados com o n.º 43 na tabela anexa à Portaria n.º 835/91, de 16 de Agosto (Regulamento Arquivístico da ex-Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e das Administrações Regionais de Saúde).

Dezembro - 2.ª Série

Despacho n.º 24766/2005,de 2005-12-02
Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro
Designa várias personalidades para integrar a equipa que prestará assessoria ao coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP).

Despacho n.º 25077/2005, de 2005-12-06
Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde
Homologa a rede de referenciação de psiquiatria e saúde mental.

Aviso n.º 11164/2005, de 2005-12-07
Ministério da Saúde - Secretaria-Geral
Publicita o mapa de idoneidades/capacidades formativas e das vagas a preencher pelos candidatos ao ingresso no período de formação específica do internato médico de 2005.

Despacho n.º 25417/2005, de 2005-12-12
Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro
Determina que seja autorizado o início do procedimento para a construção do novo Hospital de vila Franca de Xira, no âmbito das parcerias público-privadas.

Despacho n.º 25822/2005, de 2005-12-15
Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde
Clarifica as condições de comparticipação dos produtos dietéticos destinados aos doentes afectados de erros congénitos do metabolismo, através da identificação das entidades prescritoras e da lista de produtos comparticipados, por forma a facilitar o circuito de conferência e pagamento de facturas.

Despacho n.º 25991/2005, de 2005-12-16
Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde
Cria, no âmbito e na dependência directa do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, a Unidade de Compras do Ministério da Saúde, adiante designada Unidade de Compras, com a missão de, através de uma actuação transversal, promover o aumento de eficácia, eficiência e transparência e a redução de custos das aquisições pelos serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, bem como compatibilizar esta política de compras centralizadas com a política global das compras públicas.

Despacho n.º 26566/2005, de 2005-12-23
Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde
Revê a composição do Conselho Ético e Profissional de Odontologia,

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS - 2006

EVENTO: XV Jornadas Internacionais de Aterosclerose
LOCAL: Auditório dos HUC Coimbra
DATA: 16 e 17 de Fevereiro
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Rosalina Guedes; Tel: 239-400 438; Email medicina2@huc.min-saude.pt

EVENTO: IX Congresso de Psiquiatria S. João de Deus
LOCAL: Universidade Católica – Lisboa
DATA: 16 a 18 de Fevereiro de 2006
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Casa de Saúde da Idanha; Tel: 21 – 432 8689; Fax:: 21 – 432 89 87

EVENTO: 7th INTERNACIONAL Conference on New Trens in Immunosuppression and Imunohemotherapy
LOCAL: Berlim
DATA: 16 a 19 de Fevereiro de 2006
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: BMT Tandem Meetings
LOCAL: Honolulu
DATA: 16 a 20 de Fevereiro
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: AMGEN Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: II Jornadas de Urologia de Coimbra e Medicina Familiar
LOCAL: Hotel D. Luis – Coimbra
DATA: 17 e 18 de Fevereiro
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 – 358 43 80; Fax: 21 – 358 43 89; E-mail: dmcongressos@mail.telepac

EVENTO: Jornadas da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral
LOCAL: Viana do Castelo
DATA: 17 e 18 de Fevereiro
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Soc.Port. Acidente Vascular Cerebral; Tel. 22 616 86 81; Fax: 22 – 616 86 83

EVENTO: I Jornadas Iberoamericanas de Cardiologia da Baía
LOCAL: Salvador da Baia
DATA: 20 a 22 de Fevereiro de 2006
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 – 358 43 80; Fax: 21 – 358 43 89; E-mail: dmcongressos@mail.telepac.pt

EVENTO: 5th Genoa Meeting on Hypertension, Diabetes and Renal Disease
LOCAL: Genova
DATA: 23 a 25 de Fevereiro de 2006
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: Annual Conference on Dialysis
LOCAL: São Francisco – EUA
DATA: 26 a 28 de Fevereiro de 2006
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: XIII International Congress on Metabolism and Nutrition in Renal Diseases
LOCAL: Mérida – México
DATA: 28 de Fevereiro a 4 de Março de 2006
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: Jornada Internacional de Dermatologia Clínica y Atención Primária
LOCAL: Buenos Aires
DATA: 7 a 9 de Março de 2006
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Associação Médica de Cooperação Lusófona e Iberoamericana e Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 – 358 43 80; Fax: 21 – 358 43 89

EVENTO: IX Jornadas de Medicina Interna do Funchal
LOCAL: Funchal
DATA: 8 a 11 Março de 2006
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Serviço de Medicina II; Centro Hospitalar do Funchal

EVENTO: X Jornadas de Cardiologia e HTA de Beja
LOCAL: Beja
DATA: 16 e 17 de Março de 2006
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada; Tel: 21 – 274 32 55; Fax: 21 – 274 32 23

EVENTO: XIII Congresso Nacional e I Congresso Ibero-Italiano de Cirurgia Oral e Maxilofacial
LOCAL: Hotel meridien – Porto
DATA: 16 a 18 de Março de 2006
PARECER: Favorável

EVENTO: 4th International Symposium on targeted Anticancer Therapies
LOCAL: Amesterdão
DATA: 16 a 18 de Março
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: MercK SA; Tel: 21 – 361 35 00; Fax: 21 – 361 36 65

