

Revista

Ordem Médicos

ano 32 n.º 170 Junho | 2016 Mensal | 2€

**Ordens médicas
ibero-americanas e europeias
reuniram-se em Coimbra - pág. 30**

Entrevistas:

Eu sentia-me como uma escrava
Raquel Helena Novaes - pág. 35

**Será que vamos aguentar isto
muito mais tempo?**
Hermínia Teixeira - pág. 39

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 32
N.º 170
Junho 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



Sumário

editorial

- 05 Novos desafios para a MFR.
Portaria 178-A/2016

informação

- 10 Processo de escolha das vagas
de especialidade – 2016
12 Estudo Nacional do *Burnout*
na Classe Médica
13 VII Congresso da Comunidade
Médica de Língua Portuguesa

- 14 Critérios ilegais em concurso
de recrutamento médico
para assistente hospitalar

actualidade

- 18 A palavra aos representantes
da Ordem dos Médicos
25 OM denuncia publicidade
enganosa no setor da saúde
26 2016 European Health
Management Association
Annual Conference
27 Morte súbita:
o que podemos fazer?
29 Contributos para a História da
Psiquiatria e Saúde Mental
em Portugal
30 Ordens médicas ibero-americanas
e europeias reuniram-se
em Coimbra

entrevista

- 35 Eu sentia-me como uma escrava
39 Será que vamos aguentar isto
muito mais tempo?

SRC - informação

- 44 As avarias, os bugs e a SPMS
45 Ordem denuncia carências no
Centro de Saúde
da Marinha Grande
46 A festa e as homenagens no Dia
Mundial do Médico de Família
49 Cantanhede: Carlos Cortes
denuncia falta de médicos
após visita ao Hospital Arcebispo
João Crisóstomo



SRN - informação

- 50 Dia do Médico 2016 na SRNOM
Valorizar a profissão médica

- 55 Jovens médicos reuniram
na SRN

SRS - informação

- 56 Presidente do CRS denunciou
acto irresponsável
59 Gratidão do filho de um cidadão
exemplar

opinião

- 62 Uma reflexão sobre o papel
do médico de família no
planeamento dos cuidados
em fim de vida
64 Crispr-Cas9, Antropoceno e o Ser-áí
68 Contraceção – a desinformação dos
adolescentes e o estado da arte
70 Profissionais de saúde – direito
ao trabalho, não discriminação,
privacidade, VIH e Ordem
dos Médicos
72 A panaceia dos caídos
74 Carta aberta: o perigo da Eutanásia
78 A era digital: que consequências
no desenvolvimento psicossocial?
79 E por detrás da pessoa doente?

cultura

histórias da história

- 81 Anastácio Gonçalves,
um Príncipe solitário na Medicina
e na Arte

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
RADIONCOLOGIA: 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: Augusto Ribeiro
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



Novos desafios para a MFR. Portaria 178-A/2016

Estaremos perante uma paulatina destruição de uma especialidade médica?
Os prejuízos para os doentes seriam graves.

A Portaria 178-A/2016 foi assinada a 29.06 e publicada a 01.07.2016, com entrada em vigor no mesmo dia. Determina a aplicação do Sistema de Classificação para Doentes de Medicina Física e Reabilitação em ambulatório (SCD-MFRA), para efeitos da requisição dos respectivos cuidados em todos os pedidos efetuados pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP) às instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do sector convencional, estabelecendo as regras de faturação, preços e taxas moderadoras aplicáveis.

Uma reunião previamente agendada no Ministério da Saúde (MS) com a SPMFR e a APMGF foi subitamente antecipada do dia 30.06 para 28.06. Como se comprova, afinal, já estava tudo decidido, mas nada foi dito aos Colegas presentes, convencidos que as suas opiniões e propostas estavam a ser genuinamente auscultadas. Entre vários factos graves, publicam-se preços de faturação por grupos de patologias de incapacidade com base na análise de dados onde existem centenas de erros e desvios devido aos

lapsos na codificação, de que foram apresentados exemplos reais. Além disso, há avaliação funcional do doente pela MGF e não pela MFR e há ausência de coresets e de escalas de avaliação correctas, o que origina desvios de consequências imprevisíveis nos estudos económicos e financeiros.

Tudo isto foi demonstrado na prática ao Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (SEAS) e ao Dr. Ricardo Mestre, um dos ideólogos do 'sistema' (...), com exemplos concretos.

Frisou-se que a implementa-

ção do SDC-MFRA obrigaria a corrigir anteriormente os erros e a proceder a um estudo com dados correctos, não sendo aceitável que a especialidade que especificamente se prepara durante cinco anos para a avaliação funcional do doente fosse completamente excluída desta função, com inegáveis prejuízos para os doentes. O SEAS anuiu que se enviassem os erros e as sugestões, o que iria ser feito já durante o presente mês de Julho.

Para enorme espanto, no dia seguinte à reunião no Ministério, a Portaria é publicada tal como estava, não integrando nenhuma das propostas da MFR, com valores e regras de facturação baseadas num estudo retrospectivo, efectuado com um sistema cheio de equívocos! Curiosamente, a faturação é efectuada por grupos de patologias e as taxas moderadoras por actos escolhidos, o que não se entende. É o nosso Portugal a ser delapidado por ideólogos burocratas... É certo que a própria Portaria determina um período de transição de 90 dias, o que permitirá correções, mas ninguém sabe quais serão aceites e qual a coerência da versão final.

Mais ainda, não obstante a clara oposição da APMGF e dos Médicos de Família, publicam-se inverdades, como “atualmente verifica-se uma elevada adesão dos médicos dos CSP ao novo modelo SCD-MFRA, confirmando-se que o SCD em questão responde às necessidades a que se propõe”, quando o contrário terá sido reconhecido na reunião acima referida... Sabemos que a utilização tem sido imposta sob enorme pressão e ameaças constantes de não se-

rem autorizadas as prescrições de MFR (Fisiatria), o que é ilegal!

Falei com vários Médicos de Família, que me disseram que o sistema é uma anormalidade, que não foi validado por ninguém, que não existe em lado nenhum do mundo, que ninguém lhes conseguiu explicar qual a sua utilidade real e que, como são obrigados a preencher algo em que não veem utilidade e para cuja finalidade não têm formação, preenchem o protocolo “mais ou menos”... Quanto mais não fosse, é fácil perceber que basta esta razão para os futuros resultados do ‘sistema’ serem completamente inúteis, estatisticamente intratáveis e desprovidos de qualquer validade científica. Resta, portanto, o verdadeiro objectivo, conter artificialmente a despesa, sem qualquer preocupação com os doentes...

Os alegados objectivos desta legislação são de “i) caracterizar de forma sistematizada o doente referenciado para cuidados de MFRA; ii) regular a faturação, ao SNS, da prestação de cuidados de MFRA por parte das entidades convenionadas”. Finalidades nobres. Todavia, o que verdadeiramente parece pretender-se, de forma atabalhoada, é dificultar o acesso dos doentes à MFR, retirando artificialmente os especialistas em MFR do processo (inclusivamente do circuito informático) e permitindo até, numa fase posterior, com base em desvirtuados pressupostos científico-clínico-profissionais e “supostamente” legais, a par de automatismos informáticos, entregar os doentes a técnicos sem as mesmas qualificações e sem uma prescrição médica fi-

siátrica. Por menos dinheiro e com menores índices de qualidade e resultados, procura transmitir-se a ideia de que o doente está a fazer reabilitação... É a ‘macdonaldização’ da medicina...

Segundo estudos preliminares, os preços apontados não são compatíveis com o cumprimento das boas práticas médicas, das orientações clínicas, da qualidade do acto em MFR (consulta e actos terapêuticos) e da segurança do doente, tendo em conta os efectivos custos directos e indirectos e as variáveis por patologia e doente.

Somos obrigados a recordar o comunicado do Colégio de Medicina Geral e Familiar, emitido em 6 de Junho de 2014:

“A pretexto da implementação de um novo programa informático que estará a ser posto em prática em alguns Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), visando a avaliação funcional e prescrição de tratamentos de Medicina Física e Reabilitação (MFR) por parte de Médicos de Família (MF), o Colégio de MGF afirma, peremptoriamente, que não é competência dos MF decidir sobre a natureza e duração de actos de MFR.

Nesse sentido, para salvaguardar a qualidade dos serviços de MFR prestados aos utentes e, simultaneamente, cumprindo as regras ético-deontológicas que obrigam os Médicos a só actuarem no âmbito dos seus conhecimentos e preparação, o Colégio de MGF exorta a que todos os MF expressem a sua escusa formal no desempenho de tais directivas, perante a sua impreparação na matéria e os óbvios riscos que tal acarretaria para os doentes, com o que este Colégio não compactuará.

Embora parecendo desnecessário, não se deixa de realçar, porém, que os MF não têm conhecimento adquirido para uma correcta avaliação da incapacidade funcional associada a um vasto universo de patologias, mesmo que pré-definida através duma qualquer aplicação informática, limitando desse modo a definição do respectivo plano de recuperação por quem tem qualificação para tal, seja no tipo de tratamentos a administrar, seja na sua duração.

Por fim, lamenta-se que, mais uma vez, se revele uma negligente ignorância sobre a essência da Especialidade de MGF, a qual alguns acham poder ser sobrecarregada de tarefas que lhe não cabem, independentemente da qualidade do serviço prestado, como se lamenta a desconsideração que tal configura em relação aos utentes, aos MF e, já agora, aos próprios Colegas de MFR."

Na sua reunião de 26.09.2014, o Conselho Nacional Executivo também aprovou o parecer conjunto elaborado pelos Colégios de MFR e de MGF sobre a circular n.º 21/2014 da ACSS, que pode ser consultado no Portal da Ordem.

