

Ordem Médicos

ano 32 n.º 169 Maio | 2016 Mensal | 2€

Prolongar a vida com distanásia? - pág. 29

Ciclo de conferências:
Que Futuro para Portugal
na União Europeia? pág. 22

Património Cultural,
Educação, Ciência e Memória
– que desafio?- pág. 26

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 32
N.º 169
Maio 2016

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

Capa:
2aocubo

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

Impressão:
Diário do Minho, Lda.
Complexo Industrial Grundig
Bloco 5 - Fração A
4710-087 Braga – Portugal

Depósito Legal: 7421/85
Preço Avulso: 2 Euros
Periodicidade: Mensal
Tiragem: 48.500 exemplares
(10 números anuais)

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



S *umário*

editorial

- 05 Médicos a mais?
Dúvidas, só por desatenção
ou má-fé

informação

- 10 Tratamento da perturbação de
hiperatividade e défice de atenção
- 12 Tratamento endovascular do AVC
isquémico agudo:
Como e por quem?

- 13 Cobrança de honorários a Colegas

- 14 Estudo nacional do burnout
na classe médica

- 15 Revogação da Portaria 112/2014

- 17 Comunicado – colonoscopias

- 18 A avaliação final do Internato de
Medicina Geral e Familiar 2016

actualidade

- 19 Tomada de posse de dois novos
Conselhos Consultivos

- 21 Ordem dos Médicos entregou
petição pública no Parlamento

- 22 Ciclo de conferências: "Que futuro"
Que Futuro para Portugal na
União Europeia?

- 26 Ciclo de conferências: "Que futuro"
Património Cultural, Educação,
Ciência e Memória - que desafio?

- 29 Prolongar a vida com distanásia?

- 34 Jorge Marçal da Silva:
MAIS cem fotografias de Portugal
há cem anos

SRS - informação

- 36 ADSE deveria ser um instituto
público de gestão participada

- 41 O Salazar cercado pelo ditador

SRC - informação

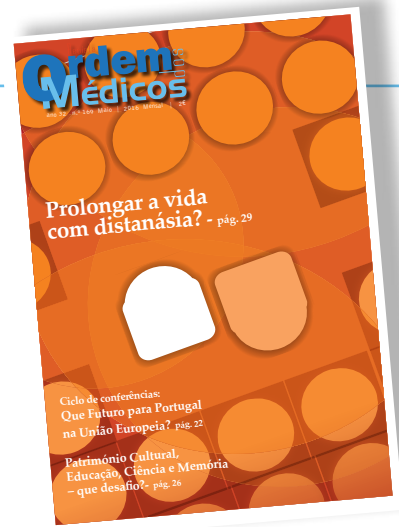
- 42 Médicos, estivadores e emigração

- 44 Gabinete de Apoio ao Médico
Residente no Estrangeiro

- 45 Simulacro no âmbito do treino
"Emergency Challenge 2016" no
Centro de Saúde Militar
de Coimbra

- 46 É urgente reduzir o número de
vagas nos cursos de medicina

- 47 "O ideal humanista do médico
também se transmite através
da arte"



SRN - informação

- 48 Os desafios da Carreira Médica

- 50 Recepção aos internos de Vila Real
e Viana do Castelo

- 52 Se é extraordinário e obrigatório,
trate-se como tal!

opinião

- 54 Lei 246-2015. Um passo em frente (?)

- 59 A Ética, os Estudantes,
e a Medicina do Século XXI

- 60 Rastreamento do Cancro da Mama
- Novas Recomendações

- 62 O utente difícil - A perspetiva
de um interno de MGF

- 63 O aceitar para lá do curar...

- 64 Alterações na avaliação intercalar
no internato de Medicina Geral
e Familiar

- 65 "Doutor... não está
no computador?!"

- 67 Pressão, depressão e "burnout"

- 69 Medicina Geral e Familiar,
uma especialidade sim ou não?

- 72 O juramento de Hipócrates:
"Os meus colegas serão
meus irmãos"

- 74 Um olhar sobre a realidade
da Medicina Geral e Familiar
em São Paulo, Brasil

- 76 Um doente no reino da Dinamarca

histórias da história

- 77 Notas sobre as primeiras médicas
e farmacêuticas portuguesas

- 82 Theodor Billroth e Johannes Brahms

Nota da redacção: Os artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores; os artigos inseridos nas páginas identificadas das Secções Regionais são da sua inteira responsabilidade. Em qualquer dos casos, tais artigos não representam qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos. Relativamente ao acordo ortográfico a ROM escolheu respeitar a opção dos autores. Sendo assim poderão apresentar-se artigos escritos segundo os dois acordos.

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

ANATOMIA PATOLÓGICA: Helena Garcia
ANESTESIOLOGIA: Paulo Ferreira de Lemos
ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR: José Fernandes e Fernandes
CARDIOLOGIA: Mariano Pego
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: António Marinho da Silva
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA: Paulo Pinho
CIRURGIA GERAL: Pedro Coito
CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho
CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paolo Casella
CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA: Vítor Fernandes
DERMATO - VENERELOGIA: Manuela Selores
DOENÇAS INFECCIOSAS: Fernando Maltez
ENDOCRINOLOGIA - NUTRIÇÃO: Helena Cardoso
ESTOMATOLOGIA: Rosário Malheiro
FARMACOLOGIA CLÍNICA: José Luís de Almeida
GASTROENTEROLOGIA: Pedro Narra Figueiredo
GENÉTICA MÉDICA: Jorge Pinto Basto
GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA: João Silva Carvalho
HEMATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Abecasis
IMUNOALERGOLOGIA: Helena Falcão
IMUNOHEMOTERAPIA: Helena Alves
MEDICINA DESPORTIVA: Maria João Cascais
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO: Fernando Jorge Prior Caldas Pereira
MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques
MEDICINA INTENSIVA: José Artur Paiva
MEDICINA INTERNA: Armando Carvalho
MEDICINA LEGAL: Sofia Lalanda Frazão
MEDICINA NUCLEAR: João Manuel Carvalho Pedroso de Lima
MEDICINA DO TRABALHO: José Eduardo Ferreira Leal
MEDICINA TROPICAL: Jaime Manuel Simões Nina
NEFROLOGIA: José Diogo Barata
NEUROCIRURGIA: Rui Vaz
NEUROLOGIA: José Fernando da Rocha Barros
NEURORRADIOLOGIA: João Lopes dos Reis
OFTALMOLOGIA: Augusto Magalhães
ONCOLOGIA MÉDICA: Maria Helena Gervásio
ORTOPEDIA: Manuel André Gomes
OTORRINOLARINGOLOGIA: Artur Condé
PATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Cirne Carvalho
PEDIATRIA: José Lopes dos Santos
PNEUMOLOGIA: Fernando José Barata
PSIQUIATRIA: Luíz Carlos Viegas Gamito
PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA: Pedro Monteiro
RADIOLOGIA: Maria Amélia Ferreira Estevão
RADIOONCOLOGIA: Margarida Roldão
REUMATOLOGIA: José António de Melo Gomes
SAÚDE PÚBLICA: Pedro Serrano
UROLOGIA: Avelino Fraga Ferreira

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
DERMATOPATOLOGIA: Esmeralda Vale
ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão
EEG/NEUROFISIOLOGIA: Maria Regina Brito
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: Jorge Amil Dias
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA: Carlos Freire de Oliveira
HEPATOLOGIA: Luís Tomé
MEDICINA MATERNO-FETAL
MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Helena Jardim
NEONATOLOGIA: Daniel Virella
NEUROLOGIA
NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
ORTODONCIA: Teresa Alonso
PSIQUIATRIA FORENSE

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

ACUPUNCTURA MÉDICA: António Encarnação
AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL: Duarte Nuno Vieira
CODIFICAÇÃO CLÍNICA: Fernando Oliveira Lopes
EMERGÊNCIA MÉDICA: Vítor Almeida
GERIATRIA: Manuel Veríssimo
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: Maria de Fátima Soares Costa Carvalho
HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira
MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes
MEDICINA FARMACÊUTICA: José Augusto Aleixo Dias
MEDICINA HIPERBÁRICA: Oscar Camacho
MEDICINA PALIATIVA: Isabel Galriça Neto
MEDICINA DO SONO: Teresa Paiva
PATOLOGIA EXPERIMENTAL: António Silvério Cabrita
PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL: Alberto Costa
SEXOLOGIA CLÍNICA: Pedro Freitas



Médicos a mais? Dúvidas, só por desatenção ou má-fé

Regresso ao tema porque, num artigo publicado na Revista Visão a 26/05/2016, o médico e político João Semedo (JS), assinando como dirigente do Bloco de Esquerda, resolveu dissertar sobre o número de médicos em Portugal e colocar em causa o papel e a transparência da Ordem dos Médicos (OM) na definição das vagas de especialidade e na defesa do interesse público em matéria de política de Saúde.

Como figura do “*jet set político*”, JS acha, e está no seu direito democrático, que os Bastonários da OM são excessivamente mediatisados, questionando se essa presença constante na comunicação social contribui para melhorar o conhecimento que os portugueses têm da OM.

Não tendo mandato para falar pelos anteriores Bastonários, posso afirmar que sempre que fui interpelado pela comunicação social ou qualquer instituição ou parcei-

ro nunca me neguei a responder nem fugi ao esclarecimento de qualquer tema, por mais sensível que pudesse parecer. Mais, sempre que tal vinha a propósito, desafiei os poderes para que aceitassem debater, publicamente e em qualquer fórum, todo e qualquer assunto relacionado com a Saúde, exigindo permanentemente das competentes autoridades mais proactividade, clareza e fundamentação das suas próprias decisões e iniciativas.

Recomendo a JS a leitura, entre outros e só para listar os que a minha memória me trouxe rapidamente à lembrança, dos artigos “Opiniões, percepções e Farpas” (in Revista da Ordem dos Médicos - ROM), “Racionar” (in Correio da Manhã), “Quatro anos de Ministério da Saúde. O necessário e resumido balanço” (in ROM), “Exportar Médicos? É mau para o País, é mau para os doentes” (in Revista o Hospital - APDH), “Prescrição Social” (in

Jornal de Notícias), “Porque evita o Ministério da Saúde debates com a OM” (in Diário de Notícias), “Serviço Nacional de Saúde e evidência científica” (in Público), “4507 é mais do que 3007” (in Jornal de Notícias), “Mais uma Médica de Família a emigrar” (in Jornal de Notícias), etc..

Consultando o sítio da Assembleia da República (AR) na internet pode verificar-se que JS foi Deputado nas X, XI e XII Legislaturas. Durante esta longa permanência na AR, enquanto representante do povo português, quantas vezes e sobre que matérias propôs JS a audição da OM para esclarecer dúvidas sobre a sua transparência e modo de actuação? Quantos pedidos de esclarecimento solicitou à OM e quantos ficaram sem resposta? Durante todo este tempo, quantos debates promoveu, em que, tendo convidado a OM, esta se tenha furtado ao diálogo e primado pela ausência ou não soube explicitar as razões das suas propostas e princípios? Que fique devidamente registado que a OM até agradece que seja chamada mais vezes à Assembleia da República para ser escrutinada, uma forma de melhor elucidar os Senhores Deputados!

Durante este mesmo período, por várias vezes foi JS convidado a participar, e esteve presente, em diversos eventos promovidos pela OM onde sempre teve oportunidade de colocar todas as dúvidas, expor as suas posições e emitir todas as críticas.

JS também manifesta uma preocupação negativa sobre se a OM actua a pensar nos portugueses, pois são eles “os primeiros destinatários das responsabilidades da OM”. Não vamos devolver a mesma preocupação relativamente à actuação dos Deputados na Assembleia da República, face à

situação desastrosa em que o país se encontra... Tomamos boa conta da sua preocupação no que concerne a OM e queremos descansá-lo, porque ela é completamente desnecessária. Desde há vários anos que a Ordem dos Médicos se vem afirmando e actuando como Provedora dos Doentes, para grande lamento de alguns Ministros... Relembro JS que, em julho de 2012, a OM organizou, na sua sede nacional, em parceria com a Associação Raríssimas, um dia de debate a que chamou “Todos pelos Doentes” e que juntou, para lá de diversos especialistas em distintas matérias, um painel de deputados entre os quais se incluía JS que, à última hora, e por razões de trabalhos parlamentares inadiáveis, não esteve presente.

Acresce que, por pressão negocial por parte da OM, a Lei 117/2015, vulgo novos Estatutos da Ordem dos Médicos, passou a integrar no seu artº 3º, “Atribuições”, a obrigação legal de a OM “contribuir para a defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos dos doentes”, encontrando-se vertida em letra de Lei aquela que era uma antiga aspiração e prática da OM. A apreensão com a qualidade dos Médicos e do exercício da Medicina era a forma da OM defender os doentes. A partir de agora, a OM passa, estatutariamente, a poder reivindicar, com inteira legitimidade, a defesa dos doentes. Quanto ao cerne da questão, não há qualquer leviandade nas afirmações dos dirigentes da OM quando estes declaram que estamos a formar médicos a mais e que, não fora a compensatória/obrigatória emigração, o desemprego médico, a proletarização profissional e a desqualificação da medicina portuguesa seriam tremendos.

Não obstante já existir um estu-

do realizado pelo Prof. Alberto Amaral em 2001 para os Ministérios da Educação e da Saúde, intitulado “Plano estratégico para a formação nas áreas da Saúde”, que previa, com margem de segurança, um *numerus clausus* em medicina de 1175/ano, a OM, no ano de 2013, pretendendo reforçar os dados disponíveis, recorreu aos serviços da Universidade de Coimbra para a execução de um estudo prospectivo sobre demografia médica, o qual usou as bases de dados da OM e ACSS e efectuou comparações internacionais. Segundo este estudo, concretizado sob a superior e insuspeita liderança da Profª Paula Santana, em 2025 haverá um excesso de muitos milhares de médicos, que continuará a agravar-se ano a ano, a manter-se o ritmo de formação existente (a perspectiva agravou-se com a dimensão da imigração).

Ora, acredito que JS não discordará, o excesso de formação/desemprego médico não é bom para o País (porque gasta recursos que não tem a formar profissionais de que não necessita), não é bom para os doentes (um exagero de médicos desqualifica o trabalho médico e leva à “mercantilização” dos doentes, pela indução da procura de cuidados médicos) e só aproveita a países terceiros, que já estão a vir recrutar especialistas portugueses, sem terem tido o ónus económico da sua formação e sem as delicadas questões éticas do seu treino em cidadãos e cidadãos doentes.

Importa acrescentar que, sectorialmente, por especialidade, através de estudos realizados pelos Colégios de Especialidade, têm também vindo a ser feitos e divulgados alguns estudos sobre a respectiva evolução demográfica.

Por outro lado, se olharmos para

as estatísticas, e ainda recentemente aqui o escrevi, Portugal, com 4,3 médicos (efectivamente no activo) por 1000 habitantes (contra 3,3/1000 de média nos países da OCDE) é o sexto País da OCDE com mais médicos! Consistentemente, em Portugal, o número de médicos que se reforma é claramente inferior ao número dos que acabam o internato de especialidade e muitíssimo inferior ao número dos que o iniciam. Portanto, a mais elementar aritmética mostra que o balanço é de claro excesso.

JS atacou levemente uma instituição que faz um trabalho imenso, empenhado, honesto e escrutinável, e que, na definição das idoneidade e vagas de especialidade, envolve a dedicação *pro bono* de centenas de médicos, na defesa dos doentes e da qualidade da medicina portuguesa, cujo trabalho quero aqui publicamente reconhecer e agradecer. Para além de tudo o que já escrevi sobre esta temática, recordo que, aqui na vizinha Espanha, todos os anos há cerca de 13000 candidatos para cerca de 6000 vagas de especialidade e que o número de vagas se define em função da capacidade formativa disponível e não em função dos interesses dos candidatos.

Ao acusar a Ordem dos Médicos de não ter qualquer estudo que valide a tese de que temos ou vamos ter médicos a mais, JS revela que está mal informado, que não se procurou informar antes de escrever, e que não lê os dados da OCDE nem os estudos que, mais do que uma vez, a OM já entregou na Assembleia da República e ao seu próprio partido, assim mentindo vergonhosamente, pelo que deve um pedido público de desculpas a todos os médicos. Recordo a JS que sou um trabalha-

dor do SNS, pelo que acusações de corporativismo nem sequer fazem nenhum sentido, e que sou uma pessoa de ciência, que não gosta de falar sem evidência e, muito menos, contra a evidência. Porque há, então, esta percepção de que não há médicos suficientes em Portugal?

Muito simples. Porque esta percepção se deve ao facto dessa realidade existir actualmente, *na verdade*, no Serviço Nacional de Saúde (SNS), em algumas especialidades e em alguns locais. Frequentemente lemos ou ouvimos queixas de que em determinada unidade de saúde do SNS não há médico, que houve cirurgias adiadas porque não havia anestesista disponível ou que determinado hospital tem uma lista de espera de vários meses ou anos para determinado tipo de cirurgias ou consultas, muitas vezes ultrapassando o Tempo Máximo de Resposta Garantido. Contudo, essa ausência real e todos os dias sentida não se deve ao facto de não existirem profissionais disponíveis no país, mas sim à falta de atractividade das condições de trabalho no SNS, criadas com o intuito de emagrecer o SNS. Haverá falta de médicos no sector privado? Há listas de espera de meses para cirurgia nos hospitais privados? É difícil conseguir uma consulta de uma qualquer especialidade num médico que trabalhe no sector privado? Creio que todas estas questões têm uma mesma resposta: não!

O que houve, nos últimos governos, de diferentes composições partidárias, foi uma tendência para o deliberado “emagrecimento” do SNS, que começou com a concentração de serviços, por via do encerramento de unidades de saúde, com afastamento dos cuidados de saúde dos cidadãos que

deles necessitavam, criando estrangulamentos de acesso, e se continuou por uma política de subfinanciamento crónico da saúde, o qual foi deliberadamente exagerado, muito para lá do que nos foi imposto pelos nossos credores, representados pela “Troika”.

Num cenário em que as condições de trabalho no SNS se degradaram substancialmente, em que os indicadores se tornaram patologicamente obsessivos e em que a contratação de médicos para o SNS tem sido extraordinariamente desigual, é natural que os médicos encarem uma de três hipóteses: a reforma antecipada, a saída para o sector privado ou a emigração. Sim, porque há muitos países de ‘primeiro mundo’ que, percebendo a elevada qualidade geral dos nossos profissionais e a sua desmotivação para trabalhar em Portugal, têm vindo recrutar centenas/milhares de médicos das mais diferentes especialidades, da Anestesiologia à Medicina do Trabalho, passando pela Medicina Geral e Familiar. Por tudo isto, há *falta de médicos* no SNS, quando o *país forma e tem Médicos a mais!* Por tudo isto temos a absurda situação de haver concursos para preenchimento de vagas de pessoal médico que ficam desertos, muitas vezes pelas limitações de acesso dos próprios concursos, dando a falsa sensação de real falta de médicos em Portugal.

Curiosamente, e apesar da frequente referência à dramática carência de enfermeiros e médicos-dentistas no SNS, não vemos questionar se há enfermeiros ou médicos-dentistas a menos em Portugal... As razões são óbvias. Como no caso dos médicos, é um problema de contratação, não da falta de profissionais para serem contratados.

Durante a greve dos estivadores, homens com uma profissão dura e stressante, as suas mulheres decidiram criar um *blog* de apoio aos maridos (www.hafloresnocais.wordpress.com). Aí pude ler textos sentidos, permitindo-me partilhar algumas frases: “Tenho o meu marido em casa desde Novembro de 2015 com baixa psicológica. Elas não matam, mas moem, e eles começam a cair.”, “...não saber se o marido conseguirá manter-se acordado no caminho de regresso a casa, pois o cansaço é extremo!” Sinto que tudo isto se poderia escrever a propósito do estado de exaustão a que estão a ser levados os Médicos que ainda persistem em trabalhar no SNS.

O Sr. Ministro da Saúde afirmava em Fevereiro do corrente ano, referindo-se ao uso do orçamento do seu Ministério, que há “muito dinheiro perdido nos interstícios”. Pois é tempo de reaver esse dinheiro e fazê-lo reentrar na “circulação normal” para permitir aperfeiçoar o sistema e torná-lo mais apelativo para os profissionais e melhor responsivo aos doentes, por forma a que retome a sua condição de melhor SNS do Mundo, quando analisado na perspectiva Qualidade/Acessibilidade/Custo *per capita*. Nunca é demais lembrar que, de acordo com os dados do Relatório “Health at a glance 2015. OCDE indicators”, Portugal gasta apenas cerca de 6% do PIB em despesa pública de saúde, contra uma média de 6,5% nos Países da OCDE.

Caro JS, porque a OM se preocupa com os Doentes e como escreveu o artigo em causa como dirigente do partido, agora que o BE é ‘poder’ e ‘está no Governo’ espera-se que finalmente se faça a sempre adiada Reforma do Estado e que as principais

dificuldades do SNS sejam rapidamente resolvidas, nomeadamente o irritante e prejudicial subfinanciamento crónico (e que o ‘Plano B’ não incluía ainda mais cortes na Saúde...), a ausência de estímulos e meios para a efectiva contratação dos médicos que terminam a especialidade, a grave falta de pessoal, sobretudo enfermeiros, de camas, de cuidados continuados e de cuidados paliativos, as faltas permanentes de material, a tecnologia e instalações muito envelhecidas, as más condições de trabalho e má organização interna, as nomeações sem meritocracia, o não acesso à inovação terapêutica, o infra pagamento das horas extra que os profissionais são obrigados a fazer (fica bem mais caro e com péssimas consequências pagar às empresas de mão de obra médica do que repor o valor das horas extra aos médicos do SNS), o insuficiente investimento na prevenção, o *numerus clausus* nas profissões de saúde (há *numerus clausus* em quase todos os cursos superiores, definidos em função das capacidades formativas! No caso dos médicos, o efeito de uma eventual alteração só se faz sentir doze anos depois), a descapitalização do SNS para o Estado financiar o grande sector privado (não me refiro à ADSE), as dificuldades artificialmente levantadas aos pequenos prestadores privados, etc., etc..

Caro JS, se me permite a sugestão, preocupe-se mais com a qualidade do trabalho feito na Assembleia da República do que com a qualidade do trabalho da Ordem dos Médicos. Não tenho quaisquer dúvidas onde podemos encontrar mais qualidade. Por isso mesmo estamos totalmente abertos a todos os escrutínios.

Boas notícias para a saúde

Ao longo dos anos a Ordem dos Médicos tem vindo a alertar, reiteradamente, para o perigo para a Saúde Pública que representam os alimentos contendo excesso de sal, gorduras e açúcares. A obesidade e a diabetes *mellitus* são epidemias dos tempos modernos que os governos têm a obrigação de prevenir e combater. Começar por retirar os alimentos francamente prejudiciais à saúde da venda nas máquinas automáticas existentes nas instituições públicas, substituindo-os por alimentos saudáveis, é um excelente princípio. A notícia de que o Governo pode lançar, já em 2017, um imposto sobre bebidas que contenham excesso de açúcar é, finalmente, colocar Portugal no caminho da prevenção efectiva e das recomendações da OMS. A OM sempre esteve, está e estará disponível para apoiar este tipo de medidas, desde que as receitas provenientes desse imposto sejam investidas em projectos concretos de promoção da saúde dos portugueses e não para garantir a saúde dos bancos privados portugueses, mal geridos por gestores incompetentes e corruptos e que continuam em liberdade, depois de terem contribuído dolosamente para amarrar os portugueses às grilhetas da dívida pública.



Tratamento da perturbação de hiperatividade e défice de atenção

Parecer sobre o tratamento da perturbação de hiperatividade e défice de atenção do Colégio da Especialidade da Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

O Relatório do Gabinete de Informação e Planeamento Estratégico do INFARMED sobre “Medicamentos para a Hiperatividade com Défice de Atenção” de 2015 revelou uma tendência crescente da prescrição destes fármacos em Portugal.

Esta constatação revelou a tendência que já era conhecida mas ainda não quantificada e suscitou algumas reações que carecem de enquadramento e análise.

Enquadramento

1- Um pressuposto básico subjacente à atividade médica e que é devidamente defendido pela Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência é a do correto diagnóstico das situações, avaliação de todas as estratégias de intervenção disponíveis, o seu estadiamento por fases e, a todo o momento, a avaliação da razão Risco / Benefício para o doente de todas estas intervenções nas quais incluímos as farmacológicas;

2- Estudos (2015)¹ desenvolvidos

na Europa, América do Norte, Ásia e Austrália têm revelado grandes aumentos de diagnóstico clínico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) acompanhados de incrementos paralelos de utilização de medicamentos no seu tratamento. Outros estudos têm revelado que não haverá aumento de incidência da patologia mas sim um melhor reconhecimento e um alargamento dos critérios de diagnóstico (2015)².

Relativamente a opções terapêuticas em saúde mental infantil há um conjunto de intervenções disponíveis que, tal como diz o documento do INFARMED contemplam opções psicoterapêuticas, psicopedagógicas e psicofarmacológicas.

Em Psiquiatria da Infância e Adolescência as boas práticas têm consistido em:

A- Aperfeiçoar mecanismos de diagnóstico em que são tidos em consideração os aspetos da relação familiar, as informações dos professores, a avaliação da criança ou jovem e todas as hipóteses de diagnósticos diferenciais.

B- Considerar e discutir com os pais e jovem todas as formas de intervenção baseadas na evidência e que constam nas melhores referências da literatura^{3,4,5,6,7,8};

C- Diferenciar a intervenção em fases, iniciando pelas intervenções educativas, pedagógicas, parentais, psicoterapêuticas e intervir farmacologicamente quando as perturbações são relevantes e persistentes apesar do empenho nas fases anteriores³.

Há espaços próprios de debate em relação às mais diversas opções nas reuniões e nas revistas científicas.

Nas revistas da área quer da vertente da psicologia, da pediatria ou da psiquiatria da infância tem havido um diálogo construtivo relativamente a indicações terapêuticas, vantagens e efeitos indesejáveis e estudos de risco / benefício das várias terapias.

Na generalidade, sabemos que os médicos portugueses têm uma boa noção das situações em que as crianças e adolescentes beneficiam da utilização de psicofár-

Em benefício das crianças não devemos excluir nenhuma destas opções estratégicas e é errado tentar diabolizar os fármacos porque, tal como as outras opções, eles também desempenham um papel importante na promoção do equilíbrio psico-afetivo das crianças e jovens em muitas situações.

macos e que os utilizam nas doses que melhor servem a relação risco/ benefício. Também pensamos que os profissionais envolvidos na prescrição desses fármacos colocam em primeiro lugar a abordagem psicoterapêutica e pedagógica utilizando a psicofarmacologia da forma mais cuidadosa tal como se faz também no adulto; perante os dados disponíveis e as referências científicas não é possível fazer afirmações no sentido de que se esteja a prescrever em excesso ou inadequadamente em Portugal.

As polémicas entre médicos acerca da prescrição de fármacos não ajudam os utentes, lançam a suspeição nas famílias, criam insegurança quanto às opções terapêuticas iniciadas, prejudicam a adesão e reduzem a confiança das populações na classe médica em geral.

Especificamente em relação aos problemas de oposição, da conduta e de hiperatividade e défice

de atenção deve dizer-se que há medidas e intervenções pedagógicas e psicoterapêuticas, centradas na criança e na relação familiar e educativa, de grande relevo e há intervenções psicofarmacológicas que são igualmente cruciais. Os três tipos de intervenção devem ser conjugados e adaptados a cada caso de acordo com as circunstâncias e a sua gravidade.

Em benefício das crianças não devemos excluir nenhuma destas opções estratégicas e é errado tentar diabolizar os fármacos porque, tal como as outras opções, eles também desempenham um papel importante na promoção do equilíbrio psico-afetivo das crianças e jovens em muitas situações.

Dizer que se receita demais é generalizar uma acusação que não tem alvo definido e acaba por pairar, no subconsciente das famílias, sobre todos os casos que estão medicados.

Outro aspeto que devemos realçar é o facto de haver uma pressão crescente na sociedade no sentido da melhoria do sucesso escolar, do comportamento das crianças na escola e que se pode refletir numa pressão sobre os médicos no sentido de ajudar a conter farmacologicamente os problemas que não são contidos pela adequada relação familiar e educativa e por intervenções pedagógicas nas escolas onde se tem optado por menos professores, menos psicólogos e mais alunos por turma.

A direcção do Colégio de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Dr. Pedro Monteiro

Dr. Juan Sanchez

Dr. Pedro Pires

Dr^a Olga Cordeiro

Dr. Nuno Farela Neves

Dr. José Garrido

Pela Direcção

Bibliografia

1 - Collishaw, S. (2015), Annual Research Review: Secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56: 370–393. doi: 10.1111/jcpp.12372

2 - Ruth Sellers, Barbara Maughan, Andrew Pickles, Anita Thapar and Stephan Collishaw (2015); Trends in parent- and teacher-rated emotional, conduct and ADHD problems and their impact in prepubertal children in Great Britain: 1999–2008, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Volume 56, Issue 1, pages 49–57, January 2015

3 - Coghill and Seth (2015) Effective management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) through structured re-assessment: The Dundee ADHD Clinical Care Pathway, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*

4 - Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, Earls M, Feldman HM, et al. (2011) ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;128:1007–22.

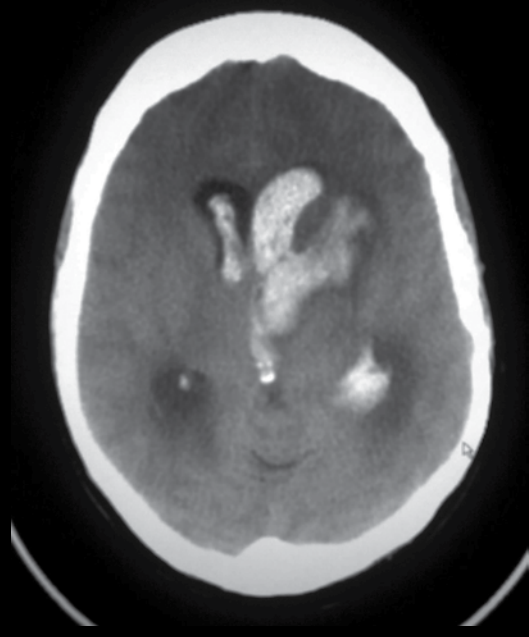
5 - Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS, et al. (2006) The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:642–57.

6 - Hill P, Taylor E. (2001) An auditable protocol for treating attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Dis Child*. 2001;84:404–9.

7 - NICE. Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Technology Appraisal 98*. (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11572/33225/33225.pdf>).

8 - NICE. Guidance on the use of methylphenidate (Ritalin, Equasym) for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in childhood. *NICE technology appraisal guidance No 13*. London, UK; 2000

Tratamento endovascular do AVC isquémico agudo: Como e por quem?



Parecer do Colégio de Especialidade de Neurorradiologia relativamente à exposição da "Tomada de posição por Consenso da Cardiologia de Intervenção Nacional sobre a Intervenção Endovascular na Via Verde do AVC" (da APIC).

Quero, antes de mais agradecer a preocupação de tão distinta área profissional (APIC) para resolução de problema assistencial do AVC agudo, contudo:

Enquanto possa parecer de boa intenção e altruísmo tentar tratar o AVC isquémico agudo por um grupo de colegas de outra especialidade sem qualquer formação na área das Neurociências, nomeadamente na de Neurorradiologia de Intervenção (NRI), só por ironia e desconhecimento poderemos aceitar a hipersimplificação do método exposta pelos referidos colegas. A razão para iniciar este tipo de terapêutica em hospitais centrais com profissionais diferenciados advém de todo um conjunto de estruturas de suporte e áreas de diferenciação nas Neurociências em contínuo, desde o diagnóstico até à reabilitação.

Não basta ter disponibilidade e boas intenções!

Lembro que o treino em NRI pressupõe a formação de 2 anos adicionais após a formação de 5 anos em Neurorradiologia Diagnóstica, tal como a Cardiologia de Intervenção segue os mesmos passos (Cardiologia Diagnóstico + 2 anos de Intervenção).

Será que a Cardiologia de Intervenção reconhece à NRI habilitação e idoneidade para a efectuar Cardiologia de Intervenção? Abordamos um número muito superior de patologias por via endovascular e cateterizamos um número infinitamente maior de vasos com elevada reactividade e fragilidade comparativamente às coronárias. Neurónio e miócito são inequivocamente diferentes!

Saliento adicionalmente e para que fique claro que a Cardiologia não dispõe de:

1- Formação nas áreas básicas das Neurociências;

2- Capacidade de avaliação neurológica vascular e selecção dos pacientes para qualquer terapêutica endovascular;

3- Capacidade de avaliação dos estudos imagiológicos não invasivos e minimamente invasivos funcionais;

4- Capacidade de identificar outros síndromes clínico/imagiológicos que possam simular AVC;

5- Avaliação neurológica evolutiva;

6- Conhecimento das opções terapêuticas e material mais adequado para cada situação;

7- Capacidade para resolução de complicações durante os procedimentos endovasculares.

As artérias cerebrais não são apenas "mais umas artérias a jusante das coronárias".

Alguns dados estatísticos :

- Verifica-se em Portugal cerca de 20.000 a 25.000 AVC/ano;

- 80% são isquémicos o que perfaz cerca de 16.000 a 20.000/ano;

- Destes apenas cerca de 15% a 20% será de grandes vasos (dependentes de NRI), o que representa cerca de 2.400 a 3.500/ano.

Nos países com estrutura organizada, experiência comprovada de anos e optimização de rede de recursos, pré e intrahospitalar, consegue tratar atempadamente (por diversas variáveis) apenas cerca de 20% dos casos,

o que representa na realidade nacional cerca de 480 a 700 casos/ano.

Do exposto pode-se depreender que o «alvo» de casos a tratar a partir do corrente ano de 2016 em Portugal pelas Unidades Metropolitanas será o valor supra-referido e que, já em 2015, sem estrutura organizada 24h/7dias na semana, foi superior a 300.

Estamos cientes que a capacidade optimizada dos grupos de NRI existente nas unidades hos-

pitalares centrais poderá efectuar a curto prazo um número de actos terapêuticos bem superior ao alvo desejado, sem ter de submeter a população nacional a soluções de recurso subóptimas provenientes de outras especialidades e que possam pôr em causa a segurança dos utentes.

Melhores Cumprimentos

Presidente do Colégio de Neurorradiologia

João Lopes dos Reis

Cobrança de honorários a Colegas

Publicamos em seguida o parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas sobre cobrança de honorários a colegas e seus familiares que conclui pelo dever de gratuidade de acordo com o Código Deontológico mas refere também as exceções.

Relativamente ao pedido de um médico relativo à cobrança de honorários médicos a colegas é parecer do CNEDM:

1 - Nos termos do artigo 106.º (Dever de gratuidade) do Código Deontológico dos Médicos “O médico deve tratar gratuitamente todos os colegas e os familiares que vivem a seu cargo, podendo todavia fazer-se abonar dos gastos originados pelos actos médicos. Tal dever prolonga -se, quando adequado, em caso de morte do colega”.

2 - É assim claro que o respeito por estas disposições constitui um dever, abrangendo qualquer acto médico sem excepção.

3 - A realização de qualquer meio auxiliar de diagnóstico por um médico também constitui um acto médico.

4 - Sublinha-se que o Código Deontológico não refere explicitamente a situação de "cônjuge" mas tão só de "familiares que vivem a seu cargo".

5 - Sem prejuízo do enunciado anteriormente, nos termos do número 2 do artigo 106º do Código Deontológico “O médico fica isento do dever de gratuidade se existir entidade que cubra os custos da assistência prestada”.

6 - Como decorre do Estatuto da Ordem dos Médicos, a violação de normas deontológicas (quaisquer que estas sejam) constitui infracção disciplinar, sujeita aos procedimentos previstos no Estatuto Disciplinar dos Médicos.

7 - As infracções disciplinares cometidas no âmbito de actividade privada (ou seja em estabelecimentos de saúde não pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde) são matéria de jurisdição específica da Ordem dos Médicos.

Com os melhores cumprimentos

O Coordenador do CNEDM, Miguel Leão



Estudo nacional do burnout na classe médica

Divulgamos em seguida a carta que foi enviada a todos os médicos apelando à sua participação no estudo nacional do burnout na classe médica que teve início efetivo dia 13 de Maio de 2016 e que será promovido por diversos meios (email, facebook, revista, etc.).

“Caro(a) colega,

A situação socioprofissional dos(as) médicos(as) Portugueses(as) é, desde há muito, uma preocupação para a Ordem dos Médicos, designadamente pelas repercussões que pode ter no bem-estar dos(as) médicos(as) e na qualidade dos cuidados de saúde prestados. Tenho, deste modo, conferido especial atenção a esta situação no que fui apoiado pelo Conselho Executivo e pelos Presidentes das Secções Regionais do Norte, do Centro e do Sul.

Neste sentido, a Ordem dos Médicos, em colaboração com o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, decidiu realizar o Estudo Nacional do Burnout na Classe Médica (veja mais informações sobre o estudo em www.burnout2016.ics.ulisboa.pt), o qual será lançado já no próximo dia 13 de Maio. Têm chegado ao meu conhecimento muitos apoios a esta iniciativa, o que indicia uma ampla intenção de participação no estudo. Contamos, assim, consigo como participante deste estudo.

A Síndrome de Burnout constitui uma reação ao stress profissional

cumulativo e prolongado e configura-se como um indicador robusto do desgaste associado às excessivas exigências socioprofissionais com que os(as) médicos(as) se confrontam. O Burnout tem sido estudado nos(as) médicos(as) a nível internacional, nomeadamente em diversos países europeus, estando contudo por estudar a sua prevalência, antecedentes e consequências na classe médica em Portugal. Este é o primeiro estudo lançado a nível nacional sobre o Burnout na Classe Médica. A participação de todos(as) é essencial para dar voz aos(as) médicos(as). Só assim poderemos conhecer melhor as condições socioprofissionais em que exercem medicina no nosso país e o impacto que esse exercício tem nos sintomas de Burnout profissional. No final do estudo, a Ordem dos Médicos fará a divulgação dos resultados junto da classe médica, através de diversos meios. Apelamos assim a que todos(as) os(as) médicos(as) sejam participantes deste estudo respondendo ao inquérito que vos será enviado a partir do próximo dia 13 de Maio por email e também noutras co-

municações na Revista da Ordem dos Médicos e por facebook, web e sms.

Se é um(a) dos(as) cerca de 40 mil médicos(as) em exercício, inscritos(as) na Ordem dos Médicos, irá receber a sua ligação de acesso inquérito a partir do próximo dia 13 de Maio. Como participante deste estudo estará a fazer com que a sua voz seja ouvida, a contribuir para dar a conhecer e melhorar as condições socioprofissionais e os impactos da atividade médica em Portugal. Muito agradecemos o seu interesse e contamos consigo enquanto participante deste estudo. Se possível, responda logo que receber as instruções para aceder ao inquérito.

Cordialmente,

José Manuel Silva

Bastonário da Ordem dos Médicos

José Miguel Guimarães

Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Carlos Diogo Cortes

Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

Jaime Teixeira Mendes

Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos”

Revogação da Portaria 112/2014

Divulgamos em seguida a nota de imprensa em que a OM se congratula com a revogação da portaria que impunha aos Médicos de Família a realização de actos próprios da especialidade de Medicina do Trabalho, na qual se sugere a criação de uma carreira de Medicina do Trabalho nos ACES.

A Ordem dos Médicos manifesta o seu regozijo e aplaude a publicação da Portaria 121/2016, que expressamente revoga a Portaria 112/2014, que impunha aos já sobrecarregados Médicos de Família a realização de actos próprios da especialidade de Medicina do Trabalho, desvirtuando ambas as especialidades e institucionalizando uma prática mistificadora que defraudava os direitos dos próprios trabalhadores. Todavia, porque concorda com a prestação de verdadeiros Cuidados Médicos do Trabalho por parte do SNS, a Ordem dos Médicos sugere que seja considerada a criação de uma carreira de Medicina do Trabalho nos ACES, o que pode ser feito através da implementação de uma experiência piloto, nomeadamente contratando dois Médicos do Trabalho por ACES para desempenhar as competentes funções, quer no âmbito dos trabalhadores anteriormente envolvidos pela Portaria 112/2014, quer para os seus próprios funcionários, cumprindo assim a Lei.

Ordem dos Médicos, Lisboa, 5 de Maio de 2016

Curso da Faculdade de Medicina de Lisboa 1965-1971

45 anos

Vai realizar-se o almoço comemorativo dos 45 anos do Curso da Faculdade de Medicina de Lisboa 1965-1971.

O encontro acontecerá no sábado, 8 de outubro de 2016, pelas 13h, no salão de eventos da Ordem dos Médicos, na Av. Almirante Gago Coutinho, nº 151, em Lisboa.

Contamos com a presença de todos os Colegas, e respetivos familiares, neste momento de convívio e amizade, pedindo desde já que reservem na vossa agenda a data de 8 de Outubro para este nosso reencontro.

Informações / Inscrições por email - reuniaodecurso1965a1971@gmail.com

A comissão organizadora

Isabel Dionísio Mendes Silva, Manuel Mendes Silva, Maria José Rebocho, Leonor Duarte, Micaela Serelha e Raul Amaral Marques



A AMP no seu tablet!

www.actamedicaportuguesaapps.com

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



Consulte também:

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

... em: www.actamedicaportuguesa.com



Com o apoio de:



Brevemente disponível na plataforma Android.



Comunicado – colonoscopias

Publicamos o comunicado do Colégio de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos a propósito da informação pouco rigorosa contida em declarações do Ministro da Saúde relativa ao pagamento de colonoscopias realizadas em entidades convencionadas com o SNS.

“Consideramos que a falta de rigor nas declarações proferidas pelo Sr. Ministro da Saúde na Comissão de Saúde da Assembleia da República a propósito do pagamento das colonoscopias realizadas em entidades convencionadas com o SNS é inaceitável.

De facto, foi transmitido à opinião pública que houve um aumento desmedido no valor que o Ministério da Saúde paga pelas referidas colonoscopias, mas o Sr. Ministro da Saúde não esclareceu que tal aumento resultou da decisão que o Estado tomou de compartilhar a anestesia/sedação para a realização da colonoscopia. Ou seja, o Sr. Ministro da Saúde comparou o preço da colonoscopia sem anestesia com o da colonoscopia com anestesia, referindo que este último é muito elevado. Naturalmente que o preço da colonoscopia com anestesia terá que ser mais elevado dado que implica a atuação, além do médico gastrenterologista, de um médico anestesiológico, bem como a constituição de toda a logística necessária para a realização da anestesia, além da já existente para a realização da colonoscopia.

Salienta-se que a possibilidade dada pelo Estado da realização de colonoscopia sob anestesia constitui um importante fator de adesão da população à realização de colonoscopia, peça fundamental no rastreio e diagnóstico precoce do cancro do intestino, a principal causa de morte por neoplasia maligna no nosso país.

O Colégio de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos espera que estas declarações do Sr. Ministro da Saúde não signifiquem um recuo na trajetória já iniciada de combate a este tumor maligno e que o acesso da população a uma colonoscopia de qualidade não venha a ser comprometido por medidas de índole estritamente económica.

Lisboa, 7 de Abril de 2016

Prof. Dr. Pedro Narra Figueiredo

(Presidente do Colégio de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos)”

A avaliação final do Internato de Medicina Geral e Familiar 2016

Divulgamos em seguida o comunicado do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar sobre a avaliação final do Internato de Medicina Geral e Familiar 2016.

A Portaria n.º 45/2015, de 20 de fevereiro que modela o Programa de Formação da Área de Especialização de Medicina Geral e Familiar (MGF), com as suas áreas formativas e respetivas avaliações, veio dar uma lufada de ar fresco e tornar-se um importante avanço na formação e avaliação, levando a que o Internato ficasse mais exequível para um maior número de candidatos a esta Especialidade, sem que a qualidade da formação fosse posta em causa e proporcionando uma maior justiça nas avaliações finais do Internato.

O exame prático deixou de ter o doente e passou a ser feito através de uma prova de discussão de caso clínico, pois, se por um lado era eticamente duvidoso convocar utentes para serem sujeitos a um exame clínico, mesmo estes concordando com as condições a que iam ser sujeitos, objetivadas através da sua assinatura de um consentimento informado para tal efeito, mas que na prática nenhum benefício trazia para si e para o exercício da arte médica nenhuma mais valia, por outro lado ganhou-se em tempo no processo avaliativo. Um Interno de Medicina Geral e Familiar se no fim de

quatro anos de Internato não sabe observar e tratar um paciente, então alguma coisa estará muito mal no processo da formação e da avaliação do Internato de MGF, cujos responsáveis não são, certamente, os Internos.

O exame teórico deixou de ser feito através de uma prova oral, prova essa sempre sujeita a muitos viés e injustiças, para uma prova mais objetiva, logo mais justa, o teste de escolha múltiplo (TEM) de âmbito nacional. Aliás, esta prova foi muito reivindicada por gerações de Internos para ser posta em prática no processo avaliativo. Para que esta prova, o TEM, tivesse aplicação prática teve de se criar uma Comissão para a sua elaboração (prevista na Portaria n.º 45/2015, de 20 de fevereiro), que produziria um banco de perguntas para a prova final e um Regulamento da Prova Teórica, elaborado pelo Colégio da Especialidade de MGF e aprovado pela Ordem dos Médicos e pelo Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM).

A Comissão que elaborou o TEM é composta por elementos indigitados pelo Colégio da Especialidade de MGF e pelas Coordenações do Internato de MGF. Todos estes

elementos têm a total confiança, solidariedade e idoneidade técnico-científica para a construção e condução do todo processo conducente à prova final por parte da Direção do Colégio da Especialidade de MGF da Ordem dos Médicos.

A Direção do Colégio tudo fará para defender o princípio de que os júris de avaliação final do Internato são soberanos nas suas decisões e incluímos, também, a Comissão que elabora o TEM, princípio que não permitiremos que seja minimamente beliscado, não pondo em causa que o candidato possa exercer o seu direito de reclamação, previsto no Art. 69.º da Portaria n.º 224-B/2025, de 29 de julho. No entanto, a Direção do Colégio faz um alerta para o bom senso e ponderação de todos os pressupostos implicados no processo de reclamação dos candidatos, no sentido de que seja garantida a celeridade do processo avaliativo e de colocação dos jovens especialistas.

A Direção do Colégio,
Porto, 10 de maio de 2016



Tomada de posse de dois novos Conselhos Consultivos

A Ordem dos Médicos dispõe de diversos órgãos consultivos de competência específica, os conselhos consultivos. Com os novos estatutos foram criados novos conselhos, entre os quais os que agora tomaram posse: o Conselho Nacional para a Formação Profissional Contínua e o Conselho Nacional de Prevenção do Erro Médico e Eventos Adversos Graves. A tomada de posse foi assinalada por uma breve cerimónia formal que marcou a sua entrada em funções.

Os novos Estatutos da Ordem dos Médicos trouxeram algumas alterações substanciais nomeadamente pela criação de novos Conselhos Consultivos (como é o caso do Conselho Nacional para a Formação Profissional Contínua e do Conselho Nacional de Prevenção do Erro Médico e Eventos Adversos Graves). O bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, que presidiu a esta tomada de posse, realçou a importância fulcral destes dois órgãos consultivos e apelou à proatividade dos seus membros, referindo como poderão ser determinantes para um bom desempenho da Ordem dos Médicos como um todo e para uma intervenção substancial da instituição. A criação de conselhos consultivos corresponde, como explicou, ao empenho da OM na descentralização. “Sejam interventivos e dinamizadores sempre que acharem importante”. José Manuel Silva referiu ainda ser desejável

que estes dois conselhos trabalhem em conjunto pois “são essenciais para prevenir o erro médico” e agradeceu aos colegas a disponibilidade para trabalhar em prol da qualidade da medicina.

Estes dois conselhos consultivos enquadram-se em várias atribuições da Ordem conforme definidas no novo Estatuto, entre as quais:

- Regular o acesso e o exercício da profissão de médico;
- Contribuir para a defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos dos doentes;
- Representar e defender os interesses gerais da profissão;
- Conceder o título profissional e os títulos de especialização profissional;
- Elaborar e atualizar o registo profissional;
- Prestar serviços aos médicos, no que respeita ao exercício profissional, designadamente em relação à informação e à formação profissional.

José Fragata





Artur Ramon de la Feria, Álvaro Almeida (CRS), Patrícia Glória Dinis Dias e Luís Filipe de Sousa Magalhães



Cipriano Justo



Maria Isabel Tourais de Matos, Teresa de Almeida Martins e Jose Fragata



Rui Alberto Leonardo Sousa Silva

O Conselho Nacional de Prevenção do Erro Médico e Eventos Adversos Graves é presidido por José Inácio Guerra Fragata (SRS) e conta ainda com os contributos de Artur Ramon da Rocha de la Feria (SRS), Dorinda Inês Marques Lopes (SRN), Luís Filipe Martins Sousa Magalhães (SRN), Maria Teresa de Carvalho Fernandes de Almei-

da Martins (SRS), Patricia Glória Dinis Dias (SRC), Ricardo Caiado (CNMI), Rui Manuel de Carvalho Marques dos Santos (SRC) e Rui Alberto Leonardo Sousa Silva (SRC).

O Conselho Nacional de Formação Profissional Contínua é presidido por João Miguel da Conceição Pedro de Deus (SRS), e conta também

com Cipriano Pires Justo (SRS), Armando Amílcar Pires de Mansilha Rodrigues de Almeida (SRN), José Manuel Lopes Teixeira Amaranter (SRN), José António Pereira da Silva (SRC), Maria João Lima Rebelo Trindade (SRC), Edson Oliveira (CNMI), Maria Isabel Tourais de Matos (SRC) e Pedro José Santos Grilo Diogo (SRN).



Ordem dos Médicos entregou petição pública no Parlamento

A Ordem dos Médicos entregou no dia 17 de Maio de 2016, na Assembleia da República, a petição que lançou há um mês pela redução em duas horas diárias do horário laboral de um dos progenitores para acompanhamento dos filhos até estes completarem três anos. O Presidente da OM, José Manuel Silva, entregou as mais de 15 mil assinaturas recolhidas nas mãos de Jorge Lacão, vice-presidente da Assembleia da República.

O Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, foi acompanhado pelo seu Chefe de Gabinete, José Mário Martins e por Aurora d'Orey, mãe que idealizou a petição "Projeto Mães – Licença de aleitamento até aos três anos", que foi lançada em Março, e que se associou em abril a esta iniciativa da Ordem dos Médicos.

Salienta-se que a petição da Ordem dos Médicos, agora entregue na Assembleia da República, além de preconizar que a licença possa ser usufruída por qualquer um dos progenitores, não faz a mesma depender da condição ou não de existência de aleitamento materno. A fundamentação científica (disponível no site da OM) apresentada com a petição da Ordem dos Médicos prende-se com os benefícios para o desenvolvimento das crianças e não apenas com as questões referentes ao aleitamento.

Assim que a Ordem dos Médicos lançou esta petição, logo nas pri-

meiras 24 horas, já havia atingido mais do que as quatro mil assinaturas exigíveis para que a proposta pudesse ser debatida pelo Parlamento. A petição entregue ultrapassou as 15.400 assinaturas.

A redução do horário laboral em duas horas está consagrada no Código de Trabalho, para efeitos de amamentação, até os bebés terem um ano de idade, sendo que, a partir desse momento, as mulheres têm que fazer prova de que estão a amamentar. A Ordem dos Médicos não concorda com esta condição e muito menos com as situações inaceitáveis que aconteceram em algumas instituições para certificar a amamentação por parte da mulher após a criança fazer um ano.

A razão subjacente à fundamentação científica que está plasmada no parecer do Colégio de Psiquiatria da Infância e Adolescência está relacionada com os benefícios para o desenvolvimento psico-afetivo dos bebés. A Ordem dos Médicos acre-



dita ser fundamental para a saúde mental da 1ª infância que se tomem medidas para melhorar as "condições de vida das famílias, a sua segurança económica, o seu grau de educação, o acesso fácil e desburocratizado à saúde, ao aconselhamento psico-social". A redução do horário laboral em duas horas diárias para um dos progenitores poder acompanhar os filhos até completarem três anos, é um passo nesse sentido.



Tema:

Que Futuro para Portugal na União Europeia?

Conferencista

Prof. Doutor João Ferreira do Amaral

A moeda única foi o fiasco previsto e previsível

No dia 21 de Abril, o economista e professor catedrático João Ferreira do Amaral proferiu a conferência "Que futuro para Portugal na União Europeia?" no auditório da Ordem dos Médicos partilhando a sua visão pessoal – e que aceita como não maioritária – quanto a alguns futuros possíveis para o nosso país, que já não consegue assegurar, no seu ponto de vista, a sustentabilidade económica e financeira, argumentando a favor da nossa saída do Euro, o quanto antes, como única solução possível para recuperar a autonomia e a economia. . .

João Ferreira do Amaral tem-se dedicado à investigação histórica e é autor de vários livros onde aborda a temática desta conferência que iniciou com alusão ao "problema grave da sustentabilidade do país a diversos níveis", um país que, apesar do muito que contribuiu para o avanço mundial, "deve agora interrogar-se sobre se é ou não sustentável e, caso a resposta seja negativa, o que fazer para recuperar as condições de sustentabilidade sob quatro pontos de vista: financeiro, económico, demográfico e político".

Do ponto de vista económico, João Ferreira do Amaral questionou se Portugal dispõe de instrumentos de política económica pois, embora alguns sustentem que o facto de um país não ter política económica própria tal facto não prejudica a sua sustentabilidade económi-

ca, o conferencista defende que "a política económica é essencial ao país para reunir energias que impulsionem a economia". Distinguindo dois níveis de política económica – macroeconómica (que influencia a economia no seu conjunto) e microeconómica (que visa influenciar os agentes/empresas) – salientou que considera que Portugal está desprovido de instrumentos eficazes em qualquer um deles. "A nível macroeconómico normalmente há duas políticas essenciais: monetária e orçamental; a política monetária permite corrigir, por exemplo, a inflação". Outras potencialidades da política monetária que referiu foram: o facto de ter influência na taxa de câmbio ou, se há desemprego, essa política poder ser usada para melhorar ("embora não seja tão eficaz" a este nível), ou seja, "atuações que

de facto afetam a economia no seu conjunto". "O facto de um Estado dispor de emissão monetária tem muita relevância. (...) Portugal, por ser da Zona Euro, não dispõem desse instrumento o que gera situações muito diferenciadas em relação aos Estados com emissão monetária, os quais nunca deixam de cumprir os seus compromissos internos (nunca deixam de pagar reformas, vencimentos, despesas de saúde)". O economista realçou, de qualquer das formas, que "a emissão de moeda para suprir as necessidades não é um bom sistema, mas em situações críticas como a que vivemos desde 2008: sim, é uma solução" pois "um Estado que não dispõe de emissão monetária vê-se na iminência de não cumprir os seus compromissos internos". João Ferreira do Amaral exemplificou como

EUA e Inglaterra usam (“e muitas vezes abusam”) a emissão monetária para cumprir os seus compromissos internos. A capacidade do Estado ter emissão monetária é algo recente: “no séc. XIX quem o podia fazer eram os bancos, privados, por isso nesse século tivemos várias situações de banca rota do Estado”. Estas situações de rutura não foram tão gravosas porque “não havia a despesa nem a dimensão que o Estado moderno tem”. Mas, a partir do séc. XX o Estado tornou-se independente dos mercados financeiros, o que volta a desaparecer com a entrada na moeda única: “o Estado enfraqueceu-se deixando de ter emissão monetária”. Uma circunstância da qual a população portuguesa só teve plena consciência há cinco anos atrás: “só nessa altura é que a população percebeu as consequências da adesão à moeda única”.

Na Zona Euro haverá sempre conflitos porque as necessidades são divergentes

A taxa de câmbio foi outro instrumento cuja relevância foi explicada pelo conferencista e que é muito importante para a economia. Numa situação de comércio livre é insustentável quando “se gera um défice da balança de pagamentos com o exterior”, por pagarmos mais do que recebemos. “Se o desequilíbrio persistir, rapidamente nos endividamos aos bancos estrangeiros”, aumenta toda a dívida externa, e não apenas a dívida pública. “Somos das economias com maior dívida externa”, situação que ‘melhorou’ depois das medidas do progra-



João Ferreira do Amaral

ma de assistência, “com aumento de desemprego e diminuição de importações mas diminuiu o sobre-endividamento”. Essa situação podia ser contornada com a “desvalorização cambial que permitiria exportar mais e que é um instrumento fundamental para equilibrar a balança de pagamentos com o exterior”. “Poucos países dispensam a utilização da taxa de câmbio mas na Zona Euro dispensaram porque não faz sentido sem a emissão de moeda”. Demonstrando o que entende ser uma das grandes dificuldades provocadas pela manutenção de Portugal na Zona Euro, João Ferreira do Amaral questionou: “se a Alemanha não precisa de uma desvalorização

cambial mas Portugal precisa, vamos ajustar o valor do euro aos interesses de quem?” Mesmo sem essa desvalorização, a política do Banco Central Europeu já não agrada à Alemanha porque as taxas de juro estão muito baixas, explicou. “Na Zona Euro haverá sempre conflitos quanto às taxas de câmbio e de juros porque as necessidades dos países são muito diferentes. (...) Até há poucos anos atrás, com uma taxa de câmbio alta e uma moeda forte, tivemos um euro sistematicamente valorizado em relação às outras moedas o que gerou dificuldade em relação às nossas exportações porque eram muito caras; Mas facilitou a importação em bens que podíamos produzir”,

segundo o conferencista, o facto de ter uma moeda forte destruiu a capacidade produtiva. “Há até quem lhe chame ‘moeda cara’ em vez de moeda forte”, acrescentou, sublinhando o efeito pernicioso que esses anos de euro forte tiveram na nossa capacidade produtiva, com os empresários a perder o interesse em investir nos setores de bens transacionáveis. “Os empresários foram racionais e viraram-se para setores protegidos da concorrência como o ramo imobiliário, a construção, etc.” Para que o investimento seja redirecionado para os setores de bens transacionáveis, “tem que haver uma desvalorização da moeda e temos que dispor da taxa de câmbio”.

Ainda a referir-se aos instrumentos de política macroeconómica, referiu a política orçamental que se traduz não apenas em manter o orçamento equilibrado, “pode até ser necessário manter o orçamento desequilibrado”, pois o “orçamento de Estado é um instrumento de estabilização macroeconómica”, o que se traduz, por exemplo, numa situação em que haja muito desemprego, em “a política orçamental avançar para impulsionar a economia”. “Mas na Zona Euro isso não é possível. Desde que foi criada a Zona Euro que é a zona que consistentemente tem maior desemprego”. A relevância da política orçamental é fulcral pois baixando a taxa de juro isso “cria outros desequilíbrios e acaba por perder eficácia e faz falta o impulso orçamental para a economia”. João Ferreira do Amaral considera que há uma “intervenção excessiva das autoridades” o que se notou

no setor financeiro português, gerando “um enquadramento em que qualquer decisão é má como foi o caso do BES e do BANIF em que foram criadas situações insustentáveis. (...) Nós pagamos coisas que não fomos nós a decidir...” “Como é que as pessoas podem achar normal o que se pagou pelo BANIF?!” A única explicação que encontra é a perda total de capacidade das pessoas até de se insurgirem. O palestrante não é contra a existência de uma zona monetária única mas acrescenta que, “se calhar, não deveria era incluir necessidades tão diversas” pois definem-se regras a nível europeu que depois não têm racionalidade quando aplicadas a uma economia concreta, “mesmo que correspondam a alguns interesses de alguns países europeus”. Bancos endividados, restrições financeiras e um tratado orçamental que não é suscetível de ser cumprido por Portugal e endividamento crescente das famílias e das empresas, foram apenas os fatores principais que referiu para concluir que “no meu ponto de vista, a sustentabilidade económica e financeira não estão asseguradas”. A questão demográfica

também foi analisada por João Ferreira do Amaral que alertou que “num país que já estava em envelhecimento, a necessidade de emigrar agravou a situação porque uma sociedade muito envelhecida não pode funcionar” o que é outro fator que põe em causa a sustentabilidade do país mas como “a natalidade é uma questão de longo prazo e a legislatura só tem 4 anos”...

Que cenários para o futuro?

Para o conferencista existem quatro cenários possíveis mas quase todos pouco desejáveis:

- que tudo continue na mesma (as mesmas relações na Zona Euro, o mesmo centralismo, etc.), o que considera que não será sustentável por muito tempo porque “os interesses divergentes inibem as decisões e as reformas ficam a meio”;
- que haja uma reforma da Zona Euro (reforma das instituições comunitárias que permita que a Zona Euro seja mais amiga do crescimento económico e do emprego, “coisa que nunca foi”); “Vamos admitir que é possível uma reforma que permita mais flexibilidade na



Jaime Mendes, Presidente do Conselho Regional do Sul da OM



O conferencista João Ferreira do Amaral e o Presidente da OM José Manuel Silva

política orçamental e financeira com maior margem de manobra para os países; mas, do meu ponto de vista, isso não vai acontecer porque a Alemanha deixaria a Zona Euro"; até porque a Alemanha é que definiu as regras da Zona Euro e quando aceitou a criação de uma moeda única impôs em que condições. Todos aceitaram, o que para este conferencista "foi um erro fatal" e que permitiu que a Alemanha dominasse até hoje a política monetária;

- que alguns países saiam da Zona Euro, nomeadamente Portugal – "cenário que defendo", frisou. "Portugal e a Grécia não estavam prontos para entrar. Não é surpresa nenhuma que tenham que sair. Mas Portugal cumpriu os critérios de entrada ao contrário da Grécia";
- que a Zona Euro "imploda". Com outros países também em francas dificuldades, como a Itália, "está cada vez mais difícil governar a Zona Euro. A desagregação é muito possível pois quando as instituições políticas não correspondem às

necessidades têm tendência a desaparecer". A desagregação, com um espaço monetário alemão mais restrito, "é um cenário muito possível mas não será bom" nem para Portugal nem para o mundo, considerou João Ferreira do Amaral.

Para este economista, o ideal é Portugal não sair de forma abrupta mas antes preparar-se para o fazer. Considera essencial reaver os instrumentos de política necessários o que só pode acontecer se tivermos moeda própria, referiu, reafirmando-se completamente anti-federalista e declarando-se indisponível para pagar impostos para alimentar instituições que depois decidem de acordo com interesses minoritários e sem que tenhamos qualquer controlo. Crítico das elites portuguesas que "sempre se deram bem com dinheiro, especialmente que não lhes custou a ganhar" e que "são muito pindéricas, estão sempre à procura do ganhozinho", fala de como a nossa entrada na Zona Euro foi "comprada com a quadruplicação

dos fundos estruturais". "Enquanto cidadão nunca vou perdoar que não se tenha feito um referendo sobre a entrada na moeda única, entrada que nos foi vendida como uma proteção contra a globalização quando pôs-nos a globalização cá dentro e sem nos podermos defender. A moeda única foi o fiasco previsto e previsível". Questionado sobre quando é que Portugal deveria sair da Zona Euro, João Ferreira do Amaral termina de forma perentória: "o quanto antes" porque "o Euro não é uma tábua de salvação é um peso que nos arrasta para o fundo" e deixa o alerta: a teoria da catástrofe ("ai que desgraça sair agora da Zona Euro") "tem uma função política muito importante: fazer com que as pessoas aceitem tudo!" "Portugal perdeu a coragem de tudo e quando se perde a coragem, o futuro não é risonho"...

Esta conferência foi transmitida em *live streaming*.

CICLO DE CONFERÊNCIAS:

"QUE FUTURO?"



Tema:

Património Cultural, Educação, Ciência e Memória – que desafio?

Conferencista:

Guilherme d'Oliveira Martins

A Ordem dos Médicos recebeu Guilherme d'Oliveira Martins no dia 5 de Maio para uma conferência sobre património cultural, educação, ciência e memória. Bisneto de médico, político, jurista, professor catedrático, ex-presidente do Centro Nacional de Cultura, administrador da Fundação Calouste Gulbenkian, Guilherme d'Oliveira Martins transmite uma mensagem clara nesta conferência: "a memória é fundamental para as sociedades. Sem ela a sociedade não responderá cabalmente aos desafios", mas também é necessária uma liderança inspiradora e honesta que honre nove séculos de história. . .

A vida cultural, "que tem a ver com o cerne da vida humana", é uma questão que tem ocupado os pensamentos de Guilherme d'Oliveira Martins. Falando de cultura e de património cultural, explica como "a memória é algo fundamental pois uma sociedade sem memória não responderá cabalmente aos desafios". Para que não haja dúvidas da relevância da memória, recorre à natureza e à ciência e cita três exemplos:

- as borboletas *monarch*, cuja migração é um dos eventos mais significativos em termos biológicos no nosso planeta, pois têm "a particularidade de ninguém lhes ensinar o caminho que têm que fazer. Essas borboletas fazem uma única viagem, num único sentido e, quando chegam ao seu destino, iniciam a metamorfose. Serão as borboletas que nascem - após a transformação - que farão o caminho de volta, numa

demonstração de funcionamento da memória genética". O padrão enraizado no código genético da borboleta faz com que, instintivamente, saiba para onde deve ir.

- os jacarandás, espécie originária da América do Sul, que existem em Lisboa têm duas florações: a verdadeira que acontece na nossa primavera e outra em outubro. "Que falsa floração é essa? A da sua memória: a da primavera sul-americana".

- o firmamento, foi o último exemplo da importância da memória trazido por Guilherme d'Oliveira Martins: "ao olharmos o firmamento e virmos os milhões de astros que povoam o céu, sabemos que uma parte desses astros já morreu há milhares de anos mas, ainda assim, hoje, somos contemporâneos da luz desses astros".

"Falar de cultura é, em primeiro

lugar, falar de memória. Esses astros que há muito adormeceram são a tradução daquilo que somos. A cultura é a relação que se estabelece entre a humanidade e a natureza, uma relação que nos permite transformar positivamente essa natureza".

Guilherme d'Oliveira Martins recordou que no início do século XX, nos países mais desenvolvidos, a esperança média de vida não ultrapassava os 40 anos mas, com a descoberta da penicilina, foram criadas as condições para aumentar significativamente a esperança média de vida que, nesses mesmos países, no final do século, passou a ser de 80 anos. Perante as previsões de que em breve teremos 120 anos de esperança média de vida, o conferencista alertou que isso será um problema "porque é preciso aumentar também a qualidade dessa vida".

Património como noção rica e dinâmica

Entrando na análise do património, conceito que muitas vezes é interpretado como estático ou como uma noção rígida e fechada, explicou que etimologicamente o património representa o “dever que temos perante aquilo que recebemos dos nossos pais”. A palavra património é formada pelos vocábulos “pater” e “nomos”, sendo que a palavra “pater” significa chefe de família ou, em sentido lato, os antepassados. A palavra “nomos” refere-se a lei, usos e costumes relacionados com a origem de uma família ou de uma cidade. “Temos que receber e legar às gerações futuras não a mesma coisa que recebemos mas um património enriquecido. (...) O acervo que não conseguirmos enriquecer, perdemos”. A palavra latina “traditio”, que significa transmissão, é também, por definição, dinâmica e traduz-se na “capacidade de garantirmos a vida do que recebemos e legamos”. “Património é, portanto, uma noção rica e dinâmica que se liga à ideia de *traditio*”, explicou, considerando natural que haja conflitos e que as gerações se queiram afirmar mas recordou que, tendo em 2015 se celebrado os 100 anos da revista Orpheu, símbolo de uma geração que rompeu com a anterior pelo seu vanguardismo e que teve impacto negativo na crítica do seu tempo, “havia quem dissesse ‘não lhes liguem, são loucos’ mas hoje sorrimos porque vemos que não era loucura mas interpretação”. Ainda neste contexto, referindo-se à relevância de Orpheu, Guilherme d’Oliveira Martins frisou como, perante a obra emblemática, por exemplo, de Amadeu Sousa Cardoso dizemos “isto diz-nos respeito” e como nos identificamos com a sua simbologia.



A língua como património cultural e espaço de hospitalidade

“Depois de falar de memória e património, importa falar da herança porque a herança significa uma responsabilidade: recebemos um acervo e temos que garantir que esse acervo não seja uma realidade morta”. Voltando à noção dinâmica daquilo que é o património, o conferencista remeteu-se ao exemplo de Portugal, “um continente em miniatura”, lugar de hospitalidade, palavra que, como sublinhou, tem a mesma etimologia de hostilidade. “Na hospitalidade acolhemos o outro; na hostilidade, afrontamos o outro”. “Neste continente em miniatura que é Portugal, encontramos na diversidade a capacidade de receber o que é diferente”. Numa realidade geográfica diversa, com montanhas, planícies, interior, litoral, serra, praia, uma constante: “do rio Minho até ao Algarve, a mesma língua”, a unir-nos, “com a raríssima exceção do mirandês”. “No final do século XXI falarão português 400 milhões de pessoas. Só cinco línguas vão crescer significativamente no

próximo século: mandarim, hindi, inglês, espanhol e português. Somos a terceira língua europeia: é isto que é extraordinário”, referiu, dando a definição da cultura portuguesa como um casamento entre o lirismo e a aventura marítima. O conferencista recordou ainda como o Infante D. Henrique, homem nascido no norte, se fixou no Algarve porque aí os pescadores não tinham medo do mar (não por nenhuma particular coragem mas porque o Mediterrâneo não inspirava o mesmo medo que o Atlântico). “Na Póvoa do Varzim ou na Nazaré, a arte mostra sempre figuras de negro enquanto que nas praias a sul, pelo contrário, há sempre muita cor”. Não tivesse sido essa visão do Infante e dificilmente se teria dobrado o Cabo Bojador. “Dobrar o Cabo Bojador era ir além da dor. Só após 13 tentativas foi possível a Gil Eanes fazê-lo”. “A partir daí tudo mudou, com a ligação entre o Atlântico e o mar arábico”, nomeadamente para “este continente em miniatura, lugar de grandes diferenças e de grandes complementaridades, lugar de uma mesma língua”. Analisando a língua portuguesa, o

conferencista falou das diferenças de cânon linguístico entre o eixo “Coimbra-Lisboa” e o eixo “Guarda-Viseu”, frisando que dessas pequenas diferenças nenhuma dificuldade surge pois “onde quer que nos encontremos, entendemo-nos”, falando ainda da “cultura da língua”, presente nos cinco continentes, e tão bem exemplificada pelo facto de, na linguagem comum, os japoneses usarem 250 palavras de origem portuguesa. Não há muitos povos que tenham esta capacidade extraordinária de se transmitir”.

“Memória, património e herança têm a ver com esta dinâmica efetiva. A cultura é isto. (...) A cultura do espírito e das ideias que é onde encontramos a relação intersubjetiva”, uma realidade cultural onde a capacidade de perguntar é tão relevante como a capacidade de aprender e ensinar. “Uma sociedade desenvolvida aprende, a pessoa consciente do seu lugar na sociedade aprende”. A propósito da relação intersubjetiva, o conferencista recordou que “não há doenças, há doentes” e que “cada doente é o seu próprio problema”, contexto em que “a relação de intersubjetividade entre médico e doente se torna fundamental”. “O que sei eu? – é esta a grande pergunta que a cada passo fazemos. A grande pergunta da economia é ‘o que tem valor?’ E o primeiro ensinamento da economia é que o que tem mais valor é o que não tem preço”, lembrou, fazendo depois uma análise concreta da situação atual de Portugal: “Não há economia se não for economia para as pessoas. Se a economia quiser dar mais respostas do que colocar perguntas, falha. A austeridade traduz-se na nossa vida familiar em apertar o cinto em mais um orifício; pode ser a solução transitória mas mais importante é



a sobriedade; a adequação entre os recursos e as finalidades”, garantindo que as coisas se fazem de forma mais económica. “Sabedoria é a capacidade de sermos equilibrados relativamente a essa adequação”, explicou referindo que existe desperdício que se pode diminuir, exemplificando com a quantidade de medicamentos que ficam fora de validade. Como contraponto, apresentou a taxa de mortalidade infantil como um excelente exemplo de boa utilização de recursos. “A vida é isto: há desperdício e há boa utilização de recursos”. Sobre aquilo em que não devemos transigir, Guilherme d’Oliveira Martins não hesitou: “no combate ao desperdício e na boa utilização de recursos”. Outra questão à qual é preciso estar atento é ao risco de corrupção e a necessidade de a prevenir porque “nenhum de nós é imune à tentação”. É preciso fomentar e manter o sentido crítico porque uma sociedade sem essa capacidade não evolui. Sublinhando que “não somos perfeitos mas somos perfectíveis”, o conferencista recordou as palavras do Papa Francisco sobre o mal não estar no pecado mas sim na corrupção, ou seja, “o mal está na dissimulação”. Em conclusão, Guilherme d’Oliveira Martins alertou para a necessidade de “pensarmos na

memória e na responsabilidade perante o que recebemos” para não sermos indiferentes, caso contrário “não compreenderemos que o bem não está nos recursos materiais” e sublinhou o que designou como triângulo essencial: “educação, ciência e cultura”. “Temos que garantir que há qualidade de vida, além dos anos de vida. Resumindo o conceito dinâmico de património, salientou que nele se inclui o material (edifícios, obras físicas, etc.), o imaterial (tradições, língua, etc.) e o património cultural (a capacidade inovadora, a criação). Defendendo que somos sempre melhores perante a dificuldade e quando planeamos, realizamos e concluímos, e criticando os políticos que governam por sondagens em vez de reunir, motivar, mobilizar e orientar, rematou: “A razão de existir é a vontade: somos porque queremos; seremos enquanto quisermos”, numa alusão aos nove séculos de história de Portugal: “É essa a responsabilidade perante a qual nos encontramos. (...) A grande lição é o apelo à responsabilidade. (...) A consciência da cidadania é indispensável. Temos que ter consciência da nossa responsabilidade para com a cidade e não a deixarmos nas mãos de corruptos”.



Prolongar a vida com distanásia?

"Prolongar a vida com distanásia?" foi o tema do mais recente debate do ciclo "a Ordem dos Médicos na ordem do dia", que se realizou no dia 14 de Abril e que foi transmitido em direto através de um link disponibilizado no site nacional (www.ordemdosmedicos.pt). As pessoas que assistiram por esta via puderam participar, colocando questões, através da rede social Twitter. O debate, que foi moderado pela jornalista Fernanda Freitas, acabou por sair diversas vezes do âmbito da distanásia, centrando-se em questões relativas à eutanásia, que embora relacionadas não eram o tema central, comprovando a validade do argumento em que se evidencia a necessidade de esclarecer os conceitos para que a discussão destas temáticas seja mais pro-fícua. Especificamente sobre distanásia, várias intervenções realçaram a incerteza subjacente à decisão clínica, particularmente nas situações de emergência médica, concordando que a análise, se é ou não distanásia, só é possível ser feita num momento muito posterior àquele em que o médico teve que tomar a decisão...

A primeira intervenção deste debate ficou a cargo de **Paula Teresa Carvalho, membro da direção do Colégio de Psiquiatria**, em representação da Ordem dos Médicos, que leu partes de um poema "andar a par" de José Ricardo Nunes, do qual reproduzimos apenas um breve excerto:

"Vejo-me estendido no buraco reservado para mim. Entretenho-me a dar comida à vida. É a última tarefa que me cabe cumprir. E vou adiantando quanto posso o fim. Depois não sei se partirei

de vez, se lograrei voltar, e aí não sei o que irei encontrar. (...)"

Em seguida, a psiquiatra leu partes do livro "Ser Mortal" da autoria de Atul Gawande, uma obra que reflete sobre "nós, a medicina e o que realmente importa no final" e que fala da dificuldade na escolha dos cuidados paliativos, mesmo que estes sejam uma tentativa de nos oferecer um novo paradigma para a forma como morremos. Passando às suas próprias palavras, Paula Teresa Carvalho partilhou um texto seu que passamos a reproduzir: "Par ou impar. O presente texto foi escrito

na sequência do convite para participar no debate promovido pela Ordem dos Médicos sobre Distanásia, que significa: morte dolorosa; agonia lenta e se chama à prática pela qual se prolonga, através de meios artificiais e desproporcionais, a vida de um enfermo incurável. Falar destas questões, falar da morte, implica falar da vida. Implica falar daquilo que mais difícil é para os humanos, a consciência da sua mortalidade. Tendemos frequentemente a falar da morte apenas como momento, como acontecimento único, da passagem do ser para o não ser. Mais difícil é olhá-la



e vivê-la como processo. Como processo/narrativa individual e relacional, vincular, feito de representações e de significados, feito de vulnerabilidades, limites, sofrimentos, angústias e medos.

A medicina, com todos os extraordinários progressos tecnológicos e terapêuticos, tem-se mantido centrada nas questões de manter o paciente vivo, e esse será um dos objetivos desejáveis. Mas que paciente? Com que poder? Com que limites?

Numa sociedade onde se vive cada vez mais anos, como se encaram as questões do envelhecimento? E como se encaram as questões levantadas pelas doenças incuráveis e terminais? Encará-las apenas como questões do foro médico, será seguramente uma simplificação e uma posição empobrecedora, redutora e direi mesmo, cobarde. Pois que estamos a falar de acontecimentos de vida que implicam não só o próprio, como a família, os outros, a relação e a representação que temos de nós próprios e para os outros. Alienar apenas na medicina, aquilo que se é e quer ser, em termos de escolhas e limites, enquanto ser mortal e perante a



perspetiva da morte, é alienar-se de ser e de algum modo desumanizar-se, tornar-se corpo bruto. É delegar no outro algo que não pode ser totalmente delegável, é até exigir ao outro uma responsabilidade que não pode nem deveria ser só dele, que deveria ser partilhada, com o próprio, com a sua família...

Ao longo do meu percurso de vida pessoal, familiar e profissional, já vivi e acompanhei muitos processos de morte. Testemunhei e acompanhei muitas situações em que a impossibilidade do próprio e/ou da sua família em conseguirem aceitar e viver o processo, deixou cicatrizes penosas, por vezes inultrapassáveis, de luto patológico. Noutras, foi possível a enorme comoção de ver processos de manutenção da esperança mas sem perda de lucidez nem de vínculos, perante a cada vez mais óbvia e dolorosa inevitabilidade do fim.

Se a medicina, não pode nem deve assumir a exclusividade das intervenções e questões levantadas por estes processos, tem e pode ter um importantíssimo papel em termos de cuidados de saúde, por exemplo também, na

promoção de equipas de cuidados paliativos, compreendidos numa dimensão multidisciplinar de intervenção a nível do corpo físico, psicológico, emocional, social. Disponibilizando cuidados que ajudem os doentes e as suas famílias a manterem a dignidade e a encontrarem a sua forma própria de viver e elaborar a finitude. Talvez um dos grandes desafios em termos da prática médica seja esse: conseguir relacionar-se como par nos processos de doença, ou reforçar um fazer solitário, desligado das narrativas em que intervém. De qualquer modo a responsabilidade é de todos, médicos e não médicos. Par ou Impar?"

A psiquiatra alertou que encarar estas questões apenas como questões médicas é “reductor e cobarde”, e que “alienar apenas na medicina, o que se é e o que se quer ser, é desumanizar”.

O **internista/intensivista António Carneiro** participou no debate em representação da Ordem dos Médicos tendo começado por referir a necessidade de esclarecer devidamente os conceitos pois “com certos conceitos encobrimos a realidade” e referiu a definição de distanásia (morte dolorosa; agonia lenta; prolongamento inútil da agonia de um doente terminal, sem perspetiva de cura ou melhoras sensíveis, através da adoção de procedimentos terapêuticos supérfluos ou desproporcionados) e de eutanásia (intervenção feita por alguém em favor da vontade expressa de um indivíduo afetado por doença dolorosa e sem perspetiva de cura, com vista à antecipação da sua morte da forma menos dolorosa possível; direito reconhecido por um pequeno número de Estados, a efetuar essa intervenção de



uma forma legal). Para a questão “quando é que os médicos devem parar de tratar o doente?”, António Carneiro responde com um perentório “nunca!” porque os tempos que vivemos são de “relação do médico com doenças crónicas” portanto não falamos de curar, falamos de tratar, um processo em que o controlo dos sintomas é uma parte importante e em que é necessário estabelecer uma boa comunicação e envolver a equipa e a família num processo de gestão de expectativas. O especialista explicou que a “fama dos intensivistas de tratar em excesso” não corresponde à verdade, pois “vivem na incerteza mas têm que decidir”, uma responsabilidade inultrapassável e que “qualquer médico tem a obrigação de assumir porque quem nos é confiado está numa posição vulnerável”. Para explicar melhor a envolvência desta temática e as dificuldades na tomada de decisão, António Carneiro apresentou vários casos, descrevendo as circunstâncias que levaram à decisão terapêutica e os resultados, realçando que, só no “fim” é que se tem um conhecimento mais global do resultado

da intervenção mas a decisão tem que ser tomada previamente, com base na convicção do médico em que, mesmo não podendo curar, pode tratar. Além de referenciar casos clínicos demonstrativos de situações que poderiam – numa análise posterior – ser interpretados como distanásia, o médico deu dois exemplos de como duas pessoas com a mesma doença reagem de formas completamente dispare: Zeca Afonso e Stephen Hawking, ambos com esclerose lateral amiotrófica, um escolheu não querer nada e o outro escolheu que queria todos os tratamentos possíveis. O especialista em Medicina Interna falou sobre uma “dimensão da dignidade e integridade como a sentimos individualmente que não é partilhável” e que gera questões que só se podem equacionar “na relação que se estabelece entre a vulnerabilidade de quem procura e a responsabilidade de quem corresponde” a essa procura. Desmistificou ainda algumas questões dizendo ser mentira que em situações de doentes “com muita idade não se deve fazer tratamentos agressivos” ou que “ter familiares médicos possa ajudar a decidir”

mais facilmente estas questões.

Cristina Barata, vogal da direção da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla, enquadrou a atividade da SPEM na defesa da dignidade humana e promoção da autonomia e dos direitos sociais. Uma atividade que se dirige a doentes e cuidadores, tendo referido, entre outras ajudas, o apoio jurídico, apoio domiciliário e psicológico. Cristina Barata sublinhou que a sua participação neste debate, enquanto representante da Sociedade Civil, correspondia a falar em nome pessoal, exprimindo opiniões baseadas na vivência do seu universo pessoal e familiar. “Cada caso é um microcosmos em que o único denominador comum é a doença, razão pela qual a SPEM não tem posição oficial por considerar que não é possível a generalização”. “Por ser uma doença degenerativa, os processos decisórios são muito delicados e pressupõem multidisciplinidade”. “Quem somos nós para escolher por outra pessoa? Alguém tem o poder e capacidade de se substituir ao doente na sua escolha?”,



questionou. Partilhando a sua experiência, Cristina Barata relatou como cresceu a lidar com a doença: mãe com esclerose múltipla há 26 anos e pai bipolar. “Enquanto a mãe, apesar de ter demorado 10 anos a aceitar a doença, nunca desistiu, aceitou todo o tipo de tratamentos, mesmo os que implicam sofrimento, mantendo sempre a esperança, o pai, quando confrontado com a possibilidade de uma doença oncológica pediu expressamente ‘não me deixem sofrer, não quero.’” Explicando o que sentiu, num testemunho que tocou a assistência, falou do medo natural de “algum dia ter que decidir pelos meus pais”, “medo que não seja possível que eles acabem a sua vida como queriam”. Elogiando o passo que foi dado com o testamento vital, Cristina Barata defendeu que “deve ser dado aos doentes o poder de escolher” e sublinhou que “a vida não é uma reta. Aquilo que decidimos ontem não significa que hoje não possamos mudar de opinião”.

A última intervenção foi da advogada **Ângela Guerra, deputada da bancada do PSD**, que se confessou “arrebataada” pelo testemunho anterior, “que nos



ajuda a pensar”, pois ela própria tem um caso na família de uma jovem com esclerose múltipla. Por ser uma questão de consciência, a deputada acredita que na sua bancada haverá liberdade de voto e explicou que o grupo parlamentar não tem posição oficial. “Quando penso sobre estas questões é, naturalmente, sobre a perspetiva jurídica dos direitos fundamentais, a inviolabilidade do direito à vida, mas também os direitos reflexos do direito à vida”. Defendeu que “as pessoas devem poder decidir se querem ou não morrer com uma morte assistida” mas confessou que, quanto mais estuda o assunto, mais se apercebe que a temática “pode não ser assim tão linear” tendo referido, especificamente sobre o tema do debate que “depois de ouvir o Dr. António Carneiro, provavelmente já não considero que distanásia seja obstinação terapêutica, mas antes persistência terapêutica” e que “cabe aos médicos avaliar quando é que a intervenção pode ser excessiva”. Falou ainda sobre o “grande avanço” que trouxe a lei de bases ao contemplar a existência de equipas multidisciplinares de cuidados paliativos, do papel da família e defendeu a

aposta no setor social para expandir a rede de cuidados paliativos (“sem a rede de IPSS que temos estaríamos bem pior”).

Nenhum de nós concorda com a distanásia

Na fase de debate com a assistência, a geneticista Heloísa Santos referiu que “a autonomia só se perde quando o doente morre. Mas o doente pode, com a sua autonomia, transferir a decisão para o médico mas isso não significa perder autonomia” e salientou a importância do consentimento informado com um período adequado para a reflexão do doente. Considerou ainda que os médicos não devem desistir dos seus doentes mas que isso não se pode traduzir em ir contra a sua vontade e alertou para a necessidade do médico agir como “advogado do doente” em situações em que a família possa estar a fazer mais do que “dizer/interpretar a sua vontade”. A este propósito, António Carneiro caracterizou a autonomia referindo os atributos que são considerados essenciais: “inclui a capacidade para criar ideias e definir objetivos de vida; a capacidade de introspeção moral, ‘auto-regulação’ e privacidade; capacidade de decisão e ação sem constrangimentos externos; capacidade de envolvimento político e responsabilização pessoal e capacidade de dar o seu consentimento informado”.

A propósito do consentimento informado, Manuel Mendes Silva, membro do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas, recordou que a informação é uma coisa muito distinta da sua real compreensão e alertou “devemos ser mais do que técnicos: devemos ser médicos e, ao médico,

em algumas situações competirá atuar de uma forma mais ou menos agressiva em termos terapêuticos para alterar a evolução natural mas também vezes haverá em que deixar uma situação evoluir naturalmente, em casa, será a melhor opção”, concluiu.

A psiquiatra Paula Teresa Carvalho falou nesta fase na necessidade das várias especialidades se complementarem e relatou uma situação em que um especialista em Medicina Geral e Familiar pediu o apoio da Psiquiatria na situação de uma doente oncológica com alterações significativas de personalidade. Falou ainda sobre a aprendizagem que todos devemos/podemos fazer e salientou que “nenhum de nós vai dizer que concorda com a distanásia. A questão é que, sem saber e sem querer, podemos estar a fazer distanásia. Temos que assumir que não temos a certeza absoluta de todas as coisas...” Concordando e realçando essa incerteza, António Carneiro resumiu a sua posição: “na prática clínica não há de facto certezas. Tomamos a melhor decisão possível com o conhecimento que temos naquele mo-



mento. É verdade que, se não houver uma contraindicação óbvia eu vou fazer uma intervenção que depois posso vir a concluir que foi excessiva. Tenho que ser capaz de lidar com essa incerteza até porque na área da emergência cinco mi-

nutos fazem a diferença entre haver ou não lesões cerebrais... não há tempo para meditar sobre a decisão terapêutica. Só sou capaz de salvar vidas porque aceito essa incerteza”.

publicidade



Jorge Marçal da Silva: MAIS cem fotografias de Portugal há cem anos

No dia 13 de Abril de 2016 o auditório da Ordem dos Médicos encheu-se com mais de duas centenas de pessoas que quiseram estar presentes no lançamento da obra “Jorge Marçal da Silva: MAIS cem fotografias de Portugal há cem anos”, o segundo livro em que o urologista Manuel Mendes Silva partilha com o mundo as fotografias do seu avô, o também médico, Jorge Marçal da Silva.

Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, deu as boas vindas a este lançamento, salientou a qualidade da obra e referiu como a personalidade e figura do coordenador deste livro – Manuel Mendes Silva – enche uma sala de amigos, colegas, etc. Como podemos ler na nota biográfica Jorge Marçal da Silva, avô paterno de Manuel Mendes Silva (ambos médicos), nasceu em 1878 e morreu, de tumor cerebral, em 1929, com 51 anos incompletos. Licenciou-se em medicina pela Universidade de Lisboa e dedicou-se à Cirurgia sendo considerado um excelente médico e um habilíssimo cirurgião. Foi professor na Escola de Enfermagem Artur Ravara e fazia clínica privada maioritariamente gratuita na zona de Arroios e da Avenida Almirante Reis. Homem de grande cultura, apreciador de música e frequentador assíduo do Teatro de S. Carlos, desde cedo se dedicou à fotografia revelando ele próprio as suas imagens no laboratório de fotografia que tinha em casa. Viajando bas-

tante para a época, tirou fotografias com apurada técnica em vários locais de Portugal, de paisagens, costumes, ofícios, figuras, rostos. Foi entre um espólio de milhares de imagens que Manuel Mendes Silva escolheu (mais) cem imagens para partilhar através deste livro, uma edição da Ordem dos Médicos, com receita a reverter para a Acreditar – Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro.

A apresentação do livro “Jorge Marçal da Silva: MAIS cem fotografias de Portugal há cem anos” ficou a cargo do médico Barros Veloso que explicou como os interesses culturais o aproximaram de Manuel Mendes Silva, homem em quem reconhece “qualidades pessoais, profissionais e éticas” e de quem se tornou bom amigo. Sobre esta edição, considerou-a “um ato de afeto por um membro da família” que Manuel Mendes Silva não chegou a conhecer a não ser através das palavras do seu pai. “Um gesto afetivo mas não lamechas porque o Dr. Mendes Silva foi capaz de tratar e selecionar a matéria

rica da qual ele fez livro”, numa tarefa que corresponde a “muito trabalho” e que é bem mais “do que um projeto”. “Jorge Marçal da Silva pertence a uma época de uma elite médica fora de série”, referiu citando dezenas de exemplos - Miguel Bombarda, Curry Cabral, Salazar de Sousa, Mark Athias, Fernando Namora, António Lobo Antunes, Abel Salazar, Mário Botas, etc. – de médicos que se evidenciaram não apenas pela medicina mas também pelas artes. “A fotografia sempre teve com a medicina uma relação muito especial”, fotografia essa que evoluiu para as coisas microscópicas. “Este homem, que deixou mais de 2 mil negativos, fazia a fotografia de forma científica”, salientou, referindo os cadernos onde Jorge Marçal da Silva anotava meticulosamente os registos técnicos das suas fotografias, “metodologia que lhe vinha talvez da medicina”. “Mas Jorge Marçal da Silva é sobretudo um homem que viaja e que procura registar contrastes, histórias, momentos (...), testemunhos de uma época”.



Para Barros Veloso este livro “ultrapassa muito a curiosidade de um espólio familiar ou de uma profissão” pois traduz-se num “testemunho importantíssimo que nos permite agora reconstruir uma parte dessa época”. Barros Veloso, que nasceu em 1930, recorda-se de ver “ao vivo” alguns dos pormenores, momentos ou experiências que Jorge Marçal da Silva perpetuou nas suas fotos. Em seguida, mostrou e comentou uma seleção de algumas imagens do livro, das quais exemplificamos com a sala de operações no Hospital de São José com o padre “vestido a preceito” a dar apoio ao doente, o pi-

quenique no campo onde, realçou, não estavam presentes senhoras, ou a carneirada de onde salientou a beleza plástica da imagem mas também o facto de se “apanhar as pessoas na sua atividade” com naturalidade, sem poses. “Uma documentação riquíssima e de interesse iconográfico e histórico (...) que devemos à inteligência e trabalho de Manuel Mendes Silva a quem temos que agradecer este documento”.

Manuel Mendes Silva teve “uma surpresa afetiva” que os netos mais velhos lhe quiseram proporcionar e que se traduziu em dois breves discursos que reproduzimos em seguida:

Discurso de Simão Mendes Silva Medeiros (14 anos):

“Percebo perfeitamente o facto do meu avô Manuel Mendes Silva estar tão empolgado com a publicação deste segundo livro em homenagem ao seu avô porque eu também o ficaria se fizesse um livro sobre o meu avô. O meu avô é um grande homem, responsável e bondoso, e é isto que quero realçar aqui hoje, o homem que o meu avô é: caridoso, solidário e sempre

a pensar no próximo; estas são as suas maiores qualidades e o que eu mais admiro no meu avô e que tentarei seguir no meu futuro, de forma a que também os meus netos possam ter tanto orgulho em mim como eu nele, porque, isto garanto, nenhum neto tem tanto orgulho no seu avô como eu tenho no meu”.

Discurso de Maria Ana Mendes Silva (12 anos):

“Bem, para começar queria dar os parabéns ao meu avô pois este é já o 2º livro sobre fotografia que lança. E, em seguida, queria dizer que embora o possa achar às vezes aborrecido por querer visitar as partes culturais das cidades e obsessivo por querer explicar tudo nos museus, no fundo sei que aprendo muito e valorizo a sua dedicação. Quero agradecer por fazer de mim e de todas estas pessoas seres humanos melhores! Obrigada!”

A cerimónia foi encerrada por José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, que cumprimentou Manuel Mendes Silva por este livro, por seu avô, pelos seus netos, “pela família que tem”.

O livro “Jorge Marçal da Silva: MAIS cem fotografias de Portugal há cem anos” foi apresentado na Secção Regional do Norte da OM no dia 20 de Maio, por Walter Oswald, e tem agendada uma apresentação na Secção Regional do Centro no dia 20 de Junho, pelas 21h. A apresentação ficará a cargo do médico Alfredo Mota.

A Ordem dos Médicos e o Autor têm a honra de convidar V. Exa. para a apresentação da obra:

Jorge Marçal da Silva MAIS cem fotografias de Portugal há cem anos

Segunda-feira
20 de
Junho
21h

A promotional image for the book presentation. It features a collage of historical black and white photographs. In the foreground, there is a red book cover with a white portrait of a man. Below the book, there is a circular logo of the Ordem dos Médicos. Text on the left side of the image reads: "Na sede da Ordem dos Médicos de Coimbra Av. Afonso Henriques, nº39". Text at the bottom right reads: "A receita da venda deste livro reverte a favor da Acreditar, Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro".



ADSE deveria ser um instituto público de gestão participada

Eugénio Rosa defende “a transformação da ADSE num instituto público de gestão participada”, figura que está consagrada na lei. Trata-se de “um instituto público em que a direcção é nomeada pelo Governo mas há elementos que podem ser indicados pelos beneficiários”. O economista, assessor da Frente Comum, advogou esta solução num debate sobre a ADSE, que decorreu no dia 13 de Abril, organizado pelo Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos em parceria com a Associação Portuguesa de Engenharia e Gestão da Saúde.

O painel do debate contou com a moderação de Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, e Carlos Tomás, presidente da APEG Saúde, e com intervenções das dirigentes sindicais Ana Avoila (coordenadora da Federação Nacional da Função Pública) e Maria Helena Rodrigues (presidente do Sindicato dos Quadros Técnicos do Estado), dos administradores privados João Martins e João Mendes Ribeiro e ainda de Cipriano Justo, que foi professor do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e é agora docente da Universidade Lusófona. Eugénio Rosa apresentou dados sobre o funcionamento da ADSE numa intervenção que se reproduz na íntegra:

“Muitas vezes se diz que a ADSE é uma espécie de seguro de saúde. Não é verdade. Se analisar-

mos mais profundamente as características gerais da ADSE chegamos à conclusão que não tem nada a ver com os seguros privados de saúde. Em primeiro lugar, porque a contribuição fixa não é igual para todos, na ADSE funciona a solidariedade interprofissional, portanto os beneficiários contribuem com uma percentagem do rendimento que têm – quanto mais elevado é o rendimento maior é a contribuição – e isto não existe no seguro privado de saúde. Mais, há cerca de cem mil beneficiários – não estou a falar dos familiares – que não contribuem, são os aposentados que têm uma reforma inferior ao salário mínimo.

Mas não é só diferente por isto, se analisarmos a estrutura etária dos próprios beneficiados chegamos à conclusão que a ADSE tem uma

característica diferente. Todos sabemos que os seguros, a partir de uma determinada idade porque os custos de saúde aumentam bastante, tentam eliminar pessoas. Na ADSE não acontece isso. Utilizando dados publicados nos relatórios dos planos de actividades da ADSE, e analisando as despesas por grupos, por escalões etários, chegamos à conclusão, por exemplo, que o pagamento médio por beneficiário na ADSE, em 2014, era de 268 euros. Se analisarmos o custo por escalão etário, o custo nas idades mais baixas é extremamente baixo, entre 20 e 30 anos o custo por capitação é de 165 euros; enquanto em beneficiários entre 70 a 80 anos – e na ADSE estão 60mil beneficiários nesta situação – o custo é de 391 euros; para beneficiários com mais de 80 anos, portanto ninguém é excluí-



do por idade o que não acontece nos seguros de saúde, o custo já é de 616 euros por beneficiário, quase 2,5 vezes o pagamento médio à ADSE.

Estas duas características importantes diferenciam a ADSE do seguro de saúde privado. Outro aspecto, agora relativamente ao sistema de financiamento da ADSE que foi alterado profundamente. Tenho defendido sempre que a ADSE devia ser, não somente mas também, financiada pelo Orçamento do Estado porque, existindo a ADSE, muitos serviços de saúde não são prestados, o SNS livra-se da prestação desses serviços e dessa despesa. No entanto, durante o período da Troika, alterou-se profundamente o sistema de financiamento, começando por reduzir-se a zero em primeiro lugar as transferências do Orçamento do Estado. Isso aconteceu a partir de 2011 e aconteceu o mesmo com os descontos das entidades empregadoras. Os organismos públicos que contribuíram para a ADSE, que em 2012 ainda contribuíram com 193 milhões de euros, a partir dessa altura começaram a pagar cada vez menos e para 2015 estavam apenas previstos 21 milhões de euros. Alterou-se o sistema de financiamento e a contribuição dos trabalhadores e dos aposentados que em 2010, 2011 e 2013 andava à volta dos 200 milhões de euros. Com o aumento para os 3,5% passou em 2014 para 520 milhões de euros, o que duplicou o orçamento da ADSE que tem como origem os descontos dos trabalhadores. Em 2015 a previsão constante do plano de atividades da ADSE era de 546 milhões de euros.

Se compararmos as receitas da ADSE, que passaram a ter como fonte de financiamento quase exclusiva as contribuições dos

A ADSE não é um seguro de saúde, pois tem Características muito diferentes de um seguro de Saúde privado

Contrariamente ao que muitas vezes se pensa e diz a ADSE não é nem tem características de um seguro de saúde privado. E isto por várias razões.

Em primeiro lugar, e isto é uma característica fundamental que a diferencia dos seguros de saúde privados, o seu objetivo não é o lucro como acontece nos seguros de saúde privados. Para estes a saúde é um meio para obter lucro.

Em segundo lugar, uma característica importante da ADSE, que a diferencia radicalmente dos seguros de saúde privados, é que ela assenta na solidariedade interprofissional o que não acontece num seguro de saúde privado. A contribuição de cada beneficiário é proporcional ao seu rendimento, não sendo igual para todos como acontece nos seguros privados de saúde, embora todos tenham os mesmos direitos. O quadro seguinte, retirado do Relatório de Atividade da ADSE, mostra de uma forma clara as diferenças de contribuições dos diferentes beneficiários titulares da ADSE.

Quadro 1- Contribuições dos beneficiários titulares da ADSE em 2014 por escalões de valor de contribuições

CAPACIDADE CONTRIBUTIVA MENSAL DO BENEFICIÁRIO TITULAR - 2014							
Grupos de entidades	Isentos	0 - 20€	20 - 40€	40 - 60€	60 - 80€	80 - 100€	≥100€
Acordos de Capitação		931	2.952	637	578	118	199
Aposentados		4.657	126.627	39.759	31.430	55.851	36.581
Administração Local		19.558	66.044	18.101	4.541	3.324	1.177
Serviços Autónomos	41.616	6.599	39.162	39.314	18.803	10.113	2.375
Região dos Açores		142	124	41	17	10	11
Região da Madeira		971	4.370	1.894	1.979	520	309
Serviços Integrados		21.971	36.106	37.417	63.449	33.543	18.840
Total	41.616	54.829	275.385	137.163	120.797	103.479	59.492

FONTE: Relatório de Atividades da ADSE - 2014

Em 2014, 41.616 beneficiários titulares da ADSE estavam isentos do pagamento de contribuições porque as suas pensões eram inferiores ao salário mínimo nacional; 54.889 tinham contribuições até 20€ por mês; 275.385 tinham contribuições entre 20€ e 40€ por mês; 137.163 com contribuições entre 40€ e 60€ por mês; 120.797 com contribuições entre os 60€ e os 80€ por mês; 103.479 com contribuições entre os 80€ e 100€ por mês; e 59.492 cujas contribuições eram iguais ou superiores a 100€ por mês. Portanto contribuições diferenciadas de acordo com os diferentes rendimentos dos titulares, apesar de terem idênticos direitos, o que não acontece num seguro privado de saúde. Outra característica importante é aquela que ressalta dos dados do quadros 2 e 3.

Quadro 2 - Reembolsos a beneficiários por escalão etário e por custo médio percapita por escalão 2013 e 2014

Escalão etário	N.º Beneficiários		10€		Custo médio (€)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
<20	91.434	82.309	14.275,5	12.881,3	156,13	156,50
20-30	27.742	31.134	4.761,4	5.150,5	171,63	165,43
30-40	34.040	23.986	6.242,4	4.285,2	183,38	178,65
40-50	66.741	62.289	12.774,5	11.379,2	191,40	182,68
50-60	86.599	82.936	21.115,9	19.418,6	243,84	234,14
60-70	91.371	94.711	29.172,8	28.821,4	319,28	304,31
70-80	55.086	60.602	22.602,7	23.703,0	410,32	391,13
>80	28.360	33.898	17.977,6	20.908,8	633,91	616,81
Total	481.373	471.865	128.922,8	126.548,0	267,82	268,19

FONTE: Relatório de Atividades da ADSE - 2014

Como revelam os dados do quadro, em 2014, 189.211 (40,1%) beneficiários da ADSE que utilizaram o **sistema livre** (de reembolsos) tinha idades superiores a 60 anos (33.898 tinham mesmo idade superior a 80 anos), com custos médios per-capita que variavam entre 304€ e 616,8€, portanto muito superiores à custo médio per-capita que era de 268,19€. E aos com custos médios muito elevados não é vedado o acesso à ADSE, nem lhes é exigida uma contribuição superior com acontece nos seguros de saúde privados.

Quadro 3 – Beneficiários do regime convencionado por escalões etários e por custo médio anual – 2013 e 2014

Escalão etário	N.º Beneficiários		10 ³ €		Custo médio (€)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
<20	161.426	165.122	18.637,3	19.611,7	115,45	118,77
20-30	49.696	49.863	9.249,1	9.425,3	186,11	189,02
30-40	72.959	63.761	21.232,2	18.555,3	291,02	291,01
40-50	129.485	128.692	35.727,8	37.281,1	275,92	289,69
50-60	164.705	164.621	56.284,4	58.815,4	341,73	357,28
60-70	151.086	156.568	67.410,2	70.983,1	446,17	453,37
70-80	87.842	91.947	51.010,3	55.123,6	580,71	599,52
>80	44.926	48.060	28.964,9	30.010,9	644,72	624,45
Total	862.125	868.634	288.516,2	299.806,6	334,65	345,15

FONTE: Relatório de Atividades da ADSE - 2014

No regime convencionado, a realidade é semelhante à que se verifica no sistema livre. Em 2014, 296.575 (34,1%) beneficiários da ADSE que utilizaram o **sistema convencionado** tinham idades superiores a 60 anos (48.060 tinham mesmo idade superior a 80 anos), com custos médios anuais per-capita que variavam entre 453,37€ e 624,45€, portanto muito superiores ao custo médio per-capita total que era de 345,15€. E também a estes não é vedado o acesso à ADSE, nem lhes é exigida uma contribuição mais elevada com acontece nos seguros de saúde privado. Um aspecto que é muitas vezes esquecido pelos beneficiários titulares que contribuem com valores superiores (os que, por ex., tem contribuições superiores a 100€ por mês referidos anteriormente) é que são compensados dessas contribuições mais elevadas, quando alcançam idades mais avançadas, pois embora os seus custos médios suportados pela ADSE aumentem bastante com o aumento da idade e sejam muito superiores às suas contribuições, estas não aumentam por esse facto. A solidariedade interprofissional e intergeracional funciona agora em benefício deles. Este é uma característica que diferencia a ADSE de um seguro de saúde privado.

Sobre o acesso rápido a serviços de saúde dado pela ADSE : alguns dados sobre a dimensão da atividade

Como referimos inicialmente a ADSE não possui serviços próprios que preste diretamente serviços de saúde aos seus beneficiários. Ela possui dois sistemas que permitem o acesso a serviços de saúde prestados por outras entidades, nomeadamente privadas, e os beneficiários titulares (trabalhadores e aposentados da Função Pública) pagam uma prestação em dinheiro para terem esse serviço de acesso rápido a serviços de saúde. Para isso, ADSE possui dois regimes: o chamado regime livre, em que o beneficiário escolhe o médico ou serviço que pretende ir, paga diretamente esse serviço ao prestador, e depois é reembolsado apenas de uma parcela do custo fixada previamente. O segundo, é o regime convencionado, em que o beneficiário escolhe dentro de uma lista de médicos ou serviços privados com os quais a ADSE estabeleceu convenções (contratos), o que precisa, e paga apenas uma parcela reduzida do custo, sendo o restante pago pela ADSE diretamente ao prestador do serviço. Os gráficos seguintes mostram a dimensão desse serviço de acesso rápido a cuidados de saúde obtidos através da ADSE.

descontos feitos nos salários dos trabalhadores da função pública e nas pensões, com as despesas constatamos, por exemplo, que em 2000 e em 2014 as receitas foram superiores às despesas em 200 milhões de euros. Portanto, a conclusão que se tira daqui é que o aumento para os 3,5% foi excessivo e não era necessário, embora isso depois representasse um corte no rendimento dos trabalhadores e dos aposentados que a própria ADSE contabilizou em 200 milhões.

Numa reunião da Frente Comum, de que sou assessor, estivemos para discutir esta questão com o secretário de Estado da Administração Pública quando ele nos anunciou que a contribuição de desconto ia ser aumentada para os 3,5%, perguntei-lhe qual o estudo que tinham feito para chegar a esse valor e ele respondeu que não fizeram, a Troika é que tinha mandado. Eu pedi-lhe os dados que me deram depois de muita pressão. Fiz o estudo e mandei para o secretário de Estado dizendo que o número era excessivo, que ia provocar um aumento, um excedente, um lucro à volta dos 250 milhões de euros. No relatório da ADSE veio confirmar-se, efectivamente, que são 200 milhões de euros. Para 2015 o excedente previsto é de 142 milhões de euros.

Em dois anos acumularam-se 342 milhões de euros, isto representa um corte nos rendimentos depois de tantos cortes feitos nos aposentados e nos trabalhadores da função pública. Pode-se perguntar para que serve o dinheiro acumulado, a resposta é que contribui para a redução do défice orçamental. O dinheiro continua lá mas quando se faz o cálculo do défice orçamental a ADSE é uma direcção de serviço público, e o



saldo entra no saldo global.

Às vezes não se tem a noção clara da contribuição da ADSE para os serviços privados de saúde, diz-se por exemplo que é o maior financiador dos serviços privados. Vou ao relatório e vejo que se gastaram com o regime convencionado, por exemplo em 2014, 248 milhões de euros; no regime livre 126 milhões de euros. Mas se olhar para as contas do SNS, há uma parcela muito grande que é precisamente aquisições a privados. Tenho aqui as contas que o Ministério da Saúde apresentou na Assembleia da República e, em 2014, em fornecimentos e serviços externos, nomeadamente de entidades privadas, o SNS gastou 3667 milhões de euros; em 2015, 3640 milhões de euros; em 2016 a previsão é de 3569 milhões de euros. E só nas parcerias público-privado na saúde; nos hospitais, o SNS pagou, em 2014, 430 milhões de euros, mais do que aquilo que a ADSE adquire a privados; em 2015, 438 milhões de euros e, em 2016, 448 milhões de euros.

O argumento de que a ADSE é um financiador dos sistemas privados é falacioso. Devemos ter cuidado com esse tipo de argumentos. Temos de ver este problema da ADSE de uma forma muito mais equilibrada.

Outro aspecto importante para reflexão é a proposta de referendo para saber se os trabalhadores da administração pública querem ou não a ADSE. Acho que já há um referendo, porque qualquer trabalhador ou aposentado da função pública pode sair da ADSE, por lei. E vejamos a evolução do número de beneficiários da ADSE: em 2014 tinha 1 milhão e 285 mil; em 2015 tinha 1 milhão 254 mil; em 2016 há a previsão de 1 milhão 222 mil. Portanto, há uma diminuição. Mas se analisar-

Gráfico 1 - Acesso prestados através da ADSE - Em milhões € - 2013 e 2014

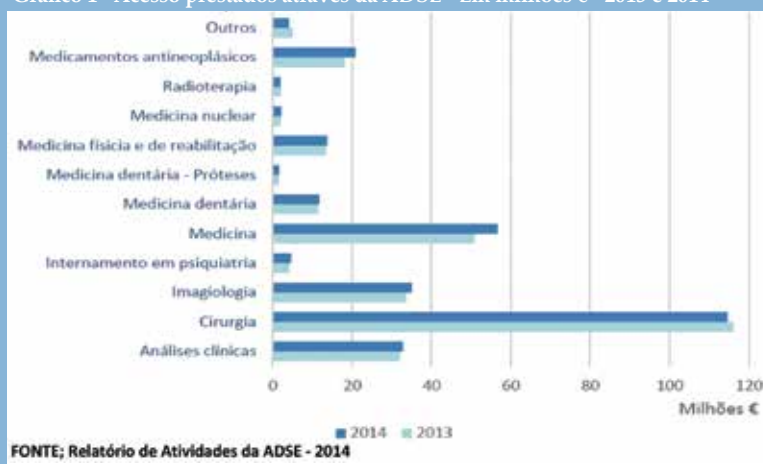


Gráfico 2 - Acesso a cirurgias - Numero de beneficiários em 2013 e 2014



Gráfico 3 - Acessos a consultas médicas - Milhares de consultas médicas

	2012	2013	2014
Consultas médicas	2.006	2.165	2.389
Atendimento Médico Permanente	151	159	171
Total	2.157	2.324	2.560

Fonte: Relatório de Atividades da ADSE - 2014

Quadro 4- Numero de consultas por beneficiário que teve acesso a consultas

N.º Consultas médicas	N.º Beneficiários		
	2012	2013	2014
1	152.358	161.422	161.217
2	98.227	104.842	108.244
3	66.097	70.994	74.289
4	47.281	51.541	54.663
5	35.044	38.060	40.567
5-10	81.741	89.959	97.312
10-20	29.419	32.475	37.364
20-30	2.939	3.373	4.112
30-40	407	474	585
40-50	76	85	108
> 50	23	28	29
Total	513.612	553.253	578.490

Fonte: Relatório de Atividades da ADSE - 2014

Finalmente, os dados do quadro 5, dão uma ideia clara do esforço financeiro da ADSE com o regime convencionado e como ele se reparte pelas diversas áreas.

Quadro 5 – Despesa da ADSE em euros com o regime convencionado

<u>ATIVIDADE DO REGIME CONVENCIONADO</u>			
	2012	2013	2014
Análises clínicas	37.365.315,72	31.974.773,78	32.788.036,56
Cirurgia	98.803.258,73	116.090.353,78	114.648.619,21
Imagiologia	39.865.850,64	33.673.704,59	35.054.300,26
Internamento em psiquiatria	3.955.399,15	4.130.010,77	4.604.088,71
Medicina	45.358.267,77	50.852.437,22	56.628.079,61
Medicina dentária	10.881.948,88	11.377.083,94	11.697.215,20
Medicina dentária - Próteses	1.573.531,99	1.513.973,56	1.540.663,99
Medicina física e de reabilitação	13.486.932,81	13.376.325,16	13.723.627,04
Medicina nuclear	2.006.864,11	1.995.815,01	2.163.954,68
Radioterapia	1.435.067,72	2.057.011,00	1.995.416,00
Medicamentos antineoplásicos	13.016.668,37	18.007.611,10	20.893.067,07
Outros	4.692.801,97	4.936.935,55	4.069.578,39
Total	272.443.907,86	289.986.035,48	299.806.656,72

unidade: euros

FONTE: Relatório de Atividades da ADSE - 2014

Como rapidamente se conclui, e já foi referido anteriormente, é a área da cirurgia, cujos prestadores são principalmente grandes grupos privados de saúde, que levam a maior fatia de despesa do regime convencionado (38,2% da despesa total desde regime)

mos esta redução não globalmente mas pelo tipo de beneficiário constatamos, por exemplo, que os trabalhadores activos, em 2014, eram 548 mil e, em 2016 (até Março), eram 505 mil. Relativamente aos trabalhadores aposentados: em 2014 eram 342 mil, em 2016 (até Março) eram 384 mil. Onde houve uma diminuição mais significativa foram nos familiares, que passaram de 424 mil para 382 mil. Se os trabalhadores podem sair e não saem, o que é que isto significa na prática?

Utilizando mais uma vez os próprios dados dos relatórios de actividade da ADSE, constatamos que foram financiadas 3 milhões de consultas por ano e 6 mil cirurgias por ano. Há um conjunto de prestações de serviços que pela sua dimensão libertam o SNS. Em 2016, o orçamento para o SNS é praticamente igual ao orçamento de 2015. Há uma despesa que automaticamente aumenta que é a reposição dos salários, e isso custa

ao SNS 130 milhões de euros, mas o aumento no orçamento do SNS penso que anda à volta dos 8 milhões. Isto significa na prática que o SNS tem menos meios financeiros. Estamos perante uma situação que não vai mudar muito rapidamente. Penso que quando se analisar o problema da ADSE tem que se ver neste contexto concreto e nas dificuldades concretas que o próprio SNS enfrenta, fruto do estrangulamento.

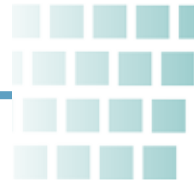
Para terminar, avançar com algo que está em discussão como vocês sabem, o modelo de governo da ADSE. Alinhei quatro tipos de solução que apresento aqui apenas para reflexão e vou pronunciar-me sobre elas, dando a minha opinião. A primeira solução seria a manutenção da ADSE como é. Isto significa na prática que os utentes, trabalhadores e aposentados que financiam integralmente a ADSE não têm qualquer controlo sobre a ADSE. Por exemplo, há um conselho consultivo na

ADSE, e eu até fui indicado pela Frente Comum para estar nele, mas há anos que não se reúne. Ou seja, não há voz nem representação dos trabalhadores e dos aposentados na ADSE.

A segunda solução que tem sido defendida, é a transformação da ADSE numa mútua. Eu pertenço aos órgãos sociais do Montepio, que é a maior organização mutualista como vocês sabem, tem 630 mil associados e o controlo deles sobre o que acontece é reduzido. Quem se apodera da direcção depois, na prática, acaba por gerir a própria administração. As mutualidades têm um órgão de supervisão mas está em autogestão total porque a supervisão não é feita.

A outra solução, como alguns defendem, é a extinção da ADSE. Pelos dados que aqui apresentei penso que isso iria contra a vontade dos próprios trabalhadores e beneficiários da ADSE. A prova disso é que apesar de a saída ser livre a maioria esmagadora dos beneficiários mantém-se. A sua inclusão no SNS iria provocar problemas.

Deixo para o fim uma outra solução, aquela que eu defendo, que é a transformação da ADSE num instituto público de gestão participada. Isto está previsto na lei. É um instituto público em que a direcção é nomeada pelo Governo mas há elementos da direcção que podem ser indicados pelos beneficiários. Portanto, haveria aqui uma vigilância dos próprios beneficiários."



O SALAZAR CERCADO PELO DITADOR

Artigo publicado na revista Sábado, 19 de maio. As cartas que o mestre Abel Salazar enviou ao médico Abílio Mendes nos anos 30 são um tesouro agora revelado.

Por Pedro Jorge Castro

O que me parece urgente fazer em Portugal é o que fez a Espanha, um bloco das Esquerdas." O desafio foi assim formulado em 1935. Oito anos antes da fundação do Movimento de Unidade Nacional Antifascista - e 64 antes da criação formal do Bloco de Esquerda de Louçã. Está numa carta do professor de Medicina, dentista, pintor e escultor Abel Salazar ao seu ex-aluno - e então director da revista *Medicina* - Abílio Mendes.

Essa correspondência foi guardada numa gaveta por Abílio Mendes, e ficou depois para o seu filho Jaime Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, que a coligiu num livro a ser apresentado no dia 24: *Correspondência de Abílio Mendes com Abel Salazar*.

As cartas inéditas documentam a forma como a ditadura de Oliveira Salazar perseguiu Abel Salazar. Em Maio de 1935, um despacho assinado pelo próprio Presidente do Conselho, expulsou da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto aquele professor catedrático de Histologia e Embriologia, por razões políticas.

Abel Salazar foi até impedido de frequentar a biblioteca da faculdade, como descreveu numa carta a Abílio Mendes: "Nem o Conselho nem o Reitor resolveram o assunto, e eu à espera, sem poder ir à Bi-

blioteca, o que me é indispensável (...). Fantástico, é de um ridículo acabado."

O desprezo de Abel Salazar pelo regime era evidente nas suas misivas. Por exemplo, quando recebeu uma proposta para trabalhar no estrangeiro ou receber um subsídio para continuar em Portugal: "Esta coisa deu-me um prazer, porque me dá a esperança de poder continuar a trabalhar, seja nas barbas destes senhores, seja à distância de Suas Excelências (...). Este país é uma miséria: nem se pode falar nem publicar."

Ou quando foi criada a Mocidade Portuguesa: "Caramba! Agora é que a juventude vai ficar toda modeladinho pela mesma fôrma! Mocidade standardizada, em coro! *Ça marche, Ça ira!* E não há quem responda àquela monstruosidade ou imbecilidade..."

O quadro para Cunhal

Havia razões para o regime temer o activismo de Abel Salazar. Noutra carta ao seu ex-aluno, em Maio de 1936, propôs-lhe criar "uma contra-ofensiva de grande estilo". Com um "sistema de guerrilhas" apoiado em "golpes certos" contra o Estado Novo. Também o incentivou a formar um movimento de Esquerda dos Estudantes, reflexo de um Bloco Académico Antifascista, onde também se envolveu Álvaro Cunhal.

O futuro líder do PCP chegou a es-

crever por duas vezes a Abel Salazar em 1938, quando tinha 25 anos, a analisar uma sua exposição de pintura - também fazia escultura e, ex-alunos, chamaram-lhe o Leonardo da Vinci português, precisamente por ser tão multifacetado.

Na primeira carta, disponível no Arquivo da Fundação Mário Soares, Cunhal sublinhou o contraste que notou na obra de Abel Salazar entre a mulher ociosa e a que trabalha, e despe diu-se com este *post scriptum*: "Gostaria de ter um quadro seu, mas não posso comprar. Isto, de certa forma, é uma afirmação brusca e inesperada. Mas também é franca e sincera".

O professor de Medicina respondeu-lhe pedindo que o tratasse por camarada e não por doutor, e o dirigente comunista anuiu logo na carta seguinte: "Camarada Abel Salazar (tem razão, este deve ser o tratamento mais correcto)". O pintor e cientista disse-lhe para escolher o quadro que quisesse e Cunhal aceitou: "Escolhi um magnífico quadro de mulheres trabalhando. Obrigado".

Abílio Mendes nunca chegou a ter um quadro desenhado pelo mestre. Quando o visitava nas férias em S. Mamede de Infesta, o professor oferecia-se para retratar os seus filhos, Jaime e o cantor Carlos Mendes, mas foi ele sempre adiado para não demorar o mestre - e os desenhos nunca foram feitos, Ficaram as cartas.



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

Médicos, estivadores e emigração

Há dias fiquei surpreendido por uma notícia de um jornal nacional sobre a luta dos estivadores do porto de Lisboa. Não é propriamente um tema que me despertasse curiosidade, mas, atento à atualidade, era impossível estar alheado desses acontecimentos. Não estou nem por dentro do acordo negocial, nem da natureza das várias reivindicações, mas chamou-me à atenção este artigo do jornal Público: “Um dos pontos do acordo vem resolver uma das principais reivindicações do sindicato e prevê que a empresa de trabalho temporário Porlis não poderá admitir mais trabalhadores, devendo a situação dos atuais ser resolvida, desejavelmente, no prazo máximo de dois anos”; “Foi ainda acordado um regime misto de progressões automáticas, por decurso de tempo”, e de progressões por mérito “com base em critérios objetivos” e uma nova tabela salarial com dez níveis, “incluindo dois escalões adicionais com remunerações para os novos trabalhadores inferiores às atualmente

praticadas”, “Quanto à organização do trabalho, outra das reivindicações dos estivadores, ficou decidido que determinadas funções seriam exercidas “prioritariamente por trabalhadores portuários com experiência e preparação para as exercer”.

Foram estas as razões que levaram os estivadores à greve às horas extraordinárias, decretada há mais de um mês. Não estivesse eu mesmo desatento e confundiria esta história com um processo negocial envolvendo médicos ou qualquer outro profissional de saúde. Está cá tudo: empresas de recrutamento de profissionais, falta de progressão e desestruturação das carreiras, entre outros.

Estas questões não são questões meramente laborais. Vão muito além de questões sindicais, já que interferem diretamente com a organização das equipas e, por isso, com a qualidade do trabalho médico. A questão das empresas de subcontratação para colocar médicos a trabalhar em hospitais e centros de saúde e o abrandamento das

carreiras médicas e desvalorização dos seus graus é uma questão, também e sobretudo, de dignidade dos médicos e do exercício da sua profissão. E é, precisamente, este ponto o responsável pela desmotivação dos médicos e pela busca de melhores condições fora do Serviço Nacional de Saúde e no estrangeiro.

A mercantilização e desregulação dos recursos humanos em setores da sociedade portuguesa de especial complexidade está a deixar uma pesada herança para as gerações futuras. No setor da saúde, por exemplo, a atual desorganização nos recursos humanos que afeta a prestação dos cuidados de saúde e contamina a formação médica pós-graduada, terá resultados ainda imprevisíveis, mas certamente prejudiciais. Tudo porque, nos últimos anos, e mesmo perante os numerosos alertas da Ordem dos Médicos, os titulares do Ministério da Saúde esqueceram e desvalorizaram o estudo e a planificação das necessidades de recursos humanos do nosso país.



A capacidade de previsão e a atuação consequente deixaram de ser prioridade em detrimento de medidas imediatistas e populistas.

Atualmente, há evidente falta de médicos nalgumas especialidades e nalgumas zonas do país. Mas, em vez de serem criadas condições nos hospitais e centros de saúde para aumentar a sua capacidade em formar médicos especialistas, a resposta demagógica vem do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior: manter o nível irresponsável de vagas para entrada nas Faculdades de Medicina. Mas o que é esquecido e ocultado é que a repercussão nos recursos humanos só terá efeito passados 11 ou 13 anos. Pura demagogia...

A verdade é que, concomitantemente com esta gritante desresponsabilização, a palavra “emigração” ganha cada vez mais destaque no léxico dos médicos e de outros profissionais de saúde, enquanto o país perde profissionais de elevada diferenciação técnica. O fenómeno grassa, aliás, de forma preocupante. Segundo os últimos dados do Observatório da Emigração e Rede Migra de 2013, Portugal é o 1º país com maior taxa de emigração da União Europeia (considerando os países com mais de um milhão de habitantes): 20,8 por cento dos portugueses residem no estrangeiro. Um em cada cinco! Segundo os números disponíveis do Instituto Nacional de Estatística/Pordata (Base de dados Portugal Contemporâneo): em 1966, Portugal registou a saída de 120 239 habitantes; em 2013, emigraram 128 108 portugueses. Ora, se atentarmos aos flu-

xos migratórios significativos de 1966 e 2013, há, entre eles, uma diferença marcante: são, atualmente, os profissionais com competências mais diferenciadas ou jovens que, mal terminam a sua qualificação superior, deixam o nosso país à procura de um melhor futuro. A maioria gostaria, certamente, de ficar. E os médicos não são exceção. Porém, ora por falta de condições de trabalho, ora pela fusão e extinção de serviços, ora pela fortíssima pressão que é colocada na parte assistencial, muitos médicos deixaram de ter tempo para a formação dos mais novos e para a sua própria formação.

Nestes últimos três anos, emigraram perto de 1300 médicos, principalmente, para países europeus como o Reino Unido (onde reside 20 por cento da emigração médica), a França, a Suíça, a Alemanha ou a Espanha. Fora da Europa, os destinos mais procurados têm sido a Arábia Saudita ou o Brasil. Metade desses médicos têm menos de 35 anos.

Para muitos, é difícil entender os motivos da emigração de uma classe profissional com escassez identificada em várias zonas geográficas e em várias especialidades. A especialidade médica que mais emigra é, precisamente, a Medicina Geral e Familiar, área reconhecidamente como bastante carenciada.

Atenta a este crescente fenómeno com forte impacto nas políticas públicas de saúde, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, decidiu criar o Gabinete de Apoio ao Médico Residente no Estrangeiro. Procuram melhores condições de trabalho cada vez mais difíceis

Hoje, em muitos casos, é mais fácil e mais célere, um médico português ser contratado no estrangeiro do que num hospital do seu próprio país.

de obter em Portugal, mais reconhecimento pelo seu esforço e dedicação. Paradoxalmente, há milhares de pessoas sem médico de família e faltam médicos em várias especialidades e várias áreas carenciadas do país. Não podemos esquecer os que emigraram, nem desperdiçar o seu valioso contributo. Um dos principais objetivos desse Gabinete é fomentar o regresso a Portugal, ajudando os que o pretendem fazer e pressionar o Ministério da Saúde não só para estimular os médicos aposentados a regressar à vida profissional, mas, também (e sobretudo!), estimular os Médicos que deixaram Portugal a voltar ao SNS.

Hoje, em muitos casos, é mais fácil e mais célere, um médico português ser contratado no estrangeiro do que num hospital do seu próprio país.

A medicina portuguesa desenvolveu-se com médicos altamente qualificados, dedicados e empenhados. São o verdadeiro suporte do sistema de saúde. Cabe à tutela desenvolver mecanismos que facilitem a contratação dos médicos face às necessidades do país e estimular o seu regresso.



Gabinete de Apoio ao Médico Residente no Estrangeiro

Este Gabinete nasce na sequência do crescente fenómeno de emigração médica que tem “levado quadros altamente qualificados para exercer noutros países”, explicou Carlos Cortes, presidente da SRCOM, após a formalização deste serviço.

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos assinou, na Sala Miguel Torga, em Coimbra, a constituição formal do Gabinete de Apoio ao Médico Residente no Estrangeiro. Trata-se de uma iniciativa, que pretende ser um instrumento que facilite o regresso destes profissionais a Portugal. A ideia, explicou Carlos Cortes, é fomentar uma espécie de “autoestrada de regresso”, uma vez que, tal como acrescentou Alberto Pais (médico português a trabalhar em França), “não há nenhum médico português no estrangeiro que não equacione a possibilidade de voltar a Portugal”.

Através deste novo gabinete, os profissionais terão acesso, por exemplo, ao lançamento de concursos públicos que lhes possam interessar, assim como receber informação e apoio que lhes permita voltar a exercer no seu país de origem. Na conferência de apresentação deste projeto, o presidente da Secção Regional do

Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, explicou a génese deste gabinete: a emigração médica que, nos últimos anos, tem vindo a aumentar. “Nos últimos três anos emigraram perto de 1300 médicos, 52 por cento dos quais com menos de 35 anos e 65 por cento sem especialidade médica”. Nestes últimos três anos, emigraram perto de 1300 médicos, principalmente para países europeus como o Reino Unido (onde reside 20% da emigração médica), a França, a Suíça, a Alemanha ou a Espanha. Fora da Europa, os destinos mais procurados têm sido a Arábia Saudita ou o Brasil. “Os médicos saem e têm sido esquecidos”, aludiu. Carlos Cortes referiu ainda a dificuldade inerente aos “concursos fechados” o que torna mais difícil o regresso dos clínicos a Portugal. Face a isso, Carlos Cortes instou os responsáveis do Ministério da Saúde a promover a vinda dos médicos ao nosso país, a par de iniciativas que promovem o re-

gresso dos médicos aposentados. A saída do nosso país de 1300 profissionais é “praticamente o equivalente a um ano inteiro dos estudantes de medicina”, sublinhou Alberto Pais de Sousa, médico especialista em Medicina Geral e Familiar a exercer atualmente em França, acrescentando que “Portugal está a perder recursos a uma velocidade preocupante”. Alberto Sousa vive em França há seis meses. “Escolhi Medicina Geral e Familiar porque quis voltar à minha terra natal, um distrito onde há carência de recursos de saúde mas a partir de determinado momento escolhi a emigração”. Saiu à procura de melhores condições de trabalho. Foi a pensar neste e todos os outros casos que a SCROM criou este gabinete. Refira-se, ainda, que em 2015 saíram de Portugal 475 médicos, 51 dos quais da região Centro. As especialidades onde se registou maior índice de emigração são Medicina Geral e Familiar e a Cirurgia Geral.



Simulacro no âmbito do treino "Emergency Challenge 2016" no Centro de Saúde Militar de Coimbra

Embrião de um exercício mais amplo, que junte outros agentes de proteção civil como o INEM, bombeiros ou Cruz Vermelha, é o objetivo desta exigente formação.

O presidente da SRCOM, Carlos Cortes, assistiu ao simulacro com rebenfamentos reais controlados, munições de salva e manobras de carros de combate blindados e ambulâncias táticas, realizado no âmbito da Ação de treino "Emergency Challenge 2016", que decorreu no Centro de Saúde Militar de Coimbra.

Esta ação de formação prática contou com a participação de mais de quatro dezenas de intervenientes, maioritariamente da área da saúde, vindos de várias Unidades Militares pertencentes à Brigada de Intervenção, cujo comando se encontra sediado na cidade de Coimbra. De acordo com a informação prestada pelo CSMC, esta Ação de Treino, de periodicidade anual, pretende ser o embrião de um exercício mais amplo, que junte outros agentes de proteção civil como o INEM, Bombeiros ou Cruz Vermelha, com vista a melhorar o socorro e proteção dos portugueses em

casos de catástrofes naturais, atentados terroristas ou mesmo conflitos armados.

Momentos antes, o presidente da SRCOM, Carlos Cortes, e o diretor da Unidade de Gestão Intermédia da Urgência e Cuidados Intensivos, João Paulo Almeida e Sousa, visitaram os departamentos e as unidades funcionais do Centro de Saúde Militar. O diretor desta unidade de saúde, tenente-coronel médico Joaquim Dias Cardoso, fez a apresentação do Sistema de Saúde Militar, a resenha histórica e o enquadramento da missão desta importante unidade de saúde. A visão, os valores, os objetivos estratégicos, os recursos humanos e os recursos estruturais fizeram também parte da apresentação realizada pelo tenente-coronel médico Joaquim Dias Cardoso. Mas não só: os aspetos organizativos, os desafios do Departamento de Saúde Operacional, a formação e treino bem como a

investigação foram outros temas abordados. Antes de realizar a resenha histórica, o diretor do Centro de Saúde Militar fez a contextualização desta unidade do Exército Português. São várias as missões: defesa militar da República Portuguesa e também a participação em missões de âmbito internacional (de Paz, de Segurança, de Cooperação Técnico-Militar e Humanitárias). No âmbito nacional, destacam-se o apoio à Autoridade Nacional de Proteção Civil e resposta a outras situações de crise. Atualmente, estão disponíveis 40 camas para responder a situações de catástrofe (estiveram em prontidão no ano passado, no âmbito do Plano de Contingência Gripe A). "O Exército ou está em missão ou está a preparar-se para ela", aludiu o diretor, justificando o elevado grau de esforço, organização, formação, treino e sofisticação. Ao todo, ali trabalham 151 profissionais.



É urgente reduzir o número de vagas nos cursos de medicina

Apelo feito pelo presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos e diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra na sessão de abertura de mais uma edição da Mostra de Especialidades Médicas.

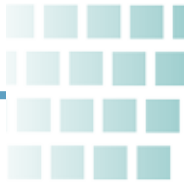
O excesso de vagas nas faculdades de Medicina são o obstáculo à qualidade de formação e demonstram a falta de planeamento a longo prazo sobre as reais necessidades do País. É desta forma que o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, coloca 'o dedo na ferida' quanto à impossibilidade de médicos poderem escolher uma especialidade, precisamente na sessão inaugural de mais uma edição da Mostra de Especialidades Médicas, a decorrer na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, de 9 a 11 de maio.

Carlos Cortes lembrou, aliás, que já em 2015 o número de vagas já foi superior à capacidade formativa, tendo ficado de fora 114 candidatos. Este ano, o número é ainda maior estimando-se que entre 500 a 600 possam

ficar de fora, adiantando que 1651 é o número mais atualizado de capacidades formativas. Em seu entender, o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior deveria fazer uma previsão do número de médicos de que o País necessita para "daqui a dez anos", de forma a adequar o número de vagas de ingresso nas faculdades às reais necessidades.

"Espero que o processo, este ano, decorra com normalidade, para que todos tenham tempo de fazer uma escolha consciente", disse. "Infelizmente, isso não aconteceu o ano passado. O ano passado o mapa de vagas foi publicado [pela Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS] e no próprio dia era iniciada a escolha. Já alertámos a ACSS para não se verificar esse caos. Deve haver o respeito por esta escolha, é importante

dar um espaço temporal aos médicos para que possam fazer uma escolha consciente. É uma escolha profissional única na vida de um médico", disse aos jornalistas à margem da sessão. A Mostra de Especialidades Médicas (mostrEM) é organizada pelo Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI) - Ordem dos Médicos em colaboração com os Conselhos Regionais Norte, Centro e Sul da Ordem dos Médicos e tem como objetivo principal auxiliar os jovens médicos internos no processo de escolha de especialidade (formação específica). Na intervenção na sessão de abertura, Carlos Cortes fez o enquadramento sobre as principais questões do Internato Médico, elogiando, desde logo, a organização deste evento: o Conselho Nacional do Médico Interno. Depois de aludir aos



diplomas que regem o Internato, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos sublinhou o facto do ensino pós graduado da formação médica ser um ensino complexo porque tem muitos intervenientes, um dos quais a Ordem dos Médicos que tem como função auditar e fiscalizar se os serviços têm condições para formar especialistas.

Nesta sessão, também o diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Duarte Nuno Vieira, teceu críticas ao excesso de alunos dando até, como exemplo, o facto da própria faculdade não estar dimensionada para receber tantos estudantes. "Temos salas para 150 alunos e recebemos quase 300", aludiu, sublinhando que o excesso de estudantes poder

colocar em causa "a qualidade do processo pedagógico" e até levantar "problemas éticos" nas aulas práticas. Na abertura oficial do MostrEM 2016, Ana Luísa Catarino, médica interna de Oncologia Médica no Instituto Português de Oncologia - Coimbra / Membro do Conselho Nacional do Médico Interno, vaticinou o sucesso desta iniciativa.

“O ideal humanista do médico também se transmite através da arte”



O Clube Médico de Coimbra acolhe, até dia 15 de julho, uma exposição coletiva de pintura de 28 autores médicos.

Na inauguração, momento de assinalável êxito e de reencontro de colegas, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), Carlos Cortes, congratulou-se com a dimensão da resposta ao apelo da SRCOM para a realização desta mostra de pintura.

Nesta sessão, Carlos Cortes lembrou o facto de S. Lucas ser o santo padroeiro dos médicos e, concomitantemente, dos pintores. “Não é por acaso que dizem que a Medicina é uma arte”, assinalou. A propósito da exposição, que reúne trabalhos de diferentes técnicas e temáticas, Carlos Cortes sublinhou a importância de “linguagens diferentes” e de “diferentes plataformas” para transmitir a mensagem da Ordem dos Médicos, não apenas do ponto de vista institucional. “O ideal humanista do médico, o ideal da entrega de si próprio à causa dos outros, também se transmite através da arte. Hoje, os artistas procuram a Ordem dos Médicos para vir expor. Esta é a casa daqueles que tem uma causa: a causa humanista que todos pomos em prática no dia-a-dia, que é ajudar os doentes”, sublinhou.

O repto e o desafio para que os autores médicos possam expor os seus trabalhos em próximas iniciativas ganhou fôlego com a sugestão da médica ginecologista/obstetra Ana Couceiro - uma das dinamizadoras desta exposição coletiva - em assinalar o Dia do Médico Artista. E, no momento em que Carlos Cortes, na sua intervenção, materializou esta ideia, logo surgiram propostas para que fosse celebrado a 18 de outubro, precisamente o Dia de S. Lucas.

Os desafios da Carreira Médica

Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

As carreiras profissionais na Saúde têm sido, desde que foram implementadas, o principal suporte da evolução e nível de qualidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O Relatório das Carreiras Médicas, aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Médicos em 17 de Junho de 1961, constituiu um documento essencial que permitiu desenvolver as bases do serviço público de saúde e garantir cuidados de saúde organizados e qualificados a todos os cidadãos, independentemente do seu nível económico ou social. O seu relator, João Pedro Miller Guerra, fará sempre parte da nossa memória como o líder de um grupo de médicos visionários que definiram a missão mais nobre para a Saúde no nosso país.

Desde 1982, as Carreiras Médicas, negociadas com o Ministério da Saúde e os Sindicatos Médicos, permitiram plasmar na legislação um conjunto de regras e princípios que se revelaram estruturantes para o sucesso do SNS, com implicações positivas para a organização dos cuidados de saúde e para a

defesa da dignidade e dos direitos dos doentes e dos médicos.

A Carreira Médica, alicerçada na existência de concursos públicos, tem sido essencial no desenvolvimento técnico e científico dos médicos que trabalham no SNS, e constitui um requisito e estímulo para um percurso de diferenciação profissional, marcado por etapas exigentes, com avaliação interpares e reconhecimento institucional. Permitiu o desenvolvimento de um sistema de especialização e formação pós-graduada de sucessivas gerações de médicos, com repercussões comprovadas na qualidade dos cuidados de saúde e refletidos em vários indicadores de saúde populacionais, como tem sido evidenciado pelos relatórios anuais da OCDE.

É amplamente reconhecido o valor insubstituível da Carreira Médica na qualidade da formação médica especializada e na capacidade de resposta assistencial. No entanto, apesar da evolução positiva verificada nos últimos anos ao nível da investigação e formação médica contínua, ainda existe um cami-

nho considerável a percorrer.

A aplicação prática da Carreira Médica, com respeito pelos seus princípios fundadores, constitui a salvaguarda da estabilidade profissional e dos direitos e deveres dos médicos. É um património do nosso sistema de Saúde que deve ser preservado e acarinhado.

Mas, desde há vários anos que a Carreira Médica tem sido adulterada por incumprimento, com particular incidência nos anos mais recentes.

As consequências resultantes da contenção da despesa no sector da Saúde estão bem documentadas nos relatórios de alguns estudos e inquéritos realizados durante 2015.

Todos apontam, com maior ou menor gravidade, para uma degradação significativa das condições de trabalho, associada a várias insuficiências e deficiências no SNS, com reflexos negativos na prática médica, na formação e na qualidade dos cuidados de saúde. As consequências directas para os profissionais de Saúde e para os doentes ainda estão a ser detalhadamente avaliadas, como é



O futuro do SNS depende do reforço e vitalidade da Carreira Médica. Uma causa que todos nós não podemos ignorar.

sentou, em 2015, apenas 5,9% do PIB.

O que mudou então para que, desde 2011, tantos médicos tenham decidido trabalhar fora do SNS?

A desqualificação e a forma como muitos médicos foram e são tratados pela tutela, a constante degradação das condições de

trabalho, o aumento da pressão na relação médico-doente, os sucessivos cortes salariais, a imposição de sistemas informáticos disfuncionais, o aumento dos casos de violência contra profissionais de saúde, as constantes transformações legislativas no que respeita ao acesso à aposentação e o incumprimento na aplicação prática e transparente da Carreira Médica, ajudam a explicar a maioria daquelas decisões.

Hoje os desafios principais centram-se no investimento na Saúde e nas pessoas. Nesta medida, a valorização plena da Carreira Médica pode, mais uma vez, constituir o motor da mudança necessária.

Uma Carreira que sirva os interesses dos doentes e dos médicos. Que contribua para diminuir o erro em Saúde, nos sectores público e privado. Centrada na qualidade e no mérito, sem excluir a capacidade de liderança e de gestão.

o caso da elevada incidência de síndrome de exaustão.

O estudo da socióloga Mariana Ferreira, envolvendo médicos entre os 55 e os 65 anos de idade, demonstrou que 99,1% admitia continuar a trabalhar pelo apreço do exercício da actividade e que 78,1% manifestava vontade de prolongar a sua actividade profissional. Um sinal de esperança.

Mas, a verdade dos factos é preocupante e deixa algumas pistas para os desafios que temos de enfrentar.

Desde 2011, milhares de médicos optaram pela aposentação antecipada. Centenas optaram por emigrar. Outros tantos optaram por trabalhar apenas no sector privado.

Dados publicados em 2011 pela Federação Europeia de Médicos Assalariados (FEMS) mostraram que Portugal é um dos países da Europa em que os médicos têm salários mais baixos. E a despesa pública com a Saúde (orçamento de Estado) repre-

Em que a prestação de provas públicas (concursos) seja regular, atempada e transparente, permitindo a progressão profissional sem atrasos nem atropelos, em todas as etapas existentes, com observância das posições remuneratórias nas categorias.

Em que os graus de qualificação sejam equivalentes em número às categorias profissionais. A progressão na Carreira não deve estar apenas dependente da existência de vagas (acesso a categorias) mas da qualidade do currículo demonstrada em provas públicas.

Em que as condições de trabalho sejam especificamente salvaguardadas e consagradas, de acordo com a legislação existente ou a produzir.

Em que seja possível optar por um regime de dedicação permanente ou exclusiva, devidamente remunerado.

Em que os conflitos de interesse sejam eliminados e as incompatibilidades objectivamente determinadas.

Em que o mérito e a transparência sejam devidamente consagrados para acesso a cargos de direcção.

Em que seja objectivamente possível garantir a humanização da Medicina, a formação médica nas suas diferentes facetas, o ensino médico, a investigação e o desenvolvimento profissional contínuo.

Em que exista equidade na aplicação das regras definidas e em que as dúvidas que possam subsistir sejam esclarecidas de forma clara.

O futuro do SNS depende do reforço e vitalidade da Carreira Médica. Uma causa que todos nós não podemos ignorar.



Recepção aos internos de Vila Real e Viana do Castelo

Os distritos médicos de Vila Real e Viana do Castelo deram as boas-vindas aos internos do Ano Comum e primeiro ano de formação específica na sede dos Conselhos Distritais. Os dois eventos ficaram marcados pelas palavras de incentivo dos presidentes dos Conselhos Distritais, Margarida Faria, de Vila Real, e Nelson Rodrigues, de Viana do Castelo. Ambas as sessões contaram também com as presenças de Rui Capucho e Miguel Guimarães, presidente da SRNOM, que sublinhou a importância da participação associativa dos jovens médicos na Ordem, sindicatos e sociedades científicas.

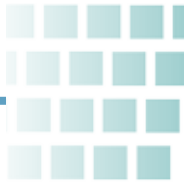
“Esta é uma casa que está à vossa disposição”, assim deu Margarida Faria, presidente do Conselho Distrital de Vila Real, as boas-vindas às dezenas de jovens colegas presentes, a 26 de janeiro, na já habitual recepção aos internos do Ano Comum e da especialidade de Medicina Geral e Familiar que vão prosseguir a sua formação naquela região. As palavras de apoio e de boas-vindas também se fizeram sentir a 22 de Fevereiro no Conselho Distrital de Viana do Castelo, desta vez pela voz de Nelson Rodrigues que recebeu os jovens médicos manifestando a esperança de esta “ser a primeira de muitas visitas” à sede vianense e lançando “um repto para que utilizem o espaço” para desenvolverem

“as actividades que quiserem”, concluiu.

Mediante os sinais positivos dados pelo Ministro da Saúde de que poderão acontecer mudanças no Serviço Nacional de Saúde (SNS), incluindo nos concursos, os jovens médicos poderão ter mais oportunidades. No entanto, Miguel Guimarães, na sua intervenção no distrito de Vila Real, mostrou também algum receio face ao princípio de “neutralidade orçamental” e reafirmou a posição de que “temos que investir mais no SNS (...) é preciso contratar pessoas”, reiterou.

No distrito médico de Viana do Castelo, Rui Capucho, vogal da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, fez questão de mostrar a sua confiança nos

novos internos: “Vão encontrar algumas dificuldades, mas tenho a convicção de que quem chegou a esta fase está perfeitamente capacitado para ultrapassar os desafios. Espero que mostrem resiliência face a todas as adversidades que vão encontrar”. Finalmente, Nelson Rodrigues apelou a que os jovens sejam “médicos realizados e felizes”. Rui Capucho prosseguiu com uma exposição aprofundada sobre a actualidade do internato médico, com especial enfoque no facto de 2016 ser “o primeiro ano em que os Internos do Ano Comum têm autonomia para o exercício da medicina.” Nesse sentido, o dirigente apelou aos jovens colegas para “conseguirem balancear bem” os seus compromissos



assistenciais e o intuito formativo do internato, ressaltando que “a primeira função” do período pós-graduado é precisamente a formação. “A vossa autonomia deve ser vista sempre como uma autonomia progressiva”, sublinhou.

Numa intervenção complementar, Inês Folhadela, consultora jurídica da SRNOM, que esteve também presente em Vila Real, deu uma palestra com o sentido de recordar aos jovens médicos os aspectos mais importantes da lei do internato médico. A jurista lembrou, em ambos os distritos médicos, as responsabilidades que acompanham o exercício da medicina – deontológica, civil, penal e administrativa – reforçando a ideia do vogal da SRNOM de uma “autonomia progressiva”. A consultora jurídica debruçou-se também sobre questões como o consentimento informado e sigilo profissional e abriu a sessão a esclarecimentos,

muitos deles relacionados com a relação laboral que os internos mantêm com o Estado. Inês Folhadela, aproveitou para deixar, igualmente, alguns conselhos aos novos médicos de ambos os distritos, salientando a importância de manter o foco formativo no internato, na “aquisição de conhecimentos” e na capacidade “gradual” para “a prática de actos médicos autónomos”, numa altura em que os profissionais de saúde, e em especial os médicos, estão “cada vez mais sob o fogo cruzado da responsabilidade”. No mesmo sentido, a jurista apelou aos internos para darem atenção aos seguros de protecção profissional e ao consentimento informado dos doentes. “Vale a pena perder tempo com estas questões”, ressaltou.

Os dois distritos médicos contaram com as palavras do presidente da SRNOM, para concluir as sessões de esclarecimento aos novos médicos. Miguel Gui-

marães aproveitou o tema da responsabilização dos médicos para abordar a “pressão cada vez maior” que existe sobre os internos, o que levou a Ordem a “apresentar um regulamento para o serviço de urgência, que respeite a lei vigente – no que diz respeito ao número de horas de trabalho consecutivas”. Admitindo a controvérsia oportunidade da medida no seio da classe, o dirigente assumiu, no entanto, tratar-se de uma medida de “prevenção”. Finalmente, o presidente do CRNOM aproveitou o facto de estar na companhia de jovens colegas para uma referência à demografia médica e “à falta de recursos humanos no serviço público de saúde”. “O SNS precisa do vosso contributo e de criar condições para que se mantenham no sistema. É aberrante a situação que se verifica em termos de aposentação e emigração na classe”, concluiu.

Miguel Guimarães
Presidente do Conselho Regional do Norte
da Ordem dos Médicos



Se é extraordinário e obrigatório, trate-se como tal!

O Orçamento de Estado (OE) de 2013 contemplou um corte de 50% no valor atribuído ao trabalho extraordinário realizado no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Apresentada como transitória, a medida manteve-se nos exercícios de 2014 e 2015, já depois da vigência de um plano de assistência económico-financeira que a havia introduzido. Passado um período de emergência financeira, a expectativa era a de que, de forma gradual ou definitiva, este constrangimento fosse removido na proposta orçamental deste ano, sobretudo quando o novo Governo se apresentou aos portugueses com o compromisso de virar a página sobre a austeridade e devolver rendimento às famílias. Como se antecipa, não foi bem isso que aconteceu.

De facto, através de um discreto artifício jurídico, o OE para 2016 mantém intacta a penalização do trabalho suplementar em 50%, quebrando as legítimas expectativas dos médicos - assim como dos restantes profissionais de saúde - em ver a medida revogada. Desta forma, perpetua-se uma medida alegadamente temporária e discrimina-se negativamente os profissionais que são mais afectados pelo expediente do trabalho extra a que são obrigados.

Para os médicos, a redução do pagamento do trabalho suplementar é especialmente injusta, na medida em que a sua pres-

tação anual é sempre muito acima do limite das 150 horas suplementares anuais previstas para os restantes funcionários públicos.

Quem conhece a realidade do SNS, sabe que os tectos máximos, incluídos no limite das 48 horas por semana, são com frequência largamente ultrapassados, sobretudo quando está em causa o trabalho em serviço de urgência ou atendimento permanente. Caso contrário o SNS entraria em colapso. Se esta realidade existe e é, de certa forma, incontornável, não pode ser tratada como uma normalidade orçamental, dando por adquirido que um horário suplementar

pode ser pago como se de um horário normal de trabalho se tratasse.

Não é moralmente aceitável nem eticamente correcto que o Governo “obrigue” os médicos a prestar trabalho extraordinário, muito para além dos limites legais impostos na função pública, e simultaneamente os penalize em 50% do valor do seu trabalho. De resto, o Governo continua, de forma incompreensível, a pagar muito mais às empresas prestadoras de serviços médicos, que muitas vezes subcontratam médicos indiferenciados, sem rotinas de equipa, de coesão, de funcionalidade e de hierarquia.

É por isto que sou totalmente solidário com os colegas que, recentemente, deram nota da sua insatisfação num inquérito promovido pelo Sindicato Independente dos Médicos. As conclusões são claras: a esmagadora maioria contesta a manutenção do corte de 50% e recusa ultrapassar o limite de horas extra previstas na lei, caso a medida se mantenha. O descontentamento compreende-se com relativa facilidade, se pensarmos que um médico no patamar intermédio da carreira recebe pouco mais de dois euros por hora, em regime de trabalho extraordinário diurno. Ou se pensarmos que um médico com mais de 55 anos - a quem é possível recusar serviço de urgência - pode receber o mesmo valor. Ou, ainda, se pensarmos que o trabalho extraordinário de um recém-especialista vale 1,98 euros por hora, no mesmo horário.

Quando olhamos para estes números percebemos, por um lado, que não constituem incentivo para ninguém e, por outro, que não é possível mais condescendência. A causa é mais do que justa e o tempo é de intervir. Saibamos exigir ao poder político o merecido reconhecimento e dignidade pela qualidade da Medicina praticada no nosso país. Não podemos continuar a manter uma atitude passiva.

Se é extraordinário, trate-se como tal!

Debate Médicos e SNS
Miguel Guimarães

O Orçamento do Estado (OE) de 2013 contemplou um corte de 50% no valor atribuído ao trabalho extraordinário realizado no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Apresentada como transitória, a medida manteve-se nos exercícios de 2014 e 2015, já depois da vigência de um plano de assistência económico-financeira que a havia introduzido. Passado um período de emergência financeira, a expectativa era a de que, de forma gradual ou definitiva, este constrangimento fosse removido na proposta orçamental deste ano, sobretudo quando o novo Governo se apresentou aos portugueses com o compromisso de virar a página sobre a austeridade e devolver rendimento às famílias. Como se antevê, não foi bem isso que aconteceu.

De facto, através de um discreto artifício jurídico, o OE para 2016 mantém intacta a penalização do trabalho suplementar em 50%, quebrando as legítimas expectativas dos médicos - assim como dos restantes profissionais de saúde - em ver a medida revogada. Desta forma, perpetua-se uma medida alegadamente temporária e discriminam-se negativamente os profissionais que são mais afectados pelo expediente do trabalho extra a que são obrigados.

Para os médicos, a redução do pagamento do trabalho suplementar é especialmente injusta, na medida em que a sua prestação anual é sempre muito acima do limite das 150 horas suplementares anuais previstas para os restantes funcionários públicos.

Quem conhece a realidade do SNS, sabe que os tectos máximos, incluídos no limite das 48 horas por semana, são com frequência largamente ultrapassados, sobretudo quando está em causa o trabalho em serviço de urgência ou atendimento permanente. Caso contrário, o SNS entraria em colapso. Se esta realidade existe e é, de certa forma, incontornável, não pode ser



tratada como uma normalidade orçamental, dando por adquirido que um horário suplementar pode ser pago como se de um horário normal de trabalho se tratasse.

Não é moralmente aceitável nem eticamente correcto que o Governo "obrigue" os médicos a prestar trabalho extraordinário, muito para além dos limites legais impostos na função pública, e simultaneamente os penalize em 50% do valor do seu trabalho. De resto, o Governo continua, de forma incompreensível, a pagar muito mais às empresas prestadoras de serviços médicos, que muitas vezes



Saibamos exigir ao poder político o merecido reconhecimento e dignidade pela qualidade da medicina praticada no nosso país



subcontratam médicos indiferenciados, sem rotinas de equipa, de coesão, de funcionalidade e de hierarquia. É por isto que sou totalmente solidário com os colegas que, recentemente, deram nota da sua insatisfação num inquérito promovido pelo Sindicato Independente dos Médicos. As conclusões são claras: a esmagadora maioria contesta a manutenção do corte de 50% e recusa ultrapassar o limite de horas extras previstas na lei, caso a medida se mantenha. O descontentamento compreende-se com relativa facilidade, se pensarmos que um médico no patamar intermédio da carreira recebe pouco mais de dois euros por hora, em regime de trabalho extraordinário diurno. Ou se pensarmos que um médico com mais de 55 anos - a quem é possível recusar serviço de urgência - pode receber o mesmo valor. Ou, ainda, se pensarmos que o trabalho extraordinário de um recém-especialista vale 1,98 euros por hora, no mesmo horário.

Quando olhamos para estes números, percebemos, por um lado, que não constituem incentivo para ninguém e, por outro, que não é possível mais condescendência. A causa é mais do que justa e o tempo é de intervir. Saibamos exigir ao poder político o merecido reconhecimento e dignidade pela qualidade da medicina praticada no nosso país. Não podemos continuar a manter uma atitude passiva.

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos



M. M. Camilo Sequeira

Chefe de Serviço de Medicina Interna
Coordenador do Núcleo Médico da Caixa Geral
de Aposentações

Lei 246-2015. Um passo em frente (?)

Uma Lei quando tornada norma oficial é, por princípio, um documento ultrapassado. Porque regulamenta algo que se desejou e que foi objecto de lutas prévias que tiveram, por vezes, custos pesados em bem-estar e sobrevida para os agentes que, de forma activa, mais a quiseram. A Lei como regulação da vida colectiva é a fase final de um conflito social e a base sobre que se irá construir uma nova luta para se obter uma outra Lei, que a substituirá, porque se julga ser melhor. Num futuro próximo. O progresso também é assim que se vai fazendo.

As Leis 173/2001, 90/2009 e 246/2015 são disso exemplo pois respondem a tempos diferentes de uma procura que se acreditou ir melhorando os seus propósitos comuns.

Em função de interesses vários, de saberes vários e da maior ou menor sensibilidade do poder para os problemas em causa. Claro que estou a admitir que estas Leis têm um sentido social defensável aceite pela maioria dos cidadãos. Pela maioria porque sei que outros, provavelmente menos, com argumentação respeitável não acreditam nisto.

Por isso tentarei teorizar embora tendo presente que o assunto não é exclusivamente médico e que alguns, com argumentos inteligentes, dirão mesmo que nem é prioritariamente médico.

Lei 173/2001

Comecemos pelo princípio. Esta Lei 246 de 2015 é a continuação de duas outras. Uma de 2001

e outra de 2009, querendo todas dar certas vantagens a um determinado tipo de trabalhador incapaz por doença. Concorde-se ou não com a justiça destas vantagens tudo indica que a regra veio para ficar.

A Lei de 2001 (173) pode considerar-se que foi um ensaio que saiu pouco racional. Porque por razões nunca explicadas o Legislador e as Comissões que a apreciaram e aprovaram decidiram duas regras absolutamente absurdas: que apenas um certo número de doenças, que parecem uma escolha arbitrária, justificavam o benefício e que a Lei tinha efeitos retroactivos sem limitação de tempo. O absurdo da primeira regra pode exemplificar-se dizendo que incluiu a Esclerose Múltipla excluindo todas as outras doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central. O que não pode ter sentido mormente se pensarmos que excluiu a Esclerose Lateral Amiotrófica, doença do mesmo grupo, mas muito mais

restritiva funcionalmente e inexoravelmente letal em 3 anos. O absurdo da segunda regra é ainda menos aceitável socialmente pois deu aos trabalhadores aposentados por, por exemplo, cancro da mama ou da próstata 15 anos antes, “num contexto de terapêutica e prognóstico diferentes”, o direito de pedirem melhoria da sua pensão, atribuída naquela altura, porque a retroactividade da Lei não tinha qualquer limitação.

A alteração desta Lei ocorreu na sequência de uma campanha difamatória da CGA, em 2007, com o Governo a aproveitar a boleia dos caluniadores, ou em convivência de interesses com eles, para de um dia para o outro a suspender. E para, aproveitando o ruído caluniador, dar mais um passo na convergência estrutural das Segurança Social e Caixa Geral de Aposentações transmutando a Lei daquela para o Estatuto da Aposentação. Com esta “simples” determinação terminaram as

avaliações em Junta presencial na CGA substituída pela análise documental após observação do subscritor por um Médico Relator. E com a suspensão da Lei os funcionários públicos, tal como todos os outros trabalhadores porque a decisão também atingiu a Segurança Social, perderam de um dia para o outro direito ao subsídio especial nela previsto.

Cuja atribuição, na CGA, era automática, em função de Parecer médico, com base neste princípio: se ninguém pode alegar o desconhecimento da Lei para evitar ser penalizado por ela então também o desconhecimento da Lei não deve ser justificação para se não ser automática e imediatamente beneficiado por uma determinação legal. (Curiosamente a Professora de Aveiro que terá sido o suporte da calúnia sobre a CGA foi, de facto e efectivamente, o último ou um dos últimos funcionários públicos e dos últimos trabalhadores em geral a ter esse benefício. Durante o ruído da campanha o Governo pura e simplesmente anulou a norma de uma pessoa poder ser beneficiada em vida mas receber a notificação depois de morta. O que até então tinha acontecido dezenas de vezes com óbvio benefício para os descendentes).

Lei 90/2009

O Governo seguinte, pressionado por várias entidades, criou a Lei 90 de 2009 que alargou o número de patologias consideradas como excepção. O que foi uma vantagem. Mas não recuperou o direito a essa excepção aos trabalhadores que em fase terminal de vida aquando do pedido já tivessem morrido na

altura da avaliação em Junta. O que se manteve como desvantagem, como um direito perdido. Isto porque as Juntas (na CGA) passaram a ser mais demoradas por carecerem de uma avaliação prévia que depende da disponibilidade de entidade sobrecarregadíssima estranha à instituição. A eventual aplicação da Lei nestes casos passou a depender de um pedido formal nesse sentido feito pelos descendentes do trabalhador falecido e de uma posterior avaliação médica deste pedido em nova Junta. Foi a aparente injustiça desta situação que justificou, alguns anos mais tarde, a criação do conceito de Junta prioritária com que se procurou, ainda que parcialmente, resolver o problema. Como esta alteração legal veio compensar a perda de um direito parece-me óbvio ser um avanço.

A Lei 90 de 2009 teve ainda outra qualificação. Ao se reconhecer como imperfeita e susceptível de ser melhorada, nela ficou expresso que devia ser revista periodicamente o que permitiu que, mais tarde, surgisse a actual Lei 246 de 2015.

Que, bizarramente, não foi tão bem recebida quanto seria expectável. O que me surpreende. Porque o benefício extraordinário que oferece, se se continuar a defender que é normativo social respeitável é, com ela, muitíssimo mais adequado ao propósito da sua criação em 2001 (e repito que há quem ache que este benefício, pelo menos juridicamente, não é tão respeitável como os seus defensores pretendem. Eu mesmo tenho dúvidas sobre a validade, em termos comparativos, do seu sentido de justiça social).

Recordo que o propósito destas 3 Leis é dar um apoio especial

aos trabalhadores que têm uma disfuncionalidade não recuperável nem compensável que seja totalmente impeditiva do exercício de uma actividade paga com salário que permita viver com dignidade.

Lei 246/2015

Foi com base neste conceito que a Comissão que sugeriu as alterações à Lei 90/2009 propôs que fosse esta disfuncionalidade o critério de decisão quer para atribuir pensões por incapacidade quer para definir as normas de aplicação do subsídio complementar por dependência. Ou seja a Comissão entendeu adequado ignorar as doenças e apreciar os doentes.

Pretendendo que as sequelas de “qualquer patologia” avaliada pelas Juntas “se implicarem incapacidade total e absoluta para o trabalho” justificam a aposentação por doença como sempre foi a prática pericial. Mas acrescentando que se essa incapacidade não for compensável pelos múltiplos meios disponíveis nos dias de hoje, implicando progressiva perda de autonomia e dependência do doente, “sejam quais forem as patologias em causa” o benefício extraordinário que ela atribui tem justificação. É uma inequívoca vantagem em relação à Lei anterior que o não atribuía “a seja que patologia for”.

Mas mais. A Lei afirma que se o doente tiver uma incapacidade por doença cujo prognóstico de vida seja inferior a 3 anos também tem direito ao referido subsídio. Tal como acontecia antes. Só que antes a Lei abrangia exclusivamente “as doenças que ela mesma definia”. Na prática, abrangia exclusiva-

mente as doenças oncológicas metastizadas. E todos sabemos que a letalidade expectável não é um exclusivo do cancro.

O aspecto que se pretende negativo nesta Lei é a norma que retira o direito ao benefício extraordinário às doenças com letalidade previsível “provavelmente abaixo da expectativa de esperança média de vida” mas com remissão clínica continuada prolongada como é o caso de algumas doenças oncológicas, ou às passíveis de recuperações ou compensações terapêuticas prolongadas. E considera-se negativo porque a Lei revogada o atribuía às doenças oncológicas sem se atender à sua expectativa de vida ou à persistência da remissão clínica

Estes prejudicados são, porém, um número reduzido quando comparado com os que passaram a ter o benefício. E o prejuízo até pode não ser absoluto porque para estes doentes a Lei mantém um potencial benefício parcial. Os excluídos que, em tempo, vierem a perder a sua autonomia terão direito ao complemento por dependência previsto nas Leis 90 e 246.

A Lei 90 só reconhecia a dependência “no futuro” às patologias especificamente nela referidas. A Lei 246 abrange estes e muitos outros porque a decisão passou a ser a dependência “por si” e não a dependência por uma determinada doença. Não é isto uma vantagem?

O prognóstico como valor

Outro aspecto tido como negativo na Lei 246 é a referência, expressa, a uma morte possível em 3 anos. Até Médicos a comentaram depreciativamente. Como se a morte provável

quando previsível não fosse, hoje como sempre, um contínuo com a vida de que faz parte.

Nos Estados Unidos (por exemplo) desde há alguns anos que uma das áreas de negócio dos Advogados é a planificação da conflitualidade contra Médicos construída por doentes, ou por familiares de doentes que morreram, que alegam não ter podido programar as suas vidas de acordo com o tempo que lhes restava para viver “por não terem recebido informação precisa dos seus Médicos” sobre a esperança de vida que o seu particular diagnóstico implica.

A reactividade negativa à Lei parece querer dizer que este é um tempo novo para nós. Como se o morrer não fizesse parte natural do viver ou talvez porque alguns Médicos entendam que falar da morte é abjecto pelo que deve ser evitado. Se calhar “dá azar”.

Parece-me óbvio que os Médicos não se podem, não se devem, marginalizar em relação a este tipo de problemática. Porque hoje a cronicidade é um padrão assistencial e o espectro da morte é a sua consequência em maior ou menor período de tempo.

A escolha dos 3 anos pela Comissão que reviu a Lei 90 resulta automática e normalmente da ciência do prognóstico. Que como todos os exercícios médicos não é exacta. Não são exactas a ciência da Semiologia, da Semiótica, da discussão processual, do raciocínio clínico, da análise fisiopatológica, da terapêutica, do diagnóstico diferencial (e as “guide-lines” não alteram esta inexactidão) e de outras áreas científicas onde medra a competência clínica. No entanto os Médicos trabalham,

apreciam contextos de patologias ora simples ora complexas, tratam e se não curam pelo menos compensam a maioria das doenças sobre que têm de intervir. Com base em normativos que não são, que nunca foram e que muito provavelmente nunca serão, absolutos. Mas sobre os quais construíram a sua formação, sobre os quais reflectem doente a doente criando competência e saber, e sobre os quais moldaram a sua parte de responsabilidade na construção do edifício saúde que estrutura uma boa parcela do nosso actual bem-estar.

A ciência do prognóstico é uma das variáveis assistenciais mais relevantes da nossa prática porque é ela que condiciona o tipo de apoio e “a forma de apoiar” que utilizamos no exercício clínico como cuidadores. Apesar de não ser exacta.

E afinal o que é o prognóstico? Julgo pacífico dizer que todos os Médicos dirão que é o que nos permite afirmar que um doente com uma insuficiência cardíaca classe III da NYHA tem uma probabilidade de morte aos 5 anos muito superior à de outro doente também com insuficiência cardíaca mas na classe I da NYHA. Sabemos isto de forma segura pela estatística e pela observação directa. Embora o tal factor de imprecisão nos permita saber que o doente na classe I pode morrer primeiro e “pela doença” bastando para isso que tenha uma interferência inesperada e muito grave, com rápida mudança de classe, e com a morte a ocorrer antes, até muito antes, do outro que estava e se mantém, compensado, na classe III. É também o que permite afirmar que um doente com cancro da

mama que teve uma metástase óssea mas que conseguiu uma remissão completa tem uma perspectiva de vida mais reduzida do que um outro doente, também com cancro da mama, que apenas fez tumorectomia e nem careceu de quimioterapia. No entanto isso não quer dizer que aconteça “sempre” assim. De facto o doente que apenas fez tumorectomia pode, ainda que seja pouco provável, ter uma disseminação brutal metastática, por vezes silenciosa, e morrer muito antes do que era expectável. E também é o que nos permite afirmar que um cirrótico depois da primeira descompensação hepatoencefálica deve estar morto 5 anos mais tarde. No entanto pode não estar. O mesmo se podendo dizer do doente com cancro do pâncreas. Tem de estar morto 2 anos depois do diagnóstico. Mas há doentes, raros, que têm remissões de 10 e mais anos sem sinais da doença ou com sequelas secundárias compensadas.

Estes conhecimentos incertos no absoluto não impedem que o prognóstico continue a ser uma arma de intervenção extremamente importante no acto médico sendo esta ciência do prognóstico que agora é chamada a participar no acto pericial. Conhecer a provável evolução em tempo de uma doença é competência clínica. E o relativo desta certeza não lhe retira qualquer validade. Nunca sendo demais salientar que a sua não utilização, quando avaliamos um doente grave, é sinal de incompetência. Doa o que doer termos de o reconhecer.

O existirem casos clínicos que se afastam do expectável nem

desvaloriza o prognóstico nem impede o exercício assistencial. Mas confronta-nos com os limites do nosso saber e com o facto, tantas vezes repetido, de haver doentes e não doenças. O que é bom. Porque nos mantém acordados para a necessidade de estudarmos e aprendermos o que já estudámos e aprendemos dezenas de vezes.

Perícia Médica

Esta problemática da aplicação do prognóstico à Perícia tem ainda outro factor relevante.

Porque um doente com doença em remissão, como por exemplo uma mulher com cancro da mama, que aparentemente não tem sinais de doença pode ter uma instabilidade imunológica acentuada com persistência de lesões cutâneas e ou infecciosas, que ora vêm ora vão, que são de controlo difícil e que modificam o estar emocional do doente em termos não tratáveis quer pela recorrência sistemática quer pela curta duração dos períodos intercrises. Este doente pode ter critérios de aplicabilidade da nova Lei se sua autonomia estiver condicionada sem alternativa. No caso que uso como exemplo o sinal da recorrência pode ser um síndrome paraneoplásico que, de facto, também implica limitação em tempo da vida. Sem certeza mas provável. Outro exemplo onde a questão da autonomia também pode ser relevante é a depressão. A doença evolui com alternância de períodos de alívio com outros de agudização. Mas aqueles podem, em tempo, ser curtos, menos frequentes, restritivos da vida de relação de forma não compensável. Não são muitos doentes?

Talvez! Mas são alguns o que impõe a discussão de cada caso como caso único. Infelizmente estes doentes têm, por vezes, cuidadores que apenas lhes oferecem compreensividade sem responsabilidade. O que nem beneficia o doente nem os credibiliza. Mas até por isto cada caso tem de ser apreciado em função de um prognóstico de presunção o mais objectivo possível.

Em Perícia são a sensibilidade clínica e o juízo crítico apurado, com toda a falibilidade que lhes é própria, que têm de definir quer a disfuncionalidade por “perda de autonomia sem alternativa” quer por “provável limitação temporal da vida”. É com estes dois normativos presentes que cada decisão tem de ser fundamentada. Utilizando exclusivamente critérios clínicos (que devem ser) inerentes à competência do nosso exercício profissional.

Por isso vale a pena referir que a formação médica, logo na Introdução à Clínica, deve continuar a insistir numa boa aprendizagem do valor e do significado do prognóstico. Das doenças e dos doentes que delas sofrem. Porque cada vez mais o acentuíssimo cientifismo de prática assistencial necessita que os Médicos saibam utilizar esta ciência, aprender a sua correcta interpretação e o relativo de que se reveste. Os Médicos têm de saber lidar com a incerteza e com o dever, que é a sua obrigação primeira, de tomar decisões complexas sobre esta incerteza. Fundamentando-as.

É isto que se faz na Perícia Médica. E é por isso que a Lei 246, para quem acredita na justiça do benefício que implica, só pode ser considerada como um avanço.

O que procuro demonstrar com os números que se seguem (hoje tudo se valida por números) que “contam” os subscritores abrangidos ou excluídos por ambas as Leis 90 e 246 no período que decorreu entre 1 de Janeiro e 20 de Março de 2016.

Subscritores abrangidos por uma ou pela outra Lei _____	169
(Destes 169 há 137 que são auditáveis por os ter registado com número de subscritor)	
Abrangidos pela Lei 90/2009 _____	74 (21+53)
Abrangidos pela Lei 246/2015 _____	81 (28+53)
Abrangidos pela Lei 90 excluídos pela Lei 246 _____	21
Abrangidos Pela Lei 246 excluídos pela Lei 90 _____	28
Excluídos pela Lei 246, mas prováveis futuros dependentes ____	77 (10+67)
Abrangidos pela Lei 90, excluídos pela Lei 246, mas prováveis futuros dependentes _____	10
Excluídos por ambas as Leis mas prováveis futuros dependentes ____	67
Abrangidos por ambas as Leis _____	53

Um comentário final. Já se fizeram alterações à Lei 246. Com potenciais consequências no valor deste texto: a incapacidade especial é agora dependente de “presunção de evolução rápida para...” e a incapacidade deixa de ser, na CGA, o critério do Estatuto da Aposentação, “incapacidade total e definitiva para o trabalho” passando a Lei a ser o normativo do ISS, “presunção de o subscritor não recuperar, nos 3 anos próximos, a capacidade de auferir no desempenho da sua profissão mais de 50% da retribuição correspondente”. Estas regras entram (entraram) em vigor em 1 de Janeiro de 2016 pelo que algumas decisões das Juntas poderão ter de ser revistas.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2016

18 de Junho, sábado, 15h - Coimbra

A Cirurgia Cardíaca: seis décadas de história, sempre a evoluir - Manuel Antunes

13 de Julho, quarta-feira, 21h - Lisboa

Lançamento do livro “As causas de morte dos reis de Portugal” - Armando Moreno

Outubro, (data a definir)

Sessão temática no Porto (a confirmar) - Organização: Amélia Ricon Ferraz

5 de Novembro, sábado, 10h - Palácio Nacional de Mafra

Seminário sobre o espólio médico do Palácio Nacional de Mafra, em parceria com o Palácio Nacional e Mafra - (Programa a divulgar) - Organização: Maria do Sameiro Barroso

26 de Novembro, sábado, 14h30 - Lisboa

Seminário: “O Museu de Anestesia do Dr. Avelino Espinheira” - (Programa a divulgar)

- Organização: Joaquim Figueiredo Lima

Para mais informações: nhmom@omcne.pt

Historia da
Medicina

**Rui Nunes**

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

A Ética, os Estudantes, e a Medicina do Século XXI

A Medicina mergulha as suas raízes na tradição hipocrática de respeito pela pessoa doente e de dedicação ao próximo, muitas vezes com enorme sacrifício pessoal. E os valores que enquadram a prática médica são especialmente importantes para o prestígio e dignidade profissionais, sendo responsáveis pelo modo como a sociedade perspetiva os médicos e como valoriza a sua atividade. Por isso a Medicina é uma ciência mas também uma arte, com uma identidade muito própria, onde os princípios e os valores são transmitidos inter-generacionalmente, e onde os jovens médicos olham para os seus mestres como o referencial da boa prática profissional. Estes valores éticos intemporais são aliás responsáveis pela harmonização da prática médica que se assistiu no último século a uma escala global.

Não restam dúvidas, por isso, sobre o papel da Medicina nas sociedades contemporâneas e sobre a importância que a ética médica tem neste contexto. E não é apenas em situações limite que a ética faz sentir toda a sua importância. A reflexão ética é tão importante quando estão em causa temas fraturantes da nossa sociedade – como a eutanásia, a seleção de embriões, a biologia sintética, a repro-genética, ou a xeno-transplantação – como no exercício quotidiano da medicina, seja na clínica ou na investigação em seres humanos. Atuar de acor-

do com princípios éticos é essencial quando se efetua a história clínica do doente, quando se registam os dados no processo, em papel ou de forma desmaterializada, ou quando se obtém o consentimento informado, livre e esclarecido para uma cirurgia ou qualquer outro ato médico.

Mas, se é verdade que na ética médica assume particular importância o exemplo que os mestres proporcionam aos seus estudantes – exemplos de dedicação, de profissionalismo, de rigor técnico e científico mas, também, de compaixão, de entrega e de altruísmo – existe espaço para uma aprendizagem contínua ao longo da vida também no domínio da ética e da bioética.

É pois com enorme satisfação que se assiste nos últimos anos a uma nova assunção de responsabilidades por parte dos estudantes de medicina que, de uma atitude meramente reativa no passado, assumem hoje proactivamente o seu destino propondo e discutindo as normas éticas que desde cedo devem nortear a sua atividade. E deste modo contribuem para uma Medicina mais responsável, mais rigorosa e em consonância com o panorama internacional nesta matéria.

Mas, para além da existência hoje de enormes preocupações éticas no seio dos estudantes de Medicina, e das associações que os represen-

tam, deve assinalar-se um outro fenómeno de extraordinário impacto: o facto de os jovens estudantes enquadrarem a ética médica nos direitos humanos, na dignidade da pessoa, no primado da igualdade e da não discriminação, o que se traduz na proposta de códigos de ética por e para estudantes de medicina, códigos que estão na vanguarda da ética médica.

Respeitar a dignidade da pessoa, de todas as pessoas, sem nenhum tipo de discriminação, em razão do género, da idade, da etnia, da ascendência, do local de residência, ou de qualquer outra característica ou atributo é condição essencial para uma prática médica conforme aos desígnios da modernidade. E assim teremos médicos e médicas mais competentes e também mais justos.

Mas, o impulso que representa a ética dos estudantes de Medicina, vertida em códigos de ética especificamente concebidos para o efeito, é também resultado do enorme investimento que as faculdades de Medicina e escolas médicas efetuaram nos últimos anos em abrir os horizontes e apelar ao sentido último da responsabilidade de todos os médicos. Responsabilidade em ser tecnicamente competente, profissionalmente diligente e eticamente digno. Esta é a Medicina do Século XXI.



Catarina Vidinha

USF Novo Sentido, ACeS Porto Oriental

Sara Quelha

USF Arca D'Água, ACeS Porto Oriental

Médicas Internas de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar

Rastreio do Cancro da Mama - Novas Recomendações

As doenças oncológicas são um dos principais problemas de saúde a nível mundial. Em Portugal, representam a principal causa de morte abaixo dos 65 anos.¹

Segundo o relatório anual da Direção Geral da Saúde (DGS), "Doenças Oncológicas em Números 2015", o cancro da mama apresenta incidência crescente sendo atualmente o 2º cancro mais incidente em Portugal.² Estes dados estão de acordo com os dados apresentados pelo Registo Oncológico Nacional (RON; 2010) que destacam o cancro da mama como a neoplasia maligna mais frequente no sexo feminino.³

A relevância do cancro da mama prende-se não só com a sua incidência e mortalidade associada, mas também com a sua morbilidade e carga de doença, sendo responsável por 0,33% do total de YLD (anos de vida com incapacidade), e por 1,44% do total de DALY (anos de vida ajustados à incapacidade, ou seja, corresponde a anos de vida com incapacidade (YLD) + anos de vida perdidos (AVPP)).⁴

O Conselho da União Europeia produziu uma recomendação específica sobre os programas de rastreio de cancro para três patologias oncológicas, incluindo o cancro da mama (2003/878/CE)⁵, com metodologia bem definida e populações alvo. Continuam, assim, válidas as recomendações do anterior Plano Oncológico Nacional 2001-2005⁶, do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO) 2007-2010⁷ e recentemente adotadas nas Orientações Programáticas do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da DGS⁸, baseadas nas Recomendações Europeias de 2003. Estas orientações preconizam como método de rastreio do cancro da mama a realização de mamografia nas mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos, a cada 2 anos.

A implementação, coordenação e avaliação do rastreio do cancro da mama na região Norte é da responsabilidade da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte. A execução do rastreio, de acordo com as Normas Europeias

transpostas para o documento "Rastreio do Cancro da Mama da Região Norte" (RCMRN)⁹, aprovado em reunião da Comissão Oncológica Regional Norte, é da responsabilidade da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) que dispõe de competência técnica reconhecida e experiência relevante no desenvolvimento de programas de rastreio específicos deste tipo de cancro.

No entanto, contrariamente às recomendações supracitadas, a LPCC antecipa o início do rastreio em 5 anos, realizando um rastreio sistemático, de base populacional, através de convite às mulheres assintomáticas, entre os 45 e os 69 anos, inscritas em unidades de saúde, para realização de mamografia com uma periodicidade de 2 anos.¹⁰ Esta entidade assegura, ainda, a monitorização, o controlo e a garantia de qualidade aos vários níveis, desde os cuidados primários aos hospitais de referência.

Na ARS Norte houve, em 2014, uma taxa média de adesão de 59,47% ao rastreio do cancro da mama.²

A American Cancer Society (ACS) publicou em Outubro de 2015 as novas recomendações relativamente ao rastreio do Cancro da Mama em mulheres americanas sem risco aumentado de cancro da mama. Essas recomendações, que não haviam sido revistas desde 2003, recomendam a realização de mamografia a partir dos 45 anos, sendo que entre os 45-54 anos o rastreio deve ser anual e a partir dos 55 anos bienal. Estas recomendações não impõem limite de idade para o rastreio, devendo este ser mantido enquanto o estado geral de saúde faça prever uma esperança média de vida (EMV) de pelo menos 10 anos. Pela ausência de evidência, o exame clínico da mama de rotina não está recomendado como método de rastreio.¹¹

A US Preventive Services Task Force (USPSTF) 2009 e 2015 recomenda o rastreio do cancro da mama às mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos, através da mamografia com uma periodicidade de 2 anos. Segundo esta entidade o exame clínico da mama não está recomendado por haver evidência insuficiente a favor e contra a sua realização.^{12,13}

Coloca-se assim o dilema ético de saber como atuar perante uma utente elegível para rastreio do cancro da mama numa unidade de Cuidados de Saúde Primários, principalmente como efetuar o rastreio do cancro da mama mulheres entre os 45 e os 54 anos e em mulheres acima dos 69 anos com EMV acima de 10 anos.

Do exposto se conclui que a execução das determinações do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da DGS e do RCMRN da ARS Norte pelas unidades de Cuidados de Saúde Primários, não está de acordo com as recomendações das principais organizações e sociedades científicas internacionais. Estas últimas têm a vantagem de permitirem uma melhor abordagem da doença, de acordo com a boa prática médica e a evidência científica atualizada, o que não deixará de se repercutir favoravelmente na qualidade de vida do utente.

É, assim, urgente uma revisão destes documentos de forma a adequá-los às recomendações internacionais atuais e às orientações programáticas da DGS.

Bibliografia

1. DGS/DSIA com base em dados do INE, 2015.
2. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – Doenças Oncológicas em números -2015. Direção Geral da Saúde, fevereiro de 2016.
3. Registo Oncológico Nacional (RON) 2010. Ministério da Saúde.
4. Programa nacional para as Doenças Oncológicas – Doenças Oncológicas em números – 2014. Direção Geral da Saúde, novembro de 2014.
5. Recomendação do Conselho de 2 de dezembro de 2003 sobre o rastreio do cancro (2003/878/CE). Conselho da União Europeia. Jornal Oficial da União Europeia, L 327/34, 16 de dezembro de 2003.
6. Plano Oncológico Nacional 2001-2005. Resolução do Conselho de Ministros nº 129/2001. Diário da República – I Série-B, N° 190, 17 de agosto de 2001.
7. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO) 2007-2010. Direção Geral da Saúde, dezembro de 2007.
8. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Orientações Programáticas. Direção-Geral da Saúde, 5 de setembro de 2009.
9. Manual Executivo do Programa de Rastreio do Cancro da Mama na Região Norte. ARS Norte, outubro de 2010.
10. www.ligacontracancro.pt
11. Keating NL, Pace LE. New Guidelines for Breast Cancer Screening in US Woman. JAMA. 2015;314(15):1569-1571.
12. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(10):716-726, W-236.
13. Draft recommendation statement: breast cancer screening. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementDraft/breast-cancer-screening1>. Accessed September 18, 2015.



Rui Pedro Nunes

Médico interno do 4º ano de Medicina Geral e Familiar, USF São João Evangelista dos Lóios – ACES Lisboa Central

O utente difícil - A perspetiva de um interno de MGF

O que torna um utente difícil? São os utentes somente ou temos nós a nossa quota-parte da responsabilidade?

Por esse motivo vos quero falar da família N. A família N recorre N vezes à consulta por mês. Muitas vezes é mesmo TODA a família. Muitas vezes, vem a avó N à consulta aberta e pede "já agora" que os seus 2 netos sejam vistos porque um tem tosse seca desde o dia anterior e o outro tem algo que ela nem se lembra logo o que é. As crianças fazem barulho, remexem livremente em objetos que tenho na secretária, levantam-se e interrompem frequente a conversa com a avó. A avó reclama com eles - e eles agem como se tivessem maior grau de hipoacusia do que ela.

Todos os elementos da família apresentam obesidade e todos remetem as responsabilidades pela incorreta alimentação de uns para os outros: a mãe diz que a culpa é da avó, a avó do avô, o avô da mãe, enquanto a neta os vai desmentindo a todos. A certa altura é difícil perceber a quem estamos a fazer consulta, pois interagem caoticamente como se eu não es-

tivesse lá. Para que a consulta se restructure, tento várias técnicas: impondo alguns limites, explicando a razão dos mesmos; sumariando a informação transmitida e clarificando-a; explicando que cada elemento será consultado ordenadamente; avaliando a estrutura e o grau de (dis)funcionalidade familiar; e integrando toda a família nos planos terapêuticos, certificando-me que cada elemento compreendeu os diagnósticos e decisões tomadas.

E quem nunca se deparou com um utente que acha que o menor desconforto é um reflexo óbvio da finitude da vida humana? Apresento-vos a Sra. IN, adolescente primípara com perturbação de ansiedade generalizada com ataques de pânico. Vi-a inúmeras vezes também, sempre com sintomatologia ansiosa refletida em preocupações excessivas sobre sintomas, a maioria dos quais fisiológicos. A perturbação somatoforme adquire a forma de múltiplas queixas inespecíficas. Tem

medo que o antidepressivo prejudique o feto, que o cansaço seja de etiologia cardíaca, pergunta por exames e tem dúvidas sobre problemas que possam surgir quando a criança nascer.

A equipa formada por mim, pela minha orientadora e pela enfermeira de família comenta o difícil caso e trabalha em conjunto para que não haja informação contraditória, para que as dúvidas sejam esclarecidas à luz das crenças da utente, para que não haja uma atitude culpabilizadora ou desinteressada. Deixamos a porta aberta para que nos procure quando surja uma dúvida e esclarecemos que somos uma equipa que estará sempre disponível para a ajudar. Apesar dos esforços (e apesar de evitarmos males maiores como a agudização da ansiedade e a prescrição de medicação e de MCDTs "desnecessários"), a Sra. IN voltará uma e outra vez com os seus receios - estaremos cá para a apoiar. Mas este testemunho não estaria completo se me olvidasse da Sra.

AA. A Sra. AA entra no gabinete. É sempre simpática e sorridente. Fala alto, muito alto, como se a secretária que nos separasse fosse um muro de betão. Tem sempre inúmeras questões e questões que se repetem. Tem uma hipoacusia bilateral grave e vezes sem conta acena com a cabeça, enquanto os olhos me gritam "não estou a perceber nada". Vezes sem conta lhe explico como deve tomar o novo medicamento, escrevo uma guia de tratamento para o filho a ajudar, pois é analfabeta e a ela de nada lhe servirão hieróglifos num papel. Alternativamente, desenho artisticamente bolas e estrelas nas caixas - simbologia mística que servirá para que a Sra. AA saiba como tomar a medicação. Ao fim de 1001 perguntas e respostas, a

Sra. AA prolonga o tempo da consulta falando de questões como o almoço ou o gato a quem dá de comer, enquanto os demais utentes se apinham na sala de espera. A pressão anseia para que a Sra. saia, enquanto o humanismo que me levou a ser médico barafusta com o constrangimento temporal. Na consulta seguinte, tive 30 minutos para ver a Sra. AA. Ouvi tudo o que tinha para dizer: compreendi que estava praticamente só - só na sua surdez, só na sua solidão de viúva. Imaginei o quanto teria já vivido esta mulher, o quanto teria suportado e suportava ainda! Desta vez, a Sra. AA saiu com a convicção que me interessara por ela holisticamente e eu com a certeza que tinha feito verdadeiramente o meu trabalho.

Bibliografia

- 1) Crane M. Those "difficult" patients whom you and your staff dread. Medscape. 2014.
- 2) Haas JL, Lieser JP, Magill MK, Sanyer O. Management of the difficult patient. Am Fam Physician. 2005;72(10):2063-2068.
- 3) Hull SK, Broquet K. How to manage difficult patient encounters. Fam Pract Manag. 2007;14(6):30-34.
- 4) Nunes JM, Comunicação em contexto clínico. Bayer Health Care. 2010.
- 5) Nunes JM, Yaphe J, Santos I. Sintomas somatoformes em medicina de família: um estudo descritivo da incidência e evolução em uma unidade de saúde familiar de Portugal. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2013;8(28).
- 6) Ramos V. A consulta em 7 passos. Fundação Astra Zeneca. 2008.



Juliana Pais
Interna de Medicina Geral e Familiar
USF Cuidar (ACeS EDV I)

O aceitar para lá do curar...

A nossa profissão tem por definição incutida a responsabilidade de "cuidar da saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando as doenças". E é por isto que a nós nos é pedido e implorado que cuidemos do outro, o salvemos da doença que o ataca ou o livremos da fatalidade mais temida.

Como membros da nossa própria família, o mesmo nos é pedido e também implorado. Contudo nem sempre está ao nosso alcance a resposta e por vezes quando está, esta não é mais deleitável...

Quando damos por isso, tudo acontece num abrir e fechar de olhos, quando menos esperamos a vida muda o sentido das coisas...

Hoje não quero ser eu a dar respostas, a dar a notícia ou a receber os telefonemas de todos os que se encontram preocupados e a necessitar de alento. Hoje quero ser apenas a neta e estar à tua cabeceira, mesmo que não me respondas... Eu sei que estás a ouvir-me e sei que me amas e que me abraças em pensamento...

Hoje não quero fazer perguntas... Pois o conhecimento adquirido dá-me a resposta mais temida... Não me voltarás a beijar nem abraçar, não me voltarás a dizer o quanto te orgulhas de mim, nem o quanto me amas... A vida é mesmo assim, por vezes injusta e repentina. E apesar de teoricamente saber que partir é o melhor dos destinos, ver-te partir vai deixar um vazio em mim chamado Saudade.



Ana Rita Maia

Médica interna de formação específica em MGF na USF S.Miguel, ACES Grande Porto VIII

Alterações na avaliação intercalar no internato de Medicina Geral e Familiar

As alterações no formato do exame final do Internato Médico em Medicina Geral e Familiar, estão a promover mudanças nas avaliações intercalares. Para a avaliação do final do internato pretende-se uma prova equilibrada e justa, procurando simplificar a elaboração do *Curriculum Vitae*, adequar a avaliação à realidade dos cuidados de saúde primários e eliminar a subjetividade no processo de avaliação. Dada a insatisfação de todos os intervenientes neste processo, poucos se opõem à sua mudança. Outro assunto completamente diferente são as avaliações intercalares.

Algumas Direções de Internato reativaram o velho método de avaliação através de exame escrito e/ou de escolha múltipla, anual ou no final de cada estágio. Aparentemente, quase como um treino para aquele que um dia será o seu exame final. De facto, tal como já apontado, erradica-se a subjetividade de um exame oral e as injustiças decorrentes dos diferentes critérios usados pelos avaliadores. Este método traz outras van-

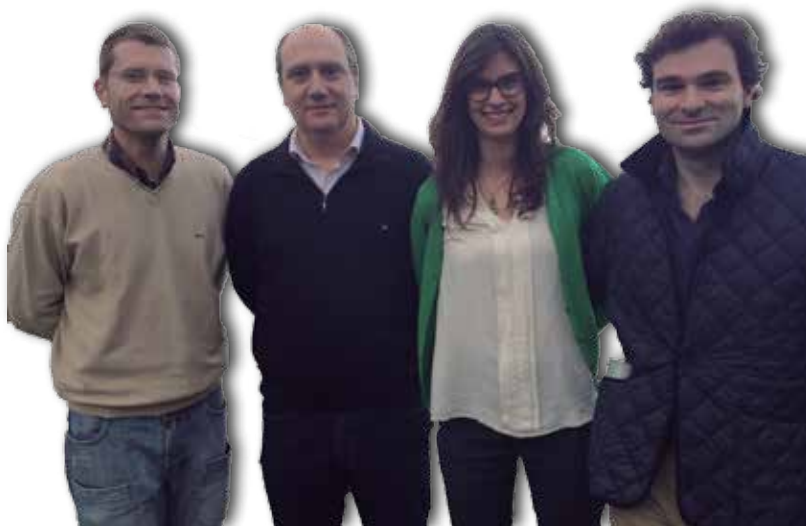
tagens, principalmente no que diz respeito à gestão de tempo e recursos. Ao ocupar um número mais reduzido de orientadores, permitirá ter médicos mais concentrados no exercício da sua atividade assistencial, no cumprimento dos indicadores contratualizados e dos *standards* avaliados pelo programa de acreditação. Na perspetiva dos internos, esta solução pode também não ser má, uma vez que já estão familiarizados com esta metodologia.

Apesar disto, a formação pré-graduada permite-nos concluir que este tipo de métodos de avaliação levam a uma sobrevalorização do estudo em detrimento da prática clínica, levando à formação de médicos com um extremo conhecimento científico, mas emocionalmente carentes e com dificuldades em integrar e relacionar informações. Sabe-se ainda, que as competências cognitivas e afetivas desempenham um papel relevante na aprendizagem, ou seja neste processo é tão importante o conhecimento, como a sua utilização. Para além disto, a

avaliação individual do interno promove uma atualização constante de todos os intervenientes neste processo, o que contribui para a melhoria da prestação de cuidados aos utentes.

A WONCA enumera 11 características que definem a Disciplina de Medicina Geral e Familiar, que se agrupam em 6 competências nucleares, ou seja, essenciais para a sua prática: gestão de cuidados de saúde primários, cuidados centrados na pessoa, aptidões específicas de resolução de problemas, abordagem abrangente, orientação comunitária e modelação holística. Será possível aprender tudo isto nos livros?

Com isto, desejo que este método não pegue moda, ou depois precisaremos de um “Ano Comum” no final do internato de MGF.

**Mariana Lima Ramos****João Rocha Santos****Tiago Calheiros**

Internos Formação Específica Medicina Geral Familiar

Nelson Rodrigues

Assistente Graduado Medicina Geral Familiar

“Doutor... não está no computador?!”

Que atire a primeira pedra, quem nunca vociferou ou deu umas “pancadinhas de amor” no computador para ver se o seu pensamento era mais célere. Se isso nunca aconteceu, é porque o tempo despendido com estas máquinas não é o suficiente para a sua paciência “crashar”.

A relação dos profissionais de saúde com os computadores é de amor-ódio. Ao abrir o programa de apoio ao médico, a probabilidade de não conseguirmos atingir o nosso objetivo é considerável. Após nos deixarmos hipnotizar pela barra de cor verde, que se preenche à medida que o tempo passa, ficamos na expectativa do que virá...

A memória visual é um precioso auxílio, no reconhecimento das dezenas de botões que temos de identificar para construir o nosso raciocínio. A memória a longo prazo, também não pode ser descurada, já que nos permite recordar um sem número de palavras-chave para diversos programas de saúde que se encavalitam no ambiente de trabalho.

Depois de uma batalha travada com o computador na preparação da consulta, é altura do contacto direto com a pessoa que nos procura. O empenho para criar empatia torna-se a nossa nova prioridade. Mas, quando chega o momento em que se coloca a questão “Que medicamentos está a tomar?”. Do outro lado, grande parte das vezes a resposta vem em forma de pergunta: “Oh Doutor...mas não está no computador?!”.

Após um tempo de tréguas, voltamos novamente a dirigir o nosso olhar para o ecrã, para mais um clique, agora no botão “PEM”, que deriva do nome Programa Enlouquece Médicos. Nesses instantes, fazemos “figas” para que funcione. Na página da medicação recente, podemos encontrar uma pa-

nóplia de medicamentos, que se misturam entre medicação habitual e a realizada de forma esporádica. Depois de mais um clique desenfreado no item da medicação habitual, podemos encontrar os fármacos de uma forma mais organizada, isto se as sucessivas atualizações nas consultas anteriores tiverem sido gravadas com êxito, o que muitas vezes não se verifica.

Após o acordo mútuo de trazer todos os medicamentos que estão em casa na próxima consulta, relembramos a importância de estar sempre acompanhado pelos mesmos.

A responsabilidade em saúde não é unidirecional. A consulta médica é um ato bidirecional, em que se busca um parecer de alguém especializado, não deve ser entendida como uma

mera prestação de serviços. A consciência da responsabilidade do utente pela sua saúde é um passo determinante na melhoria dos cuidados prestados, nomeadamente na adoção de comportamentos e estilos de vida, na gestão da doença crónica, mas também na doença aguda e na correta utilização dos serviços de saúde.

O conceito de Cidadania em Saúde surge, em 1978, da Declaração de Alma-Ata como “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (AlmaAta, 1978). Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o cidadão é responsável pela sua própria saúde e da

sociedade onde está inserido, tendo o dever de a defender e promover, no respeito pelo bem comum e em proveito dos seus interesses e reconhecida liberdade de escolha (Lei de Bases da Saúde, 1990).

Em pleno século XXI, anos após o aparecimento do primeiro computador, ainda existe um longo caminho a percorrer na literacia em Saúde no nosso país.

Nestas circunstâncias, percebemos que ainda nos resta alguma simpatia por estas máquinas e pelos programas de apoio aos profissionais de saúde.

À nossa semelhança, chega uma altura em que as máquinas empoeiradas aguardam paciente-mente a reforma. E é no sentido

figurado da palavra “reforma” que encontramos o sentido de quase tudo. Precisamos renovar o que já foi feito ou então criar de novo.

No entanto, se a tecnologia por um lado nos tolda a paciência, por outro sustenta a memória do ser humano, cuja “RAM” se encontra muitas vezes recheada de ficheiros difíceis de eliminar.





Osvaldo Francês

Assistente Graduado de Cirurgia Geral (aposentado)

Pressão, depressão e “burnout”

Numa altura em que se discute a questão da saúde mental dos médicos e até se deu início a um estudo sociodemográfico e de incidência de síndrome de “burnout” nos médicos em Portugal, ocorreu-me que este título possa expressar a sequência do trajecto psicológico de um médico que trabalhe num hospital dos dias de hoje, como resposta à pressão a que está sujeito. Os tipos de pressão são vários: o exercício da medicina em si, a exposição mediática, condições de trabalho entre outros.

Exercício da medicina

Como já escrevi em artigo anterior, Esperança Pina refere em “A Responsabilidade dos Médicos”:

“A prática da medicina é muito complexa. O diagnóstico é o resultado de uma diligência lógica, certa por vezes, mas muitas vezes incerta, que pode chegar a situações de impasse. A terapêutica é constituída muitas vezes por efeitos secundários dos medicamentos ou por técnicas que produzem complicações inexplicáveis e que são tantas vezes ineficazes.”

Em artigo publicado no BJS de Novembro 2013 intitulado “Patient Complications Have Profound Effects on Surgeons” chama-se a atenção para as respostas emocionais dos cirurgiões às adversidades (e.g. complicações) que ocorrem no exercício da sua especialidade:

“Surgeons are commonly affec-

ted adversely by the same incidents that harm patients—they are ‘second victims.’ However, their colleagues and institutions fail to appreciate how important and pervasive the problem is”.

A propósito do infeliz desfecho do caso do jovem falecido no hospital de S. José, após dois dias de espera por não haver equipa constituída para promover o necessário e atempado tratamento, pode dizer-se que, citando uma vez mais Esperança Pina: “A obrigação médica é, regra geral, *uma obrigação de meios e não uma obrigação de resultados*”. Por isso o hospital deveria ter providenciado os meios técnicos e humanos necessários para tratar o doente conveniente e atempadamente.

Deixar um doente, em risco de voltar a sangrar, internado durante um fim-de-semana, esperando pela segunda-feira para fazer a hemostase, mesmo que respeitando os “limites de tem-

po estabelecidos” em certos protocolos, que podem ir até 72 horas, teve o resultado que se viu. Esta prática vai contra o mais básico princípio cirúrgico que é o controlo absoluto e completo de qualquer hemorragia activa ou previsível.

E passo a citar:

“Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage (SAH): a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association:

1. Surgical clipping or endovascular coiling of the ruptured aneurysm should be performed as early as feasible in the majority of patients to reduce the rate of rebleeding after SAH.”

Pressão mediática

A exposição mediática de casos graves ou daquilo que corre mal no exercício da actividade mé-

dica é muito grande e acontece, por actuação directa dos meios de comunicação social, com um tema que mexe com o mais precioso de cada um: a vida!

Também é de considerar a curiosidade mórbida do público para saber as desgraças que vão acontecendo, cuja divulgação faz vender papel e aumentar audiências.

Porém há quem defenda que a pressão mediática até pode ser boa, se não for má!

(ideias veiculadas pelo jornalista Jorge Correia no debate sobre a “Organização dos Serviços de Saúde – Urgências hospitalares – constrangimentos e oportunidades”, decorrido em Lisboa na Ordem dos Médicos em 17 de Abril de 2015*).

Qualquer tipo de pressão sobre quem está a tratar um doente é nefasto pelas consequências negativas que pode acarretar, quer para o doente, quer para médicos e enfermeiros.

“O administrador do Centro Hospitalar do Algarve qualificou como ‘excessiva’ a exposição mediática que está a ser dada ao hospital de São José pela alegada falta de assistência a doentes com problemas vasculares cerebrais.”

A transferência de doentes é efectuada e organizada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e, em condições ideais, de helicóptero, mas que pode não acontecer caso haja algum problema clínico que não permita ao utente fazer a viagem neste meio de transporte ou se as condições climatéricas forem impeditivas de fazer o voo.

Com o devido respeito pela profissão de jornalista penso que estes deverão abster-se de influenciar o trabalho do mé-

dico pressionando para obter uma notícia mais sensacionalista para satisfação do seu público.

“O jornalista deve combater a censura e o sensacionalismo e considerar a acusação sem provas e o plágio como graves faltas profissionais.” (Código Deontológico do Jornalista).

Condições de trabalho

Os recentes casos clínicos ocorridos nos hospitais de Faro e de S. José são exemplos de tudo aquilo que não deve acontecer.

Deficiente comunicação entre os médicos e os jornalistas dando origem a notícias controversas e alarmistas (*agora é mais perigoso ter um AVC ao fim de semana!*).

Animosidade contra os médicos que se escusam a estar de serviço por lhes não pagarem as horas extraordinárias (*aqueles malandros só pensam em ganhar dinheiro!*).

Pessoalmente ‘sofri na pele’ por este facto, em que por diversas vezes tive que ‘sacrificar’ a minha hora de saída para ficar a

operar doentes que não podiam ser adiados. Nunca fui remunerado por isso.

Um facto que é origem de muita controvérsia, e a que muitas administrações hospitalares não são sensíveis, é deixarem equipas de cirurgia desfalcadas chegando a haver casos em que fica um só cirurgião de serviço para não ter que pagar ao segundo elemento, mesmo que ficasse em prevenção!

Se por acaso aparece um doente com indicação para intervenção urgente dizem-nos muito simplesmente: *transfiram para outro hospital (!)*.

Sei bem o que é “ficar só, sem equipa”, e a angústia que provoca ao médico.

Terá sido nesta situação em que deve ter ficado o único neurocirurgião vascular de serviço naquele fim-de-semana no hospital de S. José.

Foram factos como este, além de outros, que me levaram a pedir escusa do serviço de urgência aos cinquenta e cinco anos e a aposentação antecipada aos sessenta e três.





Ricardo Brás
UCSP São Neutel

Lígia Costa Rocha
USF Aque Flaviae

Carla Veiga Rodrigues
UCSP São Neutel

Medicina Geral e Familiar, uma especialidade sim ou não? (Será a Medicina Geral e Familiar uma Especialidade?)

A Medicina Geral e Familiar (MGF) é uma especialidade médica complexa, a qual procura fazer uma abordagem holística do ser humano considerando a doença como entidade presente numa pessoa e não uma entidade isolada.

A MGF é uma especialidade recente?... Se olharmos para a data da sua criação formal poderemos ficar com a errónea ideia que sim. Porém se olharmos de uma perspectiva histórico-cultural para a MGF facilmente percebemos que as suas raízes se perdem na história. A imagem romântica e literária do “João Semana” de Júlio Dinis no romance “As Pupilas do Senhor Reitor” deverá estar no imaginário de todos os médicos e muito mais naqueles que escolheram esta especialidade. O retrato de um médico que percorria as aldeias para chegar aos enfermos que precisavam de ajuda, são as raízes da MGF. É a medicina próxima das pessoas, famílias e comunidades.

Em Portugal, no século XX foram várias as políticas de saúde e alterações na formação pré e

pós-graduada dos médicos que culminaram na criação formal e administrativa da Especialidade de MGF.

Em 1960, foram criados os centros de atendimento para os trabalhadores e familiares que descontavam para a Caixa de Previdência, era um sistema que excluiu os mais pobres que não trabalhavam e não descontavam e excluía também os mais abastados que não trabalhando também não tinham necessidade de fazer os seus descontos.

Em 1971, surgiram os primeiros Centros de Saúde destinados a prestar cuidados de saúde materno-infantil. Nestes locais trabalhavam médicos ginecologistas, pediatras e clínicos gerais.

Em 1972, a criação da WONCA lançou os pilares para a MGF moderna, pretendendo-se o fim dos antigos clínicos gerais e a emergência de uma nova classe de generalistas com formação específica em certas áreas com competências para lidar com problemas da sociedade moderna como: doenças da civilização, doenças crónicas, doenças da longevidade

e comportamentos nocivos para a saúde.

Em 1974, após o 25 de Abril considerou-se constitucionalmente a saúde como um direito universal. Medida que com sucessivas alterações e melhoramentos culminou com a génese do Serviço Nacional de Saúde, universal e tendencialmente gratuito. Com o SNS, a necessidade de um novo médico, com uma formação generalista e especializada ao mesmo tempo, surgiu. Pretendia-se um médico que fosse pilar e âncora deste sistema indo de encontro ao modelo definido pela WONCA. Em 1979, 4 médicos do Royal College of General Practitioners, deram um seminário na Escola Nacional de Saúde Pública após o qual lançaram documento intitulado “O papel do clínico geral nos Cuidados de Saúde Primários”. O qual constitui um marco relevante para a MGF em Portugal.

Entre os anos de 1980 e 1982, fez-se a regulamentação da carreira médica em Clínica Geral, iniciou-se o internato e formou-se o Colégio da Especialidade de MGF. Os primeiros anos do internato

em MGF, eram centrados na formação hospitalar. Porém em 1987, passa a haver orientadores especialistas em MGF e a formação nesta especialidade passa finalmente a ter estágios nos Centros de Saúde. E neste mesmo ano, o único acesso à carreira de médico especialista em MGF faz-se única e exclusivamente através do internato.

A evolução da especialidade em Portugal confunde-se com e não é alheia à evolução dos CSP, em 1996 o “Projecto Alfa” e em 1998 o Regime Remuneratório Experimental constituem o embrião das actuais Unidades de Saúde Familiar. De 1999 a 2005 a “Missão para os CSP” destinava-se a torná-los mais capazes e eficientes e recentrou todo o SNS, colocando os CSP como pilar central do mesmo. E em 2005, é criada a primeira USF.

No ano de 2007, dá-se a reorganização e agrupamento dos Centros de Saúde em ACeS.

A formação dos estudantes de medicina sofreu alterações desde a fase pré-graduada com vista ao melhoramento da imagem dos CSP, tornando a especialidade de MGF mais atractiva. Percebeu-se que a exposição precoce dos estudantes a estágios em CSP incrementaria o número de novos internos de especialidade. Foi-se mais além nesta missão com a inclusão de disciplinas teóricas centradas na comunidade e na família nos curricula dos cursos de medicina. Disciplinas ministradas por professores Especialistas em MGF, mostrando uma especialidade baseada em investigação e não inferior a qualquer outra. Assim procurou mudar-se o paradigma hospitalocêntrico e melhorar o diálogo entre o mé-

dico hospitalar e o Médico de Família.

A MGF surge então como produto final deste processo, assente no modelo Biopsicossocial, procurando uma medicina centrada na comunicação com a pessoa numa abordagem holística do doente. Roger Neighbour em 2013 numa conferência na WONCA caracterizou assim a MGF: “só desta forma é que se consegue reintroduzir o elemento “gentileza” na nossa medicina, uma medicina que nas últimas décadas tem se tornado cada vez mais impessoal e mecanicista”.

Após esta revisão histórica e sociológica da especialidade de MGF, na medicina do século XXI não restam dúvidas de que se trata de uma especialidade, basilar em qualquer sistema de saúde.

A pertinência de discutir este tema surge pelo atropelo administrativo feito a esta especialidade. O conceito de Bypass está presente no léxico de toda a comunidade médica, encarado como salvador de tantos seres humanos. O problema coloca-se quando se transporta o conceito de Bypass para a especialidade de MGF:

1. No ano de 2015, no decorrer do concurso de entrada na especialidade médica, fruto da selvagem proliferação de vagas nas faculdades de medicina, 114 colegas ficaram sem acesso a uma vaga de especialidade;
2. Assim assistimos em alguns pontos do país à colocação destes colegas indiferenciados sem especialidade em Centros de Saúde a assumirem uma lista de doentes, de forma completamente autónoma sem tutor ou supervisão;
3. Temos colegas sem especia-

lidade a fazer o trabalho de um especialista com todas as responsabilidades inerentes a um trabalho desta natureza;

4. Assumir um ficheiro de doentes, é algo que os internos de MGF só poderão fazer no final de 4 anos de formação pós-graduada tutorada e sujeita a avaliações anuais e um exame público final. Estando nesta formação compreendida uma enorme carga horária prática, teórica e de investigação científica;

5. Explorar o conceito de Bypass nesta circunstância impõe-se. Pelo facto de estarmos a fazer um atropelo à especialidade e pô-la em causa. Colegas que passam à frente de quem entrou na especialidade ignorando assim 4 anos de formação pós-graduada.

É legítimo que os internos de MGF se sintam insultados pelo facto de terem abraçado uma especialidade que na verdade é posta em causa. Poderá configurar um insulto para com quem estudou e teve uma nota que lhe permitiu acesso a uma especialidade. E, os mais sensíveis poder-se-ão sentir provocados pelo facto de colegas com formação equivalente à dos internos mais novos estarem a assumir um ficheiro de doentes e serem pagos a um valor/hora superior.

Sem qualquer ataque a outras especialidades médicas a comparação impõe-se. Porque não colocar os colegas indiferenciados na consulta externa de Dermatologia de um qualquer hospital. É uma especialidade muito carenciada, a qual não dá muitas vezes uma resposta adequada às solicitações. É uma área em que muitos dos

estudantes de medicina tiveram mais formação pré-graduada do que em MGF. Sendo uma área mais específica será mais fácil para alguém indiferenciado assimilá-la por repetição. A diversidade de patologias e o arsenal de fármacos a manejar são muito menores, como tal a curva de aprendizagem será inferior e mais acessível. Então a pergunta deverá ser feita: Porque não colocar estes colegas a suprir as falhas na área de Dermatologia? Aceitariam os colegas dermatologistas que isto acontecesse? Será a MGF uma especialidade menor?... Raciocínio similar poderia ser aplicado a especialidades como pediatria, oftalmologia ou cardiologia, baseado no princípio de que pela imitação e insistência melhor ou pior até se chega lá... Esta forma leviana de olhar para uma especialidade médica trará a curto, médio e longo prazo consequências gravíssimas para o utente, para o SNS e para a comunidade médica.

Os utentes sairão prejudicados pelo facto de uns terem direito a um Médico de Família, ou seja, serão utentes de 1ª categoria e outros serão utentes de 2ª com atendimento por um médico sem especialidade. O SNS sairá prejudicado pelo facto de os colegas indiferenciados desconhecerem os Programas Nacionais de Saúde com todas as consequências que daí advirão em termos epidemiológicos e de custos, traduzindo-se esta situação numa grosseira diminuição da qualidade. A comunidade médica sentir-se-á desconfortável: os internos pelas razões acima referidas, os especialistas pelo facto de verem colegas não especialistas a fazerem o seu trabalho e a falta de vagas para os recém-especialistas.

O receio de que isto aconteça prende-se com o facto de estando os ACES remediados com um médico ainda que não especialista não procedam à contratação de especialistas. Por fim,

o desconforto com o fim da meritocracia tendo acesso à especialidade colegas que para ela não tiveram nota.

A realidade de se aceder a uma especialidade sem frequentar o respectivo internato não é uma utopia. Podendo: *“os clínicos gerais que possuam seis anos de exercício efectivo na prestação de cuidados de saúde globais e continuados a inscritos em lista nominativa, por quem são responsáveis, individualmente e em equipa, e que tenham desenvolvido funções próprias da medicina geral e familiar, podem a título excepcional, obter o grau de especialista.”* . Assim é um imperativo lutar pela dignidade da nossa especialidade e não permitirmos que conosco pratiquem o enxovalho sem que nada façamos e que a MGF não seja a solução para a formação anárquica de médicos em Portugal.

A nossa resposta é sim! A Medicina Geral e Familiar é uma especialidade!!!

Pedro Ribeiro da Silva

Especialista em MGF a exercer funções na DGS;
Membro consultivo do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos do Distrito Médico de Lisboa-Cidade;
Presidente do Conselho Consultivo das Terapêuticas Não Convencionais

O juramento de Hipócrates: “Os meus colegas serão meus irmãos”

A propósito da Terapêuticas Não Convencionais

A estratégia da Organização Mundial da Saúde relativamente às Terapêuticas Não Convencionais (TNC) para o período 2014-2023 salienta a necessidade do desenvolvimento de uma política coesa e integrada dos cuidados de saúde de modo a permitir aos utentes o acesso seguro, competente e eficaz às TNC.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (WHO: 2013), na Europa existem atualmente 100 milhões de pessoas que utilizam estas terapêuticas. Em Portugal as TNC estão enquadradas pela Lei nº 45/2003 de 22 de agosto, a qual prevê a existência das seguintes TNCs: Acupunctura, Homeopatia, Osteopatia, Naturopatia, Fitoterapia e Quiropraxia e pela Lei nº 71/2013, de 2 de Setembro que veio regulamentar a Lei anterior, acrescentando a Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

A regulamentação adicional prevista pela Lei nº 71/2013, de 2 de Setembro encontra-se atualmente publicada, faltando

apenas os ciclos de estudos referentes à MTC e à Homeopatia e o nº 6 do artigo 19º referente às instituições de formação.

O acesso a estas profissões estará, no futuro, condicionado à obtenção da titularidade do grau de licenciado em qualquer uma das áreas acima referidas, em ciclos de estudos com a duração de 4 anos

A regulamentação das TNC é de extrema importância para garantir a qualidade e a segurança da sua prática e fundamentalmente garantir a proteção da saúde pública.

A Portaria nº 181/2014 de 12 de Setembro estabelece os requisitos mínimos das instalações para exercer a atividade. Os *standards* exigidos são semelhantes aos das outras profissões de saúde, não é mais possível atender pessoas em locais sem condições.

Os profissionais das TNC devem ter obrigatoriamente um seguro profissional que proteja os utentes e os profissionais, com o capital mínimo de

150.000€ por anuidade e sinistro.

Os profissionais devem ter uma cédula atribuída pela ACSS para exercerem. Se o grupo de trabalho que atribui as cédulas considerar que o profissional necessita mais formação, é-lhe atribuída uma cédula provisória e terá que fazer mais formação ou se for considerado que não tem formação suficiente não será atribuída qualquer tipo de cédula.

No prazo para se fazer o pedido de cédula, foram solicitadas 3500 cédulas, dado que muitos profissionais pediram cédula para mais que uma das TNC, deduz-se que o número de profissionais que solicitaram cédula será cerca de dois mil.

A Lei nº 45/2003, que foi aprovada por unanimidade na Assembleia da República no seu Artigo 5º, estabelece: “É reconhecida autonomia técnica e deontológica no exercício profissional da prática das terapêuticas não convencionais”.

Este artigo da Lei claramente

define a autonomia destas práticas, não cabendo a nós médicos avaliar da sua eventual cientificidade. Compete-nos sim contribuir para a salvaguarda da saúde pública e evitar as práticas nocivas com possível dano para os utentes.

É isso que se pretende com a regulamentação. Enquadrar estes profissionais em parâmetros legais que adequem as suas práticas.

A Lei nº 71/2013 é clara em relação as aspetos que são fundamentais para uma boa prática, estabelece que os profissionais das TNC devem manter um registo claro e detalhado das observações dos utilizadores, bem como dos atos praticados, não podem alegar falsamente que os atos que praticam são capazes de curar doenças, disfunções e malformações e que nos locais de prestação das TNC é proibida a comercialização de produtos aos utilizadores, entre muitas outras disposições que as 2 Leis e as diversas portarias estabelecem.

O Conselho Consultivo para as Terapêuticas Não Convencionais (CCTNC) previsto na Lei 71/2013 é um “órgão não remunerado de apoio ao Ministro da Saúde para as questões relativas ao exercício, formação, regulamentação e regulação das profissões previstas na presente lei”.

A portaria nº 25/2014, de 3 de fevereiro no seu artigo 1º elenca as competências do Conselho Consultivo nas quais consta “Propor ao Ministro da Saúde quaisquer ações que entenda deverem ser desenvolvidas, tendo em conta, nomeadamente o seu carácter prioritário.”

O CCTNC não é um órgão normativo pelo que dele não ema-

nam normas mas sim propostas para o Sr. Ministro da Saúde sobre as TNC. O Conselho não decide sobre as TNC, emite opiniões fundamentadas e registadas em ata, será sempre a tutela a decidir, pelo que será muito difícil, antever sequer, a possibilidade de existirem incompatibilidades, no entanto, se isso viesse acontecer, os três elementos que representam o Ministério da Saúde, de imediato informariam a tutela e utilizariam todos os meios legalmente disponíveis para o impedir.

A informação do CCTNC para o Sr. Ministro da Saúde sobre a possibilidade de isenção de IVA para as TNC foi feita em estrito cumprimento com a alínea g) do artº 1º da Portaria nº 25/2014 de 3 de Fevereiro.

O CCTNC tem naturalmente os representantes das TNC em maioria, porque é um Conselho Consultivo para as TNC e porque a Lei nº 71/2013, aprovada sem votos contra na Assembleia da República assim o estabelece.

A proposta de regulamento Interno, baseada na proposta da Direção-Geral da Saúde, está quase terminada e define um funcionamento democrático com decisão por maioria simples de votos.

A OM tem um papel da maior importância na sociedade. Os TNC não são cuidados médicos, as áreas de atuação das TNC e da Medicina são diferentes. Contudo as TNC podem ser complementares de forma a maximizar o bem-estar das populações. Não devem ser marginalizadas para as periferias dos sistemas de saúde, sem regulamentação, onde podem atuar sem qualquer exigência ou garantia de qualidade.

Assim, o CCTNC é decisivo neste processo, onde estão representadas as sete terapêuticas não convencionais regulamentadas, os organismos estatais que têm uma intervenção no processo (Saúde, Ensino Superior e Trabalho), organizações representativas dos consumidores e organismos representantes de outros profissionais na área da saúde (médicos e farmacêuticos).

Estão previstos grupos de trabalho sobre a Carta Ética e Deontológica das TNC, sobre as interações entre os produtos prescritos pelas TNC e os medicamentos alopáticos, para o desenvolvimento da investigação e das boas práticas em TNC, entre outros.

A participação construtiva da OM é fundamental, agora e no futuro.

A carta que o Sr. Bastonário escreveu ao Sr. Ministro da Saúde e publicou na revista da OM do mês passado, faz uma análise distorcida do funcionamento do CCTNC, colocando em causa o bom nome dos representantes do Ministério da Saúde nesse Conselho e de um colega Médico sem o ter ouvido.

Toda esta atuação é contrária ao Juramento de Hipócrates e aquilo que deve ser a nossa prática:

“Os meus colegas são meus irmãos”.

O Presidente do CCTNC é médico, faz parte da lista que foi eleita para a Distrital de Lisboa, nas últimas eleições para a Ordem dos Médicos e bater-se-á sempre pela segurança dos doentes e pela salvaguarda da saúde pública.



Mafalda Sofia Moura da Silva
3º Ano do Internato de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar de Barão Nova Sintra, Porto

Um olhar sobre a realidade da Medicina Geral e Familiar em São Paulo, Brasil

Em Agosto de 2015, teve início a minha experiência por terras de Vera Cruz. Rumei a São Paulo e durante um mês tive a felicidade de estagiar no Serviço de Urgência (“Pronto Atendimento”), nas áreas de Pediatria e Medicina Interna (“Clínica”), de um dos melhores hospitais do Brasil, o Hospital Sírio-Libanês. Neste hospital, dotado de ótimas instalações e equipado com tecnologia de ponta, a realidade da medicina privada impressiona. Mas estava muito curiosa para perceber como funciona a medicina pública de uma das maiores metrópoles do mundo, particularmente na minha área de especialização.

Assim, em Setembro de 2015, apesar de alguns contratempus na organização do intercâmbio ao abrigo do programa *Family Medicine 360*, tive a sorte de contar com a ajuda da Dra. Maria Zilda de Aquino e da coordenadora do Instituto de Responsabilidade do Sírio-Libanês, tendo-me sido dada a possibilidade acompanhar o Dr. Tony Wendell, um jovem médico da família e da comunidade (cujo internato dura apenas dois anos),

na Unidade Básica de Saúde (UBS) Humaitá, em São Paulo.

Existem, no Estado de São Paulo, cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (a do Norte, Sul, Sudeste, Leste e Centro-Oeste) sendo que a UBS Humaitá pertence à do Centro-Oeste.

A UBS Humaitá atende moradores cadastrados na sua área de abrangência, assim como aqueles que lá trabalham diariamente. Cerca de 15 a 20% do território abrangido por esta Unidade de Saúde está a cargo de três equipas, que funcionam ao abrigo de um programa inovador designado Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo cada equipa da ESF à sua responsabilidade cerca de 1200 famílias (correspondendo a cerca de 3500 a 4500 pessoas). No restante território está implementado o modelo tradicional, sendo o acompanhamento dos utentes efectuado por um internista (“clínico”), um pediatra e um ginecologista.

Fui muito bem acolhida por todos os membros da UBS Humaitá e, particularmente, pela equipa que integrei. A convivência diária permitiu que assistisse a momen-

tos que transcendem o quotidiano médico.

Verifiquei que existem alguns aspectos que são semelhantes a Portugal: o médico de família é muitas vezes um confidente, alguém a quem se retorna quando desejado e de uma forma tão acessível, alguém que cuida do indivíduo, da família, da comunidade. As *guidelines* são universais, é certo, mas a sua aplicação, ou não, depende do conhecimento profundo de quem o médico tem diante de si, da relação que construíram ao longo dos anos e, sobretudo na realidade com que me deparei, dos recursos disponíveis. O médico de família, em São Paulo, decerto numa das melhores Unidades Básicas de Saúde da cidade, não pode pedir uma ecografia, sendo obrigado a enviar o doente a um médico especialista para que este, se entender necessário, o faça.

O horário de trabalho global é, à semelhança de Portugal, de 40 horas semanais. No entanto, organiza-se de forma diferente, estabelecendo-se um horário de quatro horas semanais para visitas domiciliárias e cinco horas semanais para reunião



Visita domiciliária



Equipa UBS Humaitá



da equipa, em que podem participar também as supervisoras do programa de ESF, uma psiquiatra e elementos de outros grupos como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF - composto por duas fisioterapeutas, uma assistente social, uma “fonoaudióloga” e um psicólogo).

A estrutura das equipas da ESF é uma das maiores e mais marcantes diferenças que encontrei em comparação com a realidade portuguesa. São compostas por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários. O facto de a equipa ter esta composição permite uma inserção muito mais efectiva na comunidade, proporciona uma intervenção social mais activa e próxima das pessoas. Os agentes comunitários são um excelente elo de ligação à equipa de profissionais de saúde presentes na UBS, dado que cada equipa da ESF divide o seu território de acção em microáreas, correspondendo cada microárea a um agente comunitário que, idealmente, lá reside e visita os utentes inscritos na UBS uma vez por mês. Os auxiliares de enfermagem têm praticamente as mesmas funções que um enfermeiro de família em Portugal e tive a possibilidade de acompanhar o seu trabalho num programa de vigilância de hipertensos e diabéticos (designado HiperDia),

em que avaliam a sua tensão arterial e glicemia, semanalmente, havendo no final, para quem assim desejar, uma sessão de actividade física. Muitas das consultas de vigilância, por exemplo das crianças e das grávidas, são realizadas alternadamente entre médico e enfermeira, verificando-se maior partilha de responsabilidade. Outra função que é da responsabilidade exclusiva da enfermeira é a do rastreio de cancro do colo do útero, através da colheita da citologia cervico-vaginal.

Apesar de os registos clínicos ainda serem feitos à mão (em algumas UBS já se encontra em funcionamento um programa informático idêntico ao SClínico – o e-SUS), a comunicação estabelece-se de forma muito eficaz e esse é um dos pontos fortes da actividade do Dr. Tony Wendell. Considero que é, dos médicos com quem partilhei o espaço de consulta, um dos que mais eficazmente comunica e consegue criar um forte vínculo com o doente, partilhando com ele a responsabilidade do tratamento que propõe.

Adjacente à UBS, encontra-se uma farmácia que fornece aos doentes inscritos, inúmeros fármacos, gratuitamente, para as mais diversas patologias.

Funciona também, na Unidade, um programa informático de monitorização da glicemia para doentes

insulinodependentes, em que o glicómetro, bem como todos os utensílios necessários, são fornecidos ao doente gratuitamente, permitindo o seu controlo mensal.

Fui parte integrante de várias visitas domiciliárias, acompanhando o Dr. Tony Wendell e também o auxiliar de enfermagem Sandro. Em todas as visitas participava ainda o agente comunitário da respectiva microárea. Foram estas deslocações que me permitiram absorver mais informação e consciencializar-me da real importância do Médico da Família e da Comunidade. Pude ver de tudo: desde casas amplas, modernas, com uma limpeza invejável até pequenos espaços, degradados, sujos, os inesquecíveis cortiços, a memorável e icónica Vila Itororó. Ricos e pobres. Pessoas acamadas mas também idosos de 80 e muitos anos com uma forma física e saúde mental invejáveis. Assim se auscultam experiências de vida, se capta a essência de cada um. Assim se percebe que a função do médico de família vai muito além do espaço de consulta.



José Mário Martins

Médico Estomatologista

Presidente da APCMG-Associação de Medicina de Proximidade

Um doente no reino da Dinamarca:

- Memórias de uma viagem atribulada, a propósito de infeções hospitalares

“Naquele tempo as viagens eram longas, perigosas e difíceis, e ir da Dinamarca à Palestina era uma grande aventura. Quem partia poucas notícias podia mandar...”

(Sophia de Mello Breyner Andresen, *in* “O cavaleiro da Dinamarca”).

Quando naquele 1 de Agosto de 1984 entrei no Sud Expresso, de mochila às costas e “Interrail” no bolso, com a licenciatura em Medicina concluída dias antes, estava preparado para uma viagem longa, com algumas dificuldades, mas que haveria de permitir-me cruzar o círculo polar ártico e visitar Rovaniemi, conhecida por ser a “terra do Pai Natal”.

Como sempre, a primeira paragem seria em Paris, cidade que, como nos diz Hemingway, “...vale sempre a pena, pois somos sempre recompensados por tudo o que lhe tivermos dado”. O plano, rigorosamente traçado pelo Jorge, um amigo de infância, haveria de levar-nos ao reino da Dinamarca ao sétimo dia de viagem. E assim foi!

Porém, como sabidamente avisa Adriano Moreira, “O imprevisto está à espera de uma oportunidade”. E esta viria a acontecer em Copenhaga.

Aquilo que começou por ser um desconforto abdominal, transformou-se numa dor forte na região periumbilical, acompanhada de náuseas. A intensidade e persistência dos sintomas aconselhavam uma visita à urgência de um Hospital, onde se pôde confirmar, já tarde na noite, a suspeita de uma apendicite aguda, seguida da necessária intervenção cirúrgica.

Estar internado num hospital, numa

terra estranha, como uma estranha língua, a 3.000 Km’s de casa, num tempo em que não estava disponível o acesso a *internet* nem a redes de telemóvel, pode ser considerada uma experiência pouco gratificante.

Porém, para quem tinha passado o último ano numa enorme ansiedade para terminar o curso, frequentando o velho Hospital da Universidade de Coimbra (HUC) era uma oportunidade imperdível para observar e comparar.

Por esta altura era possível – os que têm mais de 50 anos sabem isso – ver médicos a fumar no interior das salas e corredores do Hospital, ter no Bloco Operatório uma sala com 2 mesas operatórias trabalhando em simultâneo.

Quais as principais diferenças em relação ao que, à época, se via no HUC?

Cada um dos profissionais de saúde (médicos incluídos!) lavava as mãos antes e depois de qualquer contacto com o doente. As visitas eram convidadas a lavar as mãos à entrada e saída da enfermaria.

Para lá do pijama, tive direito a um conjunto de roupa de exterior que deveria usar quando quisesse sair da enfermaria, nomeadamente para passear pelo jardim, não se assistindo ao triste espectáculo a que estava habituado de ver doentes a deambular pelos claustros dos HUC em

pijama ou, na melhor das hipóteses, protegidos por um roupão.

Verifiquei, perplexo, que o número de camas existente na minha enfermaria variava ao longo do tempo, pois a cama “acompanhava” o doente, entrando e saindo com ele. Assim, na minha estadia de meia dúzia de dias, a minha enfermaria variou, na sua capacidade, entre 2 e 6 doentes.

As recentes notícias sobre as elevadas taxas de infeção hospitalar, bem como o preocupante problema do aparecimento de bactérias multiresistentes nos nossos hospitais, trouxeram-me à memória aquela estada no reino da Dinamarca.

“Corremos o risco de chegar a uma situação pré-descoberta dos antibióticos” – afirma Maria Miragaia, Investigadora do Instituto de Tecnologia Química e Biológica à revista Visão de 26/05/2016, referindo-se à situação das multiresistências.

Portugal compara mal com a média dos países da OCDE no que às infeções diz respeito porque, ao invés de seguir boas práticas preventivas que outros implantaram com sucesso, insiste em fazer normas e microsites que não levam a informação aos seus reais destinatários.

Em 5 de Maio de 2014 foi lançada a Campanha Nacional de Precauções Básicas de Controlo de Infeção. Perdemos 30 preciosos anos. Não temos mais tempo a perder!



Aires Gonçalves, Maria do Sameiro Barroso (direcção do NHMOM), Fernando Real e Anabela Leitão

Notas sobre as primeiras médicas e farmacêuticas portuguesas

No âmbito do Dia Internacional da Mulher, o Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos (NHMOM) realizou, no dia 12 de Março, uma sessão temática dedicada às primeiras médicas e farmacêuticas portuguesas, com o objetivo de homenagear essas pioneiras. A sessão, que se realizou na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos, contou com uma intervenção de Anabela Leitão, especialista em Medicina Geral e Familiar, que prestou uma homenagem genérica às primeiras médicas, Maria do Sameiro Barroso que destacou a entrega de Carolina Beatriz Ângelo à prática da Medicina e à sua luta pelos direitos das mulheres e Fernando Real, gearqueólogo do Museu Nacional de Arqueologia e neto de uma das primeiras mulheres licenciadas em Farmácia, que fez uma homenagem a Laura Campos, uma das primeiras farmacêuticas portuguesas. No decorrer da iniciativa a atriz Isabel Wolmar leu um poema sobre Carolina Beatriz Ângelo, da autoria de Maria do Sameiro Barroso. Publicamos em seguida a síntese que os autores fazem das suas palestras.

As primeiras médicas portuguesas, por Anabela Leitão

Desenvolvido como um contributo contra o esquecimento e o anonimato, o tema das primeiras médicas portuguesas baseou-se em registos disponibilizados nos seguintes Arquivos: Biblioteca Nacional, Biblioteca do Hospital de S. José, Biblioteca da Faculdade de Medi-

cina de Lisboa, Arquivo da Escola Politécnica de Lisboa, Biblioteca do Museu de História da Medicina do Porto, Biblioteca da Faculdade de Medicina do Porto, Biblioteca da Universidade de Medicina de Zurique.

Foi apresentada a contextualização internacional do mesmo acontecimento: pioneiras médicas na segunda metade do século XIX na América do Norte, Reino Uni-

do, Rússia e restante Europa, com base nos estudos sobre a matéria de Thomas Neville Bonner e de Natalie Pigeard Micault nas suas obras “To the ends of the earth” e “Histoire de l’entrée des femmes en Médecine”, respectivamente. Este processo não foi pacífico, tendo havido avanços e recuos.

Em Portugal, a entrada de mulheres nas Escolas Médico-Cirúrgicas aconteceu nos anos 80 do século

XIX, duas décadas depois das americanas, inglesas e russas e outras europeias. Foi uma inclusão pacífica e paulatina com acesso em plena igualdade no que diz respeito ao curriculum académico, aos cinco anos lectivos dos cursos médicos e aos dois anos de estudos preparatórios nas Escolas Politécnicas.

As primeiras licenciadas, de acordo com os registos acima referidos, foram Sophia Rosa da Silva e Amélia Cardia dos Santos Costa em Lisboa e as irmãs Aurélia Moraes Sarmento e Laurinda Moraes Sarmento no Porto, todas no ano de 1891. Até ao final do século XIX, mais oito mulheres concluíram o curso médico-cirúrgico: Maria Leite Paes Moreira no Porto, Emília Patacho, em Lisboa, Guilhermina Moraes Sarmento no Porto, e ainda Maria Theodora Pimentel, Maria do Carmo Jesus Affreixo, Sophia Graça Affreixo, Maria do Carmo Lopes e Adelaide Cabette todas em Lisboa.

A conclusão dos cinco anos de estudos era concretizada com o Ato Grande, dia em que eram apresentadas a um Júri de quatro examinadores a Dissertação Inaugural e as Proposições, temas sobre os quais eram interrogadas.

As Dissertações constituem, sem dúvida, trabalhos interessantes do ponto de vista da Medicina da época e reflectem as altas taxas de mortalidade infantil e peri-parto que existiam no país. Também as doenças infecciosas cujos principais agentes foram sendo identificados ao longo do século XIX, foram temas escolhidos nas Dissertações. Podem ler-se entre alguns dos temas: "Hygiene da primeira Infância", "Hygiene da gravidez e do Parto", "Algumas Considerações Sobre a Mulher em trabalho de Parto", "Protecção às Mulheres grávidas pobres". Uma das médicas, Maria Theodora Pimentel,

abordou o tema das doenças infecciosas com elevada mortalidade com a sua dissertação inaugural "Algumas palavras sobre a meningite como complicação da febre typhoide".

Por fim, mostrando que estavam absolutamente a par do que se discutia na Europa, ao nível da neurofisiologia e da psiquiatria, que apaixonou nomes da Medicina como Charcot, Amélia Cardia apresentou um tema intitulado Febre hystérica. Tal como escreve na "Advertência" da sua tese: "Tratava-se d'uma febre a princípio intermitente, atypica, bem definida como syndroma, n'uma doente em quem explodiram, no decurso da evolução morbida, symptomas inequívocos d' hysteria".

Outro aspecto relevante destas Dissertações é que elas mostram os avanços da medicina do seu tempo, como no caso da tese apresentada por Teodora Pimentel, "Meningite como complicação de Febre Typhoide", revelando que já era possível confirmar o diagnóstico após a morte, neste caso através da alteração das placas de Peyer, além das alterações macroscópicas das meninges.

Em conclusão, verificámos que a presença das mulheres nas Escolas Médico-cirúrgicas criadas em 1836 pelo Ministro do Reino, Passos Manuel, surgiu na viragem do século XIX para o século XX, de forma ainda muito reduzida, o que se compreende à luz da elevada taxa de analfabetismo que era superior a 70% e mais elevada ainda na população feminina, e que

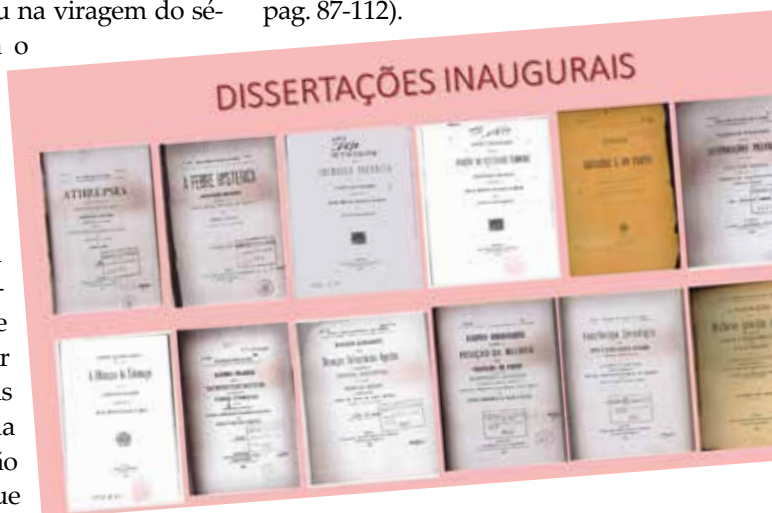


Anabela Leitão

foi uma integração sem grandes sobressaltos ou contestações. As mulheres foram bem acolhidas pelos professores e colegas homens e obtiveram até louvores em várias cadeiras.

A vida profissional da maior parte destas médicas caracterizou-se pela actividade em consultórios particulares, geralmente dedicados às "doenças das senhoras e partos" e pelo ensino em Institutos de Educação Feminina.

Muitas destas médicas ficaram também conhecidas pela sua actividade como feministas, como bem elucida no seu trabalho "Os Primórdios do feminismo em Portugal: A primeira década do séc XX", Mestre João Esteves (publicado na Revista Penélope, nº 25 2001 pag. 87-112).



Carolina Beatriz Ângelo: a prática da Medicina e a luta pelos direitos das mulheres,

por Maria do Sameiro Barroso



Como um poema que nunca foi escrito, assim me parece a vida fugaz e luminosa de Carolina Beatriz Ângelo. Nascida a 16 de Abril de 1878, na cidade da Guarda, ingressou na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, onde terminou o Curso de Medicina a 9 de Janeiro de 1902. Nesse ano, casou com o primo, Januário Gonçalves Barreto Duarte, também médico e republicano.

Foi uma das primeiras médicas portuguesas e viria a ser a primeira mulher a exercer cirurgia, tendo-se dedicado à ginecologia e à obstetrícia.

Durante o curso, teve como colega, o Dr. Jorge Marçal da Silva (1878-1929), médico-cirurgião de grande sensibilidade artística que se dedicou à fotografia. Do seu vasto espólio, reproduzimos uma fotografia original, gentilmente cedida pelo Dr. Manuel Mendes Silva, na qual Carolina figura, sorridente, entre os colegas.

Como tema da sua dissertação



escolheu Prolapsos Genitais (Apontamentos), que apresentou, após terminar o estágio nos Hospitais Cívicos de Lisboa, baseando-se nos casos que tivera oportunidade de tratar, sendo de assinalar a competência com que trata o assunto.

A sua actividade não se confinou à medicina. Lutou pela dignificação feminina ao nível institucional e político, tendo feito parte da Comissão destinada a difundir a propaganda feminista e o sufrágio feminino, a fim de conquistar o direito de voto, até então, vedado às mulheres.

A 23 de Junho de 1910, faleceu o seu marido, com 33 anos. Após a proclamação da República, a 5 de Outubro, na sua condição de viúva e chefe de família, dirigiu então um requerimento, dirigido à Comissão de Recenseamento do seu bairro, pedindo a sua inclusão nos cadernos eleitorais. A 28 de Maio de 1911, votou nas eleições para a Assembleia Nacional Constituinte. O seu acto foi fotografado e amplamente noticiado em Portugal e no estrangeiro. Carolina Beatriz Ângelo foi a primeira mulher a votar, em Portugal e na Europa.

A 3 de Outubro desse ano, morreu subitamente, contando 33

anos, quando regressava de uma reunião política.

Posteriormente, foi publicada a Lei Eleitoral de 13 de Julho de 1913, determinando que «o voto secreto é exercido por cidadãos portugueses do sexo masculino maiores de 21 anos».

Mas a morte poupou a Carolina ver essa lei. A sua luta épica já a tinha elevado à galeria dos heróis trágicos.

A luta pelos direitos das mulheres está longe de terminar. Por isso lhe dediquei um poema do qual transcrevo a estrofe final:

*Como lembrar-te, mulher, política,
cirurgiã?*

*Como dizer-te, pomba, gladiolo,
vislumbre de luz, em jardim secreto?
O canto é novo, sempre novo.*

Por ele vivo.

A ele respondo.

As fontes recordam-te.

*As águas escrevem-me,
quando as aves flutuam na manhã.*

Nota

O texto da conferência e o artigo, *Prolapsos Genitais – a Tese de Carolina*, seguido do poema, *Para Carolina Beatriz Ângelo*, Dulce Helena Pires Borges (org.), *Catálogo da Exposição de Homenagem a Carolina Beatriz Ângelo*, *Intersecções dos sentidos, palavras, actos e imagens*,



Isabel Wolmar lendo o poema sobre Carolina Beatriz Ângelo

Museu da Guarda, IMC, 2010, pp. 42-45, foram fundidos num texto que se encontra acessível no site da Ordem Dos Médicos.

Laura Campos – Uma das primeiras licenciadas em Farmácia, em Portugal, por Fernando Real

Laura Angelina Campos nasceu na cidade do Porto, a 15 de Janeiro de 1897, no seio de uma família ligada ao mundo da farmácia. Na mudança do século XIX para o século XX ocorrem em Portugal, grandes transformações políticas que levaram ao fim da Monarquia e implantação da República, a 5 de Outubro de 1910, bem como à introdução de novas ideias para a modernização do País.



Laura A. Campos (no dia da licenciatura 02/07/1920)



Fernando Real

É neste enquadramento de alteração da sociedade portuguesa, que Laura Campos, filha de António Ferreira Campos, farmacêutico, assumidamente militante republicano, fez o seu percurso escolar. Em 15 de setembro de 1910 matriculou-se no Liceu Rodrigues de Freitas, frequentando o ensino secundário entre 1910-1916.

Em 1916 entrou para o Curso Superior de Farmácia da Universidade do Porto, que concluiu em 1920, numa época em que em Portugal, ocorriam profundas alterações no ensino da Medicina e da Farmácia. A autonomia das Escolas de Farmácia, até então anexas

às Escolas Médico-cirúrgicas, é reforçada com a publicação do Decreto n.º 5.463, de 29 de Abril de 1919, que consagra o grau de licenciado aos farmacêuticos. Pela primeira vez, foi assim concedido, aos diplomados pelas Escolas de Farmácia o título de licenciado, medida que viria a ser completada dois anos mais tarde, com a elevação daquelas à categoria de Faculdades.

Laura Campos é uma das duas mulheres que frequentaram o Curso Superior de Farmácia entre 1916 e 1920. Obteve a classificação final de 18 valores. Foi convidada para exercer a atividade docente na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, mas por razões pessoais e de ordem familiar, optou por trabalhar na Farmácia Campos, propriedade do pai, então com saúde debilitada e idade avançada.

A Farmácia, que Laura Campos tecnicamente dirigiu durante cerca de 60 anos era uma unidade de saúde com reconhecido prestígio na cidade do Porto, não só pelos medicamentos manipulados que eram produzidos no seu laboratório, conforme for-



1º Curso Superior de Farmácia da Universidade do Porto, no dia da licenciatura 02/07/1920. Ao centro Laura A. Campos e Ester Reis



Rótulos originais dos potes de cerâmica da Farmácia Campos sob a direção técnica de Laura Campos

mulário médico, utilizando produtos naturais de plantas medicinais, mas também pelo apoio à população, a maior parte das vezes gratuito, que procurava a Farmácia para obter conselhos de saúde, fazer curativos diversos ou aplicar uma injeção.

Desde o início da Farmácia Campos (1885) até aos anos 70 do século XX, vários médicos na cidade do Porto preferiam prescrever um receituário personalizado, não disponível no circuito comercial de distribuição farmacêutica, recomendando a Farmácia Cam-

pos como local de confiança, pelo rigor na produção desses fármacos.

No domínio da investigação, Laura Campos criou novas fórmulas farmacêuticas que alcançaram grande aceitação e cujas normas foram registadas as patentes de propriedade, após reconhecimento pelas autoridades competentes. Como exemplos recorde, entre outros, o xarope *Sedogenol* para a tosse, com um agradável sabor a funcho, a *Pomada Campos*, pomada dermatológica cicatrizante, ou a *Pomada Canforada*, para o trata-

mento de infeções.

Laura Campos teve uma vida extraordinariamente ativa dedicada à farmácia, à família e a ajudar a população. Com os seus colegas da primeira licenciatura do Curso Superior de Farmácia da Universidade do Porto (1916-1920), manteve contacto ao longo dos anos, convivendo no “almoço de curso”. Desse grupo, foi a que teve vida mais longa. Faleceu em 1992, aos 93 anos. No dia do funeral, o comércio local encerrou para lhe prestar homenagem. Ganhara o respeito do povo da Foz do Douro (Porto), a quem ajudava desinteressadamente, permanecendo ainda na sua memória.

A Farmácia Campos (de que há registos desde 1885) está na família há cinco gerações. A atual diretora técnica, mãe do signatário, é Maria Angelina Campos de Sousa Real, e sua neta Isabel, que também é farmacêutica é o seu “braço direito”. A personalidade e o exemplo cívico de Laura Campos habita em todos os que a conheceram ou que com ela viveram.



Fotografia da área de atendimento ao público da Farmácia Campos, em 2016



Rui de Carvalho Alves

Theodor Billroth e Johannes Brahms

Realizou-se no dia 17 Fevereiro de 2016 a conferência “O outro Billroth I e II ou Theodor Billroth e Johannes Brahms, um “Doppelgänger” improvável”, uma organização do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos. A conferência, que teve lugar na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos, foi proferida por Rui de Carvalho Alves. Publicamos em seguida o resumo feito pelo conferencista.

O outro Billroth I e II ou Theodor Billroth e Johannes Brahms, um “Doppelgänger” improvável.

Quando abordamos a literatura quartetística do século XIX, nomeadamente na tradição vienesa, verificamos que no período de 40 anos que medeia a partida de Mozart, de Salzburgo para a capital, e a morte de Schubert, a forma musical do quarteto de cordas granjeou um estatuto de forma maior de música de câmara.

Após a publicação dos quartetos de Beethoven, nomeadamente dos quartetos da fase tardia, a forma tinha já atingido

o ponto de perfeição estilística e técnica e estas últimas publicações, constituíam o “benchmark” com o qual os compositores com produção quartetística subsequente: Schubert, Schumann e Mendelssohn, se iriam comparar.

O motivo desta comunicação foi tentar explicar a razão pela qual, Johannes Brahms dedicou os seus primeiros dois quartetos (Op.51, no.1 & no.2), obras da plena maturidade, com um processo de composição muito longo e alvo de uma autocritica devastadora, a um cirurgião e professor da universidade de Viena. Esses dois quartetos de cordas, ficaram na gíria mu-

sical como os “outros Billroth I e Billroth II” em analogia às modalidades de gastrectomia descritas por Theodor Billroth. Observando as suas vidas, antes e depois do seu encontro musical em Zurique em 1864, a sua amizade e interdependência artística e pessoal que permaneceu até ao fim das suas respectivas vidas, concluímos que talvez fossem um verdadeiro “Doppelgänger” um do outro, ainda que improvável, tal como descrito por Heinrich Heine no seu poema homónimo e musicado por Franz Schubert no seu derradeiro ciclo de canto: o “Schwanengesang”.