EVENTO: Renal Physician's Association
LOCAL: Baltimore - USA
DATA: 18 a 20 de Março
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: Nephrology: A case Based Approach for the Nephrologist
LOCAL: Flórida – USA
DATA: 19 a 22 de Março
PARECER: favorável
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: 5th European Breast Cancer Conference

Recebeu a ROM, subscrita por médicos que integraram o anterior Conselho Regional do Norte, uma carta com exigência de publicação ao abrigo de direito de resposta (Lei de Imprensa, Lei n.º 2/99, de 13 de Janeiro).
Não seria necessária a invocação de tal direito legal dado que a ROM é manifestamente aberta à publicação de artigos de opinião, promovendo o esclarecimento e mesmo a controvérsia, desde que com a qualidade e elevação adequadas, claro.
No caso vertente a autoria do desmentido sentiu-se incomodada com um comentário que produzi referindo a intransigência que levou a uma anterior perda de presidência portuguesa de uma associação internacional importante. Este comentário integrava-se numa referência elogiosa, que entendi totalmente merecida, a um colega que fez parte por diversas vezes do Conselho Regional do Norte e se dedicou com todo o empenho à Ordem dos Médicos – o Dr. Jaime Correia de Sousa.
Dado o tom formal e jurídico que autoria do desmentido entendeu dar à sua missiva, esta foi analisada pela Consultadoria Jurídica, será publicada nos estritos termos da Lei e não terá da minha parte qualquer resposta ou explicação já que as páginas da ROM são demasiado valiosas para polémicas estéreis.

Dr. Pedro M. H. Nunes

Ex.mo Senhor
Presidente da Ordem dos Médicos/Director da Revista da Ordem do Médicos
Assunto: Editorial "Europa"/Integração do Dr. Jaime Correia de Sousa na Delegação Portuguesa à UEMO.
No editorial da Revista da Ordem dos Médicos n.º 61, de Outubro de 2005, refere-se Vossa Ex.ª à conduta do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, visando em particular o seu Ex-Presidente.
Para todos os efeitos legais, e porque o referido editorial contem omissões e imprecisões que põem em causa a verdadeira realidade dos acontecimentos relatados por vossa Ex.ª no texto de que é responsável, vimos solicitar a publicação desta carta na Revista da Ordem dos Médico, enquanto membros do CRN da Ordem dos Médicos no triénio 1999-2001.
Assim:
1 - Como supomos ser do conhecimento de Vossa Ex.ª, a representação internacional da Ordem dos Médicos, pressupõe que os representantes internacionais reunam o apoio do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos. Dito por outras palavras, as representações internacionais no âmbito de organismos médicos, como o Comité Permanente dos Médicos da União Europeia ou a UEMO, são institucionais e não pessoais.

3 - Obedecendo a idêntico critério, o Conselho Regional do Norte, em conjunto com Vossa Ex.ª e com o Conselho Regional da Sul a que presidia, propôs a substituição do Dr. Jaime Correia de Sousa na Presidência da UEMO, por outro colega que reunisse a confiança do CNE da Ordem dos Médicos mas que, ao contrário do que Vossa Ex.ª afirma, não integrava o Conselho Regional do Norte.
4 - Para que todos os médicos em geral, e Vossa Ex.ª em particular, não tenham dúvidas quanto ao afirmado em 3) transcreve-se a acta do CNE de 30 de Janeiro de 1999, realizado em Coimbra:

"As Secções Regionais do Norte e Sul propõem a substituição da Presidência da UEMO, entendendo o Senhor Bastonário que o Dr. Jaime Correia de Sousa deveria ter colocado o lugar à disposição. A Secção Regional do Centro entende que o Dr. Jaime Correia de Sousa deve manter-se como Presidente da UEMO.
Assim foi aprovado com os votos contra da Secção Regional do Centro, o afastamento do Dr. Jaime Correia de Sousa da Presidência da UEMO e consequentemente de toda a equipa.
Foram propostos o Dr. Jorge Bandeira, Dr. José Luís Ribeiro Gomes e Dr.ª Manuela Gomes Santos, devendo as Secções Norte e Sul apresentar uma proposta para a presidência da UEMO. A Secção Regional do Centro manifestou indisponibilidade para integrar a presidência e a representação portuguesa.
Os Conselhos Regionais vão indicar os seus elementos para as várias organizações internacionais".

Porque pretendemos crer que Vossa Ex.ª não está com lapsos de memória e muito menos a agir, isto é, a escrever, com má fé, apenas queremos salientar que Vossa Ex.ª foi um do proponentes da substituição do Dr. Jaime Correia de Sousa na presidência da UEMO, visto ter estado presente na referida reunião, conforme consta da citada Acta.
5 - A decisão do CNE acima referida foi formalmente apresentada numa reunião da UEMO realizada no Porto, em que estiveram presentes para além do Dr. Miguel Leão, à data Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, a Dr.ª Isabel Caixeiro (actual Presidente do Conselho Regional do Sul), a Dr.ª Manuela Santos (membro do Conselho Regional do Sul) e o Dr. José Luís Gomes, ex-Vice-Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos.

Com os melhores cumprimentos

Alexandre Puga, Fátima Oliveira, José Manuel Machado Lopes, José Pedro Moreira da Silva, Miguel Galaghar, Miguel Guimarães, Miguel Leão, Nelson Pereira