Há vários aspectos do articulado da Portaria agora publicada que levantam dúvidas não esclarecidas. Por exemplo, por circular normativa a ACSS irá definir "o limite de referências anuais possíveis para cada um dos Grupos de MFRA (GMFRA), por utente, previstos na tabela que constitui o Anexo I à presente portaria". Os objectivos não são técnicos, nem científicos, nem os interesses do doentes, são explicitamente financeiros!

Todos os doentes são metidos



Pobres crianças

A crise e as opções estratégicas do Governo aumentaram as desigualdades sociais e o risco de pobreza nas crianças. Há hoje uma imensa evidência científica de que a pobreza limita negativamente as crianças para toda a vida e reduz a sua chance de "oportunidades". Estudos recentes com neuroimagem sugerem que os efeitos corrosivos da pobreza na capacidade média de aprendizagem e evolução das crianças são devidos a efeitos estruturais negativos no desenvolvimento do cérebro,

A pobreza limita negativamente as crianças

afetando áreas críticas para a linguagem, funções executoras e memória, e aumentando o risco de problemas mentais, como depressão e ansiedade.

Para evitar os custos e consequências sociais tremendas das maiores dificuldades académicas, os autores desses estudos sugerem que as crianças pobres devem ver reforçados os recursos e apoios para melhorar o seu ambiente de vida. Ou investimos agora nos apoios sociais aos mais pobres, ou iremos pagar muito mais caro, no futuro, pelo falhanço da sociedade na promoção de um desenvolvimento saudável nos primeiros anos de vida.



Refrigerantes

Foi publicada forte evidência científica que demonstra que os refrigerantes devem ser um alvo major das políticas destinadas a prevenir a diabetes.

Efetivamente, os refrigerantes aumentam o risco de diabetes de forma direta e indireta, através do risco associado ao aumento da obesidade.

Por cada 250 ml/dia de uma bebida doce, menos de uma lata, o risco de desenvolvimento de diabetes aumenta 18%! Impressionante. As crianças e os jovens adultos têm um risco ainda superior.

Os pais devem habituar os filhos a beber água

Calcula-se que nos Estados Unidos cerca de 20% dos casos de diabetes, entre os jovens adultos de 20 a 44 anos, sejam potencialmente atribuíveis aos refrigerantes.

Um estudo prospetivo em crianças em idade escolar verificou que o risco de se tornarem obesas aumenta em 60 por cento por cada refrigerante bebido por dia! Impressionante.

Consumidos diariamente, os refrigerantes fazem mesmo mal à saúde, particularmente nas crianças. Os pais que verdadeiramente se preocupam com a saúde dos filhos devem habituá-los a beber água. Refrigerantes, só em festas!

In "Correio da Manhã" -5 de Novembro de 2015

In "Correio da Manhã" -19 de Novembro de 2015

no mesmo saco, independentemente das suas características individuais. Há mais de cem anos, William Osler afirmou que “it is much more important to know what sort of patient has a disease than what sort of disease a patient has”. Em 2008 a OMS determinou “to put people first, since good care is about people”. Os fundamentos da medicina centrada na pessoa estão a ser levemente ignorados pela presente Portaria.

Todas as estruturas dos médicos envolvidos estão em consonância na rejeição aos procedimentos e ao conteúdo da Portaria, nomeadamente os Colégios de MFR e MGF, a SPMFR, a APMFR (FNS) e a APMGF. É porque algo está mesmo mal...

Sublinhe-se que, na reunião de dia 28 de Junho passado com o SEAS, a SPMFR e a APMGF reiteraram que a existência de um SCD é necessária, que a base até pode ser o MFRA, mas apenas depois da sua remodelação e da correcção dos erros e vieses, de formato naturalmente simplificada para a MGF mas com entrada direta da MFR no sistema informático (incluindo a classificação funcional do doente feita pela MFR), o que pareceu contar com a concordância do SEAS. Daí o espanto da publicação extemporânea da Portaria.

Não negamos que haja um problema na MFRA, que possa haver más práticas e fraudes, nomeadamente considerando as assimetrias de disparo da despesa em diferentes regiões. Só a ACSS tem acesso a esses dados. Mas haverá uma justificação técnica? É que pode haver! Estas dúvidas, até para não ferirem o bom nome de pessoas inocentes, deverão ser objec-

to de rigorosas auditorias por parte da IGAS e da ERS. Não podemos excluir que as fraudes detectadas no circuito do medicamento também possam existir no circuito da MFR. Naturalmente, os eventuais criminosos devem ser identificados e severamente punidos. Todavia, não podemos admitir que se lance o estigma sobre todos os intervenientes e não devemos definir um novo sistema apenas com base no controlo administrativo e artificial da despesa. A linha de conduta deve assentar no controlo da qualidade e acessibilidade, com Normas de Orientação Clínica/Leges artis e com auditorias permanentes.

A Ordem dos Médicos, bem como os Colégios de MGF (que repudia liminarmente esta selva introduzida por esta Portaria) e MFR (como o demonstrou construtivamente na reunião de 20.06, na ACSS), e certamente a FNS/APMFR, a SPMFR e a APMGF continuam disponíveis para, em diálogo com o MS, resolver do ponto de vista científico, clínico, ético e legal esta complexa situação, numa política genuinamente centrado no doente.

Os ACES poderem contratar Fisiatras para auditar permanentemente a prestação do sector convencionado e o Estado reforçar a sua capacidade de resposta nesta especialidade, nomeadamente robustecendo a rede hospitalar (em vias de finalização), são duas das possíveis soluções.

Recorde-se que esta é uma das políticas e estratégias anti-SNS herdadas do anterior Governo. O que se espera do actual é que reponha os interesses dos doentes como o *primum movens* das suas decisões técnicas e polí-

ticas, tal como já o fez noutras áreas da Saúde.

Não obstante as críticas apresentadas neste editorial, continuamos a sentir da parte do Ministério da Saúde toda a disponibilidade para o diálogo e para consensos construtivos no interesse do SNS e dos doentes, o que nos apraz registar.

Desejamos que a reunião aprazada na ACSS para 27 de Julho, com os Colégios de MFR e de MGF, permita ultrapassar as limitações, falhas e dificuldades deste processo e que seja possível criar um mecanismo que proporcione uma verdadeira acessibilidade e equidade nos tratamentos de MFR, centrado na avaliação da incapacidade e da funcionalidade, na identificação das necessidades dos doentes, mas também na definição de objetivos atingíveis por um programa de reabilitação, que deve ser elaborado em consulta de Fisiatria, responsabilizando o Fisiatra, em benefício do doente. Devem ainda ser criados mecanismos de controlo de qualidade/auditorias e, em simultâneo, de regulação do sistema.

Nenhuma outra profissão ou especialidade reúne as competências e conhecimentos clínicos e científicos, os recursos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação e a experiência da MFR. Afastá-los desta especialidade não é seguramente no interesse dos doentes.

CORREIO DA SAÚDE



JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Férias. Não?

Um Despacho do anterior Ministério da Saúde a proibir férias aos médicos, em cima da hora, é inédito e prova o caos a que o SNS foi conduzido pela incompetente equipa que o ocupou!

Os médicos marcaram férias com a família há meses, autorizadas de acordo com a lei e as regras limitantes em vigor, e assumiram compromissos. Quem paga os prejuízos morais e materiais? Revogue-se o Despacho e contratem-se médicos!

Não há falta de médicos, o SNS é que não os contrata

Três pontos essenciais:
1 - O número de especialistas que se formaram nos últimos anos foi o dobro daqueles que se reformaram! Não há falta de médicos em Portugal, o SNS é que não os contrata nem os respeita.
2 - Continuar a maltratá-los e pagar apenas 8 euros líquidos/hora fará sair cada vez mais médicos do SNS para a emigração.
3 - As empresas fornecedoras de mão de obra não resolvem os problemas, agravam-nos, e continuam a faltar aos seus compromissos contratuais, não preenchendo as escalas, sem que lhes sejam aplicadas penalizações adequadas.

Confio numa postura totalmente diferente do novo Ministro da Saúde.

In "Correio da Manhã" - 3 de Dezembro de 2015

CORREIO DA SAÚDE



JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Todos têm!

Todos os cursos têm **numeros clausus (NC)** de acordo com as capacidades formativas, pelo que milhares de jovens neles não conseguem entrar. Exemplos de médias elevadas do último candidato a entrar? Univ. do Porto: Bioengenharia, 18,1; Engenharia Industrial e Gestão, 18,1. Univ. de Coimbra: Direito, 14,2; Psicologia, 15,18. Univ. de Lisboa: Design, 15,13; Engenharia Aeroespacial, 18,5. Curiosamente, ninguém reclama que os NC destes cursos aumentem, pois os limites estão conforme as respetivas capa-

Somos o quarto país da CE com mais médicos

idades formativas com qualidade.

Somos o quarto país da Comunidade Europeia com mais médicos, temos 15-20 alunos à volta do mesmo doente, formamos novos especialistas a um ritmo que é o dobro dos que se reformam, faltam 600 mas já temos 2000 jovens a fazer a especialidade de Medicina Geral e Familiar, centenas de médicos emigram, etc. Porque se discrimina negativamente a medicina e se insiste em ser o único curso superior em que se mantém um NC muito acima das capacidades formativas, com óbvio prejuízo da qualidade de formação?

In "Correio da Manhã" - 17 de Dezembro de 2015

CORREIO DA SAÚDE



JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Depressão

Entre os médicos, os índices de depressão, exaustão e perigo de suicídio são altos. Os médicos que estão a tirar uma especialidade estão em risco particularmente elevado. É um grave problema.

Uma revisão sistemática de cinquenta estudos internacionais concluiu que mais de 28 por cento dos médicos internos apresentam uma depressão ou sintomas de depressão, variando, consoante os estudos, entre 20% e 43% [JAMA, 2015; 314 (22)].

A depressão dos médicos internos reflete-se negativamente numa menor qualidade e humanidade dos cuidados prestados aos doentes, prejudicando-os.

A profissão médica é a mais difícil, exigente e stressante

Estas percentagens são muito preocupantes. A situação é agravada pelo facto de os jovens médicos serem submetidos a uma enorme sobrecarga de trabalho e privação de sono, pela extrema pressão da 'produtividade clínica', que colide com a qualidade da formação, e pela avaliação constante a que são sujeitos.

São necessárias soluções, pois a profissão médica é a mais difícil, exigente e stressante, requer a mais longa formação, nunca permite o erro e tem trabalhos particularmente penosos e complexos, como o serviço de urgência.

In "Correio da Manhã" - 31 de Dezembro de 2015



Processo de escolha das vagas de especialidade – 2016

Divulgamos o comunicado da Ordem dos Médicos em que a instituição "lamenta a impossibilidade da colocação de 160 candidatos ao Internato Médico 2016 em vagas de Formação Específica", recordando que "este foi o maior mapa de capacidades formativas que alguma vez a Ordem dos Médicos disponibilizou, como resultado de um escrutínio de todas as capacidades formativas a nível nacional, num esforço máximo, rigoroso e conjunto de todos os Colégio da Especialidade". Ainda assim, foi inevitável culminar nesta situação em resultado do "aumento exponencial do número de candidatos, sem qualquer adequação às reais capacidades formativas nacionais". A Ordem expressa neste comunicado a sua solidariedade para com "os colegas que não conseguiram ingressar na Formação Específica, cujos problemas compreende, estando disponível para os acolher de forma organizada dentro da Ordem dos Médicos, para que, em conjunto e com a sua participação activa, sejam discutidas formas e eventuais opções e soluções para enfrentar o futuro".

"Terminado o processo de escolha, a Ordem dos Médicos, não obstante acontecer o mesmo em muitos outros países, lamenta a impossibilidade da colocação de 160 candidatos ao Internato Médico 2016 em vagas de Formação Específica, uma inevitável consequência do elevado número de médicos formados em Portugal, a que se somam as centenas de médicos, de várias nacionalidades, que imigram ou regressam a Portugal com o objectivo de aqui fazer a sua especialidade. Este foi o maior mapa de capacidades formativas que alguma

vez a Ordem dos Médicos disponibilizou, como resultado de um escrutínio de todas as capacidades formativas a nível nacional, num esforço máximo, rigoroso e conjunto de todos os Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos.

O aumento exponencial do número de candidatos, sem qualquer adequação às reais capacidades formativas nacionais, culminou nesta situação, que a Ordem não desejava, nem deseja, e que penaliza e frustra as legítimas expectativas dos que não têm acesso a vagas.

Por isso mesmo, apelámos repetidamente junto da tutela para a clara necessidade da diminuição do *numerus clausus* nas Faculdades de Medicina portuguesas, usando os mesmos critérios que se utilizam para todos os outros cursos, pois estão ultrapassadas as capacidades formativas pré e pós-graduadas. Lamentamos que o Ministério da Ciência e Ensino Superior não tenha respondido ao pedido de audiência solicitado pela Ordem dos Médicos, mais parecendo reear o confronto de argumentos.

A Ordem dos Médicos recusa

terminantemente prejudicar a qualidade da formação médica pós-graduada e tudo fará para defender a manutenção dos critérios que determinam a sua qualidade, reconhecida a nível nacional e internacional, ao mesmo tempo que garantem a formação de médicos em número suficiente para fazer face às necessidades do país. A Ordem dos Médicos regozija-se pelo facto de, no mais recente exame europeu, entre mais de 600 candidatos de todas as nacionalidades, terem ficado 12 jovens oftalmologistas portugueses nos primeiros 20 classificados.

Como se sabe, a falta de médicos, enfermeiros e outros profissionais no SNS não se deve a deficiências quantitativas ou quali-

tativas de formação mas sim a falta de contratação por parte do Estado, ferindo o SNS e lesando os doentes. Por isso mesmo, assiste-se à emigração de milhares destes profissionais. Só nos primeiros cinco meses deste ano já emigraram mais de 175 médicos, a que se juntarão muitos mais dos que agora acabaram a especialidade e muitos daqueles que não tiveram acesso a uma vaga de especialidade. É espantoso como não se debate esta paradoxal realidade.

Naturalmente, a Ordem está totalmente solidária com os colegas que não conseguiram ingressar na Formação Específica, cujos problemas compreende, estando disponível para os acolher de forma organizada dentro da Ordem

dos Médicos, para que, em conjunto e com a sua participação activa, sejam discutidas formas e eventuais opções e soluções para enfrentar o futuro e para promover acções complementares de formação contínua e intervenção na Sociedade.

Finalmente, a Ordem dos Médicos não pode deixar de assinalar positivamente o facto de, não obstante a escolha das vagas de especialidade ter sido concretizada seis meses mais cedo do que era habitual, todo o processo ter decorrido com tranquilidade, ao contrário das inexplicáveis confusões de anos anteriores.

Ordem dos Médicos, Lisboa,
21 de Junho de 2016”

Estudo Nacional do *Burnout* na Classe Médica

Está a decorrer desde o passado dia 19 de maio e até ao próximo dia 31 de julho o Estudo Nacional do *Burnout* na Classe Médica, levado a cabo pela Ordem dos Médicos, em colaboração com o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. A OM agradece a todos os que já participaram e apela a todos os colegas que ainda não tenham respondido que o façam. Transcrevemos em seguida a carta que a OM dirigiu aos médicos onde se inclui informação sobre algumas dificuldades que têm sido experienciadas ao preencher o questionário e respetiva solução.

Caro/a colega,

Como terá tomado conhecimento através das mensagens que lhe dirigimos anteriormente, está a decorrer desde o passado dia 19 de maio e até ao próximo dia 31 de julho o Estudo Nacional do *Burnout* na Classe Médica, levado a cabo pela Ordem dos Médicos, em colaboração com o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Neste momento temos já registado um número considerável de respostas pelo que, caso faça parte do grupo dos que já participaram, agradecemos a sua disponibilidade.

Apesar deste número de respostas, e de modo a assegurar a caracterização nacional do *Burnout* na Classe Médica, voltamos a apelar para que seja participante. Aceda ao seu inquérito aqui:

<http://www.burnout2016.formulario.ics.ulisboa.pt/>

(ou, se preferir, em alternativa, peça uma versão impressa aqui <http://goo.gl/forms/pOVvIrUw6y>.)

Aproveitamos para informar que a equipa do Instituto de Ciências Sociais (ICS) que está a conduzir o estudo nos alertou para o facto de terem surgido casos pontuais de dificuldades técnicas no preenchimento do inquérito. De acordo com a equipa do ICS, se teve alguma dificuldade leia, por favor, a seguinte informação:

1. Conseguiu preencher com sucesso todo o inquérito, mas não conseguiu submeter os dados no último passo - asseguramos que os seus dados foram registados com sucesso e não recomendamos nenhuma ação.
2. Se ficar bloqueado numa página do inquérito – pedimos que:
 - i) suba até ao topo da página onde verificou o bloqueio (utilizando o rato ou botões de navegação do browser) e verifique se existe um aviso que requer a sua aprovação para passar de página (e.g., aviso de que existem questões por responder);
 - ii) caso o problema não fique resolvido, por favor contacte-nos através do e-mail burnout2016@ics.ulisboa.pt
3. Se ficou bloqueado numa página do inquérito e fechou essa página – pedimos que:
 - i) retorne ao seu inquérito através da ligação que lhe foi anteriormente enviada;
 - ii) siga as instruções em cima no ponto 2.

José Manuel Silva - Bastonário da Ordem dos Médicos

Miguel Guimarães - Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Carlos Cortes - Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

Jaime Teixeira Mendes - Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos



VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa

Cumpra, por agora, à Ordem dos Médicos de Portugal a organização do VII Congresso da Comunidade Médica de Língua portuguesa (CMLP), evento que terá lugar na cidade do Porto, nos dias 1 e 2 de setembro de 2016, no Centro de Congressos e Cultura da Secção Regional do Norte.

Trata-se dum encontro que reunirá também em assembleia geral, os Bastonários das respectivas Ordens dos Médicos e demais membros desta comunidade e onde serão tomadas importantes decisões para o futuro próximo e onde se espera também poder contar, como observador, uma representação da República da Guiné Equatorial, país que desde há cerca de um ano faz parte da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, CPLP.

Participarão como convidados o Sr. Dr. Vítor Ramalho, presidente da União das Cidades Capitais de Língua Portuguesa, UCCLA, Prof. Dr. Carvalho Guerra, presidente da Fundação Portugal-África e ainda o Juiz Conselheiro Armando Leandro, presidente da comissão de Protecção da Criança e Jovens. Não obstante algumas dificuldades para ajustar os interesses da organização com o calendário de algumas entidades, é intenção dos responsáveis reunir nesta data os titulares da pasta da saúde dos países desta comunidade, tendo em vista obter um a informação cuidada e tanto quanto possível fiel da situação real das dificuldades e cuidados prestados e se possível, obter uma declaração conjunta, testemunha da congregação de esforços e boas políticas de cooperação.

Do seu programa, estabelecido a partir das recomendações e interesses das partes aqui representadas, constarão temas comuns aos países da comunidade, não faltando porém os grandes desafios globais, nem a procura das indispensáveis soluções.

Expressão da vontade de todos, temos a certeza que este congresso da CMLP, no Porto, se traduzirá por um grande sucesso a reter por muitos anos na memória dos participantes.

A cidade que agora atravessa uma notável euforia com o turismo europeu, o tempo com temperaturas amenas de final de Verão e a afectuosa cortesia das gentes do Porto, farão o resto. Todos serão bem-vindos!

José Manuel Pavão

Secretário Executivo da Comunidade Médica Língua Portuguesa

Critérios ilegais em concurso de recrutamento médico para assistente hospitalar

Há concursos de provimento (e não só) cujos critérios da grelha de admissão ultrapassam os limites da ética e do bom senso, beneficiando alguns candidatos e prejudicando outros. Por isso mesmo, tendo recebido uma reclamação informal, a Ordem dos Médicos entendeu solicitar a apreciação da Provedoria de Justiça para um concurso de Pediatria da ARS-Norte. Como se pode verificar pela leitura das cartas que se publicam em seguida, a Provedoria de Justiça considera que alguns dos critérios definidos ultrapassam as fronteiras da legalidade, só não sendo possível haver consequências jurídicas porque nenhum dos candidatos apresentou recurso nos termos legais. Juridicamente, a Ordem dos Médicos não pode impugnar concursos, por não ser parte interessada, só o podendo fazer os respectivos candidatos. Neste concurso, uma impugnação teria sido bem sucedida. Impugnar com substância, não apenas por ressabiamento, é um acto de consciência e de cidadania individual.

Carta/resposta da Provedoria de Justiça à Ordem dos Médicos a propósito do Aviso n.º 1572-B/2015, de 10 de fevereiro - Recrutamento médico para a categoria de Assistente Hospitalar de Pediatria Médica.

1. Reporto-me à queixa que dirigiu ao Provedor de Justiça relativamente ao procedimento concursal simplificado de seleção para a categoria de assistente hospitalar de pediatria médica, aberto por deliberação do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., de 5 de fevereiro de 2015, e publicitado pelo Aviso n.º 1572-B/2015, de 10 de fevereiro, da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (Referência A18).

2. Na sequência da queixa apresentada, foi desencadeada a respetiva instrução junto do júri do concurso em referência, tendo o mesmo prestado os esclarecimentos solicitados.

3. Analisadas as informações transmitidas pelo júri do concurso, entendeu este órgão do Estado que as mesmas não permitiam ultrapassar as dúvidas de legalidade suscitadas pelo Provedor de Justiça, tendo-se, por isso, alertado a Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., para os problemas detetados no concurso em referência, no que toca à definição dos subcritérios de avaliação em sede de entrevista de seleção (cf. cópia do ofício que se junta em anexo).

4. Já após os esclarecimentos pres-

tados pelo júri do procedimento, este órgão do Estado teve conhecimento que, por despacho do vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., de 22 de junho de 2015, foi homologada a lista de classificação final relativa ao procedimento concursal em causa na queixa apresentada (cf. Aviso n.º 7599/2015, publicado na 2.ª série do Diário da República n.º 132, de 9 de julho, pág. 18389), não tendo sido apresentada qualquer reclamação ou recurso em relação à mesma.

5. Tendo em conta a referida circunstância, entende este órgão do Estado que não se justificam outras diligências no âmbito do presente procedimento, tendo-se, ainda assim, solicitado à Administração Regional de Saúde

do Norte, I.P., através do ofício acima referido, que, em futuros procedimentos, fossem ponderados os argumentos expostos pelo Provedor de Justiça a propósito

da definição de subcritérios em sede de entrevista profissional de seleção.

6. Neste contexto, informa-se V. Exa. que foi determinado o en-

cerramento do presente procedimento.

Com os melhores cumprimentos,
O Provedor-Adjunto.

Carta enviada pela Provedoria de Justiça ao conselho diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte

1. Foi dirigida uma queixa ao Provedor de Justiça relativamente ao procedimento concursal simplificado de seleção para a categoria de assistente hospitalar de pediatria médica, aberto por deliberação do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., de 5 de fevereiro de 2015, e publicitado pelo Aviso n.º 1572-B/2015, de 10 de fevereiro, da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (Referência A18).

2. Segundo se alega na queixa apresentada, na definição dos critérios de seleção dos candidatos, terão sido fixados, na ata n.º 1, os seguintes subcritérios no que respeita à entrevista profissional de seleção:

- a) Vontade expressa de permanecer numa das instituições (0-4,0 valores);
- b) Ter efetuado na totalidade ou parcialmente a sua formação num dos hospitais que tenha vaga a concurso (0-2,0 valores);
- c) Avaliação dos projetos apresentados pelo candidato na perspetiva da sua valorização profissional e do serviço onde ficar colocado (0-4,0 valores).

3. Segundo se invoca, o subcritério previsto na alínea b) é ofensivo do princípio da igualdade de oportunidades, não existindo qualquer fundamento objetivo que justifique a valorização dos candidatos que efetuaram a sua formação

num dos hospitais que apresente vaga a concurso face aos demais.

4. Uma vez analisada a queixa em referência, e tendo em conta a posição já assumida pelo Provedor de Justiça noutros procedimentos em que foram suscitadas questões de idêntica natureza relativas ao recrutamento de trabalhadores, foi solicitada a prestação de esclarecimentos ao Júri do Concurso, a propósito dos vários subcritérios definidos, nos seguintes termos:

- i) Desde logo, no que respeita ao subcritério previsto na alínea a) do n.º 3 da ata n.º 1 - "*vontade expressa de permanecer numa das instituições*" -, foram solicitadas informações acerca da oportunidade de fixação do mesmo, atento o disposto no n.º 14 do Aviso n.º 1572-B/2015, de 10 de fevereiro, que dispõe sobre a obrigatoriedade de permanência, por parte dos trabalhadores médicos que venham a ser recrutados, por um período de três anos, no posto de trabalho para o qual foram selecionados (sujeitando-se à consequência prevista no n.º 14.2 caso procedam à resolução do contrato neste período);
- ii) Quanto ao subcritério definido na alínea b) do n.º 3 da ata n.º 1 - "*ter efectuado na totalidade, ou parcialmente, a sua formação num dos hospitais que tenha vaga a concurso*" -, questionou-se o júri do concurso acerca das razões objetivas pelas quais os candidatos que efetuaram a sua formação num dos hospitais que tenha vaga a concurso são valorizados em relação aos demais.
- iii) Por fim, foi solicitado ao júri do concurso que informasse se, na

fixação dos vários subcritérios definidos pelo júri do concurso, teria sido ponderado o disposto no n.º 3.2 do Aviso n.º 1572-B/2015, de 10 de fevereiro, bem como no n.º 10 do Despacho n.º 1036-B/2015, de 30 de janeiro (para o qual remete o Aviso n.º 1572-B/2015, de 10 de fevereiro), dos quais resulta que "*a entrevista de seleção tem por base, em particular, a informação constante do currículo apresentado pelo interessado, mediante o qual este procede a uma descrição sucinta das actividades desenvolvidas no âmbito da respetiva formação médica especializada*" e de que forma tal determina ao se refletir nos subcritérios fixados.

5. Em resposta ao pedido de esclarecimentos formulado, a Senhora Presidente do Júri do Concurso prestou as seguintes informações:

- a) Quanto ao subcritério relativo à "*vontade expressa de permanecer numa das instituições*", a sua definição baseou-se no interesse para o serviço em que os contratos sejam cumpridos na íntegra;
- b) A penalidade estabelecida no ponto 14.2 do aviso de abertura não impede que o cumprimento do contrato seja valorizado para a classificação;
- c) Quanto ao subcritério "*ter efectuado na totalidade ou parcialmente a sua formação num dos hospitais que tenha vaga a concurso*", o júri entendeu que essa situação seria mais vantajosa para o serviço em virtude da anterior integração dos candidatos, cujo desempenho poderia ser valorizado;
- d) Em relação ao disposto no n.º 10 do Despacho n.º 1036-B/15, de 30 de

janeiro, o júri do concurso entende que o respetivo teor foi devidamente considerado na determinação dos subcritérios estabelecidos.

6. Uma vez analisados os esclarecimentos prestados, entende este órgão do Estado que os mesmos não permitem ultrapassar as dúvidas de legalidade suscitadas a propósito dos subcritérios definidos no que respeita à entrevista profissional de seleção; motivo pelo qual se endereça agora a V. Exa. a presente comunicação.

7. Desde logo, no que toca à distinção entre os candidatos, em termos de pontuação, por fora do contexto institucional em que a experiência profissional foi adquirida, o Provedor de Justiça tem assinalado, em diversas ocasiões, que:

<< (...) Tal critério implica uma violação do princípio da igualdade, previsto, em termos gerais, no artigo 13.º da Constituição da República Portuguesa, e, em especial, no artigo 47.º, n.º 2, em relação ao acesso aos empregos públicos.

O referido princípio postula a proibição de discriminações não fundadas racionalmente, o que, no caso de processos de recrutamento, implica que fiquem vedadas as atuações que envolvam diferenças de tratamento sem relevância do ponto de vista da capacidade e da preparação necessárias para o exercício da atividade laboral em causa.

Ora, não se crê, tendo em conta os esclarecimentos prestados, que os fundamentos apresentados pelo júri do concurso sejam suficientes para justificar a diferenciação estabelecida em termos de pontuação no critério experiência profissional.

Conforme a doutrina vem reconhecendo, “a valoração para critérios de seleção, do prévio exercício de funções ou da experiência profissional constitui um dos domínios que propicia o tratamento desigualitário infundado dos candidatos, traduzido na consideração

infundada e/ ou desproporcionada da experiência adquirida num contexto institucional específico ou ao abrigo de um determinado vínculo laboral. Do ponto de vista da igualdade, são ainda de postergar, no provimento de empregos públicos, critérios de preferência, ou mecanismos não concorrenciais, que beneficiem aqueles que tenham sido previamente escolhidos discricionariamente ou que atendam relevantemente ao facto de terem um prévio vínculo funcional com entidade pública” (Ana Fernanda Neves, o Recrutamento de Trabalhador Público, págs. 70 e 71). Assim, e tendo em conta que o critério definido implica uma diferença de tratamento entre os candidatos, sem relevância do ponto de vista da capacidade e da preparação necessárias para o exercício da atividade laboral em causa, não poderá deixar de concluir-se no sentido de que, por esta via, ficou atingido o princípio da igualdade.»

8. Por outro lado, no que toca ainda à entrevista de seleção não se afigura que os subcritérios definidos no ponto 3 da ata n.º 1 atendam devidamente ao disposto no n.º 3.2 do Aviso n.º 1572-B/2015, de 10 de fevereiro, e no n.º 10 do Despacho n.º 1036-B/15, de 30 de janeiro, uma vez que, dos 10 valores previstos para a entrevista, apenas 4 valores tinham em vista a avaliação dos projetos apresentados pelos candidatos na perspetiva da sua valorização profissional e do serviço onde ficar colocado, sendo a restante pontuação atribuída atendendo à “vontade expressa de permanecer numa das instituições” (4 valores) e ao facto de “ter efectuado na totalidade, ou parcialmente, a sua formação num dos hospitais que tenha vaga a concurso” (2 valores).

9. Ora, o n.º 3.2 do Aviso n.º 1572-B/2015, de 10 de fevereiro, e no n.º 10 do Despacho n.º 1036-B/15, de 30 de janeiro, impõem que a en-

trevista de seleção tenha por base - em particular -, a informação constante do currículo apresentado pelo interessado, mediante o qual este proceda a uma descrição sucinta das atividades desenvolvidas no âmbito da respetiva formação médica especializada

10. Tal critério não parece, assim, ter sido suficientemente concretizado, dado que, pelos subcritérios definidos e pela valorização dada a cada um, não se poderá entender que, na entrevista de seleção, o Júri do Concurso terá concedido uma particular atenção à informação constante do currículo apresentado pelos interessados.

11. Já após os esclarecimentos prestados pelo Júri do Concurso, este órgão do Estado teve conhecimento que, por despacho do Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., de 22 de junho de 2015, foi homologada a lista de classificação final relativa ao procedimento concursal em causa na queixa apresentada (cf. Aviso n.º 7599/2015, publicado na 2.ª série do Diário da República n.º 132, de 9 de julho, pág. 18389), não tendo sido apresentada qualquer reclamação ou recurso em relação à mesma.

12. Considerando a referida circunstância, e sem prejuízo das diligências que V. Exa. possa ainda julgar oportunas a propósito do concurso em referência, entende o Provedor de Justiça que se justifica solicitar a colaboração da Administração Regional de Saúde do Norte no sentido de, em futuros procedimentos, serem ponderados os argumentos acima expostos a propósito da definição de subcritérios em sede de entrevista profissional de seleção.



A palavra aos representantes da Ordem dos Médicos

A revista nacional da Ordem dos Médicos (ROM) vai publicar uma série de pequenas entrevistas com os presidentes das sub-regiões (anteriores distritos médicos). Foram contactados todos os distritos médicos e a todos foi disponibilizado o mesmo espaço e o mesmo prazo. As temáticas abordadas são de interesse local, regional e nacional e traçam um retrato, breve mas abrangente, das dificuldades mais prementes do setor da saúde e qual o caminho desejável para o seu futuro (continua na próxima edição).

Questionário

- 1 - Pode contextualizar-nos de forma breve a realidade da Saúde da região abrangida pela Sub-região, referindo os problemas mais prementes?
- 2 - Têm sentido alguma dificuldade na vossa atuação local?
- 3 - E no relacionamento com os órgãos regionais/nacionais da OM?
- 4 - Que sugeriria para melhorar o desempenho de ambos?
- 5 - Com a mudança de Ministério, e um Médico como Ministro da Saúde, resuma três medidas que gostaria que se concretizassem em termos de política de saúde.

“É preciso publicitar mais o trabalho desenvolvido pelos vários órgãos da Ordem”

Nelson Rodrigues

Presidente da Sub-região de Viana do Castelo, SRN



“A nível distrital temos Delegados da Ordem nos locais de tra-

balho. Periodicamente fazemos um inquérito sobre as condições do exercício da medicina, o qual é enviado para a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos”, contextualiza Nelson Rodrigues. “No inquérito de 2016, o que mais se realça quanto a dificuldades é:
- lentidão dos sistemas informáticos (particularmente a PEM), e

múltiplos programas informáticos sem (ou com má) conexão entre si, o que condiciona menos tempo para o utente ou perturba o desenrolar da consulta. Sem dúvida o problema mais referido e transversal a todas as unidades;

- alguns serviços/unidades têm falta de recursos humanos (médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e operacionais);

- algumas unidades dos Cuidados de Saúde Primários têm consultórios médicos pequenos e falta de material”.

O presidente da Sub-região de Viana do Castelo não tem sentido qualquer dificuldade na sua atuação o que se deve, entre outros fatores, ao relacionamento com os outros órgãos da OM, onde realça o apoio que sempre sentiu: “sempre tivemos um bom relacionamento. Aliás, em todas as nossas atividades sempre tivemos o apoio e incentivo do Presidente da Secção Regional Norte, Dr. Miguel Guimarães mas não só, também de todos os colegas/órgãos

da Secção Regional e de todos os colaboradores que lá trabalham. Sem este apoio o nosso trabalho a nível distrital seria mais difícil de realizar. A nível nacional, o nosso Bastonário sempre nos apoiou e incentivou. Aproveito a oportunidade para agradecer a todos a ajuda que nos deram bem como a forma amistosa que sempre nos trataram”.

Sobre o desempenho dos vários níveis da OM, Nelson Rodrigues sublinha, mais uma vez o bom desempenho de todos: “Entendo que a Secção Regional Norte, o seu presidente, Dr. Miguel Guimarães, e o nosso Bastonário, Professor Doutor José Manuel Silva, têm realizado um extraordinário trabalho e contribuído para um melhor desempenho da Ordem dos Médicos. Merece destaque a grande intervenção que o Professor Doutor José Manuel Silva e o Dr. Miguel Guimarães têm realizado na defesa da qualidade da medicina, do Serviço Nacional de Saúde, dos médicos e da sua Ordem. A sugere

rir algo, talvez publicitar mais aos médicos o trabalho desenvolvido pelos vários órgãos da Ordem”.

Quanto à política de saúde, o presidente da Sub-região de Viana do Castelo gostava de ver o sistema de saúde ser realmente alicerçado nos cuidados de saúde primários pois “ainda estamos muito hospitalocêntricos” e é preciso “tornarem, na realidade, os Cuidados de Saúde Primários a base do SNS. Um SNS mais baseado nos CSP é mais acessível, resolve cerca de 80 a 90% dos problemas de saúde das pessoas e é mais barato”. Também é essencial “dar grande atenção às finanças públicas pois são estas o garante do nosso Estado Social” “e ter em conta que, se desejamos ter uma sociedade como a dos países da Europa do Norte, temos de ter comportamentos como os deles: em muitos aspetos temos comportamentos, na administração/gestão, como os países da América Latina o que nos leva a uma sociedade idêntica à desses países”...

“Há alheamento dos colegas face às iniciativas da Ordem”

Ana Maria Rodrigues de Barros

Presidente da Sub-região de Leiria, SRC



Analisando as dificuldades da região, Ana Barros começa por referir que “a nível dos CSP o maior problema que se tem sentido é a carência de recursos humanos que se verifica em todos os estratos profissionais. Os profissionais no terreno ficam muito aquém da dotação para os vários setores. Pode ler-se no relatório de ativida-

des do ACES Pinhal Litoral, que a dotação de médicos especialistas em MGF para este ACES é de 174, existindo apenas 138, a dotação de enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais é respetivamente de 172, 195 e 86, existindo no terreno apenas 150, 128 e 47. Esta carência de profissionais não é uniforme, pois se nas USF’s

este problema não se coloca, (pelo menos no que respeita a médicos, enfermeiros e assistentes técnicos) nalgumas UCSP este problema é gritante. Em parte, devido a esta carência de profissionais a reforma dos CSP tem evoluído lentamente, conduzindo a desigualdades na acessibilidade e atendimento dos utentes”. Mas também há algumas dificuldades a nível hospitalar. “O problema das urgências mantém-se com o recurso a empresas de prestação de cuidados de saúde, com os múltiplos inconvenientes que esta forma de colmatar as carências de profissionais acarreta; Também o tempo de resposta para algumas especialidades hospi-

talares ultrapassa largamente os TMRG.” “Outro dos problemas que afetam o dia-a-dia prende-se com a rede informática, com falhas frequentes, lentidão do sistema e dificuldade na resolução atempada de problemas técnicos”, refere frisando as falhas sistemáticas: “a sempre tão elogiada Plataforma de Dados da Saúde (PDS) que deveria fazer a interface entre os CSP e cuidados hospitalares no que respeita aos registos clínicos dos utentes, é inoperativa na maioria dos locais, permitindo apenas a informação acerca das prescrições efetuadas. Também a plataforma Alert continua a não permitir uma informação de retorno para os cuidados primários”. “O acesso à Rede de Cuidados Continuados continua a ser muito demorado, o que põe em causa a continuidade de tratamentos muitas vezes necessária, atendendo a que frequentemente são dadas altas hospitalares precocemente”, conclui.

No terreno não tem sentido nenhum obstáculo no exercício das suas funções a não ser pelo alheamento dos colegas: “temos sido sempre bem recebidos pelos órgãos de gestão quer a nível dos CSP quer hospitalares. Uma das dificuldades sentidas, prende-se com algum alheamento dos colegas, nomeadamente das camadas mais jovens, face às iniciativas da Ordem”.

No relacionamento entre os órgãos regionais e nacionais da Ordem e os representantes locais, refere uma relação “excelente, com grande facilidade de contactos institucionais e mesmo personalizados” em que “a política de proximidade com os prestadores de cuidados, tem sido a tónica, com visitas dos órgãos distritais, regionais e nacionais quer aos hospitais quer aos centros de saúde, o que tem permitido a auscultação dos colegas e verificação in loco das dificuldades e problemas”. Para o

futuro espera “a manutenção da política de proximidade” que é de “grande importância” e realça a necessidade de “dotar as estruturas distritais de maior autonomia para a resolução de atos administrativos e burocráticos”. Quanto à política de saúde a presidente da Sub-região de Leiria defende ser preciso “incentivar a reforma dos CSP, mantendo a aposta na criação de USF’s e eliminar os entraves à passagem a modelo B” pois “não faz sentido e é desmotivante para as equipas verem os pareceres técnicos aprovados e ficarem retidos pela existência de um número limite à sua implementação. Também desmotivante para as mesmas é o incumprimento dos pagamentos dos incentivos institucionais previstos”. Já a nível hospitalar, salienta como sendo “imperiosa” a “reforma dos serviços de urgência” e “aumentar a capacidade da Rede de Cuidados Continuados”.

“A substituição dos especialistas dos C.S.P. é o maior desafio a breve prazo”

Marcelino Marques da Silva

Presidente da Sub-região de Bragança, SRN



Bragança enfrenta, como várias outras regiões, dificuldades que têm a ver com os seus condicionamentos geográficos... “Há uma absoluta desertificação nos concursos médicos para especialistas, mais acentuada neste momento ao nível das especialidades hospitalares. O progressivo e cada vez mais acentuado

isolamento e desertificação do interior, sem que se vislumbre qualquer iniciativa que vise inverter a situação, condiciona o preenchimento de vagas”. Marcelino Marques da Silva refere mesmo um grande desafio para breve: “o maior desafio a breve prazo será a substituição dos especialistas dos C.S.P. Neste mo-

mento, 53 dos 88 médicos dos Centros de Saúde tem mais de 60 anos, muitos irão reformar-se na mesma altura e tendo em conta as dificuldades da contratação pública - e o isolamento - poderá ser um problema dramático se não mesmo explosivo, se a administração não atuar de imediato e pro ativamente com o devido planeamento”.

Além de não sentir qualquer dificuldade de atuação local “pois as relações institucionais têm sido corretas e assertivas”, o presidente da Sub-região de Bragança salienta igualmente uma “relação próxima e bilateral” com a SRNOM. Preocupado

com os efeitos da interioridade, Marcelino Marques da Silva espera que as políticas de saúde futuras abordem os problemas mais sentidos na região, esperando que haja um “preenchimento total dos quadros do SNS ao nível médico e de enfermagem”, uma “distribuição equi-

tativa de médicos pelo interior com incentivos credíveis, sejam remuneratórios, sejam de garantias de carreira e de transferência após permanência de um período definido em regiões carenciadas, oferecendo condições de trabalho e de exclusividade a quem o preferir e condições de

instalação” e uma “aposta decisiva nos CSP e nos CCIs como resposta à desertificação do interior e ao progressivo envelhecimento e solidão das populações cada vez mais sem apoio e sem referências familiares ou mesmo de vizinhança”.

“OM: só com um poder devidamente descentralizado e coordenado se podem conseguir resultados positivos”

Maria de Fátima Araújo

Presidente da Sub-região da Grande Lisboa, SRS



Maria de Fátima Araújo, presidente da Sub-região da Grande Lisboa fala-nos de uma realidade de “continuadas dificuldades de acesso aos serviços de saúde das populações das ‘cidades dormitório’ que albergam os trabalhadores da indústria e serviços da grande cidade de Lisboa”, uma carência que se verifica “tanto na área dos cuidados de saúde primários, como na vertente hospitalar, daí as intermináveis filas de espera nos serviços de urgência dos hospitais, sempre que há, por exemplo, uma epidemia de gripe”. Quanto à atuação a nível médico explica “os médicos estão recetivos para colaborar na melhoria dos serviços, porém a falta de médicos e outro pessoal de saúde torna praticamente impossível uma melhoria real. Além disso o pagamento das horas extraordinárias a 50% dificulta ainda mais a oferta dos serviços de saúde” e acrescenta que “é

difícil atuar nos serviços de saúde locais pois as administrações consideram que só têm de responder perante a administração central”.

No que se refere à atuação da OM, define a posição dos órgãos regionais/nacionais como “autista”, “o que dificulta a resolução dos problemas dos médicos. Só com um poder da Ordem dos Médicos devidamente descentralizado e coordenado se podem conseguir resultados positivos”. A solução passa, segundo a presidente da Sub-região da Grande Lisboa por “uma nova mentalidade com grande abertura aos reais problemas dos médicos - formação dos jovens médicos, acesso ao internato da especialidade, carreiras médicas, dignificação profissional, apoio social aos médicos idosos, etc. - com melhoria do funcionamento de toda a estrutura da Ordem de modo a torná-la verdadeiramente ‘útil’”. “A concre-

tização do projeto da ‘Casa do Médico da Região Sul’, já iniciado por um grupo de colegas, é um exemplo assinalável de uma ordem ao serviço dos médicos, pois constituirá um ponto de encontro e de convívio dos médicos do Sul e um local de acolhimento dos médicos mais idosos e sem família”, sublinha.

As expectativas quanto ao futuro da saúde não melhoram pela existência de um ministro médico porque Maria de Fátima Araújo não acredita que “os ‘médicos políticos’ ou ‘médicos gestores’ sejam melhores Ministros da Saúde que os oriundos de outras áreas profissionais, porque, em geral, não têm experiência clínica. O conhecimento dos problemas estruturais da saúde adquire-se com uma boa assessoria técnica o que não depende da profissão”. “Gostaria que os médicos tivessem boas condições de trabalho e realização profissional a todos os níveis, vencimentos compatíveis com o seu estatuto profissional e sem uma carga de trabalho excessiva e que o SNS respondesse às reais carências de cuidados de saúde dos portugueses, recorrendo sem discriminação aos cuidados de saúde do setor público e privado”, conclui.

“É fundamental uma maior autonomia funcional, de responsabilidades e económica dos Distritos Médicos”

Pratas Balhau

Presidente da Sub-região de Braga, SRN



Também na região abrangida pela Sub-região de Braga “ainda há utentes sem médico de família” e “um dos principais problemas é a deficiente articulação dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares que implica referência dos doentes para os Serviços de Urgência. Há ainda quadros médicos hospitalares subdimensionados em algumas especialidades dos Hospitais do Distrito Médico. Como consequência verificam-se tempos de espera inaceitáveis para o atendimento (consultas externas e cirurgias) dos doentes referenciados pelos médicos dos cuidados de saúde primários. As camas hospitalares estão em parte ocupadas por doentes que aguardam camas na RNC-CI”.

Pratas Balhau refere a “falta de recursos financeiros e incapacidade para resolver localmente os problemas administrativos dos médicos no Distrito Médico de Braga” como uma dificuldade na atuação dos órgãos locais porque “os médicos do Distrito Médico de Braga têm que recorrer à Secção Regional do Porto” para resolver as suas questões o que faz com que sintam “que a Secção Distrital é completamente irrelevante”. Embora o relacionamento com

o Concelho Regional e com os órgãos nacionais da OM seja “bom sob o ponto de vista pessoal ou institucional”, Pratas Balhau salienta dificuldades provocadas por “falta de informação, de comunicação e de autonomia”, sugerindo que a necessidade de autonomizar e descentralizar: “há demasiada concentração de recursos, ofertas e oportunidades nos Distritos Médicos que são sede de Conselho Regional (Porto, Lisboa e Coimbra). É fundamental uma maior autonomia funcional, de responsabilidades e económica dos Distritos Médicos (atuais sub-regiões), para que estes tenham alguma relevância e suscitem a participação dos médicos”. O financiamento é igualmente referido pelo presidente da Sub-região de Braga “é fundamental que haja financiamento das Secções Distritais de modo a que estas possam elaborar o seu programa anual sem estar dependentes da organização regional, no nosso caso, do Porto. Atualmente os Distritos Médicos são meras secções culturais e recreativas e não têm condições para cumprir as funções que deveriam ser as suas. Deverá haver maior autonomia com responsabilização”.

Para a política de saúde, Pratas

Balhau apela ao bom senso e espera que o Ministério da Saúde seja consequente nas suas tomadas de posição: “deve haver bom senso nas medidas a implementar, que não podem ser medidas avulsas, mas com plano de ação a médio e longo prazo, para garantir resultados. Criar políticas de saúde envolvendo os médicos e não contra os médicos”. E concretiza:

“- Reconhecer a importância do ato médico e atualizar a sua legislação;

- Centrar o SNS no médico de família e não nos Hospitais, como atualmente sucede, e instituir uma carta hospitalar que responda às necessidades do país e das populações e não dependa das influências e interesses pessoais e/ou dos múltiplos poderes existentes;

- Valorizar as carreiras médicas, com avaliações públicas periódicas, o que permitirá formar clínicos motivados. Criar instituições com equipas adequadas à formação dos médicos jovens com hierarquia técnico-científica. Na formação dos médicos em formação específica ter em conta o tempo em atividades assistenciais, principalmente nos serviços de urgências, permitindo horas para atividades de formação científica e de investigação, que é cada vez mais importante na formação e classificação dos médicos internos”.

“A distância dos serviços centrais da OM condiciona a celeridade”

Henriqueta Reynolds

Presidente da Sub-região da Madeira, SRS



“O Serviço de Saúde da RAM, criado nos anos 70, foi durante muitos anos, um modelo de funcionamento e de organização”, começa por referir a presidente da sub-região da Madeira. Mas, “atualmente, e na sequência da crise financeira nacional e internacional, aliada a opções políticas e estratégicas questionáveis, fechadas a qualquer tipo de sentido crítico, o serviço público de saúde responde com dificuldade às necessidades dos doentes e às expectativas dos profissionais: - as estruturas hospitalares existentes funcionam há mais de cinquenta anos, estão envelhecidas e são desadequadas ao modelo de segurança e de qualidade da medicina do século XXI. A construção de um novo hospital consta nos programas de governo desde 2000 e previa-se a sua inauguração em 2008! Contudo, após apresentado publicamente o projeto de arquitetura, apropriados os terrenos para a sua implantação, e considerado pela AR “projeto de interesse comum”, o projeto foi abandonado em 2011, privilegiando obras de beneficiação dos edifícios existentes, apesar do manifesto desacordo dos profissionais. Em 2015, o Governo Regional volta a considerar esta necessidade mas, o seu financiamento ainda não está assegurado. Este

compasso de espera, a que se acresce o tempo necessário para a construção de uma estrutura de grande dimensão e complexidade, tem condicionado a degradação das atuais estruturas e os profissionais têm alertado a tutela para a necessidade de procura de soluções que, no imediato, supram as deficientes condições de trabalho e a inevitável repercussão na qualidade dos cuidados;

- A renovação dos equipamentos e a manutenção dos existentes não é feita com a periodicidade devida. Nos últimos anos as aquisições foram feitas sem contratos de manutenção;

- Não há uma política de organização e investimento nos Cuidados de Saúde Primários, havendo cerca de 40% de doentes sem médico de família e alguns edifícios onde funcionam os CS não têm condições de funcionamento adequadas;

- As políticas de apoio aos idosos e dependentes não acompanharam as alterações demográficas previstas, existindo cerca de 140 altas problemáticas, que consomem recursos humanos e financeiros que deveriam ser assumidos pela segurança social;

- São frequentes as faltas de fármacos e de materiais de consumo diário”. Apesar desse contexto é realçado como “muito

positivo o empenho dos profissionais que, embora em número insuficiente, todos os dias se esforçam para assegurar cuidados de saúde de qualidade aos nossos doentes”.

Quanto à atuação dos representantes distritais da OM na Madeira, têm existido algumas dificuldades conforme explica: “entre 2008 e 2014, após a retirada da capacidade formativa a todos os serviços por graves lacunas observadas na formação, o Conselho Médico, embora francamente empenhado numa tentativa de resolução dos problemas observados, não foi devidamente respeitado e acreditado. Atualmente existe melhor comunicação e cordialidade entre as instituições, mas muitos dos problemas identificados permanecem sem resolução”. No relacionamento dentro da instituição, Henriqueta Reynolds realça “um excelente relacionamento entre o Conselho Médico da RAM e a Secção Regional do Sul e com Sr. Bastonário” mas explica que quando se colocam questões disciplinares e jurídicas, para as quais não existe capacidade de resposta a nível local, “a distância dos serviços centrais condiciona a celeridade com que gostaríamos de as ver solucionadas”, sugerindo a necessidade de “maior autonomia administrativa, a existência de um gabinete jurídico local e o reforço do Conselho Disciplinar Regional”.

Para o futuro os desejos dos representantes locais da OM passam por “a saúde ser pensada como um investimento e não

como um gasto supérfluo, considerando a repercussão que os ganhos em saúde têm a todos os níveis, e fazendo ajustes orçamentais com os Ministérios da Segurança Social e Trabalho; Que o SNS seja sustentável, que

seja definida uma carteira de serviços mínimos a que todos os utentes tenham direito e, simultaneamente, seja assegurado o acesso de todos os cidadãos à inovação e aos melhores tratamentos com evidência científica

inquestionável; e que se criem incentivos à fixação dos profissionais nas zonas mais carenciadas e que os profissionais sejam dignificados e respeitados”.

“É preciso mais tempo para os doentes e menos computadores”

J. L. Pio Abreu

Presidente da Sub-região de Coimbra, SRC



Nas palavras de Pio Abreu, a área abrangida por esta sub-região da OM “é muito específica, pois Coimbra é apresentada como a capital da Saúde e a população sente-se, geralmente, segura com os seus serviços médicos. Os serviços de saúde, graças ao empenhamento dos seus profissionais, têm respondido muito bem, e puderam sobreviver à crise, apesar das dificuldades de acesso aos serviços públicos e de muitos erros administrativos na fusão entre os dois hospitais previamente existentes. O acesso não está bem racionalizado, passando muitas vezes pelo recurso prévio ao privado. O maior problema, a meu ver, é a contaminação entre o privado e o público, com o fenómeno de ‘decantação’ e o duplo trabalho de muitos profissionais em ambos os sectores”.

Na atuação em representação da OM, não tem sentido qualquer dificuldade pois “a Ordem dos Médicos, seja através dos seus órgãos distritais e regionais, seja através dos Colégios de Especialidade, é sempre muito bem recebida nos serviços de saúde públicos”. O presidente da Sub-região de Coimbra reconhece que, embora não seja habitual ter contacto com os serviços e clínicas privadas, “seria importante começar a fazê-lo”. “Temos ouvido os médicos no seu trabalho local, e é interessante saber como eles estão perfeitamente conscientes dos seus problemas e dificuldades, e fazem o possível e o impossível para os resolver”, acrescenta. O relacionamento com os órgãos regionais/nacionais da OM é descrito como “muito pa-

cífico e cooperativo” só sendo salientado como negativo o facto de “ocasionalmente, existirem algumas demoras por parte dos órgãos colegiais” o que pode ser melhorado se houver “mais contactos com a periferia” como, “aliás, têm sido promovidos pelo Conselho Regional”. A proximidade é um fator positivo para o bom funcionamento da instituição: “em Coimbra não se colocam estes problemas, pois trabalhamos todos na mesma casa e estamos em permanente contacto”. Em termos de política de saúde, J. L. Pio Abreu espera que o Ministério da Saúde escolha um caminho onde exista: “mais tempo para os doentes e menos computadores”, em que se “melhore e racionalize o acesso aos grandes hospitais públicos, nomeadamente à urgência e consultas especializadas” e com uma “melhor separação entre o público e o privado, sobretudo quando este se coloca em regime competitivo e não supletivo”.

OM denuncia publicidade enganosa no setor da saúde

A Ordem dos Médicos no sentido da protecção da saúde pública comunicou à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) uma situação de publicidade enganosa por parte de uma empresa que não respeitava o regime jurídico das práticas de publicidade em saúde. Na sequência da intervenção da ERS, a empresa que anuncia tratamentos de medicina regenerativa alterou a sua publicidade e foi agendada a realização de uma ação de fiscalização ao estabelecimento prestador de cuidados de saúde explorado pela entidade visada. A Ordem dos Médicos apela a todos os cidadãos, médicos e não médicos, que sempre que considerem que a lei está a ser violada apresentem queixa à OM ou à Entidade Reguladora da Saúde.

No seguimento do ofício remetido pela Ordem dos Médicos à Entidade Reguladora, em 21 de dezembro de 2015, foi aberto um processo de avaliação, com o objetivo de analisar a informação publicitada na página de endereço eletrónico da sociedade que anuncia tratamentos de medicina regenerativa, relativamente aos cuidados de saúde alegadamente prestados no estabelecimento de saúde por ela explorado. Uma das situações que havia a assinalar era o facto de acupunctura biomédica, anti-envelhecimento, ortomolecular, fisioterapia, homeopatia e osteopatia, entre outras, surgirem referidas como “especialidades”.

No seguimento da intervenção da ERS, a informação publicitada na página eletrónica dessa

entidade foi corrigida em conformidade com a exposição da Ordem dos Médicos, tendo sido eliminada a alusão que era feita à terapia celular, bem como o separador “*especialidades*” que foi substituído pelo separador “*áreas*», do qual foram retiradas as menções que aí eram feitas à terapia celular, à ozonoterapia, à mesoterapia e ao pilates médico adaptado, tendo sido também eliminado o separador intitulado “*tratamentos*”.

A empresa visada assegurou à ERS que os tratamentos em causa nunca foram prestados no seu estabelecimento de saúde. A ERS decidiu advertir a sociedade comercial prevaricadora para a obrigatoriedade de respeitar o regime jurídico das práticas de publicidade em saúde, aprovado

pelo Decreto-Lei n.º 238/2015, de 14 de outubro, designada, mas não limitadamente, os princípios a que as mesmas devem obedecer, os quais estão consagrados nos artigos 3.º a 6.º do referido diploma legal (a saber, princípios da transparência, da fidedignidade e da licitude da informação, princípio da objetividade e princípio do rigor científico). Caso a ERS venha a ter conhecimento de que a entidade visada não esteja a respeitar o regime jurídico das práticas de publicidade em saúde, procederá à reabertura dos autos que entretanto arquivou. Foi ainda decidida a realização de ação de fiscalização ao estabelecimento prestador de cuidados de saúde explorado pela entidade visada por esta denúncia.



2016 European Health Management Association Annual Conference

Realizou-se de 14 a 16 junho de 2016, na Ordem dos Médicos, no Porto, a Conferência Anual da EHMA (*European Health Management Association*) subordinada ao tema “Novos Modelos de Cuidados. Reinventando a saúde: porquê, o quê, como”, estando a organização em Portugal a cargo de Rui Nunes, professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Tendo como anfitrião a Faculdade de Medicina e a Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos, os congressistas analisaram os problemas que os sistemas de saúde enfrentam em todo o mundo, sendo que a complexidade desses desafios foi considerado um dos grandes reptos das sociedades contemporâneas. Segundo a EHMA, académicos, profissionais, decisores e gestores de políticas da Europa necessitam de ser criativos, inovadores e cooperativos, a fim de explorar a forma como todos podem assumir a responsabilidade para a criação de sistemas de saúde

modernos e sustentáveis.

Segundo Rui Nunes, e no âmbito das propostas da *European Health Management Association* “este Congresso veio reforçar a noção crescente de que é necessário reinventar a política de saúde no sentido de garantir a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde”. É preciso ainda, afirmou o professor, “repensar o modelo de gestão dos hospitais públicos, nomeadamente se o modelo EPE deve dar origem a formas mais evoluídas de gestão empresarial dos serviços públicos”.

A *European Health Management Association* é uma rede

de organizações de saúde em toda a Europa, cujo objetivo é melhorar a qualidade e reforçar a capacidade de gestão da saúde no espaço europeu e à escala mundial. Um dos seus objetivos é, através da construção de pontes e de *networking* entre os países, as universidades, os gestores, os decisores políticos, os profissionais de saúde, e os diferentes operadores do setor da saúde, partilhar conhecimentos entre especialistas e organizações de saúde de modo a influenciar positivamente a política de saúde na Europa.



Morte súbita: o que podemos fazer?

No mês de Maio, mês do coração, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia implementou campanhas para alertar para a realidade da morte súbita em Portugal e para o que deveríamos fazer para reduzir os números da mortalidade.

Em Portugal, em média, cerca de 10 mil pessoas deverão sofrer morte súbita cardíaca, tendo em conta os números da mortalidade cardiovascular anual. A prevalência desta situação clínica é superior em faixas etárias mais avançadas, muito embora se possa registar em jovens com doença cardíaca hereditária. Cerca de 20% da mortalidade global da população ocorre como morte súbita e aproximadamente metade das mortes cardiovasculares devem-se a episódios de morte súbita.

A questão essencial para a Sociedade Portuguesa de Cardiologia é que, inúmeros casos de morte súbita poderiam ter sido evitados se manobras de reanimação imediatas tivessem sido aplicadas. Tal seria possível se a generalidade dos cidadãos, tivesse sido treinada para tal, independentemente da faixa etária ou grau de diferenciação. Em alguns países o treino de “suporte básico de vida” (SBV) é ensinado nas escolas, como parte do programa curricular, há mais de 20 anos. A par desta formação, recorrente e obrigatória nas escolas, a sensibilização de todos os

cidadãos para a importância desta aprendizagem e treino, reveste-se de particular importância, devendo ser assumida coletiva e individualmente.

Finalmente a disponibilização de equipamento apropriado, denominado DAE (desfibrilador automático externo) em locais públicos, de maior concentração de pessoas, como recintos desportivos, grandes superfícies comerciais, aeroportos ou até mesmo na via pública deve ser considerado requisito básico de segurança. Ainda não existem medidas ou legislação que suportem estes objetivos, sendo por isso importante sensibilizar os governos e a sociedade civil para esta realidade.

Segundo o cardiologista Mário Oliveira, vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, a morte súbita caracteriza-se por ocorrer de forma inesperada no espaço de uma hora, ou até uma hora depois de se iniciarem os sintomas. Os principais fatores de risco associados aos episódios de morte súbita a ter em conta são três, como refere este especialista: “- Sobreviventes de enfarte – que



Presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia

ficam com uma cicatriz no coração e essa cicatriz pode originar arritmias malignas (culminando em morte);

- Pessoas com insuficiência cardíaca – que pode resultar quer de doença primária do músculo cardíaco, quer secundariamente a doença das válvulas ou das artérias coronárias. Independentemente da causa que motivou a insuficiência cardíaca, esta pode provocar o aparecimento de arritmias malignas e assim levar à morte súbita ;

- Doenças Cardíacas Hereditárias

e/ou Elétricas – Doenças hereditárias do músculo cardíaco como a Miocardiopatia Hipertrófica ou doenças elétricas do coração como o Síndrome de Brugada, são alguns exemplos”.

“Em alguns tipos de doenças que podem provocar a morte súbita, o coração é estruturalmente normal, ou seja não há doença das válvulas nem do músculo cardíaco, como por exemplo no Síndrome de Brugada, tornando muito difícil o diagnóstico prévio ao episódio de morte súbita”, acrescenta.

Como medidas de prevenção a destacar, o vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia explica: “a medicina tenta identificar as pessoas com maior probabilidade de sofrer um ataque de Morte Súbita. Uma vez identificado um indivíduo com alto risco de morte súbita, deverá ser implantado um Cardioversor Desfibrilhador Interno (CDI). Este aparelho actua monitorizando o coração e, caso ocorra uma arritmia maligna, o aparelho estimula o coração, parando a arritmia.

Nos casos em que o doente não

possui antecedentes cardiovasculares, mas tem critérios de risco para implantar um CDI, diz-se estar perante um caso de prevenção primária. Quando o doente já sobreviveu a um evento cardiovascular arritmico identificamos o caso como prevenção secundária”. Já o presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Miguel Mendes, defende a atuação em 4 eixos fundamentais para diminuir o número de mortes súbitas em Portugal:

“- No sistema de ensino deveria ser ensinado Suporte Básico de Vida e noções básicas de saúde cardiovascular por forma a garantir a educação das crianças e jovens;

- A sociedade civil deverá estar mais alerta para o que pode significar para o cidadão comum ter Formação em Suporte Básico de Vida, procurando formação em SBV, podendo assim contribuir para que cada indivíduo esteja apto a salvar uma vida;

- A legislação e segurança inerente às provas de desporto deverá ser revista: A SPC defende que

em todas as provas desportivas os atletas amadores recorram aos serviços médicos para avaliação cardiovascular. Além disso, consideramos que as organizações desse tipo de provas deveriam ser obrigadas a possuir meios de ressuscitação com DAE (desfibrilhador automático externo) local;

- Deverá ser assegurada a existência de “ sistemas de reanimação de emergência organizada”, em locais onde se verifiquem aglomerados de pessoas, como é o caso dos centros comerciais, estádios desportivos, locais destinados a eventos públicos, e mesmo naqueles onde a prática do esforço físico é verificada (como é o exemplo dos ginásios.)”

Sociedade Portuguesa de Cardiologia e Fundação Portuguesa de Cardiologia têm promovido campanhas de sensibilização no mês de Maio, alertando para a problemática da insuficiência cardíaca, que atinge todos os anos cerca de 400 mil Portugueses, e que tem como consequência potencial a morte súbita.



Contributos para a História da Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal

A Trilhos Editora, lançou no dia 7 de maio de 2016, a última obra de Maria José Vidigal, psiquiatra da Infância e da Juventude e Psicanalista, *Contributos para a História da Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal*, prefaciada por Ce-



João Paulo Ribeiro (psicólogo); Teresa Goldsmit (pedopsiquiatra); Augusto Carreira (pedopsiquiatra); Matilde Vidigal Almas; Manuela Veríssimo (vice-reitora do ISPA)



Arquimedes da Silva Santos (primeiro neuropsiquiatra infantil em Portugal) e Maria José Vidigal (pedopsiquiatra)



Filomena Dias (psicóloga) e Maria José Vidigal (pedopsiquiatra)

leste Malpique e apresentada por Emílio Salgueiro. Este lançamento coincidiu com a homenagem que lhe fizeram colegas e outros colaboradores.

Na obra é traçada a história da Psiquiatria europeia e acompanha-se a evolução desde a Grécia Antiga até aos tempos actuais.

A 1ª tentativa de classificação das doenças mentais deve-se ao psiquiatra francês Pinel (1745-1826) que, com os seus estudos e reformas deu origem à 1ª “revolução psiquiátrica”.

Foi só no século XX que a Psiquia-



Emílio Salgueiro (pedopsiquiatra); Carina Brito da Mana (psicóloga); Maria José Vidigal (pedopsiquiatra); Filomena Dias (psicóloga); Maria de Jesus Candeias (psicóloga); Vera Pires Vieira (psicóloga)



João Costa (psicomotricista); Maria José Vidigal (pedopsiquiatra); Emílio Salgueiro (pedopsiquiatra)

tria começou a tomar uma forma que se aproxima mais da actual e o próprio nome só foi usado pela 1ª vez em 1800.

Na década de 50 do século XX foi introduzida a clorpromazina, com grande desenvolvimento da Psiquiatria Organicista – 2ª Revolução Psiquiátrica.

Nos anos 60, nos Estados Unidos, teve início a 3ª Revolução Psiquiátrica, passando a ser valorizada a Prevenção – Movimento da Saúde Mental. Em todas estas etapas, destacaram-se psiquiatras de grande prestígio nacional e internacional.

Em Portugal estes movimentos tiveram uma expressão mais atenuada, excepto no último período, em que se destacaram: Professor Barahona Fernandes, (1907-1992) intelectual prestigiado, com uma vasta obra; e João dos Santos (1913-1987) que lançou a Psiquiatria Infanto-Juvenil a nível europeu, reunindo na sua prática três Movimentos: Psiquiatria, Higiene Mental e Saúde Pública.

Qualquer dos dois deixaram imensos discípulos.

Contacto da Trilhos Editora:
i.t.e@hotmail.com



Delegações Iberoamericanas durante os trabalhos do IX Encontro FIEM

Ordens médicas ibero-americanas e europeias reuniram-se em Coimbra

Coimbra foi palco para dois encontros internacionais de ordens médicas: nos dias 2 e 3 de junho, decorreu, na cidade dos estudantes, o IX Fórum Ibero-americano das Entidades Médicas (FIEM), dando depois lugar, a 4 de junho, à Reunião Plenária do Conselho Europeu das Ordens Médicas (CEOM).

Ambos os encontros tiveram lugar no Hotel Quinta das Lágrimas e tinham como objetivo ser uma rede de intercâmbio e de cooperação para encontrar um ponto de harmonia sobre a ética médica e a competência profissional entre todas as organizações médicas representadas, no sentido de alcançar e promover os mais altos padrões de cuidados médicos, bem como a autonomia e profissionalismo entre todos os médicos. O FIEM

trouxe até Coimbra representantes de 12 delegações internacionais. Além da delegação anfitriã de Portugal, o encontro contou ainda com representantes das entidades médicas da Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Espanha, Guatemala, