

## DISTRITO MÉDICO DE VILA REAL COM FALTA DE ESPECIALISTAS

pág. 26

XIII CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA E  
O IV CONGRESSO NACIONAL DO MÉDICO  
INTERNO: GERIR EM SAÚDE  
- DIFERENTES PERSPECTIVAS

pág. 18



# Ficha Técnica

## Ordem dos Médicos

Ano 23 – N.º 76 – Fevereiro 2007

PROPRIEDADE:



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

Redacção, Produção  
e Serviços de Publicidade:

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

Director:  
Pedro Nunes

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

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

Redactores Principais:  
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

Depósito Legal: 7421/85  
Preço Avulso: 1,60 Euros  
Periodicidade: Mensal  
Tiragem: 32.000 exemplares  
(11 números anuais)

# S U M Á R I O

## 4 EDITORIAL

5 TSF - Na Ordem do Dia

## 10 INFORMAÇÃO

A requalificação da Rede de Urgências

12 Quebra do sigilo médico na área do VIH/SIDA

13 Moção de repúdio da colectânea de artigos sobre estudo de “qualidade” de Unidades Hospitalares

16 Parecer sobre a aplicação do Protocolo de Manchester

17 Candidaturas à Sub-especialidade de Cardiologia de Intervenção

## 18 ACTUALIDADE

XIII Congresso Nacional de Medicina e o IV Congresso Nacional do Médico Interno: Gerir em saúde – diferentes perspectivas

26 Distrito Médico de Vila Real com falta de especialistas

36 Encontro Nacional do Sistema de Verificação de Incapacidades

40 I Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa: Investigação e publicação médica

42 I Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa: (Des)personalização do Acto Médico

## 44 OPINIÃO

“Terceira parte de uma trilogia: Reflexões acerca de três aspectos fundamentais da saúde no nosso país”  
*por José Poças*

52 Carta aberta ao Ministro da saúde Correia de Campos  
*por Artur Santos Dias*

53 O Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas e o código deontológico  
*por Henrique Vilaça Ramos*

56 Receita Médica  
*por Luiz Leite*

58 Os gestores dos dinheiros públicos  
*por Carlos Costa Almeida*

## 60 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

Serviço Nacional de Saúde e seus pressupostos

## 64 CONSULTADORIA FISCAL

Período de apresentação das declarações de IRS de 2006

**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.

## O MÊS DAS URGÊNCIAS

O mês que terminou foi definitivamente o mês das urgências. Após uma tomada firme de atitude perante os deputados do seu partido, afirmando-se maquinista de um comboio onde seriam tolerados como passageiros, o Ministro da Saúde enfrentou a ira das populações do interior.

Detentor de um excelente relatório técnico, elaborado por uma Comissão, como habitualmente constituída por médicos competentes, isentos, disponíveis e a título gratuito, o Senhor Ministro não descansou enquanto não virou autarcas contra a Comissão Técnica, populares contra decisores e por fim quase virava médicos contra médicos para sair do aperto.

Os factos são conhecidos. Confundindo urgências a criar, com os actuais SAP, que não o são mas que, para desespero de médicos e utentes, em muitas zonas do país funcionam como tal, o Ministro da Saúde conseguiu convencer largas faixas da população que iriam ficar sem o pouco que têm.

Em grandes manifestações desencadeadas por fenómenos locais e bairristas mas que traduzem, para quem quiser ver, a enorme desconfiança que afasta os governados dos seus governantes, regiões inteiras do interior fizeram o Ministro recuar e negociar com as autarquias as condições a instalar ou encerrar.

Não ponho em causa se se “escreveu direito por linhas tortas” ou se as promessas agora feitas são de facto para cumprir. O que penso ser de pôr em causa é a metodologia política que, de forma pensada ou simplesmente por alguma leveza ou negligência, se traduziu em:

- solicitar um relatório técnico a uma Comissão independente e apolítica para depois o utilizar como justifica-

ção para implementar controversas medidas de política de saúde;

- prosseguir uma política de redução cega de custos, não hesitando em desarticular um todo que, mal ou bem, ia funcionando, numa atitude de salve-se quem puder, unicamente orientada pelo não gastar;

- utilizar um discurso catastrofista e por vezes provocatório para aplanar o caminho para decisões futuras, recuando logo de seguida perante a violência da reacção;

- introduzir um conceito de negociação com poderes locais para aplacar as iras mais notórias ou mediáticas fazendo perder a qualquer reforma a coerência e passando a mensagem de que os equipamentos a instalar dependem mais da força que da razão;

- conseguir um resultado final de desarticulação do sistema dando origem à necessidade de intervenção dos privados para compensar as fragilidades criadas no sistema público e hipotecando qualquer futura reforma. É de notar neste contexto a intervenção da Associação Nacional de Municípios Portugueses que sentiu necessidade de vir apelar à tomada de posições sustentadas e à garantia de equidade no todo nacional.

A Ordem dos Médicos pela sua parte não deixou de sustentar e defender a comissão, que num dado momento parecia estar a ser deixada sozinha no centro do furacão, com as contestações autárquicas a si dirigidas, quando a responsabilidade cabia por inteiro ao decisor político.

O não alinhamento da Ordem numa postura de contestação à comissão retirou argumentos aos seus detractores e não permitiu a sua transformação no óbvio bode expiatório.

A recusa da Ordem em estar presen-



te num programa do 1º canal da televisão pública, e tendo todos os médicos participantes evitado evidenciar diferenças de pontos de vista que pudessem levar a interpelações abusivas, abriu espaço à recuperação política do Ministro.

É importante que se diga que tal decisão não foi fruto do acaso mas sim tradução deliberada da postura de independência que preconizamos e que nos impede de ser agentes do jogo político-partidário facilitando a vida quer ao governo quer à oposição.

Tal postura independente foi a mesma que nos levou a, numa audiência concedida pela Comissão Parlamentar da Saúde, tecer em sede própria as críticas que consideramos justas e propor as melhorias que preconizamos, consubstanciadas num documento de reflexão que se publica neste número da ROM.



### II - 15 · 29 Janeiro

Há uns anos atrás, após um prolongado período de seca, numa aldeia do Alentejo desenterrou-se um antigo ritual que envolveu a realização de uma procissão de suplicantes seguida da adequada missa.

Não me recordo se o além respondeu ao pedido e se a água por fim fluiu dos céus, fazendo renascer a erva e alimentar o gado.

Lembro-me, no entanto, das imagens pungentes de ovelhas mortas nos campos secos e gretados, enquanto uns quilómetros ao lado, em Espanha, a irrigação artificial assegurava o verde da paisagem.

Aprendi nessa época que faltar qualquer coisa pode ser tanto uma tradução da maldade da natureza e dos acasos do fado quanto a prova viva da incúria e da negligência.

Enquanto uns planificam com antecedência, investem em obras de irrigação, arrostam com as dificuldades políticas de implementar transvases, outros perdem tempo em intermináveis debates, de preferência perante as câmaras de televisão, e quando o azar bate à porta apelam ao sobrenatural.

Fui percebendo, com o tempo, que este fenómeno da falta de planeamento, da incúria no estabelecimento de prioridades e na implementação de medidas não é específica da agricultura.

A saúde, arriscaria mesmo dizer, é a área em que a cada passo se constata o fenómeno e se esconde o não ter feito ou o não querer fazer com o desculpante - não há...

Recentemente, e infelizmente também no Alentejo, um conjunto de circunstâncias adversas confluíram na ocorrência de duas mortes e em inexplicáveis seis horas para os serviços de emergência assegurarem por terra ou pelo ar um transporte de duzentos quilómetros.

Fica, para quem está de fora e não tem acesso a todos os dados do problema, a incredibilidade e a lógica desconfiança de que há erros graves subjacentes.

Aparentemente também não se trataria de acaso ou de erros humanos, pois se tal se suspeitasse seguramente se teriam realizado os habituais inquéritos, mais que não fosse para atribuir a culpa aos suspeitos do costume, isto é, aos profissionais que trabalham no terreno.

A não realização dos inquéritos é a demonstração óbvia que tudo correu dentro do possível, que no futuro continuará a correr da mesma maneira, e para que tal não aconteça resta-nos, em viagem por tais paragens, confiar na sorte ou na intervenção divina.

Claro que se vai reforçar o sistema de emergência. Aparentemente tal só ainda não foi feito pela falta de médicos - esses malandros.

Ninguém se perguntou por que faltavam onde eram necessários.

Será porque não lhes pagam para lá estar?

Será porque os têm entretidos a preencher papéis e a perder tempo com inenarráveis formulários de receita que só autorizam quatro embalagens em cada folha?

Será porque o sistema aposta os seus investimentos em maquinas, administradores e papeladas e se esquece para o que é que serve?

Será por erros de planeamento, decisões políticas absurdas e irresponsabilidade de muitos anos traduzida na indiferença com que se lida com as catástrofes, recusando delas tirar conclusões ou mesmo perceber o que aconteceu?

Enfim. Em vez de responder a perguntas incómodas vai-nos mais na alma a auto-flagelação.

E com esta nada melhor que um exercício do nosso secular saber - o desenrascanço.

No caso presente, na manifesta ausência de médicos e dando muito trabalho perceber esta ausência e contrariá-la, há que descer na escala da exigência e atribuir a outros o trabalho que é deles.

A solução verdadeiramente inovadora será pois pôr bombeiros a fazer trabalho de enfermeiros e estes a fazer trabalho de médicos.

Trata-se de inventar um novo sistema de viaturas de emergência - as viaturas intermédias. Verdadeiro ovo de Colombo para atingir uma saúde intermédia num país situado de forma intermédia entre a Europa e a África

Mais uma vez, em toda a sua pujança, se demonstrará a evidência que quem “não tem cão pode sempre caçar com o gato”. O diabo é que tais exercícios se traduzem sempre num número muito insignificante de coelhos.

### II - 16 · 5 Fevereiro

Numa semana agitada pela campanha do referendo, o Ministro da Saúde foi à televisão falar da reestruturação das urgências.

Aparentemente desaconselhado a falar de aborto, onde as suas intervenções a favor do Sim gerariam incontáveis votos no Não, restou-lhe comentar a oportunamente surgida versão final do relatório da Comissão Técnica.

Foi-nos assim esclarecendo que o relatório não seria totalmente para levar a sério, entrando-se agora na fase de decisão política onde várias alterações devem ser de esperar.

Ficámos a saber em consequência que o relatório em si mesmo não configura um objectivo a atingir, sujeito à determinação de prioridades e oportunidades financeiras, mas constitui-se essencialmente como um balão de ensaio adequado a testar o potencial reivindicativo dos atingidos.

A comunicação social, traduzindo fielmente, por assim dizer, o que a casa gasta, nem se incomodou a elencar o que se preconiza melhorar ou investir mas simplesmente titilou o número de urgências que se irão encerrar.

Concluiu-se que seriam dezasseis, em vez das quinze anteriormente anunciadas, juntando-se agora ao lote dos contemplados o Hospital de Peniche.

Nem um dia foi necessário esperar para os protestos se iniciarem e o Ministro vir dizer que talvez não seja bem assim.

Há uns tempos atrás seria tentado a recomendar ao Ministro firmeza e garantir-lhe apoio na tomada de medidas que



## TSF – Na Ordem do Dia

sendo tecnicamente correctas resultariam em melhoria para todos nós.

Hoje, depois de saber que após se terem fechado as Maternidades muitas das que foi decidido manter abertas não cumprem os critérios que justificaram o encerramento das outras...

Hoje, depois de ter aprendido que um transporte de emergência nos duzentos quilómetros que separam Odemira de Lisboa pode demorar sete horas sem dar origem a qualquer inquérito...

Hoje, depois de ver inventadas umas viaturas intermédias de emergência em que o médico em vez de ir ao local reanimar e estabilizar o doente se limita a telefonar para dizer como se faz...

Hoje, diria, tudo me parece altamente suspeito.

Talvez seja meramente desconfiança e impenitente falta de fé nos governantes que a Nação escolheu...

Talvez seja incapacidade intelectual para acreditar no choque tecnológico...

Talvez seja simplesmente excesso de medidas anunciadas sem qualquer resultado tangível que me perturbam a mente habitualmente crédula...

Talvez... mas, se em política o que parece é, toda esta movimentação parece em demasia conversa para tornar aceitáveis mais uns cortes, para poupar mais uns euros, aumentando os riscos que os portugueses correm e diminuindo o que o Estado lhes confere em troca dos impostos que pagam.

É que se assim for, e gostaria de acreditar que não é, talvez esteja na altura de o Ministro vir explicar por que artes falta o dinheiro quando é necessário manter abertas as urgências mas em contrapartida já existe quando se trata de pagar abortos.

### II - 17 - 12 Fevereiro

Desta vez fiquei, de facto preocupado. O responsável clínico do hospital que serve uma das regiões do país mais sensível em termos externos classificava de normal o que o jornalista minutos antes descrevera como o caos.

A notícia não deixava mesmo grande margem para dúvidas. Em Faro, à porta do Hospital Distrital, acumulavam-se ambulâncias e respectivos bombeiros, enquanto lá dentro as macas das ditas eram retidas para ter onde deitar os doentes.

Como muito bem assinalava o responsável, os doentes chegados necessitavam de estar deitados e, não havendo onde, não se iriam deitar no chão.

O jornalista insistia no caos e uma bombeira jovem e intranquila insistia em levar dali a ambulância devidamente equipada com a maca de sua pertença para ir buscar outro doente.

A conversa ameaçava azedar.

Por um momento imaginei que estávamos perante uma novel e seguramente eficaz técnica de controlar o acesso às urgências dos hospitais. Tal inovadora técnica de gestão as-

sentaria no princípio que: capturadas que fossem todas as macas de todas as ambulâncias só se libertariam no número e ao ritmo a que o serviço pudesse dar resposta à chegada de novos doentes.

Imaginei a felicidade dos gestores podendo por fim presidir a um mundo organizado e planificado em que no início do ano e consoante o orçamento disponível se decidiria quais e em que dias circulariam as diversas corporações.

No limite, com boas tabelas de cálculo, poder-se-iam mesmo dispensar os inestéticos pirilampos azuis e as incomodativas sirenes, na medida em que a chegada, devidamente programada, aconteceria a horas predeterminadas sem desnecessários atropelos.

O director clínico, pessoa sensata e de provas dadas, destruiu rapidamente tal visão idílica. Afinal, a banalidade e mesmo normalidade estavam no facto de ser costume. Isto é, em época perfeitamente normal, perante um banalíssimo surto gripal, não podendo, como explicou a gestora, haver oitenta ou cem macas guardadas, até pela falta de espaço, ficavam as dos bombeiros.

Subentendeu-se que a culpa afinal era dos doentes que não se aguentariam de pé obviando à inestética invasão das macas. Para tornar mais plausível tal suspeita avançou o Director-Geral que esclareceu tratar-se de uma gripe banal contra a qual os portugueses estavam obrigados a possuir anticorpos. Caos, esse, só quando o futuro trouxesse a maligna gripe das galinhas.

Postas as coisas neste pé, o Ministro foi à televisão e tomou medidas. Assim, e a título excepcional, porque isto de horas extraordinárias põe em causa o pacto de estabilidade, abriram-se as urgências dos centros de Saúde, os famosos SAP's, até às dez ou mesmo até à meia-noite.

Atento o facto de o Ministro que agora tomava tais decisões ser precisamente o mesmo que determinara dias antes o encerramento das urgências que agora reabria e o mesmíssimo que meses antes afirmara que nunca tinha ido a um SAP nem lá deixava ir a família, ficámos todos esclarecidos e muito mais tranquilos.

Afinal, a normalidade era absoluta, estávamos em Portugal e tínhamos o privilégio de assistir ao original e já famoso processo de tomar decisões técnicas no Ministério da Saúde...

### II - 18 - 19 Fevereiro

A intervenção em Óbidos não podia ser mais esclarecedora. A Reforma da Saúde é um comboio ou uma caravana e o maquinista é definitivamente Correia de Campos.

Aos deputados, um pouco incomodados, é certo, cabe o honroso papel de passageiros. Não uns passageiros quaisquer, já que, representando os outros, por certo lhes caberá lugar em primeira classe com direito a jornal e sumo de laranja.

O povo, como lhe compete na sua qualidade de massa anónima, por certo preencherá amontoado os lugares da segunda



e terceira classes, podendo em caso de insuficiência da composição viajar no tejadilho ou pendurar-se das janelas. Quanto aos profissionais de Saúde nem se falou. Médicos, enfermeiros, técnicos vários e restantes ocupados no sector são omissos no discurso ministerial, pelo que cabe um exercício de raciocínio e formular algumas hipóteses. Em primeiro lugar registre-se a notável semelhança entre este Correia de Campos de 2007 e aquele outro de há dez anos que escreveu um notável artigo no Expresso intitulado “pioneiros e índios na Saúde”. À época, os agora ignorados e omissos representavam o maléfico grupo dos pele vermelhas, ocupados em massacrar e impedir a marcha dos intrépidos pioneiros em busca dos oásis sanitários do oeste selvagem.

A evolução dos carros puxados a pachorrentos bovinos ou irrequietas mulas para comboios é já de si um toque de modernidade que se bem que não altere a força da imagem se compagina muito mais com os tempos correntes e o choque tecnológico.

Na essência, no entanto, pouco muda. Um líder esclarecido toma nas suas calejadas mãos o destino do veículo pátrio e qual corneteiro na batalha de Austerlitz avança intrépido contra as linhas inimigas. Aos outros, a todos os outros, resta-lhes render-se ao devir histórico e comodamente sentados no veludo dos coxins ou de enxada na mão deixar que o maquinista os conduza aos amanhã que cantam.

Desiludam-se assim todos os que pensavam poder dar o seu contributo para a trajectória comum, sugerir composição das carruagens ou discutir os mecanismos e engrenagens. Este comboio tem um maquinista poderoso e soberano que o conduzirá por carris nunca dantes explorados levando a bom porto a “Reforma das Reformas”.

Esqueçam-se os agulheiros da sua tarefa de definir rotas, de escolher entre o suave deslizar nas planuras ou o arfante enfrentar das montanhas. Este comboio tem um maquinista e todos os outros são passageiros ou seus representantes. Ferroviários, neste caso, são absolutamente dispensáveis, a bem da economia no preço dos bilhetes.

Admite-se que à porta fechada tenham sido feitos alguns considerandos sobre o pessoal a manter na empresa para desempenhar a útil tarefa de olear as engrenagens, alimentar de carvão as fornalhas ou arear os amarelos. De tal debate nada transpirou. Ficou a certeza na existência do maquinista, do seu papel incontornável e pouco mais.

Representante que sou de uma parte do pessoal, posso agora descansar. Não mais tardes e noites perdidas a discutir a melhor forma de atingir objectivos. Não mais espúrias discussões de como fazer com menos custos sem diminuir a qualidade do serviço oferecida. Não mais, enfim, preocupações partilhadas pelos resultados obtidos.

Agora está claro, há que ter o olhar pousado no reluzente boné do maquinista e deixar-se guiar de preferência cego, surdo e mudo como os macacos.

Foi, pois, com toda a tranquilidade, como alguém diria, que em noite domingueira de Carnaval vi, pela televisão, o es-

forçado maquinista zurzir uma ingrata população que se revoltava por terem encerrado um apeadeiro.

Nos tempos que correm, de populações irrequietas e contenção no combustível, mais que criticar, há que agradecer terem-nos tirado de cima a sempre ingrata tarefa de manter nos carris um comboio que há muito tempo se duvida alguém saiba para onde se dirige.

### II - 19 · 26 Fevereiro

Sem evidente sentido de humor, ainda o Carnaval não extinguiu a última bicha-de-rabear e já o curso folgazão se substituíra em muitas cidades do interior por caravanas bem mais sisudas de gente que protestava contra o encerramento de urgências.

Dois dias bastaram para o Governo perceber que era a sério e a postura arrogante de um Ministro que ameaçava veladamente prejuízos em negociações dava lugar a múltiplas assinaturas de protocolos e promessas sortidas.

Original mesmo é esta forma de fazer política em que a planificação e a visão de conjunto do país são caldeadas pela capacidade de mobilizar dos autarcas e, já agora, pela sua filiação partidária e correspondente aritmética eleitoral. Em breve, seguramente, se assistirá ao lançar às feras ou queima na fogueira dos infieis, consubstanciado na exposição pública via RTP, dos autores do estudo técnico subjacente à mal amada reforma.

Nestas coisas da política já alguém teorizou que o que parece é, neste caso é importante para tranquilidade de todos que pareça que o erro residiu nos incorrigíveis tecnocratas. Ao caso médicos, que insensíveis às carências do povo gizaram um plano de urgências que deixava meta-de do território dependente de Castela.

Como no jogo de sombras da democracia mediática se acentua o conhecido fenómeno da memória curta, o necessário é que para a história perdure a imagem de uns técnicos esmagados pela justa indignação de autarcas e cidadãos anónimos, enquanto o autor material da trapalhada vai negociando com ar convicto.

Daqui por uns dias quem se lembrará do facto óbvio de plano de reorganização das urgências não prever qualquer encerramento dos actuais Serviços de Atendimento Permanente dos Centros de Saúde?

Daqui por uns dias quem recordará a constatação tranquila do governante que afirmava categórico que não ia aos SAP nem lá deixava ir a família?

Daqui por uns dias quem ponderará o facto incontornável de as actuais urgências não o serem verdadeiramente, pois limitam-se em centenas de locais a ter um médico sozinho sem qualquer apoio de equipamento minimamente adequado?

Daqui por uns dias quem recordará o cidadão que esperou sete horas para percorrer duzentos quilómetros e cuja morte não deu azo a qualquer inquérito por desnecessário já que tudo decorrerá dentro da normalidade?

Duvido mesmo que daqui a algum tempo alguém ainda re-



## TSF – Na Ordem do Dia

tenha na memória o discurso sistemático do encerramento, tornado sinónimo de reforma, ou da panaceia chamada cuidados primários, já que por cada USF criada se encerraria mais uma urgência.

Daqui por algum tempo o que todos seguramente se recordarão é de um Ministro dialogante, sensível às reivindicações populares, negociador exímio de ambulâncias, electrocardiógrafos e rotundas. Enfim, um estadista, no que de mais actual e moderno o termo significa.

Até porque daqui por algum tempo, estando tudo na mesma, o aquecimento global fará entrar precoce o Verão que nos aquece os corações e não há urgência que atrapalhe um português devidamente deitado na praia a trabalhar para o bronze.

### II - 20 • 5 Março

Existe em Medicina uma forma de executar estudos, nomeadamente de eficácia terapêutica de medicamentos, que dá pelo nome de “ensaios duplamente cegos”.

Tão aparentemente estranho nome designa uma situação particular em que perante uma idêntica situação se constituem dois grupos de doentes sendo um dos grupos tratados com o fármaco a ensaiar e o outro com a terapêutica habitual ou mesmo com um produto inactivo que se designa de placebo.

O que caracteriza o ensaio e justifica o seu nome é o facto de quer o doente quer o investigador que lhe ministra a terapêutica desconhecerem a qual dos grupos este doente concreto pertence.

Dir-se-ia que tal tipo de procedimento violaria as mais elementares regras de confiança ou mesmo o direito à informação que é subjacente ao consentimento livre e informado.

Aceita-se a necessidade deste tipo de estudos para que a mera sugestão ou o efeito de conforto moral que o sentir-se tratado sempre acarreta, possam viciar os resultados atribuindo a um produto maior valor que o que realmente possui.

É obviamente necessário uma apertadíssima monitorização de resultados ao longo do processo para que não seja possível alguém estar a ser afastado de uma terapêutica imprescindível.

Na semana que passou assistimos a uma inovação que por certo se inscreverá na conhecida originalidade portuguesa e que mergulha raízes nesta forma de proceder. Refiro-me

ao tratamento político da requalificação dos serviços de urgência.

Como seguramente se recordam, uma Comissão Técnica, exclusivamente composta por médicos, apresentou recentemente o seu relatório em que propunha a criação e requalificação de vários Serviços de Urgência com o posterior encerramento dos que se viessem a tornar desnecessários.

A Comissão reconhecia na apresentação do seu trabalho que só seria possível aplicar na prática a rede agora desenhada depois de definidos quer os trajectos de referência dos doentes quer os meios de transporte a projectar no terreno.

Numa confusão fácil para leigos mas imperdoável no Ministério que organiza a Saúde dos portugueses, desde logo foi notícia o projectado encerramento dos Serviços de Atendimento Permanente dos Centros de Saúde.

Ora nem os SAP fazem parte da rede de Urgência nem a Comissão tinha indicado o seu encerramento. A ideia de os encerrar transferindo os seus recursos humanos para actividades mais produtivas poderá ser uma boa ideia depois, mas só depois, de estar implementada no terreno uma verdadeira rede de serviços de urgência.

Que antes não é possível fazê-lo prova-o o descalabro que aconteceu no Algarve e para cuja resolução política foi necessário inventar uma epidemia de gripe e um conseqüente programa de contingência.

É que embora não sejam serviços de urgência, em muitas regiões do país os SAP desempenham, à custa do esforço dos médicos de família que lá trabalham, as funções do que não existe mas devia lá estar.

Instalada a confusão, revoltadas justamente as populações, cortadas as estradas, eis que surge a solução de todas as desgraças – negociar com cada população reivindicante a anestesia dos seus humores, transformando a respectiva autarquia em comissão sindical.

Sentando de um lado e doutro da mesa não os técnicos mas gente que tem em comum a total ignorância daquilo sobre o que opina consegue-se transferir da ciência para a política a tecnologia do duplamente cego.

Pode mesmo afirmar-se que atento o facto da memória ser curta e no futuro ninguém querer, poder ou saber medir os resultados do exercício se atinge o estadio único e mais elevado do ensaio – o triplamente cego.

Da medicina baseada na evidência passou-se para a política baseada no acaso... um sucesso.



**A Comissão Parlamentar de Saúde recebeu, no dia 14 de Março, uma delegação da Ordem dos Médicos, presidida pelo bastonário. O propósito foi esclarecer os pontos de vista da Ordem sobre o processo de requalificação da rede de urgências perante a Comissão a que preside a deputada socialista Maria de Belém Roseira.**

**Nessa audiência, em que estiveram, para além de Pedro Nunes, o presidente do Conselho Regional do Centro, José Manuel Silva, e os dirigentes João de Deus, vice-presidente do Conselho Regional do Sul, Teresa Lopes e Eduardo Santana, foi entregue aos parlamentares um documento em que se apresenta a posição da Ordem sobre o assunto, que transcrevemos na íntegra.**

## A REQUALIFICAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIAS

O Relatório da Comissão Técnica representa um grande progresso para a actual rede de urgências, que se torna indiscutivelmente mais coerente e abrangente, pelo que merece e deve ser aplicado no terreno.

Porém, é essencial chamar a atenção para algumas insuficiências do relatório e para os problemas que podem emergir em função da implementação a ritmos diferentes das diferentes reformas, que afectam, directa e indirectamente, o sistema de urgências.

A rede é apenas uma das peças do puzzle deste sistema.

Todos os que trabalham ou recorrem

às urgências sentem que as urgências hospitalares estão a ficar completamente saturadas e, algumas, a entrar em ruptura de espaço físico e recursos humanos, não tendo capacidade para absorver mais encerramentos. É um problema generalizado, pelo que seria injusto estigmatizar somente uma ou outra urgência, como se os problemas residissem nesse hospital. O que é confirmado pelos números, pois a afluência às urgências em 2006 foi cerca de 4-5% superior à de 2005. Nos HUC, comparando o mês de Dezembro de 2006 com o de 2005, apesar da ausência de epidemia de gripe, a afluência às urgências aumentou mais de 10%, prejudicando objectivamente a qualidade da assistência aos doentes e

traduzindo inequivocamente uma redução da qualidade da resposta dos CS da região relativamente às situações agudas.

É o reflexo de uma política de saúde com erros e contradições e o resultado do encerramento dos serviços de atendimento permanente (SAP) sem alternativas claras para os cidadãos! Quem assume a responsabilidade pelos problemas que inevitavelmente irão surgir no terreno? Repete-se, assim é impossível trabalhar com qualidade nas urgências e a responsabilidade não pode ser imputada aos Médicos que nelas trabalham! Com um outro efeito perverso, é que assim que o podem fazer cada vez mais os Médicos recor-



rem à prerrogativa legal que lhes permite deixar de fazer urgências por limite de idade.

Aliás, é incompreensível que o Ministro da Saúde tenha confundido a reforma da rede de urgências com o encerramento de SAP.

Os SAP têm sido encerrados com dois argumentos distorcidos. O primeiro de que não são urgências, quando é o próprio INEM que referencia doentes graves para os SAP, qualificando-os como verdadeiras urgências. O segundo, o de que é para libertar médicos de família (MF) para as suas funções, quando, paradoxalmente, se assina um protocolo com o Hospital de Cantanhede que obriga o CS de Cantanhede a responsabilizar-se pelos recursos humanos da urgência que se vão manter no Hospital!

Ninguém sabe o que são as Consultas Abertas, que substituíram os SAP diurnos. Cada CS institui a suas regras! Temos sérias dúvidas que o Ministro da Saúde cumpra a promessa de elaborar o Regulamento das Consultas Abertas. Há CS onde os Médicos vêm 90 doentes em dez horas ou menos! Isto é um risco para os doentes e próprio de uma Medicina terceiro-mundista! Como irá o Call-Center nacional orientar os doentes para os CS se ninguém sabe qual é a capacidade e o limite de resposta dos CS para as situações agudas? Há doentes que das Consultas Abertas dos CS são enviados para as urgências hospitalares com situações agudas não urgentes porque os Médicos teoricamente escalados são obrigados a fazer consultas de rotina em simultâneo! E um doente com vômitos deve ir ao CS onde é conhecido ou a uma Urgência Hospitalar, onde obrigatoriamente será submetido a uma enorme bateria de exames? E um do-

ente com uma pequena ferida para suturar, onde se deve dirigir, ao CS que pode distar 5 minutos ou a uma Urgência que pode distar 1 hora?

A grande reforma das urgências está, portanto, na necessidade de retirar doentes às urgências, que era um objectivo do passado recente.

Retirar doentes às urgências hospitalares só se consegue com uma eficiente reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Infelizmente, apesar de o sistema de RRE nos CSP ter sido avaliado positivamente, em termos económicos e de satisfação de profissionais e utentes, continuam a teorizar-se experiências de efeitos parcelares e a passo de caracol que, nas palavras do próprio Ministro da Saúde, “demorarão anos para produzir efeitos”! É inaceitável que assim seja! Os objectivos para a reforma dos CS, publicamente anunciados, estão muito aquém de ser cumpridos! O que se passa com a reforma dos CSP?! É para o século XXII? Neste momento só 5% dos MF estão constituídos em USF, mas ainda sem o adequado enquadramento legislativo, ao fim de quase 18 meses de trabalho da Missão! É isto uma reforma?

Que fique muito bem claro que sem uma verdadeira reforma dos CSP não há qualquer possibilidade de resolver os actuais problemas e rupturas das urgências hospitalares.

A reforma dos Cuidados Paliativos, evitando que muitos idosos sejam obrigados a recorrer aos hospitais, também está a avançar lentamente por falta de recursos financeiros, técnicos e humanos!

A proposta para a rede de emergência pré-hospitalar, absolutamente pri-

mordial, é quase completamente desconhecida. Será segredo? Apenas pequenos pormenores vão sendo divulgados de forma parcelar e incoerente. Envolve, porém, aspectos vergonhosos, enganadores e inaceitáveis, como o de equipar helicópteros de emergência sem Médico, procurar fazer entender que um enfermeiro numa ambulância oferece mais garantias e confiança do que um Médico num SAP, ou que um doente instável possa ser transferido em segurança numa ambulância sem Médico! E uma coisa é certa, para defesa dos doentes não haverá delegação de actos Médicos por telefone! Não é possível intermediar Actos Médicos em situações de emergência!

É de salientar que o próprio relatório da Comissão Técnica evidencia as grandes insuficiências da emergência pré-hospitalar, cuja proposta de rede deveria ter sido divulgada em simultâneo.

A procura das urgências foi caracterizada com os SAP ainda em funcionamento, pelo que a afluência a muitos serviços de urgência actualmente em funcionamento está obviamente subavaliada, o que poderá justificar a abertura de mais Serviços de Urgência Básica (SUB).

O critério dos 150 doentes/dia para justificar SUB foi meramente estatístico e não científico; curiosamente, muito favorável à política de racionamento do Ministro da Saúde. Deveria ser utilizado um limiar de 100, o que permitiria aumentar a proximidade às populações, fortalecer o seu sentido de apoio e segurança, reduzir os tempos reais de assistência e diminuir as zonas ainda a descoberto no interior do país. É essa a nossa proposta. Proceda-se a uma verdadeira reforma dos CSP e, então, alguns desses locais esvaziar-se-ão naturalmente e sem polémicas.

**“A grande reforma das urgências está, portanto, na necessidade de retirar doentes às urgências, que era um objectivo do passado recente”**

Os tempos de espera pela ambulância não foram contabilizados! Efectivamente, os tempos de transporte foram calculados como se todo o português trouxesse uma ambulância no bolso! Significa isto que o tempo real de transporte a um serviço de urgência, ou seja, desde que se manifesta a necessidade até à chegada à urgência (o tempo que verdadeiramente interessa), é muito superior ao anunciado. Quase por definição, todas as situações de verdadeira urgência e emergência necessitam de transporte em ambulância. Deveria ser apresentado um estudo contabilizando estes tempos, pois não é exactamente verdadeiro dizer que 99% dos portugueses vão ficar a menos de uma hora, tempo real, de um serviço de urgência (este deveria ser, de facto, o próximo passo na reforma das urgências, colocar 99% dos portugueses a menos de uma hora, tempo real, de um serviço de urgência!). Aliás, o INEM, que dispõe desses dados informatizados, deveria ser obrigado a divulgar os tempos de chegada ao local das suas ambulâncias, em todo o país e por regiões. Senhores Deputados, por que é que estes dados não são do conhecimento público?

Deveria ser-se claro na afirmação de que o ratio máximo em qualquer SUB

nunca poderá ultrapassar 50 doentes/Médico/24h. Mesmo assim será difícil ver um doente urgente, potencialmente grave, cada meia hora, pelo que será obrigatório manter o sistema auditado.

As nossas restantes preocupações residem na forma como a reforma da rede de urgências irá ser aplicada no terreno, o que já é de responsabilidade ministerial. As peças do puzzle das urgências deveriam ser colocadas todas em simultâneo. Não o fazer não parece aceitável. Todavia, como já todos nos apercebemos, o Ministério da Saúde é bem mais rápido a fechar do que a abrir ou a cumprir a suas promessas.

Aliás, estão activamente a ser negociados e assinados acordos que permitem o encerramento de urgências, mas ainda não se conhece qualquer iniciativa para abrir e equipar os novos SUB previstos! Será por acaso? Ainda ontem [n.º: dia 13 de Março] estivemos na Sertã, que tem um Centro de Saúde a cair de podridão húmida, e ainda não foi iniciado qualquer procedimento para a criação do respectivo SUB!

Recordo as palavras do Presidente da Câmara Municipal de Montemor-o-Velho, proferidas no passado mês de

Fevereiro: «Quando negociámos o encerramento do SAP prometeram-me mais meios, quase um ano depois, onde estão esses meios?».

A título de exemplo, pode referir-se que alguns SAP com encerramento previsto deveriam ser substituídos por Viaturas Médicas de Emergência, como em Oliveira do Hospital e Pampilhosa da Serra, cujas regiões visitámos, mas os planos concretos são desconhecidos, revelando uma intolerável falta de transparência e de diálogo.

Finalmente, toda a reforma das urgências terá de ser permanentemente auditada por uma Comissão Independente, para a qual a Ordem está desde já disponível para contribuir, a fim de preservar a proximidade, acessibilidade e qualidade de todo o sistema, procedendo-se de imediato a todas as adaptações e melhoramentos considerados necessários em cada momento.

Desafortunadamente, os portugueses têm razões de sobra para estar verdadeiramente preocupados com uma política de saúde que desagrega o SNS, privilegia os encerramentos, favorece a substituição de recursos públicos por recursos privados e incrementa a transferência de custos para a população!

## Carta da Abraço à OM

# Quebra do sigilo médico na área do VIH/SIDA

A Abraço, Associação de Apoio a Pessoas com VIH/SIDA, em face do acórdão que foi proferido no passado mês de Fevereiro pelo Tribunal da Relação de Lisboa, em sentido favorável quanto à quebra do sigilo médico relativamente ao estado serológico, comunicou a sua posição quanto a esta questão à Ordem dos Médicos: «Somos, absoluta e cabalmente, contra a quebra

do sigilo médico, na circunstância em concreto, constituindo este, caso se efective, um gravíssimo precedente na, até agora, inquestionável e absoluta relação de confiança entre o médico e o doente seropositivo, com consequências ao nível da vigilância médica dos doentes com VIH/SIDA e do controlo e conhecimento epidemiológico desta pandemia. Nesse sentido, a Abraço

expressa a sua convicção veemente de que a Ordem dos Médicos procederá do modo que considerar mais adequado ao caso em questão, por forma a proteger, até ao limite o sigilo médico».

A Associação de Apoio a Pessoas com VIH/SIDA disponibilizou-se no final da carta para colaborar neste âmbito com a Ordem dos Médicos.



## ORDEM DOS MÉDICOS

Colégio de Gastrenterologia

### Moção de repúdio da colectânea de artigos sobre estudo de “qualidade” de Unidades Hospitalares publicado na revista Sábado

Exm.º Sr. Presidente do Conselho Nacional Executivo

A Direcção do Colégio de Especialidade de Gastrenterologia, reunida em **25 de Novembro de 2006**, decidiu tomar posição de repúdio face aos artigos publicados na revista Sábado. Esta posição foi tomada antes da saída das “classificações” referentes à especialidade de Gastrenterologia, o que já foi publicado permite-nos antever o que se vai aplicar à nossa especialidade. Não somos contra a elaboração de classificações, desde que baseadas em critérios sérios de qualidade, e nunca em critérios de valor discutível. Foram suportadas, muitas vezes, na análise de registos que não correspondem à realidade, pelo enviesamento resultante do modelo de financiamento existente, que leva muitos hospitais da rede pública a inflacionarem registos de actos clínicos, para assim conseguirem melhores resultados de produção/financiamento. A importação de conceitos anglo-saxónicos deixou para trás uma ferramenta de controlo fundamental, que é a auditoria clínica, sem a aplicação desta metodologia nada poderá ser comparado, pois estaremos a aceitar como válidos, resultados que ninguém controlou ou validou. A “Qualidade em Saúde” deve ser tomada a sério, não de forma leviana e superficial. Qualquer estudo de qualidade deve ter em conta a “satisfação dos utentes”, devidamente avaliada, e ser apoiada pela auditoria, como referimos. O que foi feito é enganador para os utentes. Este logro é comprovado pelo facto de serem classificadas, por vezes, como as melhores a tratar patologias específicas, Unidades que para tal não possuem diferenciação (Especialidades inexistentes). Será que assumimos não ser necessário recorrer a especialistas? Quando da publicação de classificação semelhante, aplicada a colegas nossos, individualmente, o Conselho Nacional, através do seu Presidente, insurgiu-se. Pensamos que, desta vez, o deve fazer também, mas pela positiva, comunicando ao Ministério da tutela o risco deste tipo de publicações, por acaso elaboradas por um serviço dependente deste, mas apelando à necessidade urgente de adoptar as referidas metodologias de auditoria clínica, prática corrente nos países anglo-saxónicos. A auditoria deve ser implementada, e contar com a participação da Ordem dos Médicos, cumprindo o desígnio estatutário de garante da qualidade dos actos médicos e defensora dos interesses dos doentes.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da Direcção do Colégio de Especialidade de Gastrenterologia

Dr. António José Duarte Banhudo



## ORDEM DOS MÉDICOS

### Parecer sobre a aplicação do Protocolo de Manchester

1. A afluência aos Serviços de Urgência de utentes referenciados pelos Especialistas de Medicina Geral e Familiar (EMGF), implica o óbvio pressuposto de que estes desenvolveram a abordagem clínica que conduziu ao conhecimento da situação em causa e à decisão do seu envio àqueles serviços.
2. Por outras palavras, os utentes em apreço chegam aos Hospitais referidos, portadores de Referência escrita, ou seja, com a triagem necessária já feita e por quem tem as adequadas habilitações para a fazer.
3. Dito isto, aliás de fácil apreensão, importa tipificar de que consta, na prática, a Triagem efectuada naqueles Hospitais, inspirada no Protocolo de Manchester:
  - 3.1. Na prática, o que se verifica é o interrogatório dos utentes por um profissional não-Médico que, baseado em algoritmo, decide da maior ou menor brevidade com que as diversas situações devam ser atendidas, classificando os doentes por meio de uma pulseira de cor correspondente a essa avaliação.
  - 3.2. Paralelamente e conforme informações recolhidas, variará a sorte das Referências do EMGF de que os utentes são portadores.
4. Estes cenários suscitam profundos problemas de ordem deontológica, científica, laboral e de boa articulação interinstitucional.
5. Assim:
  - 5.1. É totalmente inaceitável a desmultiplicação de meios, a repetição de actos, a perda de tempo e o défice de qualidade intrínsecos a este circuito a que se sujeita o utente.
  - 5.2. É desnecessária a avaliação feita por um não-Médico, que desvanece a verdadeira triagem, essa sim, previamente feita pelo EMGF.
  - 5.3. É lastimável a desorientação que se instila aos utentes, com uma reavaliação das situações, já antes ajuizadas pelo EMGF, bem como o incómodo a que, por via disso, eles são sujeitos.
  - 5.4. É claramente atentatória da boa prática ético-deontológica que alguém, a quem uma Referência escrita não se destina, a leia (devassando conteúdo endossado a terceiros e violando, assim, o dever de sigilo que uma tal correspondência implica) ou a retenha (ignorando a importância da informação veiculada e desrespeitando o trabalho já efectuado).
  - 5.5. Do mesmo modo, a retenção da informação enviada e/ou o retardamento do atendimento do utente, presos nas malhas de uma segunda «triagem» (e até de terceira), implicam, desde logo, uma injustificável perda de tempo, pondo também em causa a atempada abordagem das situações referenciadas, com os inerentes riscos para a saúde dos utentes.
6. Assim sendo e tendo em conta os pressupostos enunciados, a **Ordem dos Médicos, considera, em absoluto, inaceitável a prática do denominado Protocolo de Triagem de Manchester, nos moldes descritos.**
7. **A triagem feita a montante pelos EMGF deve prevalecer sobre quaisquer outros procedimentos à entrada dos utentes e dar directo acesso, à especialidade ou médico indicados, aos portadores da respectiva Referência, garantindo assim os melhores cuidados de saúde.**



## COLÉGIO DE CARDIOLOGIA

### Candidaturas à Subespecialidade de Cardiologia de Intervenção

Foi aprovada pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos a criação da Secção da Subespecialidade de Cardiologia de Intervenção, assim como o respectivo Regulamento Interno, elaborado com audição aprofundada do Grupo de estudos de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Deste modo, vai ser possível, dar início ao processo de apresentação de candidaturas para atribuição por consenso do título de Subespecialista em Cardiologia de Intervenção.

Podem candidatar-se a este título os Cardiologistas inscritos no Colégio da Especialidade de Cardiologia em pleno gozo de todos os seus direitos estatutário.

A candidatura à admissão por consenso é feita mediante requerimento dirigido à Comissão Instaladora da Secção da Subespecialidade, o qual deverá ser acompanhado de:

Certificado de inscrição no Colégio da Especialidade de Cardiologia da Ordem dos Médicos;

Declaração do Director de Serviço e/ou Director / Responsável de Laboratório de Hemodinâmica e de Cardiologia de Intervenção de um hospital público português, comprovativa da actividade desenvolvida pelo candidato na área da electrofisiologia cardíaca;  
Sete exemplares do "Curriculum Vital".

A apreciação curricular será realizada pela Comissão Instaladora, que emitirá o parecer de Aprovado ou Não Aprovado. A Comissão Instaladora poderá solicitar a presença dos candidatos para a prestação de esclarecimentos adicionais que considere pertinentes.

O prazo de entrega das candidaturas à admissão por consenso terminará em **30 de Junho de 2007**, devendo os elementos ser remetidos para o Departamento de Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos.

Lisboa, 30 de Outubro de 2006

## GERIR EM SAÚDE: DIFERENTES PERSPECTIVAS

**Decorreu entre o dia 1 e o dia 3 de Março o XIII Congresso Nacional de Medicina e o IV Congresso Nacional do Médico Interno no auditório dos HUC, em Coimbra, subordinado ao tema «gerir em saúde». Entre as várias mesas redondas que tiveram lugar, destaque para ‘carreiras médicas e gestão de saúde’, ‘como gerir o futuro dos cuidados primários?’, ‘quem deve gerir as unidades de saúde?’ e ‘gerir os internatos médicos’, debates que suscitaram elevada participação e que geraram consensos entre os participantes.**

Na sessão inaugural do XIII Congresso Nacional de Medicina e IV Congresso Nacional do Médico Interno José Manuel Silva resumiu a sua intervenção com um apelo à união de todos os Médicos. Caracterizando a actual política de saúde como sendo «cheia de contradições», o que origina «muitos problemas para os médicos enfrentarem», José Manuel Silva reiterou que só com «o empenho de todos os médicos será possível enfrentar as dificuldades. «(...) Existem demasiados problemas que os Médicos e o Serviço Nacional de Saúde enfrentam para que sejam sublinhados os conflitos em detrimento das cumplicidades», concluiu. O bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, advertiu, no seu discurso de abertura do Congresso, que os médicos não aceitarão «ver encerrar um serviço útil e insubstituível para uma população abandonada no interior, pelo único critério de só realizar três ou quatro atendimentos numa noite». No final deste artigo transcrevemos este discurso na íntegra. Francisco Ramos, Secretário de Esta-



do da Saúde, esteve presente na abertura do Congresso Nacional de Medicina, em representação de Correia de Campos. Durante a sua intervenção referiu o facto de, pela primeira vez, se ter cumprido o orçamento para a saúde, afirmou que o envolvimento dos médicos na gestão da saúde é essencial e declarou como impensável para o

Ministério da Saúde a ideia de «desperdiçar um recurso humano que seja na área da saúde». «Temos um sistema de saúde de qualidade, com áreas de excelência. É hoje um sistema de saúde cada vez mais acessível, eficaz e produtivo». Estas declarações, tal como foi frisado pelo próprio Secretário de Estado da Saúde, não querem dizer que

**«Existem demasiados problemas que os Médicos e o Serviço Nacional de Saúde enfrentam para que sejam sublinhados os conflitos em detrimento das cumplicidades» - José Manuel Silva**



Mesa da sessão inaugural

esteja tudo bem. Mas face ao muito que já se alcançou, «a Ordem dos Médicos, enquanto representante de todos os médicos tem motivos para estar orgulhosa», concluiu.

### Ordens profissionais e a importância da auto-regulação

José Miguel Júdice, o ex-bastonário da Ordem dos Advogados, proferiu a Conferência de Abertura do XIII Congresso Nacional de Medicina no dia 1 de Março na qual dissertou sobre o tema «Ordens profissionais - auto-regulação e cidadania» e deu particular ênfase aos deveres deste tipo de organizações e à sua acção disciplinar.



O palestrante recordou iniciativas conjuntas com a Ordem dos Médicos ao tempo em que era bastonário da Ordem dos Advogados, de que destacou uma visita à prisão de Caxias, e que, segundo o próprio, exprimiram «valores essenciais que compete às ordens profissionais actualizar e defender». Segundo José Miguel Júdice, «as ordens profissionais são, realmente, pilares do Estado de Direito e foram pioneiras naquilo que cada vez mais se entende ser um caminho certo para a realização de certas funções públicas», de entre as quais destacou a responsabilidade na regulação das profissões - a auto-regulação. O ex-bastonário da Ordem dos Advogados defendeu mesmo que «a verdadeira razão de ser das ordens profissionais reside nesta delegação de poderes, criando o que a doutrina jurídica chama uma adminis-

tração indirecta do Estado». Ainda quanto à importância da auto-regulação, deu um exemplo: «Um médico está seguramente mais habilitado do que um magistrado judicial ou do que um burocrata nomeado (quantas vezes apesar da sua incompetência, ou por causa dela...) para apreciar onde passa a ténue fronteira entre o que merece censura em termos de negligência médica e o que apenas exprime a probabilidade de um erro desculpável ou um resultado estatisticamente possível de uma técnica que, de um modo geral, se justifica que seja utilizada, não obstante os riscos que a acompanham». Apesar disso, José Miguel Júdice alertou para «um sério problema» que «os sistemas de auto-regulação comportam em si mesmo», referindo-se ao caso que conhece particularmente - o da Ordem dos Advo-

**«Um médico está seguramente mais habilitado do que um magistrado judicial (...) para apreciar onde passa a ténue fronteira entre o que merece censura em termos de negligência médica e o que apenas exprime a probabilidade de um erro desculpável ou um resultado estatisticamente possível de uma técnica que, de um modo geral, se justifica que seja utilizada, não obstante os riscos que a acompanham» - José Miguel Júdice**

gados, e a que chamou «uma deriva corporativista e, ou, auto-protectora». Esclareceu que esta deriva ocorre sempre que «os sistemas de auto-regulação se abstêm de reagir, apesar de não desconhecem que ao longo de muitos anos certos profissionais actuam sistematicamente de um modo que prejudica a dignidade e o prestígio da profissão».

«A falta de transparência que caracteriza os processos decisórios em Portugal, a carência de uma cultura de luta pelos legítimos direitos que sejam violados, a tendência para não enfrentar quem detém poderes, mesmo que meramente fácticos, tudo isso tem funcionado como uma alavanca para a admissão de abusos e parcialismos no âmbito da função disciplinar em sistemas de auto-regulação», advertiu o ex-bastonário da Ordem dos Advogados. Para evitar esta deriva, José Miguel Júdice defendeu que «os órgãos de controlo disciplinar devem ser independentes, legal e factualmente, dos órgãos executivos» e que permitam o assento a «entidades escolhidas fora do âmbito da profissão regulada». E embora admita que esta proposta possa ser interpretada como «uma cedência em relação ao princípio da auto-regulação» ou mesmo como uma sinal de «abertura de uma porta que depois será alargada até à hetero-



Pedro Nunes e João Gamelas na mesa sobre carreiras médicas

**«As carreiras médicas são como a democracia: todos a contestam mas ainda ninguém encontrou um sistema melhor» - Carlos Arroz**

regulação», o palestrante não pensa assim e deu o exemplo do Conselho Superior da Magistratura, que, entre outras funções, exerce o controlo disciplinar dos magistrados judiciais.

### Carreiras Médicas: elemento fundamental

Mesa moderada por Pedro Nunes, Carreiras médicas e gestão de saúde, foi a mais participada no primeiro dia de congresso, tendo como intervenientes Carlos Alves Pereira, João Gamelas e Carlos Arroz. Apesar das divergências de posição foi possível encontrar consensos importantes quanto à necessidade de manter a filosofia que subjaz à definição das carreiras médicas e quanto ao papel fulcral da Ordem dos Médicos no âmbito dessa definição. Enquanto elemento activo da criação do Relatório da Carreiras Médicas, Carlos Alves Pereira apresentou a evolução histórica das mesmas, aflorando as lutas políticas e profissionais que estiveram na sua génese, realçando a importância que têm, até aos dias de hoje. João Gamelas fez o contraponto en-

tre passado, presente e futuro, salientando que a profissão médica é exercida hoje em dia em condições muito diferentes (aumento crescente da importância do sector privado na evolução da carreira do médico e consequentes alterações ao vínculo laboral, situação que se vai acentuar no futuro) o que faz com que, em seu entender, as carreiras médicas existentes estejam desajustadas. É portanto necessário reinventá-las encontrando os melhores critérios para aplicar à progressão profissional (critérios esses que entende deverem incluir antiguidade, diferenciação técnica, experiência clínica e cirúrgica, formação em gestão, competências em termos de



Carlos Arroz, Alves Pereira e Pedro Nunes





liderança, de ética e de gestão de recursos humanos, etc.). «As carreiras médicas são como a democracia: todos a contestam mas ainda ninguém encontrou um sistema melhor» foi a forma encontrada por Carlos Arroz para resumir a sua posição. Elemento estruturante da profissão médica e fundamental para a formação, as carreiras médicas recolheram alguns consensos entre os participantes da mesa redonda e os muitos presentes no auditório dos HUC: foi unanimemente reconhecido que as carreiras médicas são fundamentais e que são um garante da diferenciação e da excelência dos cuidados médicos. Igualmente consensual é a ideia de que as carreiras médicas não podem deixar de existir, que devem ser transversais/universais e, embora tenha havido divergência quanto à forma que devem assumir (manutenção das carreiras actuais versus reformulação das mesmas ou até criação de novas carreiras), nenhum dos congressistas apresentou dúvidas quanto a quem deve ocupar-se desta questão: é à Ordem dos Médicos que cabe a definição/reformulação/estruturação das carreiras médicas. No final da mesa redonda, o bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, informou a audiência que está prevista a publicação pelo Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos do Relatório das Carreiras Médicas (1961), documento que considerou de um valor fundamental e possuidor de grande actualidade. Tendo como base esse relatório, a Ordem dos Médicos prepara já um grupo de trabalho para o analisar e 'adaptar' à realidade do sistema de saúde actual.



Fernando Gomes moderou a mesa em que participaram João Miguel Domingos e Rui Brandão

### Novas tecnologias: vantagens e desvantagens

Na mesa-redonda Novas tecnologias e a optimização da prática médica foram referidos os problemas que enfrenta a aplicação destas tecnologias: «Temos boas ferramentas mas que não falam entre si. Não temos, portanto, intercomplementaridade de sistemas», explicou o neurocirurgião Fernando Gomes, que moderou esta sessão. «Depois de, nos primeiros tempos, começar por haver recusa de usar os sistemas informáticos de apoio, passámos para uma fase em que cada um usa o seu», explicou este dirigente do Conselho Regional do Centro da OM. Alguns dos médicos presentes na assistência manifestaram o receio de que o incremento do uso destes sistemas tenha como consequência o desaparecimento da relação médico/doente. Rui Brandão, interveniente nesta mesa redonda, não concorda com essa visão: «as máquinas só vão reflectir o que os clínicos lá puserem dentro», embora admita que deve haver «algum cuidado com as questões levantadas» pela assistência. Um outro especialista de sistemas de apoio à gestão clínica, João Miguel Domingos, que também

participou na mesa garantiu, por seu turno, que «todas as companhias do mundo desta área trabalham com o objectivo de aproximar os doentes dos médicos».

### Cuidados primários: que futuro?

No segundo dia do XIII Congresso Nacional de Medicina e IV Congresso Nacional do Médico Interno realizou-se a mesa redonda sobre Como Gerir o futuro dos cuidados primários. José Manuel Silva, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos e moderador da mesa, fez uma introdução em que realçou as muitas dúvidas e perplexidades que resultam da reforma em curso nesta área de cuidados. Citando os muitos protocolos assinados entre Câmaras Municipais e Administrações Regionais de Saúde, em que se diz que será promovida a criação de Unidades de Saúde Familiar, lançou a seguinte questão: «deveremos presumir que, tal promoção, a não haver voluntários para as USF, passará pela criação coerciva das mesmas? Como é que se fará essa promoção? Criando maiores incentivos? Obrigando os profissionais a querer ser parte de uma USF?» Esta mesa contou com a intervenção de Maria dos Prazeres Francisco que falou do caso do seu CS – Centro de Saúde de Eiras – no qual não existe nenhuma USF, Idalina Rodrigues, directora do CS de Condeixa-a-Nova onde entrou em funcionamento uma USF no dia 4 de Setembro de 2006, e António Lemos, coordenador da USF de Grão Vasco de Viseu. Os três centros de saúde apresentados têm várias característi-



António Lemos, Maria dos Prazeres Francisco e José Manuel Silva

**«Deveremos presumir que, tal promoção, a não haver voluntários para as USF, passará pela criação coerciva das mesmas? Como é que se fará essa promoção? Criando maiores incentivos? Obrigando os profissionais a querer ser parte de uma USF?» - José Manuel Silva**

cas comuns: tanto no Centro de Saúde de Eiras (onde, como já foi referido, não existe nenhuma USF), como nas USF de Condeixa ou Grão Vasco existe uma carteira de serviços que engloba consultas diferenciadas (saúde da mulher, saúde do idoso, etc.), projectos em áreas como a saúde escolar, saúde oral, etc. Em qualquer um deles a organização do serviço é feita em equipa, existe tempo determinado para atendimento telefónico dos utentes, sistema de intersubstituição e reuniões para planeamento do trabalho e avaliação de resultados. Existe igualmente uma definição de objectivos semelhante e que se prende com a melhoria dos cuidados prestados e da qualidade de acesso. Alguns dos intervenientes do congresso concluíram desta mesa redonda que não existe vantagem em criar USF, «o importante é funcionar bem e trabalhar com empenho».

### Quem deve gerir as unidades de saúde?

Mesa redonda que se realizou na tarde de 2 de Março, foi moderada por Carlos Costa Almeida, e contou com as intervenções de João Paço, o director clínico do Hospital Cuf Infante Santo, Rui César Sá, director clínico do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Constantino Sakellarides, antigo director-geral da Saúde, Rui Nunes, professor da Faculdade de Medicina do Porto e Miguel Gouveia, economista. Carlos Costa Almeida, cirurgião do Centro Hospitalar de Coimbra e presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Carreira Hospitalar (APMCH), fez um resumo desta sessão referindo que, apesar de não haver conclusões absolutas, como seria previsível, ficou claro que a gestão de



Carlos Costa Almeida, Rui Nunes e Miguel Gouveia

**«Creio que os médicos estão em condições de serem excelentes gestores»  
- Rui Nunes**

serviços «não é contabilidade, embora isso seja uma parte» e que «um director de serviço tem que ser um gestor». Durante esta mesa redonda, Rui Nunes explicitou desta forma a sua opinião: «Creio que os médicos estão em condições de serem excelentes gestores». Esta afirmação do ex-presidente da Entidade Reguladora da Saúde, que não pôs de parte as condições de profissionais de outras áreas para a gestão de serviços de saúde, foi proferida na sequência da intervenção do economista Miguel Gouveia, que tinha referido um conjunto de vantagens e de inconvenientes para que um médico exercesse funções de gestão. Entre as vantagens de ter médicos a gerir, este professor da Universidade Nova de Lisboa apontou, por exemplo, o «conhecimento contextual de instituições e realidades muito complexas». Mas ter médicos a gerir unidades de saúde tem também desvantagens segundo este interlocutor, nomeadamente o facto de os médicos não serem «agentes desinteressados, o que pode conduzir a uma gestão induzida pela oferta».



Rui Guimarães e Costa Almeida

### Gerir os Internatos Médicos

Rui Guimarães, presidente do CNMI, moderou o tema Gerir os Internatos Médicos. Serafim Guimarães, José Manuel Silva e Carlos Costa Almeida falaram sobre o futuro da formação pós-graduada, tendo passado pelo optimismo perante o aperfeiçoamento da legislação e um sistema que é um exemplo de excelência a nível internacional mas também por receios quanto à possibilidade de assegurar a manutenção dessa formação e dos seus padrões de qualidade para todos. Considerando que o Internato Médico se tem aprimorado e evoluído muito positivamente nos últimos anos, José Manuel Silva, presidente do Conselho falou na sua intervenção sobre os aperfeiçoamentos mais recentes que a legislação dos internatos sofreu e que serão publicados em breve. Carlos Costa Almeida, professor da Faculdade de Medicina de Coimbra, director do Internato Médico do CHC durante 20 anos, começou por referir que o Internato Médico português é uma referência a nível internacional, nomeadamente na União Europeia. No entanto, tal como esclareceu, há 25 anos atrás os internatos não tinham esta qualidade pois eram voluntários quer para os internos quer para os serviços, a formação era variável. A evolução que se verificou neste quarto de século deveu-se ao facto de a nossa medicina se ter baseado du-

**«Os nossos programas de formação são quase perfeitos, os Colégios fazem a revisão periódica de idoneidade formativa, cumprimos todas as recomendações da União Europeia e somos seguidos pelos outros países. Um hospital sem internos é um hospital morto...» - Serafim Guimarães**

rante este tempo «num 'tripé' constituído por Internatos Médicos, Carreiras Médicas e Serviço Nacional de Saúde». Considerando indissociáveis entre si estes elementos, o professor da FMC explicitou os seus receios perante a destruição das carreiras médicas e a fragmentação e descaracterização do Serviço nacional de Saúde. «No futuro será muito difícil manter internatos médicos estruturados e organizados como o foram nos últimos 25 anos. Esperemos que as modificações introduzidas ao Regulamento do Internato Médico tragam ganhos para a medicina portuguesa e para os doentes». Se-

rafim Guimarães, presidente do Conselho Nacional do Internato Médico, considera que o problema da formação pós-graduada reside na inexistência de um planeamento da saúde. Ideia recorrente desta mesa redonda e reafirmada por este orador foi a necessidade de partilha de responsabilidades de do assumir das mesmas por todos os intervenientes: Ministério da Saúde, Ministério da Ciência e Tecnologia, Faculdades de Medicina, Ordem dos Médicos (nomeadamente através dos seus Colégios da Especialidade), etc. Serafim Guimarães salientou que é essencial que os próprios

médicos internos se envolvam na sua formação e que pugnem pela qualidade da mesma. «Os nossos programas de formação são quase perfeitos, os Colégios fazem a revisão periódica de idoneidade formativa, cumprimos todas as recomendações da União Europeia e somos seguidos pelos outros países. Um hospital sem internos é um hospital morto; se o hospital produz mas não forma novos especialistas, será um hospital morto num prazo de dez anos. Vamos formar cada vez melhor pois os nossos formandos darão uma excelente imagem de nós. Vamos ter cada vez melhores internatos.»

## Discurso de Pedro Nunes na Sessão Inaugural do XIII Congresso Nacional de Medicina e IV Congresso Nacional do Médico Interno

Iniciaremos dentro de momentos mais um Congresso Nacional da Medicina, agora tornado anual. Um ano passa num instante; parece que foi ontem que, com o excelente acolhimento dos colegas da Região Norte, reflectimos sobre a Saúde e a Medicina.

Se o congresso de 2006 foi «o congresso da esperança» este arrisca ser «o congresso do desencanto».

Sr. Secretário de Estado da Saúde, peço-lhe: não entenda o que vou dizer como qualquer discurso de oposição, como crítica politicamente enquadrável, como apelo ou sugestão a que se retirem consequências pessoais do que vemos como menos bom. Enquanto eu for a voz da Ordem dos Médicos não ouvirá pedidos de demissão seja de quem for, não ouvirá propostas de nomeação para qualquer cargo, do mais humilde ao mais importante, não sentirá manobras subterrâneas, não precisará de se precaver contra movimentos na sombra.

Em contrapartida ouvirá com lealdade o que em cada momento sentir ser vontade dos médicos dizer. Ouvirá aplausos mas também ouvirá críticas. Ambos leais. Ambos desinteressados. Ambos estribados no dever de servir o país, de dizer aos portugueses o que

os médicos, com todo o seu saber, com todo o seu empenhamento ético, entenderem dever ser dito, para bem de todos nós.

É esta postura que poderão esperar todos os que assumirem responsabilidades na política. Amigos ou desconhecidos, representantes de partidos em que votamos ou daqueles que não queremos que governem. **Porque a Ordem é um organismo do Estado e não do poder – uma associação pública e não um clube, um lobby ou um grupo de defesa corporativa de interesses.**

É por essa lealdade que hoje lhe devo dizer que os médicos estão preocupados. Temem a desarticulação do Serviço Nacional de Saúde que, mais que a ninguém, a esta geração de médicos se deve.

Temem que perquire no tempo, para além do aceitável, para além do sustentável, perigosamente, a actual indefinição sobre a estrutura de carreiras. Carreiras que, até ao advento das novas formas de gestão, garantiam uma vida inteira de qualidade profissional aferida inter pares.

Não estão em causa somente hierarquias. Não está em causa o jogo do quem é quem, do quem manda no hospital público em Portugal. Não são guerras entre médicos ou entre estes e os gestores. É a evidência patente em todos os momentos, em cada decisão, todos os dias, que a competência tem cada vez menos retorno. Que o saber fazer, o ser capaz de decidir, de gerir, de organizar, pouco importa quando se trata de nomear responsáveis.

É a consciência de que o império dos números, da estatística, dos indicadores se sobrepõe ao acto humano de curar, se sobrepõe ao tempo de um conforto, se sobrepõe à vontade de investigar, de fazer melhor. Para nós, só são indicadores os do progresso, a mortalidade perinatal e infantil, a esperança média de vida.

Para nós são valores o que está em causa...

É o humanismo laico da Medicina centrada no indivíduo que conflita com o pragmatismo colectivista de raiz económica.

É a escolha das prioridades que está em causa. É o egoísmo do conforto dos

**«Queremos uma nova visão»**

que hoje estão quando este se opõe às apostas penosas mas com olhos postos no futuro.

Queremos uma nova visão.

Uma visão como a que deu origem ao Serviço Nacional de Saúde, ao Serviço Médico à Periferia, aos centros de saúde, aos hospitais distritais.

Porque a queremos não negamos a racionalidade e a contenção de custos. Não negamos a concentração de meios, a procura das economias de escala ou do lucro marginal.

Mas porque a queremos não aceitamos ver encerrar um serviço útil e insubstituível para uma população abandonada no interior, pelo único critério de só realizar três ou quatro atendimentos numa noite. Porque um desses atendimentos pode ser o filho único de alguém que fica sozinho, pode ser o velho que não consegue ir mais longe...

Porque jurámos protegê-los não somos capazes de nos calar quando assistimos a decisões tomadas em subordinação ao critério de qual o mais forte, de quem detém o maior interesse. Porque jurámos protegê-los não somos capazes de ocultar o medicamento imprescindível que alguém decidiu não comprar por haver um orçamento a cumprir.

Os nossos critérios são igualmente de racionalidade. São de combate ao desperdício. Mas nós julgamos saber que o bem mais valioso que urge não desperdiçar é a potencialidade criadora que há em cada homem. Para nós a saúde não é um custo, é um investi-

**«Para nós a saúde não é um custo, é um investimento reprodutível e o seguro no único activo que jamais desvaloriza – o homem e o seu desenvolvimento»**

mento reprodutível e o seguro no único activo que jamais desvaloriza – o homem e o seu desenvolvimento.

**Porque nos dedicamos a activos sólidos menosprezamos a espu-ma dos dias. Irritam-nos, porque nos distraem do essencial, as técnicas de marketing social, das formas mais rasteiras da política. Ofendem-nos relógios de ponto electrónico. Porque sabemos controlar-nos, porque, no cômputo geral, trabalhamos, e desde sempre o fizemos muito mais do que aquilo que nos pagam...**

Porque trabalhamos com activos sólidos só valorizamos a boa moeda. Para nós, critérios técnicos não são negociáveis, não entram em saldos, não se trocam por rotundas, ambulâncias ou unidades de AVC.

Porque não o são, porque não se relativizam ao sabor de interesses, estou obrigado a dar testemunho da incomodidade dos médicos, mesmo que alguém possa alegar que, ao fazê-lo, reduz a minha «margem de negociação». Sr. Secretário de Estado da Saúde... Sabe certamente que os médicos têm por si, e por quem representa nesta sala, o maior respeito pessoal e institucional. Entenda a nossa análise não como uma crítica mas como um convite a que aceite o nosso apoio.

Compreendemos as dificuldades da governação.

Estamos conscientes da gravidade da situação financeira.

Estamos dispostos a aceitar que promessas feitas nesta sala, como a de modificar a receita médica e as suas obscenas cruces, um ano depois não tenha ainda sido cumprida.

Estamos dispostos a deixar arrastar-nos para sonhos de reforma mesmo quando o esforço acrescido não parece comportar acréscimo de gratidão ou reconhecimento.

Somos capazes, aos cinquenta anos, de começar tudo de novo por uma forma mais gratificante de trabalhar. Como nas USF. Como nas unidades locais de saúde, como em tantas experiências, tantas iniciativas, tantas espúrias tentativas.

**«Para nós, critérios técnicos não são negociáveis, não entram em saldos, não se trocam por rotundas, ambulâncias ou unidades de AVC»**

Estamos habituados a ser pagos em bens imateriais. Num sorriso. Num obrigado. Num «Deus lhe pague». Estamos habituados a ser responsáveis quando tudo correr mal.

Tudo aceitamos porque sabíamos que assim seria quando escolhemos ser o que somos.

Não aceitamos, jamais aceitaremos, ser meramente tolerados, nem toleramos ser meramente ignorados...

Porque acreditamos na saúde como um objectivo primeiro dos portugueses queremos ajudá-lo, a si, ao seu Governo, a qualquer Governo.

Ajudá-lo a obter no repartir da despesa pública a fatia necessária.

Ajudá-lo a fazer as reformas difíceis mas imprescindíveis para repor o primado da técnica, da eficiência, da ética que nos move.

Ajudá-lo a vencer a incompreensão dos que medem o progresso em quilómetros de auto-estrada ou na cilindrada dos automóveis que nelas circulam.

Ajudá-lo a fazer, de facto, a Reforma da Saúde.

Aceite, Sr. Secretário de Estado, a oferta desinteressada deste grupo de homens livres, desta associação ciosa da sua autonomia.

Venha connosco fazer com que no próximo ano, em Lisboa, ao «congresso do desencanto» se siga o «congresso da realização».

**Nota - para informações mais detalhadas consultar: [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)**

## DISTRITO MÉDICO DE VILA REAL COM FALTA DE ESPECIALISTAS

**De visita ao Distrito Médico de Vila Real, Pedro Nunes, bastonário da Ordem dos Médicos, acompanhado pelos representantes da distrital, efectuou várias reuniões com Colegas tendo tido conhecimento directo de algumas das suas principais preocupações. O sigilo médico, protecção de dados, sistema de ponto e Unidades de Saúde Familiar foram temas recorrentes assim como a falta generalizada de especialistas que se sente em toda a região.**

Nos dias 16 e 17 de Janeiro, o presidente da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, acompanhado por Margarida Faria, Anabela Morais, Eurico Gaspar, Carlos Pintado e Manuel Pinheiro, do Distrito Médico de Vila Real, efectuaram várias reuniões com médicos em Vila Real e Chaves.

O primeiro local visitado foi o Hospital de Vila Real onde, à semelhança do resto da região, foi referida a falta generalizada de especialistas como um dos principais problemas nomeadamente se tivermos em conta que a população médica está quase toda acima dos 50 anos, nesta região com cerca de 500.000 habitantes.

Em reunião com Carlos Vaz, presidente do Conselho de Administração, Pedro Nunes alertou para a necessidade de respeitar os mínimos técnicos em termos de formação das equipas reforçando a ideia de que a OM não irá transigir quanto a esses critérios, os quais têm como objectivo sal-



vaguardar doentes e médicos em termos de condições de trabalho. Carlos Vaz falou das dificuldades em atrair especialistas para o interior e sobre a criação do centro hospitalar e as vantagens que encontra nessa junção de instituições: economia de escala, eco-

nomia na aquisição de medicamentos, negociação directa...

Antes de terminar a reunião, o bastonário da OM recordou a obrigatoriedade de investir no interior se não queremos que essa zona do país fique deserta.





Em conversa com os colegas deste hospital, foi referido que essa falta de especialistas também se prende com o facto de «o Hospital não pagar o suficiente para que venham médicos de fora. Enquanto noutros locais pagam mais para conseguir ter os recursos humanos mínimos, aqui tal não sucede. Há trabalho a mais para profissionais a menos, médicos já cansados e com muita idade. Se os profissionais que estão com mais de 50 anos fossem pedir escusa de fazer noites muitos serviços fechavam. Se não tivermos internos daqui a poucos anos o hospital estará a funcionar apenas com tarefeiros».

O Despacho das Incompatibilidades, a Entidade Reguladora da Saúde e a implementação de cartão de ponto foram alguns dos problemas debatidos com os colegas desta instituição.

## Centros de Saúde nº 1 e nº 2 (Vila Real)

São dois CS na mesma cidade mas com visões divergentes quanto às USF: no CS nº 2 está aprovada uma Unidade de Saúde Familiar com nove médicos, ficando seis 'de fora'. O espaço será comum e como vantagens os médicos que a vão integrar referem o facto de poderem estabelecer a sua própria forma de organização de trabalho. No CS nº 1 falou-se sobre formação e sobre USF, tendo sido referido «como é difícil dentro de 'uma mesma casa' ter que escolher colegas». Alguns médicos presentes nesta visita referiram que não vêem vantagens nem para os médicos nem para os doentes nesta nova

forma de organização dos cuidados de saúde primários. «Muito mais útil seria a redução da lista de utentes pois é difícil fazer uma medicina de qualidade com listas tão extensas», referia um dos profissionais presentes.

Sobre as relações hospital/CS, foi referido que seria benéfico que os especialistas de MGF passassem algum tem-





po no hospital assim como o seria benéfico que os médicos hospitalares passassem a frequentar mais os Centros de Saúde. «A pergunta 'porque é que me enviou este doente' só surge porque os colegas desconhecem a realidade dos Centros de Saúde. O sistema afasta as pessoas, dificulta a comunicação», afirmou Benedita Seixas, directora deste CS, realçando em seguida que a implementação de burocracias rígidas como o sistema de triagem de Manchester origina situações inaceitáveis como sejam um doente referenciado por um médico passar pela triagem de um enfermeiro. Carreiras médicas foi outro dos temas abordados no encontro com os médicos destes dois Centros de Saúde.

## CS de Santa Marta de Penaguião

No CS de Santa Marta de Penaguião encontrámos uma situação no mínimo caricata: o CS está equipado com painéis solares... que nunca funcionaram. Contudo, já foram levados para manutenção... e continuaram sem funcionar. Mas não são esses 'pequenos con-

tratemplos' que desmotivam os profissionais que aqui exercem medicina. Antes pelo contrário: da falta de espaços e/ou recursos e através de um esforço de adaptação, conseguiram criar um CS equilibrado e agradável. A inauguração foi em 1982 mas as adaptações foram tomando forma ao longo dos anos. Apesar de não haver muitos recursos, com pequenas adaptações, o CS conseguiu ficar com melhores instalações: «a biblioteca foi transferida para outro espaço mais pequeno e o espaço original foi transformado em sala de espera por ter melhores condições para instalar os doentes; transformámos duas casas de banho em apenas uma para deficientes pois originalmente o CS não tinha esse espaço específico. Cada enfermeira tem o seu gabinete mas alguns foram aproveitamento de espaços existentes mas que serviam apenas de passagem, o mesmo sucedendo com o gabinete de psicologia», explicou-nos o director Joaquim Baptista da Fonseca.

Sobre as USF explicou-nos o que é a opinião geral dos médicos do CS de Santa Marta de Penaguião: «há 10 anos que neste CS temos tudo o que supostamente as USF trazem de inovador e bom... Desde 1998 que fazemos apoio domiciliário, cada médico tem uma lista com cerca de 1800 utentes e funcionamos em equipa com enfermeiro e administrativo. Consideramos que com as USF os colegas vão deixar de ser o médico de família para passarem a ser os médicos de família. Aqui todos os doentes sabem qual é o seu médico, enfermeiro e administrativo. Este conhecimento de vários anos facilita muito a comunicação com o doente. A funcionalidade consegue-se com pequenas mudanças. Este CS é funcional e conseguimos educar os doentes para o cumprimento de regras e horários. 97% dos nossos utentes são activos e não temos aqui nenhuma família da qual não conheçamos a casa e como funciona a organização familiar. Para entrar numa USF só se for por questões de vencimento visto que em termos funcionais já fazemos um excelente trabalho. Não me





parece que se justifique esta diversidade toda nos cuidados de saúde primários: já existem três formas distintas de funcionamento... centros de saúde propriamente ditos, RRE e USF». Neste CS os horários estão devidamente afixados em vários locais, existe pequena cirurgia, saúde pública, sala de observações com três camas, consulta materna, planeamento familiar, sala de reuniões, etc.

## Hospital de Chaves

A visita ao Hospital de Chaves começou por uma breve reunião com Amílcar Salgado, presidente do conselho de administração. Numa conversa em que se falou do investimento na saúde, do recurso a tarefeiros e de como este hospital em que 30% dos médicos são espanhóis, recebeu um prémio por ser totalmente informatizado e sem papel tendo implementado o sistema informático Alert, o presidente do conselho de administração referiu que «o médico quer indiscutivelmente o melhor para o doente e este quer o melhor para si. O médico tem a obrigação ética e deontológica de usar a melhor tecnologia mas não nos podemos esquecer que estamos a suportar com um envelope colectivo uma decisão singular».

De facto, no percurso pelo hospital, verificámos que existem terminais informáticos em vários locais. Alguns médicos deste hospital levantaram dúvidas quanto à questão da violação do segredo médico pois, por um lado, a área administrativa tem acesso a informação clínica e a enfermagem tem um acesso idêntico aos médicos, e por outro existem terminais em locais por onde passam diversas pessoas (incluindo doentes e acompanhantes), onde se encontra visível informação como o nome do doente e o possível diagnóstico.

Sobre o sistema de ponto foi referido que é incompreensível que num momento em que em alguns hospitais até medicamentos faltam, se esteja a gastar dinheiro em tecnologias inúteis para fazer o que os directores de ser-







viço já faziam e bem. «O director de serviço consegue perceber melhor que ninguém se o médico fez ou não o seu trabalho».

A falta de especialistas é um problema grave, realidade para a qual a administração é sensível – segundo nos foi referido pelos médicos do Hospital de Chaves - contudo não se encontram profissionais disponíveis para ir para esta zona. A este propósito, Pedro Nunes referiu a existência de uma situação real de carência de médicos que dentro de alguns anos começará a melhorar com a chegada dos recém-formados.

### CS nº 1 (Chaves)

O mais antigo Centro de Saúde de Chaves tem 19 médicos com listas de 2400 utentes. «Na zona de abrangência deste CS ninguém está sem médico de família atribuído», explicou Albino Leitão, director do CS. Há algum tempo atrás o CS tinha consultas de psiquiatria, valência considerada como muito

útil. «Agora o especialista deixou de se deslocar ao CS o que é uma grande perda pois os doentes não vão ao hospital».

Este CS tem uma unidade de apoio integrado desde 1999 e dá apoio às Misericórdias. Não há qualquer pagamento extra por esse serviço e os doentes são vistos pelo seu médico de família. Sobre o sistema de ponto tal experiência já não é novidade no CS nº 1 de Chaves... «Há uns anos colocaram aqui um sistema desses. Só servia para incomodar. Ao fim de pouco tempo avariou e foi retirado. A verdade é que, neste momento, quando che-





gam doentes, mesmo fora de horas, fazemos a consulta de boa vontade. Com um sistema desses implementado não há qualquer boa vontade. Há um horário rígido de saída».

## CS nº 2 (Chaves)

A desmotivação causada por sucessivas reformas, todas muito promissoras mas quase todas dissolvendo-se no tempo sem resultados práticos, foi uma das referências dos médicos deste CS. «Somos uma geração de médicos já sem paciência para mais reformas e com tantas indecisões e dúvidas devemos investir em quê?. Não vemos benefícios nas USF para os médicos nem para os utentes: não temos lista de espera e já há muito tempo – desde 1991 - que trabalhamos em equipa como é suposto agora passar a acontecer nas USF. Ninguém aqui teve von-





tade de fazer uma USF, mas se a fossemos fazer, nada garante que continuássemos a dar-nos bem como até agora».

Não sendo uma construção muito recente, o CS apresenta algumas insuficiências e problemas: falta de luz natural, marquês demasiado altas nas quais não se pode sentar uma pessoa idosa, portas estreitas onde uma maca não passa, etc.



## CS de Vila Pouca de Aguiar

Centro de Saúde equipado com bons gabinetes que possui planeamento familiar e consulta de saúde materna, um técnico de radiologia, uma enfermaria com três camas e reabilitação, entre outras valências. Todos os médicos do CS fazem um dia por semana planeamento. «É uma equipa muito empenhada», composta por médicos quase todos com mais de 50 anos, mas «com boa vontade tudo continua a funcionar. Aos directores não pagam urgências no entanto eu faço-as», explicou

Teresa Passos Coelho, directora do CS de Vila Pouca de Aguiar.

Este CS vai ter uma unidade de cuidados continuados e referindo o receio de que se esteja a criar uma terceira via de cuidados, a directora salientou: «empenhei-me muito nos cuidados continuados e não pretendo permitir que os transformem em algo independente do CS».

Nesta visita de dois dias foi possível constatar que alguns problemas fruto da chamada interioridade – como sejam a falta de recursos humanos - se mantêm, no entanto, mantêm-se também o empenho dos médicos que trabalham nestas zonas.



## ENCONTRO NACIONAL DO SISTEMA DE VERIFICAÇÃO DE INCAPACIDADES

**A mesa redonda 'Contributos para uma competência em Medicina de Segurança Social', que teve lugar no âmbito do Encontro Nacional do Sistema de Verificação de Incapacidades, no dia 15 de Fevereiro de 2007, foi moderada por Pedro Nunes, Bastonário da Ordem dos Médicos. M. M. Camilo Sequeira interveio neste debate falando sobre os Contributos das Juntas Médicas da CGA. Transcrevemos em seguida esta sua intervenção.**

Obrigado por me terem convidado para participar neste Encontro.

O tema que determina esta mesa redonda é relevante e complexo.

Relevante porquanto o propósito é qualificar as decisões das Juntas Médicas através da exigência feita ao perito de um conjunto de conhecimentos e sensibilidades sociais que as tornem mais correctas e adaptadas, de forma crítica, á circunstância social que nos é própria.

E complexa porque, no momento, temos muitos Médicos em todo o país envolvidos em actividade de Junta desconhecendo-se o motivo do seu interesse pela função pois a grande maioria foi admitida por conhecimento pessoal, por amizade, talvez por pena nalguns casos, enfim, por acaso.

São agora estes mas, em boa verdade, poderiam ser outros sem que exista qualquer suporte para dizer que esses outros seriam melhores ou piores do que os actuais.

O que é grave porquanto o critério de admissão tem de ser extremamente cuidado pois a primeira grande obrigação do Médico que faz Juntas Médi-

cas é saber discutir um quadro clínico com saber actualizado, com discurso eminentemente médico, com sensibilidade social para integrar na discussão a circunstância do particular requerente de um benefício e a circunstância do momento histórico em que decorre a Junta.

E extrapolando da CGA para o todo nacional e tomando em consideração as diversas competências que dependem de Juntas Médicas atrevo-me a afirmar que somos capazes de estar a falar de actividade onde labutam mil ou mais Médicos.

Cuja sensibilidade para a função apenas podemos inferir ser a adequada.

E considero este elevado número a partir da dimensão pequeníssima da CGA que apenas faz Juntas nas sedes distritais, que apenas necessita (ou necessitava pois parece que finalmente este problema vai ser resolvido) de 2 Médicos por Junta e que actualmente não as fazendo em seis distritos, tem 35 Médicos ligados à função.

Destes apenas 5 são do quadro, havendo, contratados, 2 que apoiam Lisboa, 1 que apoia o Porto e depois temos 2 em 11 distritos, 1 em dois distritos e no antigo distrito do Funchal temos 3.

Por isto me interrogo sobre como se deverá proceder a uma validação da competência por forma a ser respeitada, por exemplo, pela Magistratura. Mas também, e se calhar principalmente, pelos outros Médicos que cuidam de doentes e pretendem, demasiadas vezes acriticamente como bem sabemos, oferecer-lhes acesso a benefícios sociais que dependem de avaliações feitas por Juntas Médicas.

E é claro que se me interrogo sobre

os critérios de competência de quem integra as Juntas também o faço a propósito da competência e responsabilidade profissional de quem propõe doentes para essas mesmas Juntas.

Tenho mesmo como, pelo menos tão relevante como a estruturação da competência, a necessidade de a Ordem promover com urgência algumas medidas formativas dirigidas a todos os Médicos sem excepção e de que as Faculdades se esqueceram.

Refiro-me, por exemplo, ao absurdo de tantos Médicos não saberem elaborar um relatório clínico.

E ao ainda mais absurdo de alguns que talvez o saibam não o fazerem sempre, porque não reconhecem ao receptor dessa sua informação relevo bastante para justificar o trabalho que o relatório bem feito, de facto, dá.

E todos nós, que trabalhamos em Junta, bem sabemos a razão que tenho.

Tal como todos nós, os que trabalhamos nos Centros de Saúde com doentes até á ponta dos cabelos, conhecemos as pseudo informações que nos são enviadas pelos Hospitais.

Tal como todos nós, os que trabalhamos nos Hospitais, sabemos como nos chegam os doentes enviados do ambulatório e como se torna fácil transportar para o Médico de Família as decisões que devíamos tomar mas que a pressão do internamento, ou a falta de respeito pelos Colegas, nos faz esquecer.

Sem que exista qualquer sensibilidade para a óbvia duplicação de trabalho, sem qualquer coragem para afrontar a pressão das Administrações, sem qualquer preocupação com a disponibilidade de tempo que terá ou não o Colega desconhecido para quem se envia o problema não resolvido.

E saliento que este não é um problema exclusivo da actividade assistencial do Estado.

Também a clínica privada, se considerada rentável pelo tempo que se demora com cada doente, obriga a um certo desleixo na comunicação e no adequado relacionamento entre pares. Este é um problema grave, que tem de ser apreciado em simultâneo com o estudo sobre a razoabilidade de se criar a competência, porque é com ele que sistematicamente se confrontam as Juntas.

Mormente as Juntas onde a avaliação clínica depende de uma rápida apreciação objectiva em entrevista que se complementa pela análise documental que acompanha cada requerente.

E é relevante porquanto estamos integrados num espaço político comum mas com normas de avaliação que não são coincidentes nem de país para país nem, por vezes, de região nacional para outra região do mesmo espaço nacional. E como estamos a partilhar informação clínica e a cruzar formas de suporte da decisão de incapacidade definitiva ou parcial a comparação entre o que nos é fornecido e o que temos para fornecer é, clara e inequivocamente, um descrédito para os Médicos portugueses.

É claro que este não é um valor absoluto.

Há no nosso país, felizmente, Médicos que já têm um sentido apurado da responsabilidade que assumem ao dar uma informação clínica.

Que percebem que ela se pode tornar acessível a diversos níveis de decisão. E que, por isso, são claros no português utilizado, cientificamente objectivos na descrição de sinais e sintomas e na sua discussão, integérrimos na defesa do que têm como o interesse do doente, e escrevendo tudo isto de forma irrepreensivelmente lisível, identificando-se com nome, formação e contacto em papel timbrado ou por carimbo ou vinheta, se preferirem.

Mas se já há Médicos que cumprem esta obrigação são em número reduzido quando se faz a comparação com os que não a cumprem.

E é verdade que também recebemos informações mediócras dos outros países mas o seu número é muito menor se comparado com o que se passa entre nós.

E, talvez facto anedótico, acontece com demasiada frequência com Médicos portugueses que trabalham nos Estados Unidos ou no Canadá.

E é porque este é um problema de raiz da comunidade médica portuguesa que eu sinto algum desconforto no defender puro e simples a criação da competência na Ordem dos Médicos.

Preocupa-me que uma actividade que tem de ser das mais nobres do nosso exercício, e não só pelas implicações clínicas mas também pela sociais e políticas pois é uma área onde perante queixas a acusação de corporativismo será muito frequentemente ouvida, possa ser exercida por Colegas que apenas vejam nela mais um valor a mostrar no seu papel timbrado. Preocupa-me que a competência possa ser utilizada como mais um produto para vender no mercado da Saúde. Que possa servir para se pedirem relatórios clínicos preferenciais porque feitos pelos “senhores doutores das juntas”.

Que possa servir de oportunidade para se afirmar uma titulação por parte de Médicos de fraca formação clínica que não encontrem outra área funcional na concorrência dos concursos.

E tenho consciência de estar a fazer de Advogado do Diabo.

Mas é minha convicção que nestas alturas, em que se procura caracterizar um saber novo, alguém tem de fazer esse papel por forma a que o que parece natural possa sê-lo mas depois de uma forte componente crítica ser “desmontada”.

É desejável, se calhar é mesmo inevitável, a criação de uma competência que dê protagonismo aos Médicos que trabalham em Junta.

Mas esse protagonismo que desejamos, para ser credível, tem de ser acompanhado por algumas responsabilizações, associadas ao mesmo, que devem ser previamente definidas.

Porque havendo a competência irão

haver muitas queixas sobre o que se decide em Junta.

E assim sendo terá de haver uma clara definição dos limites a que estarão sujeitas as justificações desses decidires. Que serão tanto mais intocáveis quanto mais competentes, clínica e socialmente, forem os Médicos que tomam essas decisões.

E se a Ordem, quando confrontada com as queixas contra os Médicos das Juntas decidir a favor destes e for acusada de corporativismo, nada terá de recear.

Pois poderá sempre afirmar que as suas decisões, sendo públicas, são acessíveis a quaisquer analistas, de qualquer formação.

Porque saberá que, mesmo que esses críticos discordem da argumentação dos Médicos da Junta, não a poderão considerar clinicamente inadequada. Ela será apenas outra coerência perfeitamente defensável na variabilidade da interpretação semiológica e sua interacção com a vida quotidiana.

É por tudo isto que defendo que na definição da competência intervenham não apenas as habituais provas que a Ordem exige para nos reconhecer Especialistas.

Entendo que para aceder a esta nova competência médica se deve exigir, com o mesmo relevo destas provas habituais, algo que possa acreditar o candidato ao título como cidadão responsável, interveniente, sem medo, capaz de defender o seu critério de decisão contra quem quer que seja, seja qual for o lugar do seu interlocutor na hierarquia de poderes do momento.

Poderes da Saúde, sim senhor, mas também poderes políticos, judiciais ou de simples influência do valor dominante no tempo que vivemos: poder do dinheiro.

Obrigado pela vossa atenção. - Disse



(M.M. Camilo Sequeira)

# Investigação e publicação médica

**José Manuel Silva, presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, e Rafael Dias Marques Nogueira (Brasil) foram os interlocutores de uma temática em que se falou de investigação, formação para uma cultura de investigação e espírito crítico em face da informação e das publicações médicas disponíveis.**

Maria do Céu Teixeira (Cabo verde) moderou esta mesa tendo feito um enquadramento histórico da evolução da investigação e da experimentação, referindo a frequente violação do Código de Helsínquia, especialmente em países subdesenvolvidos. A pressão assistencial e a fraca formação na área foram as principais causas apontadas para o pouco desenvolvimento da investigação em Cabo Verde. Foi ainda referido que em Cabo Verde não existe nenhuma publicação científica.

José Manuel Silva referiu na sua intervenção o declínio generalizado da actividade académica na Europa essencialmente devido à falta de financiamento. Algo que, tal como referiu, poderia ser resolvido nomeadamente através da criação de carreiras de investigação atraentes. «Um profissional que queira seguir a carreira médica vê-se confrontado com o triplo desafio de ter que ser um excelente investigador, clínico e professor». Tal como foi referenciado, nos Estados Unidos da América as escolas médicas já começaram a diferenciar as carreiras dos médicos que queiram privilegiar o ensino e a clínica dos que queiram privilegiar a investigação. «Quem se quer dedicar à investigação tem

que fazer formação complementar em bioestatística, epidemiologia clínica, política e economia da saúde...» A conclusão a retirar é que não se pode esperar que as pessoas continuem a ser pluricompetentes. «Todos nós devíamos transformar os nossos actos clínicos em actos de investigação. Para isso é necessário melhorar a organização. Não é possível, nem desejável o triplo fardo que prejudica as três actividades.» Em relação ao futuro da investigação clínica em português, José Manuel Silva defendeu uma cada vez maior troca de sinergias entre os países de língua portuguesa. «Temos que nos unir. Divididos somos pequenos, grandes podemos ser fortes. Tem que haver uma concentração das revistas médicas de língua portuguesa com uma forte exigência de qualidade». Para terminar, o interlocutor realçou o papel que a Comunidade Médica de Língua Portuguesa deve desempenhar neste processo e lembrou que o sucesso depende das pessoas e não das estruturas, citando Charles Handy: «os recursos humanos são a única fonte de mais valia sustentável».

Rafael Dias Marques Nogueira centrou a sua intervenção na ideia de que até os mais pequenos trabalhos de investigação podem ter uma relevância fundamental. Referindo-se especificamente à realidade brasileira, o interlocutor explicou que no seu país durante o internato os jovens médicos são orien-



tados para a elaboração de artigos científicos e monografias e para a participação em congressos. Mas «não basta pesquisar» o médico «tem que publicar». Referindo as principais críticas ao trabalho científico, Marques Nogueira analisou simultaneamente os cuidados a ter: o método (análise), a existência de patrocínio (que pode influenciar o resultado), erro cognitivo (a necessidade de uma boa pesquisa bibliográfica para evitar conclusões ultrapassadas) e o erro ideológico (efeito da globalização e cultura dominante no nosso comportamento).



# (Des)personalização do Acto Médico

**Mesa moderada por Isabel Caixeiro, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, a (des)personalização do acto médico abordou a necessidade de centrar os cuidados no doente e de como muitas vezes a medicina é encarada de forma «hospitalocêntrica», acabando por originar no doente um sentimento de que não é mais do que «a cama n.º 5»...**

O especialista português em medicina geral e familiar Luís Filipe Gomes preconizou na sua intervenção uma abordagem abrangente em que os cuidados se centram, naturalmente, no doente. Defendendo um modelo de consulta em que se aplica o método clínico centrado no doente, Luís Filipe Gomes falou da importância da prevenção para a saúde (que deve estar presente em todas as consultas) e na necessidade dos médicos serem realistas e manterem a consciência de que os recursos para a saúde são limitados. Citando M. Bass, o prelector referiu que os «prognósticos pioram quando os pacientes têm que esperar mais que duas semanas por uma consulta com o seu Médico de Família» e que «em 1990, I. Crombie demonstra que países com alta proporção de MF no conjunto dos Médicos apresentam cus-

tos mais baixos em cuidados de saúde do que aqueles em que esta proporção é baixa». Tal como foi referido, «no seu livro de 1998 “Primary Care”, Bárbara Starfield conclui que os sistemas baseados nos CG/MF conseguem efectiva diminuição da mortalidade e morbilidade totais e da mortalidade cardiovascular a par do aumento do peso à nascença, da satisfação dos pacientes e da qualidade, num contexto global de diminuição dos custos». Estes e outros indícios/referências são, no entender de Luís Filipe Gomes, indicadores das vantagens de um sistema de saúde baseado na MGF: «já em 2005, Göran Sjönell apresenta os benefícios da continuidade longitudinal através da identificação dos pacientes com uma pessoa (o seu MF), com base em evidência recolhida na literatura: Melhor reconhecimento dos proble-

mas e necessidades dos pacientes; Diagnósticos mais precisos; Menos hospitalizações; Custos mais baixos e satisfação aumentada».

Segundo foi referido, na Europa, «o futuro dos cuidados de saúde de alta qualidade caracteriza-se por (de novo Göran Sjönell, MD, Ph.D. e antigo Presidente da WONCA Europe, em apresentação efectuada no âmbito do Encontro de Uppsala da UEMO – European Union of General Practitioners, Outubro 2006): Prevalência de Especialistas de CG/MF (MFC); Incremento do sistema de Listas de Pacientes por Médico; Estabelecimento de contratos pessoais; Financiamento adequado (corrigindo a proporção ainda encontrada em alguns países, que favorece os cuidados hospitalares em detrimento dos cuidados primários); Máximo de 1500 Pacientes por Médico (CG/MF); Mínimo de 300 Pacientes por Médico (CG/MF); Financiamento misto – capitação e pagamento por acto médico (sendo a proporção de 30% e 70% respectivamente considerada por muitos a mais ajustada); Ligação do CG/MF à comunidade – sendo a orientação comunitária uma das competências nucleares inerentes à prática da MFC; Especialização contínua (Educação Médica Contínua/Desenvolvimento Profissional Contínuo – EMC/DPC – orientado para a Especialidade); Existência de CG/MF como *entrepreneurs*. Na perspectiva de centrar os cuidados no doente, foram referidas como essenciais as capacidades de: «adoptar uma abordagem centrada na pessoa ao



lidar com os pacientes e os seus problemas no contexto das circunstâncias envolventes; desenvolver e aplicar a técnica de consulta de Medicina Geral e Familiar por forma a evidenciar uma relação médico-paciente efectiva, no respeito pela autonomia do paciente; comunicar, estabelecer prioridades e actuar em equipa; e prestar cuidados longitudinais contínuos conformes às necessidades do paciente, no âmbito de uma gestão continuada e coordenada dos cuidados». No âmbito da formação, Luís Filipe Gomes não tem dúvidas quanto ao valioso contributo que a MGF pode dar a todos os estudantes de medicina: «A MGF tem um contributo a dar ao ensino de todos os médicos em todas as fases da sua formação. Todos os estudantes deviam poder aprender a prestar cuidados primários aos pacientes através de um estágio em clínica geral com algumas semanas de duração nos últimos anos da escola médica».

Maria da Conceição Moreira Carvalho, médica pediatra principal cabo-verdiana, foi a outra interveniente desta mesa tendo começado por referir que, por vezes, os doentes se sentem órfãos de médicos: «O encontro entre o médico e o doente deve ter dignidade, ética, qualidade científica e técnica pelo que deve acontecer num ambiente e conjuntura adequados ao estabelecimento de uma confiança mútua, de respeito, compreensão e até de amizade – uma verdadeira experiência de humanidade. Ora, quando o médico trata do “caso clínico”, quando o doente desconhece os nomes dos médicos que o atende, quando cada vez que se dirige a um serviço de saúde é atendido por médicos diferentes, quando um médico até assina uma receita de um doente que não viu, quando não se elabora com rigor o processo clínico de um doente, está-se perante a despersonalização do acto médico com a consequente desresponsabilização».

Referindo o exagerado hospitalocentrismo e a necessidade de manter a noção da unidade do doente, Conceição Carvalho especificou: «Tanto os

médicos como os doentes padecem de hospitalocentrismo e não valorizam os Centros de Saúde. Os médicos querem estar na periferia o menos tempo possível, enveredar para uma especialidade hospitalar e passam a mensagem de que o Centro de Saúde não tem equipamento e/ou capacidade de resposta. Os doentes perante essa ineficácia, recorrem ao Hospital de Referência e aí a situação fica mais dramática: a dificuldade para aceder a consultas programadas com as célebres lista de espera, empurra-o para o Banco de Urgência, com uma “falsa urgência”, situação que satura os médicos e a instituição e tem reflexo na relação médico/doente, pois esse encontro fortuito pelo que o doente esperou umas horas terá o seu desfecho em poucos minutos e provavelmente nunca mais se repetirá. O médico não conhece o doente nem irá acompanhá-lo. A sua sobrecarga com essas situações poderá eventualmente diminuir a sua sensibilidade para as verdadeiras urgências com resultados muitas vezes catastróficos, e a insatisfação é geral. O pior é que também aqui quando as coisas não correm bem o médico alega falta de meios de diagnóstico. Quando o doente tem critério para atendimento a nível de um Hospital de Referência, a relação unívoca médico/doente também se altera substantivamente com a expansão das especialidades e subespecialidades, o recurso a tecnologias complexas ou sofisticadas, com a comparimentação do doente e a necessidade de trabalhar em equipa com outros profissionais de saúde. Há situações em que não é pacífica a decisão sobre o serviço responsável pelo doente». Sobre a realidade específica no seu país, acrescentou que «Em Cabo Verde, o Ministério da Saúde, consciente do impacto positivo de um bom sistema de Referência e Contrarreferência com respeito pela hierarquização dos cuidados, a par de outros instrumentos, vem exercitando há cerca de um ano a implementação paulatina do dossier/família nos Centros de Saúde (um projecto talvez ambicioso no panorama actualmente

descrito), tentando assim melhorar a pertinência e eficácia das intervenções, dando assim resposta a essa situação atroz de doentes desfilando pelo labirinto dos hospitais saltitando de médico em médico com um rol de exames complementares muitas vezes injustificados, pedidos apenas para tentar suprir o que devia ter sido feito – conversar com o doente e colher uma boa história clínica – sem falar de uma colecção de receitas e medicamentos. Como é o factor humano, que garante o sucesso de qualquer Sistema de Saúde, de qualquer abordagem, o investimento na formação dos recursos humanos é um imperativo. Assim, em boa hora vamos ter a oportunidade de ouvir o Dr. Luís Filipe Gomes falar-nos da Personalização do Acto Médico e do papel do Especialista em Medicina Geral e Familiar».

Em comentário final a esta mesa, Pedro Nunes referiu que de facto a MGF «contextualiza um sistema de saúde» mas que não se pode cair na tentação de, nos países mais pobres, tentar substituir as outras especialidades pela MGF.





## “Terceira parte de uma trilogia: reflexões acerca de três aspectos fundamentais da saúde no nosso país”



### I) - POLÍTICA DO MEDICAMENTO

*“... barreiras desnecessárias que não podem deixar de acarretar dilemas de natureza ética, estão a constituir um impedimento para que doentes em fase terminal possam ter acesso a drogas ainda em investigação ... a decisão deste tipo de doentes em tomar aquele género de terapêutica deve ser uma matéria de discussão entre o próprio e o seu médico, e não deve depender da opinião de um qualquer burocrata ao serviço do governo ...” (sic) (Sam Brownback, Senador dos EUA, Novembro de 2005)*

Tem-se verificado ultimamente uma grande preocupação com a denominada inovação terapêutica em todo o mundo, fenómeno para o qual o Governo português parece ter agora despertado, mas que os médicos mais actualizados, sobretudo oriundos de certas especialidades, já debatem há muito tempo, e não só na sua vertente clínica!

Diga-se, em abono da verdade, que a perspectiva com que as diversas partes envolvidas encaram este fenómeno, não é contudo exactamente a mesma.

Enquanto os gestores estão sobretudo preocupados com os gastos directos inerentes, e o Governo, para além disso, com a influência e o poder “pernicioso” da indústria farmacêutica, os médicos sentem-se acima de tudo pressionados pelos doentes e pelo dever ético de lhes propiciar aquilo que julgam ser o melhor para os seus problemas clínicos concretos.

Uma vez que os recursos económicos de todos os países, por mais ricos que sejam, são sempre finitos, e a despesa com este sector do orçamento não parará de crescer, como dar então uma resposta adequada àquele dilema, uma vez que vivemos actualmente numa sociedade de hiper informação, na qual os seus cidadãos estão cada vez mais conscientes das diferentes opções para a resolução dos seus problemas de saúde e exigentes quanto aos seus direitos? Não será que o caso recente da denominada “Abigail Alliance” constituída nos EUA não se irá repetir noutros países, quem sabe se um dia em Portugal também?

Existem hoje vários mecanismos para regular e otimizar a introdução de novas moléculas que passam fundamentalmente pelos estudos farmacoeconómicos e pelo respeito das “guidelines” baseadas na evidência científica apurada até um dado momento, sendo certo que estas são ciclicamente revistas pelas sociedades científicas mais credenciadas.

Cumpridos que forem estes pressupostos, o problema transforma-se então numa mera opção de política económica, onde qualquer restrição imposta à “sagrada” liberdade de prescrição de um médico especialista no problema em causa, deve ser muito claramente assumido por quem de direito, e não remetido por solucionar ao mesmo, para que este invente uma

qualquer justificação mais ou menos piedosa perante o seu doente de modo a convencê-lo a aceitar não ser tratado segundo o denominado “estado da arte”.

Sejamos claros de uma vez por todas. Se os governos de todo o mundo, de uma forma geral, dizem defender as regras da “economia de mercado” para todos os ramos de actividade, deixam de ter “moralidade” para depois virem decretar algumas excepções apenas e só quando lhes convém.

A verdade é que aceitaram e promoveram a privatização da investigação e da comercialização farmacêutica. Acederam ainda a respeitar a protecção das patentes, pressupondo que os proventos da venda dos medicamentos já comercializados iriam financiar a investigação de novas moléculas e, no caso, por exemplo da SIDA, ajudarem ainda a subsidiar o tratamento de alguns milhares (ou mesmo eventualmente milhões) de cidadãos de países em vias de desenvolvimento e que os não conseguem pagar, por manifesta falta de meios.

Em cima disso, criaram organismos internacionais independentes que, após análise exhaustiva dos “dossiers” científicos apresentados, permitem a sua entrada no circuito comercial nos países aderentes, outros que estipulam ainda os respectivos preços, e, por fim, nomeiam administrações a quem compete negociar as condições da sua compra.

Pergunta-se então, respeitando as condições já acima referidas, e desconhecendo “infelizmente” em quase todas os casos, aquando do momento da prescrição, o preço exacto dos fármacos (e não por simples desleixo), que pode o médico fazer, se não respeitar os seculares “mandamentos” hipocráticos? Então um medicamento

está autorizado a ser comercializado, e a autoridade que o permitiu quer vir depois negar a possibilidade deste ser prescrito?

Porque é que o Governo não cria uma central de compras para o sector hospitalar do SNS, para assim poder ter melhores condições quando enceta negociações? Porque é que não se informatiza a prescrição e a gestão do circuito do medicamento ao nível das farmácias hospitalares, sabendo-se que esta medida, só por si, poderá gerar poupanças significativas, para além de se traduzir num enorme ganho em termos de qualidade e com notórios reflexos na diminuição do número e gravidade de incidentes da mais diversa natureza?

Mais ainda, que vantagem haverá para os doentes infectados pelo HIV irem à farmácia do bairro onde moram, aviar os anti-retrovirais, contra a opinião várias vezes reiterada dos médicos e das organizações mais conceituadas neste âmbito? O Sr. Ministro desconhecerá que se trata de uma doença, infelizmente muito estigmatizante do ponto de vista social, e que quase ninguém, de boa vontade, irá dar a cara publicamente, ainda para mais junto da comunidade onde vive e com potenciais implicações graves na sua vida profissional e familiar? Não me diga que é apenas com o intuito de tentar “compensar” os farmacêuticos pelas medidas restritivas impostas pelo seu Ministério, dando-lhes agora 5% desse grande volume de negócio, já que se sabe da alegada intenção de passar as participações de 100% para 95%? Ou será também para que os doentes pressionem os médicos prescritores? Sr. Ministro, é bom que saiba que a terapêutica da SIDA é das mais rentáveis em termos farmacoeconómicos, como o atesta um estudo recentemente publicado pela revista “Lancet” e realizado sob os auspícios da insuspeita OMS, mesmo quando comparado com a terapêutica de outras doenças não infecciosas, desde que seja correctamente instituída e monitorizada. O factor aderência é unanimemente tido como o mais determinante para o seu êxito,

mas qualquer erro cometido aquando da primeira prescrição muito dificilmente será reparável, pelo que os objectivos que devem prevalecer ao tratamento desta doença serão, dessa forma, postos gravemente em causa pela medida agora anunciada.

É pois como se deitasse por terra todo o esforço de muitos técnicos de saúde que compõem as equipas multidisciplinares dos mais diversos hospitais, eventualmente vindo ainda a ter repercussões directas na taxa de resistência e, desta forma, provocar a necessidade de se ter que optar por outras terapêuticas quase seguramente mais dispendiosas. Onde estará então o benefício para a economia nacional que o Sr. Ministro alegadamente pretenderá defender?

E o que dizer da imensa e “enigmática” demora na atribuição do sistema de comparticipação de medicamentos já aprovados para inúmeras doenças crónicas graves (Hepatite B, imunossuppressores para doenças auto-imunes e doentes transplantados, hipertensão pulmonar, etc) ?

## II)- O COMBATE ÀS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS: O EXEMPLO DA SIDA, MAS NÃO SÓ

“... enquanto o tic tac do relógio continua a soar, as entidades sanitárias de todo o mundo estão atarefadas a encontrar meios viáveis para fazer face à próxima pandemia ... no entanto, se o H5N1, ou outra variante do vírus influenza surgir com capacidade de transmissão ser humano a ser humano, o mundo confrontar-se-á com uma severa crise de saúde pública ...” (sic.) (Treanor, J.J. Avian influenza: Exploring all the avenues. *Annals of Internal Medicine* 2006; 145 (8): 631-632)

Lembrar-me-ei sempre de uma certa vez em que fui a um sábado de manhã observar os doentes da enfermaria, conforme era então hábito, já lá vão quase vinte anos. A enfermeira de serviço pediu-me logo para começar pelo doente que tinha vindo na véspera directamente do aeroporto, após ter-se sentido indisposto logo que o avião, proveniente da África do Sul, aterrou em Lisboa. Como estava com febre e

muito prostrado, foi imediatamente transportado de ambulância para a urgência de Infecçologia dos HCL, no HCC. Verifiquei, estupefacto, que o mesmo já se encontrava em coma. Lá lhe pedi alguns exames complementares de diagnóstico e mediquei-o em função apenas duma mera presunção diagnóstica. Volvidas algumas semanas, lá pude reconstituir finalmente parte da sua história, dado que, felizmente, pode recuperar (ainda que de forma transitória) da sua grave situação clínica: Uma toxoplasmose cerebral na sequência de uma imunodeficiência grave secundária a uma infecção crónica pelo HIV, que o mesmo não fazia a mínima ideia quando e como a tinha contraído. Apenas me acrescentou que era emigrante e que se sentiu doente com febre e cefaleias persistentes acompanhadas de vômitos esporádicos, razão pelo que o tinham aconselhado a voltar à sua terra natal, mesmo após uma ausência de mais de vinte anos, e de ter entretanto perdido o contacto com a família mais próxima.

Aquando das primeiras reuniões realizadas após o início do primeiro impacto da pandemia da SIDA no nosso país, lembrei-me daquela história, ainda fresca na memória, e questionei a certa altura a mesa que orientava a discussão, se alguém sabia da intenção de se realizar um estudo de prevalência na nossa comunidade emigrante, ou mesmo no nosso país, dado que se éramos cerca de dez milhões neste “canto da Europa à beira mar plantado”, e existiam outros tantos dispersos por esse mundo fora, pelo que talvez o seu impacto real no futuro, pudesse vir a ser eventualmente muito maior do que o que estávamos ali todos a conjecturar.

Nunca obtive qualquer resposta àquela pergunta, mas continuei cada vez mais apreensivo com a realidade que fui observando no decorrer destes já longos anos de exercício profissional, em grande parte dedicados ao tratamento de doentes com esta afecção. É que sempre me impressionou a falta de sensibilidade dos nossos governantes para um investimento sério no conhecimento da sua epidemiologia.

Os dados que se vão conhecendo não traduzem minimamente a impressão subjectiva que existe no seio dos colegas mais experientes, e cada um dos Directores de Serviço (como eu) faz a gestão possível do seu arquivo clínico, contando manualmente milhares de registos e processos cada ano que passa, conseguindo porém apurar apenas uma escassa meia dúzia de índices, para posteriormente os incluir no relatório final de actividades (a que quase ninguém infelizmente liga!), embora perdendo ingloriamente imenso tempo, dado que qualquer bom programa informático por que todos clamamos há muitos anos, o faria de um modo muito mais rápido e eficaz, incluindo a possibilidade de se efectuar a sua declaração que tantas vezes está em falta.

Outros colegas, bem intencionados, e fartos de esperar pelo prometido programa que todos os responsáveis já prometeram implementar, mas que nunca mais chega, optaram por criar o seu próprio ficheiro, embora algo “clandestino”, para uma mais eficaz gestão da sua lista de doentes, ainda que este não permita que beneficiemos da sua desejável ligação em rede entre os diversos centros e hospitais, nem da necessária homogeneidade nos registos. Apetece perguntar como é que se pode delinear uma boa estratégia de combate a um problema grave de saúde pública, sem se conhecer profundamente a realidade epidemiológica subjacente? Será que se ignora que muito recentemente uma organização tão insuspeita como o CDC preconizou, com base em estudos de farmacoeconomia, a triagem serológica (eventualmente selectiva) da população, pelo menos nos países de elevada ou média prevalência (como o nosso!), por esta ser uma medida considerada custo efectiva? E também que cada vez mais nos confrontamos com gravidezes não desejadas e de risco em mulheres portadoras do HIV, bem como ainda com casais serodiscordantes que, ansiosos por terem descendência, não hesitam em assumir riscos, mais ou menos conscientes, de seroconversão?

A verdade é que, por uma inadmissível

demissão das suas responsabilidades, os diversos governos empurraram a CNLCS para a tarefa que só aqueles deveria competir, e assim lá foram sendo construídos, com as suas verbas, todos os hospitais de dia e quartos de isolamento respiratório dos diversos hospitais (aquele onde trabalho incluído). Embora extremamente útil para os doentes e para os profissionais, foram no também ainda para o próprio Estado, já que estas vultuosas verbas, sendo provenientes dos jogos da Santa Casa da Misericórdia, não saíram do OGE (não contando pois para o famoso défice!). Contudo, conduziram a um nefasto desvirtuamento da sua missão principal, que era afinal, de um modo muito mais determinado e permanente, apostar na promoção da sua adequada prevenção, sobretudo nas escolas, e logo desde o início do ensino secundário. Foi assim que o Brasil, com menos recursos “*per capita*”, teve um êxito relativo no combate a este grave problema, muito mais significativo do que aquilo que podemos constatar que se verificou em Portugal.

Mais recentemente, vi agravadas as minhas apreensões porque, não só não verificamos uma diminuição do número de novos doentes que nos chegam anualmente pela primeira vez à consulta, bem como também aos internamentos, mas mais grave ainda, talvez sobretudo pela crise económica que atravessamos, uma percentagem assustadora dos mesmos deixou de comparecer regularmente à consulta externa, um número significativo dos quais para irem trabalhar para o estrangeiro, por vezes clandestinamente, mas tentando deste modo arranjar meios de subsistência que não conseguem ter no seu próprio país. Escusado será dizer que as entidades empregadoras não são conhecedoras da sua situação de saúde, mas correm o sério risco de, a qualquer momento, adoecer nos países onde se encontram, facto que sei já ter provocado alguns protestos por via diplomática dirigidos ao nosso Governo. Que quer Sr. Ministro que eu responda a estes doentes, quando os questiono, às vezes após vários anos de au-

sência, sabendo que, por exemplo, por contingências da vida, se sujeitam a trabalhar meses a fio no norte de um país próximo do círculo polar ártico, sem ver a luz do sol, no exterior e sem a protecção de um simples telheiro, por vezes no cimo de postes a mais de vinte e cinco metros do nível do solo, ao vento e sob temperaturas de cinquenta graus negativos, e me respondem se eu quero que eles deixem de pagar a hipoteca do carro e da casa, ou se eu consigo um subsídio para pagar a alimentação e a educação dos seus filhos? E o que dizer do impacto provocado pelo estrangulamento financeiro dos programas de apoio comunitário como, por exemplo, no caso da Caritas Diocesana de Setúbal, que se encarrega localmente, tal como algumas outras IPSSs e ONGs por esse país fora, do apoio no terreno aos casos com maior dificuldade de inserção social e familiar, ou que apresentam também acentuadas carências económicas?

De igual modo, como quer que eu responda às múltiplas reclamações dos utentes da Consulta do Viajante que se realiza no Hospital onde trabalho desde há mais de três anos, quando estes se vêm na contingência de perder mais outro dia de trabalho para se deslocarem a Lisboa (quando não ao Algarve!) para que lhes sejam administradas as vacinas necessárias, quando o poderiam (e deveriam) fazer logo após a referida consulta, como em qualquer país comunitário?

Então para que é que o meu Serviço foi reconhecido como apto para este fim por quem de direito, e tem o frigorífico adequado que entretanto foi adquirido, vazio? E tudo isto porque o “stock” inicialmente fornecido pela ARSLVT nunca mais foi repostado, mesmo apesar de inúmeros protestos e promessas nunca cumpridas de regularização desta disfuncionalidade verdadeiramente incompreensível?

E o que dizer ainda de sermos o país da Europa Ocidental comunitária com os mais altos índices de Tuberculose (e também da sua forma multirresistente) e termos tão tardiamente implementado as “DOTs”, bem como do facto de

termos o único Sanatório e o único Hospital Prisional existentes no país, sem jamais terem sido equipados com quartos de isolamento respiratório? Na verdade, em Portugal, por vezes, é por parte daqueles que têm mais responsabilidades, que existe uma displicência confrangedora no tratamento dos assuntos mais sérios, tal como nos exemplos que dei, com base apenas na minha experiência pessoal e quotidiana, razão pelo que apelo e espero sinceramente que o mesmo não venha a ser constatado a propósito da tão mediatizada, possível pandemia de Gripe!

Embora o anúncio da medida do nosso país ir também passar a produzir vacinas num futuro próximo, bem como o facto de se ter comprado uma reserva estratégica de antivíricos, e ainda da própria DGS estar constantemente a produzir comunicados e a imantar determinações, sejam medidas a aplaudir sem reservas, parece-me que talvez o mais importante esteja ainda por ser levado a cabo ...

É que, parafraseando os eloquentes aforismos populares, por vezes, “o poupar sai caro”, e “há alturas em que, quando acordamos, é já demasiado tarde”!

### III)- A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

“... não existe honra maior do que cuidar daqueles que ficaram despojados de tudo ...” (sic) (Walsh, Thomas. *Lessons from hurricane Rita: Organising to provide medical care during natural disasters. Annals of Internal Medicine 2006; 145 (6): 468-470*

Não há muitos anos atrás tive a feliz oportunidade de efectuar um curto estágio num dos serviços mais conceituados de Londres no âmbito da Medicina Genito - Urinária. Ao voltar, fiz um relatório para a Direcção Médica (como é de lei!) dizendo que tinha cimentado amplamente as ideias que sempre tive acerca da orgânica hospitalar: Dedicção exclusiva, boas condições técnicas de trabalho, genuína preocupação com a humanização para com doentes e profissionais, apoio de secretariado clínico altamente profissiona-

lizado, informatização adequada dos registos clínicos, ordenados compatíveis com as responsabilidades, administrações hospitalares, doentes, direcções de serviço extremamente exigentes, possibilidade de realização de investigação clínica e de docência em simultâneo, boa cooperação com as outras especialidades, nomeadamente com o sector dos exames auxiliares de diagnóstico (respostas rápidas e de qualidade) e com o sector de ambulatório (medicina familiar, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, etc).

Que diferença para a nossa realidade! Temos de trabalhar mais do dobro para produzir menos de metade, e passamos a vida de frustração em frustração, até um dia nos cansarmos ... De facto, navegamos numa série de graves equívocos e ouvimos sempre os mesmos chavões sem sentido, tentando culpabilizarmo-nos por mais esta anacrónica “praxis”!

A verdade é que não existe qualquer apoio de secretariado clínico digno desse nome, pelo menos para a esmagadora maioria das Direcções de Serviço, dado que os CAs (eventualmente também porque pressionados superiormente ...) alegam que o fundamental é ter os dados administrativos em dia. Não temos apoio de administradores hospitalares credíveis, nomeadamente para nos darem uma noção exacta e periódica, não só da produção assistencial do Serviço, mas também dos seus gastos e proventos, bem como na elaboração dos relatórios e planos anuais de desempenho, ajudando-nos a definir estratégias de desenvolvimento adequadas e sustentáveis, a colaborar na celebração de contratos-programa, auditorias, etc.

As Redes de Referência definidas há alguns anos, não contemplaram alguns dos pareceres fornecidos pelas respectivas Comissões de Apoio Técnico nomeadas (numa das quais tive a oportunidade de colaborar no âmbito da DGS), dada a “deturpação” que se verificou posteriormente ao nível das ARSs, onde imperou, por vezes, a nefasta influência de eventuais “lobbies”,

em detrimento da salutar lógica da complementaridade. Assim, nalguns casos, verificou-se que o Serviço para onde se preconizava a referência nunca tinha de facto existido ou nunca tinha tido qualquer experiência anterior na área em questão, ao contrário do hospital que era suposto passar a ser referenciador, etc. Noutros casos, o Serviço de referência assumiu o protagonismo apenas no papel, mas os doentes lá continuaram a ser encaminhados para onde sempre o foram (e bem!), recaindo aqui o ónus da despesa e ali o proveito da fama, etc.! Neste aspecto, o Hospital onde trabalho terá sido seguramente dos mais prejudicados ao nível nacional.

Passamos a vida a ouvir dizer que os nossos hospitais são para doentes agudos, mas esquecemos que, na realidade, o que temos maioritariamente que resolver, são agudizações de doenças crónicas ou intercorrências agudas em doentes crónicos, descurando frequentemente a necessidade de se desenvolverem respostas ao nível dos cuidados continuados e paliativos, bem como do atendimento e tratamento em ambulatório. Em consequência, os tais doentes agudos que necessitariam mesmo de ser internados, não têm muitas vezes acesso às camas que, cada vez mais, pelo menos nas especialidades médicas, são exíguas para as solicitações, dado que, pela deficiente resposta ao nível comunitário àquele tipo de problemas, entre a alta clínica de um doente e a sua alta administrativa, passam, não raramente, vários dias, e mesmo algumas semanas ou até meses!

E o pior é que, com a preocupação de evitar a rotura assistencial, em condições por vezes verdadeiramente dramáticas, treinamo-nos no raciocínio viciado (mas nefasto e, mesmo, por vezes arriscado e potencialmente perigoso) de saber como é que vamos evitar o internamento de um dado doente, em vez de nos concentrarmos apenas em reconhecer como é que o podemos efectivamente tratar melhor, em função do diagnóstico equacionado e da necessidade de uma adequada terapêutica.

Em contrapartida, o Ministério, na tentativa infrutífera de camuflar as evidências, tenta ainda negar publicamente alguns factos incómodos, como aconteceu na vigência do anterior Governo com o aumento da mortalidade estival registada sobretudo no seio da população idosa, decorrente (directa e indirectamente) da elevada temperatura do ar ambiente. Isto, apesar de também se saber que a maioria dos lares, tal como as próprias enfermarias dos hospitais públicos não têm algumas das condições necessárias para minorar aquele efeito, nomeadamente, por exemplo, estão desprovidas de aparelhos de ar condicionado, etc. Não terá sido pois um tremendo erro, enquanto não se implementava um sistema alternativo eficaz e operante, tal como agora se anuncia, ter desarticulado a quase totalidade das camas dos hospitais concelhios?

Não será ainda um erro de dimensão semelhante vir a desactivar também, como se fala, as camas para doentes crónicos nos Hospitais Psiquiátricos, cidadãos que muitas vezes não possuem qualquer apoio familiar no exterior já lá vão muitos anos, e são ainda, não raramente, perigosos para a sociedade, e juridicamente inimputáveis? Desconhecerá o Sr. Ministro que, na realidade, nas enfermarias dos Serviços de Psiquiatria dos Hospitais Gerais, existe já um grande número de internamentos compulsivos movidos pelas instâncias jurídicas competentes, e que os outros doentes que necessitam de internamento passam, muitas vezes, vários dias aguardando por uma vaga?

Enquanto isto, existem outros Serviços que, por não terem internos de especialidade e as condições necessárias e proporcionais ao seu grande movimento assistencial, quer em meios humanos, quer logísticas (como o que eu dirijo) caminham a passos largos para a “extinção”, e só com muito esforço conseguem ainda cumprir a sua missão para com a comunidade. Não será pois a altura de definir, em

termos regionais, quais as especialidades que devem ou não existir, e se necessário, concentrar num mesmo hospital, doentes e médicos, permitindo assim a sua viabilidade futura?

E mais grave ainda, que “vantagem” existirá, para além de se fomentar o nefasto “divisionismo” dentro da classe, de termos presentemente uma série de modalidades diversas de prestação de serviço para os profissionais de saúde, a que correspondem outros tantos salários diferentes, por vezes para a mesma função e nível de responsabilidade, bem como vários tipos de personalidade jurídica para a gestão hospitalar no seio do mesmo SNS? E não será que o Ministério pretenderá fazer o mesmo com as carreiras médicas, com os sistemas de avaliação do desempenho e de incentivos financeiros? Para quê afinal?

É que uma coisa é remunerar em função de um nível de desempenho correctamente avaliado com isenção, outra é não existir qualquer racional na base dessa diferenciação. E já agora, será que todos iremos ter condições idênticas para podermos mostrar efectivamente do que somos capazes? Ou vai continuar a vigorar o mesmo anacronismo na distribuição dos recursos humanos e logísticos, fomentadora de maiores injustiças?

Até parece que, no fundo, a maior e mais candente inovação tecnológica e organizacional que o Ministério conseguiu implementar consiste num sistema de controlo das entradas e saídas computadorizado por meio das impressões digitais dos funcionários. E quem é que disse que a “funcionalização” (tipo “manga de alpaca”) da actividade clínica é um bem para a eficácia e a humanização dos cuidados médicos? E o resto? Será pois que vem mesmo aí o “*Big Brother*” visionado pelo génio de George Orwell?

Sr. Ministro. Faça pelo menos um mero exercício de estilo, e simule na sua própria consciência que se coloca na

NOSSA posição. Após tudo aquilo que referi nesta trilogia, e quando tomamos contacto com informações credíveis que apontam para que os incentivos pecuniários e as promoções vão passar a estar condicionados, não só à avaliação do desempenho consignada na lei recentemente aprovada, mas também à “saúde financeira” dos respectivos serviços, que as horas extra que fazemos consecutivamente desde há mais de vinte anos jamais irão contar para efeitos da reforma ou da contagem do tempo de serviço, que o Governo está prestes a acabar definitivamente com a entrada para a Função Pública no Sector da Saúde, mas aventa a hipótese de alterar a legislação só para permitir o acesso de um “mero burocrata” ao estatuto do seu único empregado com “legítimo direito” a “salário de milionário”, só porque é competente e sério, como se sentiria, após tantos anos de esforço e de dedicação profissional? Saiba pois retirar as ilações que se impõem e evite assim ficar com um Enorme Peso na Consciência.

Por fim, queira aceitar ainda um simples e sincero conselho. Não continue a afrontar “gratuitamente” os Médicos (aqueles que tanto podem ser os seus maiores aliados nas reformas políticas indiscutivelmente necessárias, bem como também os piores opositores...). Em vez disso, tenha antes a coragem e a lucidez de colocar a sua reconhecida inteligência e competência ao Serviço dos Cidadãos e da Sociedade, tal como a maioria da Nossa Classe o tem sabido fazer desde há longas centenas de anos, e evite que o Estado, vergonhosamente, venha a deixar de considerar a Saúde como uma sua prioridade. Sem demoras!

Até sempre. Estou certo que esta não será a última.

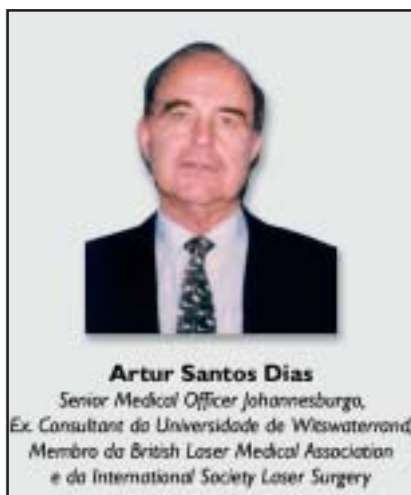
Setúbal, 2007/02/09

## Carta aberta ao Ministro da Saúde Correia de Campos

**Passamos a publicar a carta aberta que o médico Artur Santos Dias dirigiu ao Ministro da Saúde no dia 4 de Janeiro de 2007 e que mereceu publicação no Jornal Público.**

«Por ter assistido nestes últimos anos a uma degradação dos Serviços de Saúde e com a chegada ao Governo do actual Ministro, sou forçado a dirigir-me a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> para que se possível for dar conhecimento aos doentes e a muitos colegas meus o que se está a passar.

Não é minha intenção falar no fecho das maternidades, urgências, etc., e na crítica subtil daquele Ministro à classe médica, procurando deixar mal vista a nossa classe e a respectiva Ordem dos Médicos com a criação duma E.R.S. e muitos outros casos. Nunca fui filiado



em nenhum partido político, pois não acredito em nenhum deles.

Após a minha graduação em 1960 em Coimbra, iniciei a minha especialização em cirurgia, interrompida ao fim de dois anos, pela mobilização nas Forças Armadas tendo cumprido 36 meses como médico militar em Angola.

Resolvi então concluir a especialidade na África do Sul onde exerci clínica durante 5 anos em dedicação exclusiva, nos hospitais em Joanesburgo e depois em clínica privada durante 21 anos.

Naquele país não havia listas de espera. Havia entre 300 a 400 Seguranças Sociais privatizadas para todas as raças.

Ao prescrever medicamentos as minhas receitas como de todos os médicos eram referentes ao n.º exacto de medicamentos que o doente devia tomar e não em embalagens pequenas e grandes. Imediatamente se verifica que a economia deste procedimento era de tal maneira que se traduzia em milhões de “rands” para o Estado. Estou a falar dos anos 60. Quando regresssei a Portugal em 1988 verifiquei com espanto que as receitas eram em embalagens. O custo de embalar é caro e o n.º de medicamentos que acabam nas prateleiras dos doentes, muitos deles a passar o prazo de validade são também aos milhões!!!

Estamos em 2007 e o sistema não se alterou. Por outro lado o Simposium Terapêutico Português tem 3000 páginas. O Simposium Terapêutico da África do Sul tinha 200 páginas!

Há determinado n.º de Medicamentos produzidos por 60 laboratórios diferentes aqui em Portugal quando em muitos países não são permitidos mais do que 3 ou 4. De tudo isto dei conhecimento a vários Ministros, através

de Secretários de Estado que conheci pessoalmente e me pediram a minha opinião, mas nada se fez para melhorar tal sistema, e não é com genéricos que se economiza substancialmente.

Mas o que levou a escrever esta carta é o que passo a relatar. Não quero também referir o facto de se comprar em Espanha medicamentos que custam 2 euros e que são vendidos aqui a 20!!! Prescrevo com certa regularidade medicamentos manipulados que as farmácias executam. Recentemente fiquei alarmado com o preço exorbitante que levam para os fazer. Exemplo: a junção de três pomadas, uma das quais o creme Nívea custam no total 14 euros. O custo do manipulado que tem sido pedido aos doentes é de 80 a 90 euros!!!. Isto em consequência da Portaria 769/2004 em que os manipulados são cobrados aos gramas e que o simples facto de os fazerem custa no mínimo 4 euros, acrescentado de Iva, etc., etc.

Há farmácias que não cobram nada aos doentes, mas estão fora da lei. Se eu me queixasse delas teriam coimas por estarem a roubar o Estado! Em face disto estou a receitar aos meus doentes as três pomadas e a explicar-lhes que eles próprios podem misturar as pomadas em casa e guardá-las numa caixa de plástico, poupando à volta de 70 euros! E isto é só a ponta de um “iceberg” que poderia trazer grandes economias aos Serviços de Saúde e aos doentes.

Como é que isto é possível? Assim vai a medicina em Portugal Senhor Director, neste País irreal!!!

Respeitosamente

Artur Santos Dias»

# O CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA E DEONTOLOGIA MÉDICAS E O CÓDIGO DEONTOLÓGICO

Publicou o semanário SOL, em 17 de Fevereiro, um texto que intitulou “Médicos mudam código” no qual se incluem passos relativos a uma entrevista telefónica com o signatário. Dado que algumas das afirmações que me são atribuídas não são inteiramente conformes com o que tive ocasião de transmitir e ainda porque, na sequência do Seminário ocorrido na Ordem dos Médicos sobre o tema “Quando começa a vida humana”, nos passados dias 2 e 3 de Fevereiro, também surgiram na comunicação social referências a algumas afirmações que não correspondem ao meu pensamento, importa dizer que:



**Henrique Vilaça Ramos**  
Coordenador do CNEDM

1 - Nos vários contactos com os *mídia*, sempre referi que o CNEDM trazia em curso a revisão do Código a apresentar superiormente, mas nunca revelei qualquer resultado desse trabalho. Sempre que entendi conveniente, transmiti a minha opinião pessoal, enquanto médico, sobre alguns temas deontológicos, nomeadamente sobre a distinção a fazer entre a lei e a deontologia, sem prejuízo de reconhecer que as leis do Estado podem limitar a acção disciplinar da Ordem dos Médicos.

2 - Não afirmei, pois, qual ou quais os artigos do Código Deontológico seriam alterados, nomeadamente o artigo 47º, mas tão só que todo o Código estava a ser revisto, pelo que qualquer artigo seria objecto de revisão, o que é diferente de alteração;

3 - Deixei também claro que nas competências do CNEDM se inclui a de, sendo caso disso, propor alterações ao Código Deontológico, mas que a decisão final não lhe pertence, pois essa cabe aos órgãos estatutariamente competentes.

**No passado dia 14 um jornalista do semanário SOL solicitou-me um artigo de opinião que explicasse a minha posição e a da Ordem sobre o referendo do dia 11. Apesar do pouco tempo disponível escrevi o artigo, já que considerei útil desmistificar algumas críticas que vinham sendo, injustamente e até com alguma má-fé, feitas contra a Ordem. No final cortei substancialmente o artigo para caber nos parâmetros que me tinham sido propostos. Qual não foi o meu espanto ao ver publicado um artigo podado de parágrafos fundamentais, transformando o meu pensamento numa caricatura. Não podendo fazer mais do que registar este inaceitável atropelo, decidi solicitar à ROM a publicação do artigo agora na sua versão integral.**

*Qualquer idiota é capaz de fazer as coisas maiores, mais complexas e mais violentas. É preciso um toque de génio – e muita coragem – para caminhar na direcção contrária.*

Albert Einstein  
(citado por *Público* 13 Fev 2007)

Os resultados do referendo do passado dia 11 não foram de estranhar. Tolerante que é a nossa alma e o nosso fado, adquirido que estava o conceito de crime sem pena, passá-lo a não-crime era uma minudência jurídica, um pequenito óbvio passo.

Arrancando de uma quase universal aceitação, reiterada por todas as sondagens, enquadrada pelo empenho expresso organizacional de forças partidárias e do Governo, a campanha pelo “sim” tinha todas as condições de sucesso. Sucesso tanto mais garantido quanto do lado do “não” se optou por uma campanha cordata, não emocional, estribada em movimentos sociais e recusando à partida o envolvimento político partidário em matéria de óbvio foro das consciências.

Os últimos dias e a noite dos resultados traduziram a tradicional clubite e espírito gregário do ser humano, não faltando bandeiras, cantos de vitória e de grupo, vencedores e derrotados. Agendaram-se futuros confrontos, enrolaram-se as faixas e partiu-se para outra.

Fui dos que votei “não” pelo que faço parte do lote dos derrotados. Faço também parte daquele grupo dos que há trinta anos, quando o aborto clandestino era de facto um problema médico, teria votado “sim”. Bem como o teria feito neste referendo se estivesse unicamente em causa a questão legal do crime e da pena. Sou, por conseguinte, para além de um derrotado, um trãnsfuga.

Acresce, para cúmulo, não me restar o conforto moral de ter dado luta e empenho pois efectivamente não fiz campanha, não dissocie o cargo da esfera pessoal, mantendo até às 20 horas de domingo a minha posição do estrito conhecimento dos amigos e próximos. Nestas circunstâncias se eu, Pedro Nunes, médico, cidadão português e sócio do Sport Lisboa e Benfica, sou um derrotado do referendo, não

o é o Bastonário da Ordem dos Médicos. Muito menos o é a Ordem em si mesma já que na sua direcção os partidários do “sim” e do “não” se equilibravam, unicamente sendo suplantados em número pelos que consideravam o referendo uma violência sem sentido ou mesmo uma pouco edificante manobra política.

Para além dos resultados não me espantou também que nos dias seguintes alguns comentadores entendessem desancar a Ordem dos Médicos por não ter de imediato anunciado a alteração do seu Código Deontológico.

Dentre estes destacou-se pela sua proverbial sanha anti-Ordem um ex-deputado comunista, professor de direito, consultor de causas e empreendimentos vários que escreve no *Público*. Apesar dos termos mal educados do comentário bem expressos na sua conclusão sobre a necessidade de desconfessionalizar e de “desalazarar” a Ordem, não me teria incomodado a responder, tanto mais quanto uma citação de Einstein inserida na mesma edição do citado periódico diz tudo o que há para dizer.



Entendo, no entanto, dever fazê-lo, aproveitando a oportunidade deste artigo de opinião já que muitos colegas ou cidadãos desprevenidos possam ser levados a imaginar que se trataria de um qualquer fundamentalismo, arrogância corporativa ou tentativa de obstacularizar a implementação das decisões tomadas pelos portugueses. Em primeiro lugar cumpre esclarecer que o Código está em permanente processo de revisão existindo para isso um Conselho Nacional. Qualquer médico que entenda ter propostas a fazer nesta matéria pode dirigir-se a este. Todo o pensamento estruturado de médicos é bem-vindo.

Não serão, como se compreende, analisadas propostas apresentadas através comunicação social, quer por antigos responsáveis da Entidade Reguladora da Saúde quer por putativos candidatos a Bastonário já que a forma da sua apresentação evidencia outros objetivos que recomendam tratamento diferenciado.

Em Portugal, o Código Deontológico dos Médicos não é uma Lei. Tem força vinculativa interna e subordina-se, como não poderia deixar de ser, à Lei do País. Disse-o, em nome da Ordem dos Médicos, antes, durante e depois do referendo, dezenas de vezes, tendo igualmente reiteradamente afirmado que nenhum médico será punido perante este Código e um futuro enquadramento legal, como nenhum o foi perante o mesmo Código e o actual enquadramento legal.

Confundir a situação portuguesa com a francesa, em que o Código da respectiva Ordem é publicado como Lei devendo ser alterado em conformidade sempre que a Lei o é, parece-me ser uma ignorância que, se num aluno da Faculdade de Direito poderá ser motivo de reprovação, num professor da mesma permite outros juízos.

Propor que o Código Deontológico se altere como consequência inevitável da alteração do quadro legal é abdicar da autonomia de pensamento dos médicos, é afirmar na praça pública que es-

tes não são mais que prestadores acrícos dos serviços que a comunidade decida entregar-lhes.

Aceitar a mudança do Código por determinação social pode ser útil a médicos com vocação política mas não é seguramente útil a uma sociedade plural e democrática que encontra nas éticas grupais o necessário contraponto às soluções messiânicas aqui e ali maioritárias.

Não perceber esta verdade elementar é igualmente não perceber que o compromisso dos médicos radica em proteger a vida humana **desde o seu início**, e que o debate difícil reside em integrar os avanços da ciência e tentar consensualizar o preciso momento em que ela começa. A Ordem teve o atrevimento de o fazer, com médicos de todas as posições, e percebendo a impossibilidade do consenso assumiu do facto todas as consequências.

Aos médicos está, em termos éticos, vedado o utilitarismo materialista da defesa dos seus interesses económicos e sociais quando eles conflituam com os interesses legítimos dos doentes ou da humanidade. Está vedada a instrumentalização do ser humano ou a utilização do seu saber contra cada homem individual, por maioria de razão quando indefeso. Não está vedado, bem pelo contrário é sua obrigação, pensar e concluir, assumindo das suas conclusões o pleno das consequências e responsabilidades.

Por tal motivo espera-se dos médicos uma acção identificável com as suas opções morais e filosóficas. Se de um médico que acredite que a vida humana se inicia na junção do espermatozóide com o óvulo se compreende a oposição à pílula do dia seguinte ou mesmo ao dispositivo intrauterino, também não poderá criticar-se aquele outro que em consciência admita só ser vida a partir do momento da individuação, do desenvolvimento do SNC ou da viabilidade e que daí tire todas as consequências.

Qualquer que seja o posicionamento neste debate, dois factos não podem

ser escamoteados – o direito de cidadania de nada fazer que atente contra a nossa consciência individual e a obrigação incontornável de assumir em plenitude tal objecção de consciência, não permitindo que considerandos de oportunidade, nomeadamente de natureza económica, a relativizem. A consciência ética de um médico não pode ser violentada pela sociedade mas esta tem o direito de exigir que tal declaração não sirva qualquer outro propósito que não o da estrita garantia da sua salvaguarda.

Por outro lado não é, igualmente, escamoteável que o compromisso ético com cada homem entendido na sua individualidade comporta em si mesmo enormes tensões facilmente objectiváveis quando se identificam interesses conflitantes. O direito a nascer conflita com o direito à vida da mãe quando estão em causa situações que impõem terapêuticas que como acção secundária transportem a inexorabilidade da interrupção de gravidez.

Situações de enorme tensão como em caso de violação ou de malformações antecipáveis do feto desafiam o médico interagindo tanto com a sua consciência ou mesmo crer religioso como com o seu dever ético quando, como por vezes acontece, conflituam. Não há regras deontológicas ou mesmo certezas que garantam tranquilidade no momento de decidir e passar à acção.

No futuro, como até hoje, com todo o respeito pelos valores do humanismo laico que são o suporte da Ética Médica, cada médico concreto resolverá os seus conflitos éticos em consciência, ajudando o seu doente concreto perante cada situação concreta. Não ficará seguramente tranquilo, pois a tranquilidade é um privilégio de que os médicos abdicaram. Tranquilos ficarão os doentes sempre que sentirem a segurança de ter ao seu serviço um médico fiel à sua Ética...

Pedro Nunes

## RECEITA MÉDICA

**O médico Luiz Leite enviou à Presidência da Ordem dos Médicos a carta que se transcreve em seguida, cuja publicação foi autorizada.**

Meu caro colega:

Junto remeto cópia de um texto por mim elaborado e que passei a juntar às minhas receitas em cada consulta que efectuo. Não se trata de forma alguma de abrir uma guerra com os farmacêuticos (classe profissional que respeito e na qual tenho alguns amigos) mas sim uma tentativa serena de colocar alguma ordem na actuação de **alguns** profissionais de farmácia que vão tornando a nossa prática clínica diária mais difícil não só por causa dos telefonemas de pacientes que temos que atender (e ainda bem que alguns telefonam) mas também pelos que não telefonam e decidem acatar ou seguir directivas que não foram as do médico que os observou e medicou.

Entendo que somos nós médicos os únicos responsáveis pelo nosso repositório! Tem acontecido que ao chegar à farmácia com a receita alguns dos meus pacientes são confrontados com comentários do tipo:

1 Há quanto tempo está a tomar este medicamento? Sabe que não o pode tomar mais do que x tempo?!

2 Vai dar este medicamento ao seu filho? Sabe que lhe pode fazer muito mal ao fígado?! (ex.: 10mg diários de Isotretinoína num adolescente de 16 anos com 75kg.!)

3 Não lhe posso vender este medicamento porque é só para os homens – ex: prescrição de flutamida a uma mulher com alopecia difusa de padrão androgénico – a cena passou-se na Nazaré e não foi uma mas duas farmácias que se recusaram a vender-lhe o medicamento! (A paciente foi ao médico de família e solicitou uma receita em nome do pai e, não me telefonou!)

4 Telefonema de uma paciente: Ó Sr. Dr. estão a dizer-me aqui na farmácia que se a minha filha tomar isto nunca mais vai poder ter filhos (prescri-

ção de Isotretinoína a uma paciente de 16 anos – que poderia engravidar como qualquer outra mulher após 4 semanas de interrupção da Isotretinoína!).

5 Telefonema de um paciente que estava medicado com Isotretinoína: Sr. Dr. a minha mulher foi à farmácia e disseram-lhe que não podia engravidar por eu estar a tomar este medicamento!

6 Telefonema de uma paciente medicada com 500mg de claritromicina 3 vezes por semana juntamente com outra terapêutica (tópica) para uma rosácea: Sr. Dr. disseram-me na farmácia que o Sr. se enganou e que estes comprimidos são para tomar de 12/12h!

Além destas situações outras há que nos incomodam dia a dia como a troca de embalagens por outras com maior ou menor número de comprimidos – ex: prescrever uma embalagem com 60 cápsulas de Isotretinoína para o paciente voltar à consulta dois meses depois e, ou só ter tomado 30 cápsulas ou vir com o pedido de mais uma receita de outra embalagem de 30 cápsulas de Isotretinoína pois ficara a “dever a receita” na farmácia porque as embalagens de 60 cápsulas estariam esgotadas! A cena passou-se com vários paciente meus (e ao que soube com vários colegas dermatologistas) nos últimos 2-3 meses e, contactado o laboratório (neste caso a Medinfar – medicamento – Orotrex) a resposta foi que não entendiam pois as embalagens de 60 cápsulas nunca teriam estado esgotadas! (nós sim médicos ficamos esgotados com tudo isto!).

Mas, quando se chega à área da dermocosmética então o caos é total! O dermatologista necessita como complemento da sua terapêutica, de tópicos de dermocosmética – (ex: acne, rosácea, eczema, dermatite seborreica, psoríase, etc. etc.). É fre-

quente que determinados produtos sejam substituídos por outros com o argumento que os prescritos pelo médico estão esgotados (mas que têm um outro bastante melhor!) ou, ainda pior do que isso, sem qualquer comentário! Aqui vigora o critério da maior margem de lucro ou das embalagens grátis recebidas como bônus!

Como disse no início não se trata de uma guerra (os que me conhecem sabem que não sou homem de guerras) mas uma tentativa de colocar alguma ordem nesta situação que, tenho a certeza, é vivida por todos os colegas de todas as especialidades.

Os médicos são (ou deveriam ser) os únicos profissionais com capacidade de exercer clínica e prescrever medicamentos!

O argumento de alguns farmacêuticos que fazem “aconselhamento” e não consultas é uma forma dissimulada senão “política” de o fazerem! Aconselhamento?! Os farmacêuticos não possuem formação clínica para “aconselhar” medicamentos! Mesmo os que possam ter adquirido alguns conhecimentos através de cursos (teóricos) de formação pós-graduada (cursos em que já participei como palestrante), deverão entender essa formação como parte da sua cultura científica global e não utilizá-la na prescrição (“aconselhamento”). Os farmacêuticos nunca “tocaram” num paciente! Não sabem clínica para prescreverem! Sempre que vou a uma farmácia e estou à espera de ser atendido vejo os farmacêuticos ou os ajudantes de farmácia fazendo “consultas”, do outro lado do balcão – é espantosa a rapidez! O número de pacientes que me surgem com rosácea (dos corticoides), tinhas incógnitas (por prescrição de corticoides), herpes zoster (com corticoides) situações de impetigo contagioso (que poderão ter como complicação uma glomerulonefrite!) “medicados” com anti-

fungicos tópicos, casos de psoríase inversa “medicados” também com antifúngicos, onicodistrafias “medicadas” com antifúngicos orais e tópicos, antifúngicos esses que também servem para moluscos contagiosos, eczemas etc.!!

Enfim, o dito “aconselhamento”/consulta não tem limites! Seria fastidioso enumerar todos os casos que me vão

surgindo no dia a dia como resultado do referido “aconselhamento” feito nas farmácias! E, isto, estando eu a referir-me unicamente ao que se passa com a minha especialidade – a Dermatologia – os colegas das outras especialidades terão seguramente muitas outras “histórias” a contar “aconselhadas” na farmácia! Impressionante!

Assim, sou de opinião que o único

“aconselhamento” que o farmacêutico deverá fazer será o de aconselhar um médico.

Os médicos não vendem medicamentos!

Os farmacêuticos não deverão fazer consultas! (Nem que dissimuladas pela palavra aconselhamento!)

Luiz Leite

## Texto que acompanha as receitas de Luiz Leite

### Atenção

A sua receita foi passada por um médico habilitado para o fazer; juntamente com a sua receita você recebeu numa folha à parte todas as indicações de como deverá fazer o seu tratamento.

Se apesar disso surgir alguma dúvida deverá telefonar ao seu médico e não solicitar esclarecimento a qualquer outro profissional.

Se ao chegar à farmácia alguém fizer algum comentário que lhe possa suscitar dúvidas ou preocupações deverá telefonar ao seu médico! Não deixe que qualquer outro profissional se interponha entre si e o seu médico!!

Se lhe disserem na farmácia que determinado medicamento se encontra esgotado não deixe que o substituam por outro – telefone ao seu médico ou peça ao farmacêutico que o faça! Só o seu médico deverá dizer qual o medicamento alternativo. A mesma atitude deverá ser tomada em relação aos produtos de dermocosmética prescritos pelo seu médico – não deixe que, com o argumento de que estão esgotados sejam substituídos por outros “melhores” que além do mais lhe oferecem brindes como a

toalha ou o saco de praia (caso dos protectores solares)! Verifique sempre muito bem os produtos que lhe foram prescritos na sua receita e aqueles que lhe foram entregues na farmácia – a troca de um creme por um gel ou de um creme por uma pomada ou de uma emulsão por um creme, etc, pode ser a diferença entre o sucesso e o insucesso do seu tratamento!

O seu médico é um ser humano e, como qualquer outro ser humano poderá cometer erros.

Se lhe disserem na farmácia que o seu médico se enganou deverá telefonar-lhe ou pedir ao farmacêutico que o faça – não deixe é que, em situação alguma, lhe alterem os medicamentos que o seu médico lhe receitou (mesmo com o argumento que há outros melhores) ou a forma de os utilizar.

As vendas dos seus medicamentos fazem-se na farmácia e as consultas com o seu médico, ou por outras palavras: o seu médico não vende medicamentos e o seu farmacêutico não deverá fazer consultas (mesmo que dissimuladas de “aconselhamento”).

## OS GESTORES DOS DINHEIROS PÚBLICOS

**Eu sou apenas médico, chefe de serviço da carreira hospitalar, director dum serviço, ninguém me atribuiu o título de “gestor” e nem isso me preocupa, dado o carácter pelo menos dúbio que essa designação ganhou nos nossos dias no nosso país. Limito-me a gerir o serviço onde trabalho, mas vou apreciando o trabalho de colegas que, também sem terem adquirido, por uma qualquer nomeação ou curso, aquele epíteto, gerem empresas de prestação de cuidados médicos, clínicas, consultórios, centros de responsabilidade integrada de hospitais, com assinalável êxito financeiro e notável qualidade científica e assistencial.**

Não somos “gestores”, mas como cidadãos temos a possibilidade e a capacidade de apreciar os resultados das várias gestões públicas, sobretudo na área da saúde, enquanto cidadãos médicos, habilitados por isso a fazer e a entender a gestão clínica (que se vai agora chamando “clinical governance”) das instituições de saúde. São na realidade os médicos quem pode saber profundamente o que faz falta e o que não faz, o que é imprescindível para uma boa medicina a um baixo custo, onde se pode poupar e onde é necessário investir em recursos humanos e materiais para ter os melhores resultados a curto, médio e longo prazo, na certeza que a medicina que fica mais barata é a boa medicina. Com certeza que as contas, sob aquela orientação, será vantajoso que estejam a cargo de quem tem formação específica na área da contabilidade e administração, mas é na gestão clínica que se deve

centrar a gestão de instituições cuja razão de ser é tratar doentes. Infelizmente o entendimento do nosso ministério da Saúde não tem sido esse. A obsessão constante do ministério tem sido gastar o menos possível com a saúde, o que se tem reflectido – diga o senhor ministro o que disser aos órgãos da comunicação social - numa redução também, quantitativa e qualitativa, dos cuidados de saúde oferecidos e prestados às populações doentes. Que cada vez têm que percorrer mais quilómetros, perder mais tempo e gastar mais dinheiro em transportes para serem observadas por um médico, por causa do encerramento de serviços de urgência, de centros de saúde, de serviços de atendimento permanente, de maternidades. As equipas médicas hospitalares foram diminuídas, sendo em várias situações os doentes recebidos e seguidos por pessoal sem a devida qualificação. Os enfermeiros,



os técnicos e os auxiliares de acção médica escasseiam. A introdução de medicamentos novos é proibida, o uso de técnicas terapêuticas e de diagnóstico mais modernas criticado por serem dispendiosas. Os médicos são aconselhados a reduzirem consultas e limitarem o número de intervenções cirúrgicas, já que do tratamento dos doentes observados resultará inevitavelmente mais despesa, e essa há que evitar a todo o custo. E por isso os médicos não são pagos pelo valor da hora extraordinária que deviam ser, e o governo foi ao ponto de alterar uma lei sua só para não pagar o que devia pagar. Assim todos os devedores o pudessem fazer... E, seguindo esse exemplo, há hospitais que arranjam desculpas de mau pagador para não pagarem aos seus funcionários médicos o que lhes é devido, e que chegaram ao ponto de deixar de fornecer água engarrafada ao pessoal que está de urgência toda a noite...

Enfim, um esforço titânico e inventivo, acima de tudo para poupar dinheiro, invocando sempre a apregoada falta de sustentabilidade do serviço nacional de saúde.

Mas eis senão quando se anunciam gastos sumptuários (milhões de euros) com sistemas informáticos vários, que seriam eventualmente de alguma utili-

dade se não estivéssemos num país em que se questiona a própria sustentabilidade da assistência médica aos cidadãos por parte do governo. Sistemas informáticos que não deveriam ter qualquer prioridade de aquisição, porque os doentes são vistos e tratados igualmente sem eles, porque há países muito mais evoluídos e ricos do que nós que não os possuem nos seus hospitais, e sobretudo porque não há dinheiro – segundo dizem - para o que é fulcral num qualquer sistema de saúde: tratar doentes.

Ele foi o *Alert* para os serviços de urgência, o programa para a marcação informática de consultas, o sistema de relógio de ponto por impressão digital. Milhões e milhões de euros. Faz lembrar aquela máxima popular “pou-

par na farinha e ser largo no farelo”. Somos os mais avançados do mundo nestes “gadgets” informáticos administrativos, mas depois questiona-se, por exemplo, e por razões económicas, o uso de “stents” medicamentosos em doentes coronários... Não é espantoso?!

E tudo o que o ministério conseguiu poupar, pelo racionamento imposto em 2006, parece não ter chegado, pois o senhor ministro já anunciou para 2007 cortes nos funcionários da saúde num total de 40 milhões de euros. Que é quanto vai custar o tal sistema informático para marcar consultas, como se essas marcações não se fizessem agora, sem quaisquer problemas que essa informatização possa vir resolver.

Todos nos lembramos de outra euforia informática no serviço nacional de saúde, há uns anos atrás, que terminou mal, no tribunal e na cadeia. Com certeza agora se trata duma situação diferente, estes sistemas informáticos não terão sido todos vendidos ao Estado pela mesma empresa, terá havido concursos públicos para a sua aquisição, não haverá qualquer relação de parentesco ou outra com membros do governo ligados à Saúde. Acreditamos que sim, embora não o saibamos ao certo. Mas que em termos de gestão de um orçamento deficitário nos choca, choca. Principalmente porque esse orçamento trata acima de tudo da saúde das populações.

Mas se calhar sou eu a falar, que não sou gestor, sou apenas médico.

## ERRATA

### «Acto médico: Os Condicionamentos e os Preceitos»

No artigo «Acto médico: Os Condicionamentos e os Preceitos» publicado na anterior edição da revista por lapso foi omitida uma parte do texto. Assim, na página 70, onde se lê “De um modo geral, confia-se que a informação fornecida tenha sido entendida, o que pode ser comprovado...” até ao parágrafo “Pela maneira...”, deve ler-se:

“De um modo geral confia-se que a informação fornecida tenha sido entendida, o que pode ser comprovado através de formulação de algumas perguntas. Neste contexto, deve também ser avaliado o grau de ansiedade do doente.

Existem, contudo, algumas circunstâncias em que o doente não tem capacidade jurídica (crianças, doentes mentais ou comatosos, etc.) ou a situação médica (urgência) não permite a espera do consentimento. Nestes casos, o consentimento pode ser obtido através dos familiares ou do procurador nomeado pelo próprio estado, podendo ser dispensado numa situação de urgência onde, aceita-se o consentimento presumido.

O que se questiona, em qualquer dos casos, é saber se é eticamente correcto envolver o doente ou os seus familiares, num contexto de extrema ansiedade e de desgaste físico e psíquico, em decisões tão vitais, como por exemplo no caso de suspensão ou não-iniciação de atitudes terapêuticas. Não será eticamente mais correcto que o poder de decisão seja uma inerência e uma responsabilidade do detentor do conhecimento? Por outras palavras, como justificar esta ambiguidade entre as várias fases do acto médico onde todo o conhecimento necessário para o diagnóstico, terapêutica e prognóstico encontra-se do lado médico, enquanto a decisão sob uma pressão incalculável é da responsabilidade do doente ou de seus familiares? O acto médico não pode nem deve ser considerado uma mera troca de serviços. Nem tão pouco pode o médico demitir-se da sua responsabilidade, principalmente numa altura tão crucial como é o da decisão terapêutica. Não pode lavar daí as suas mãos, qual Pilatos da prática clínica”.

Pelo lapso, ora rectificado, as nossas desculpas ao autor e aos leitores.

## SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E SEUS PRESSUPOSTOS

**O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido ou NHS é uma emanção técnica da ciência médica cujos fundamentos e fins dependem de vários condicionalismos além dos de natureza médica decorrentes do exercício profissional, deontológico e ético. O caso inglês é uma referência modelar para quem se preocupa com esta matéria. O actual líder do Partido Conservador proferiu, no encerramento da sua reunião anual (primeira semana de Outubro de 2006 na BBC) considerações pessimistas sobre os caminhos do NHS, identificado não obstante como parte integrante da substancia da Nação, valor inseparável da sua Democracia e tópico principal da sua próxima campanha eleitoral. Acrescentou compreender a razão dos médicos ingleses e outros funcionários quando se dizem “fartos” ou *fed up* das incessantes e contraditórias orientações ministeriais.**

O ponto de vista estimula alguma apreciação sobre o conceito, suas raízes e o modo como foi germinando no Reino Unido e noutros países europeus além de Portugal – primeiro como medidas avulsas nacionais que trouxeram a partir de meados do século 19 uma maior segurança e comodidade à vida comunitária (ver quadro pag. 54); depois a partir de meados do século 20 quando possibilitaram uma vida pessoal mais longa, livre, agradável e útil com um nível de saúde idêntico ao de países mais desenvolvidos, como sistematizado nos seguintes tópicos.

**I. Do século XIX a meados do século XX europeu** a medicina trouxe melhorias publicas não obstante quatro guerras duas das quais mundiais.

a) A contribuição francesa dos médicos de Napoleão conduziu ao aparecimento da medicina científica, estatização dos “hospitais dos pobres”, criação em Paris de uma moderna École de Santé com um número inicial de 12 professores e formação de um clínico que era também cirurgião e anatomista. Noutras cidades criaram-se escolas com licenciados inibidos de exercer fora das próprias regiões, ao contrário do médico parisiense; podia disponibilizar medicamentos e tinha o nome de Officier de Santé. A sua descrição foi feita por Flaubert na pessoa do marido de Ema Bovary. A esperança média de vida do francês à nascença andava pelos 40 anos de idade em 1820, pelos 50 em 1900 e pelos 75 em 1990. No chamado mundo ocidental a curva dos

outros países convergiu com a francesa, e ambas horizontalizaram-se pelos 80 anos. Admite-se que o *livespan*, pode atingir os 120 anos, e hoje existe um número crescente de pessoas que ultrapassa a meta dos 90 anos.

b) Na Alemanha a evolução é semelhante à francesa – idêntica origem militar, e após um processo prévio de união aduaneira dos povos de língua alemã (excepto a Áustria), idêntica evolução para um clínico um pouco mais higienista e burocrático com o título de Kreisartz. Notáveis da medicina alemã como Koch e Virchow ocuparam o cargo no início de carreira. Nos hospitais criou-se um espaço onde se internavam doentes com objectivos de ensino designado como *Universitätclinic*.



c) O primeiro grande êxito científico de impacto público resultou do uso da antitoxina diftérica, que fez vergar um mal implacável de grande mortalidade. Começou-se por esta altura a definir o perfil de médico com características semelhantes às actuais depois de uma inovação inglesa, a cisão da “corporação de barbeiros e cirurgiões”.

d) Havia na altura uma certa dificuldade no acesso à prática hospitalar cirúrgica. Foi Thomas Wakley que com sucesso combateu este impedimento através do jornal por ele criado *The Lancet* (1823), hoje uma referência prestigiada não só na matéria científica como no fórum de discussão pelos próprios médicos dos assuntos do âmbito profissional.

**2. A situação hospitalar inglesa** desequilibrara-se com Henrique VIII (1491-1547) que não encontrando apoio da igreja aos seus objectivos matrimoniais procedera à nacionalização da igreja e venda dos hospitais públicos em proveito próprio.

a) No século 19 a situação hospitalar estava estabilizada e surgiram além dos hospitais estatais, hospitais voluntários de benemerência como o Guy's onde se notabilizou Richard Bright na interpretação da doença renal. Outros notáveis da época foram Corrigan de Edimburgo, Graves da Irlanda, Stokes, Adams, Addison e Hodgkin, nomes muito familiares da medicina clínica. Estes médicos foram influenciados pela medicina francesa e alguns chegaram a estagiar em Paris. No fim do século 19

a peregrinação médica internacional passaria a optar por Berlim ainda que o prestígio anglo-saxónico fosse já uma realidade ascendente.

b) A actuação sanitária tão importante no sucesso contra a luta infecciosa viveu em Londres uma hora decisiva. A população da cidade andava pelos 2,5 milhões de almas, as casas eram insalubres, a sujidade das pessoas e roupas era regra, não havia recolha de lixo ou inspecções sanitárias, a captação de água potável e das águas utilizadas não era bem discriminada – o que acabaria por transformar-se em oportunidades de sucesso quando se enfrentaram as epidemias de cólera que assolaram a cidade (1848–59). A resolução empírica destes problemas começou a ser considerada com Chadwick e Lord Shaftsbury e sobretudo John Snow (1813–58). Foi-lhe atribuído um gesto dramático, a remoção da alavanca da bomba de água da Broad Street, já que a zona mais afectada era o Soho, e das bombas existentes nas ruas do bairro, aquela associava-se a um maior número de casos de doença. O sucesso foi no entanto minimizado pelos partidários da *teoria miasmática* da doença, ao argumentar que a fuga ou a morte de muitas pessoas justificaria a menor incidência dos casos após remoção da bomba. O legado mais consistente de Snow para a história que calou os seus contraditores foi a construção de um sistema de esgotos que, depois de 10 anos e cerca de 130 km, drenava para jusante da cidade enquanto a zona do rio a montante passou a ser utilizada na captação de água potável. A cólera não voltou a afectar a cidade onde as medidas adoptadas ficariam justificadas quando os mistérios da doença começaram a ser desvendados a partir da descoberta do vibrião por Koch na cólera de Alexandria (1882). Na epidemia alemã do rio Elba (1892) viveu-se outra hora importante da medicina, quando a cólera atingiu a cidade livre de Hamburgo que vinha adiando uma custosa renovação dos esgotos, mas poupando a cidade adjacente de Altona onde o Keiser fizera instalar um

moderno sistema de esgotos. O incumprimento das normas sanitárias pode desencadear o flagelo como ocorreu na Indonésia (1961), nas Américas Central e do Sul (1991) e na Índia e Bangladesh (1993). Angola vive esta situação e na própria Lisboa (1973) houve um surto importante dominado sem dramatismos excessivos ou incómodos para a população graças à prontidão dos serviços hospitalares de infeccologia clínica. A última grande epidemia europeia teve lugar em Nápoles pelos anos 20, na sua pior fase com mil mortos diários, conforme relata Axel Munthe no Livro de S. Michele.

c) A população londrina ressentiu-se da pobreza dos seus habitantes e das condições gerais de vida a que se juntou a poluição atmosférica da Revolução Industrial. Durante a guerra dos Bóeres na África do Sul (1904), os médicos denunciaram uma deficiência de robustez física dos britânicos para suportar a guerra. Também na primeira guerra mundial Winston Churchill verificou que o esforço de guerra desenvolvido nos estaleiros era deplorável com um grande absentismo, muitas baixas por doença e um deficiente rendimento.

d) William Beveridge então um jovem companheiro do partido liberal de Winston foi chamado ao governo para solucionar a situação dos estaleiros, sem agravamento do nível de vida. Foi um indefectível do futuro PM inglês que acompanharia na sua travessia do deserto de mais de 10 anos. Chamado de novo ao governo britânico durante a segunda guerra iria apresentar o *blueprint* (programa detalhado mas não definitivo) do NHS em 1942. Merece admiração que este episódio tenha ocorrido numa Londres destruída, notícias pouco animadoras das frentes de guerra, sob permanente vigilância democrática trabalhista, representada no governo e no restrito Gabinete de Guerra por Atlee e Bevan. Ambos apresentariam o projecto definitivo do NHS na pós-guerra (1948).

**3. Para estabelecer algum paralelismo entre a medicina europeia**

# HISTÓRIAS da HISTÓRIA

**e portuguesa**, apresenta-se um quadro com diversas datas importantes até ao fim da monarquia, algumas com um curto comentário pela sua singularidade e/ou importância.

a) É curiosa a escolha do nome do Hospital de S. José. O Rei recusou-se a ceder o seu nome próprio, mas manteve a designação de Real como era então norma e acabou por concordar na atribuição do nome do seu santo patrono ao hospital. Foi através desta instituição que a ciência médica francesa entrou em Portugal e inspirou uma organização administrativa e hierárquica medicas do tipo parisiense. A influência científica francesa foi mais duradoura noutras capitais europeias, algumas com maior tradição científica como por exemplo Viena. Na cidade desabrocharam grandes personalidades como o patologista C. Rokitansky (1804-78) e o clínico Skoda (1804-78), que introduziu o hábito francês da auscultação, ambos abrindo caminho ao célebre cirurgião Billroth, figura grada da cirurgia europeia.

b) Em Portugal só a primeira invasão francesa alcançou uma Lisboa sem Rei ou Corte e a presença dos soldados napoleónicos não ultrapassou um ano. Talvez a vigilância inglesa de Beresford e seus soldados desencorajasse uma maior permanência. Em todo o caso o Arco da entrada do hospital é atribuído aos franceses assim como as estatuas dos Apóstolos da fachada principal do edifício. A forma-



*O quadro (1897) foi inspirado na morte da irmã Conchita por difteria. Os modelos são pessoas conhecidas do pintor e o pai do artista posa como médico e representa a ciência. A freira representa a caridade, outra componente da actuação médica e da atitude compassiva que não deve ser esquecida. É evidente como ainda era tão pouco apetrechada a medicina do século XIX. (Museu Picasso – Barcelona)*

ção de uma escola médica moderna, outra marca medica francesa, iria impor-se alguns anos depois com as Escolas Regias de Lisboa e Porto graças à influência militar portuguesa já sensibilizada à utilidade de médicos cirurgiões preparados nos campos de batalha. Pouco depois ambas adoptaram a designação não monárquica de Escola Médico-Cirúrgica “à francesa”.

c) A tradição cirúrgica portu-

ga tinha ainda uma raiz inglesa através do cirurgião Manuel Constâncio, antigo discípulo de John Hunter, que exerceu no Hospital Real de Todos-os-Santos e nos primeiros tempos do Hospital de S. José. A Escola Médico-Cirúrgica lisboeta ganhou momento na segunda metade do século 19 com Sousa Martins cuja estátua sempre florida no Campo de Santana é ainda reflexa da veneração suscitada em vida; José

## Algumas datas importantes da Medicina Portuguesa até à Implantação da República:

1154 Albergaria D. Paio Delgado (conquista do Castelo de S. Jorge)	1844 Hospital de S. Lazaro com maternidade e escola de enfermagem
1504 Hospital Real de Todos-os-Santos	1857 Hospital do Desterro
1755 Terramoto de Lisboa e destruição do hospital	1859 Regulamento do Banco do HSJ
1758 Hospital Real de S. José	1865 Estatística dos doentes de D. Pedro Alvarenga
1800 Tratamento domiciliário dos doentes (14000 por ano)	1872 Historia de um concurso (E. Queiroz, Campanha Alegre)
1807 Primeira Invasão Francesa com ocupação de Lisboa (c.1 ano)	1877 Hospital de D. Estefânia (criado de raiz)
1811 Escolas Régias de Cirurgia nos HSJ (Lisboa) e HSA (Porto)	1895 Regulamento (provimento de 12 internos)
1811 Criação de quartos particulares no HSJ	1901 Reforma hospitalar de Curry Cabral
1822 Sociedade das Ciências Médicas	1903 Hospital de Sta. Marta
1825 Escolas Médico Cirúrgicas no HSJ e HSA	1905 Congresso Internacional de Medicina
	1906 Hospital de Curry Cabral (criado de raiz)



António Serrano, anatomista e autor de um tratado de osteologia e o próprio Curry Cabral entre outros.

d) A modernidade e a dinâmica da nova medicina transformaram o Hospital de S. José numa novidade e num pólo de aglutinação de outras instituições como o Instituto de Medicina Legal e o Hospital de S. Lázaro a leste bem como o Hospital do Desterro recentemente desactivado, assim como o mais distante Hospital de Arroios; o Instituto Câmara Pestana também desactivado a oeste, importante para a investigação clínica além da introdução da seroterapia e da bacteriologia; e o Palácio construído de raiz a norte, dando para o Campo de Santana para onde se mudou a Escola Médico Cirúrgica, e onde se realizou o Congres-

so Mundial de Medicina uma novidade da mudança do século, então na sua quinta versão. A participação portuguesa ocupou-se de temas africanos importantes como a malária e a bilharzose conforme recordado por Gonzaga Ribeiro em sessão comemorativa de 2006 da Sociedade de Geografia (Secção de Medicina). No outro topo do Campo de Santana iria edificar-se a leste o Instituto Ricardo Jorge, separado em cerca de 100 m do Hospital Rilhafoles (futuro Miguel Bombarda) e já na encosta virada para a Av. da Liberdade o Hospital de Sto. António dos Capuchos, o Instituto Oftalmológico Gama Pinto e por ultimo o Hospital de Sta. Marta, então vocacionado para a sifilografia. Todos estes hospitais foram-se desenvolvendo e adaptando aos

novos tempos e berços de novas especialidades médicas. Todos, como os maiores de Paris ou Londres e mesmo americanos, têm uma história médica de grande mérito e são várias vezes centenários. A zona iria ainda valorizar-se com o Patriarcado e a Faculdade de Direito que abandonam o local nos anos 50 do século passado. É exemplar a recuperação da Faculdade de Direito como Embaixada Alemã, verdadeira lição de valorização do Património Urbanístico, ao contrário dos hospitais centenários cada vez mais ameaçados pelo camartelo camarário. Os terrenos onde se implantam são de vez em quando medidos por especialistas credenciados e com conceitos 'modernos' de renovação urbanística sobejamente conhecidos do lisboeta.

## IRS

### RECTIFICAÇÃO

## Período de apresentação das declarações de IRS de 2006

**Chama-se a atenção para o facto de na 1.ª divulgação se ter feito constar erradamente como data limite para a entrega das declarações modelo 3 de IRS da 1.ª fase via «internet» o dia 30 de Abril, que agora se corrige, pois a data limite é a de 15 de Abril.**

**Assim, e contrariamente ao constante do último parágrafo, não será possível remeterem-se via «internet» as declarações da 1.ª fase das 18.30h às 20.30h, mas sim e só durante o seu período de entrega e às 3.ªs e 5.ªs das 10h às 13h.**

Pela presente, vimos informar V.s Ex.as, que no ano corrente e relativamente às declarações modelo 3 de IRS de 2006 os prazos para a sua apresentação foram alterados e passaram a ser:

1.ª fase – Rendimentos das categorias A e H (empregados por conta de outrem e pensionistas):

De 1 de Fevereiro a 15 de Março para os que fizerem a sua entrega **em suporte de papel**.

De 10 de Março a 15 de Abril para os que fizerem a sua entrega **via “internet”**.

2.ª fase – Com inclusão de rendimentos de outras categorias:

De 16 de Março a 30 de Abril para os que possam e queiram fazer a entrega **em suporte de papel**.

De 16 de Abril a 25 de Maio para os que pretendam fazer a entrega por **via “internet”** ou a isso sejam obrigados por disposição legal.

**Para a entrega em papel funcionará um posto de atendimento na Ordem no período de:**

1.ª fase:

Dias 7 a 14 de Março inclusivé – das 18H30 às 20H30

2.ª fase:

Dias 18 a 27 de Abril inclusivé – das 18H30 às 20H30

Para entrega via “internet” funcionará um posto de atendimento **apenas para os da 2.ª fase:**

Dias 17 a 24 de Maio inclusivé, das 18H30 às 20H30.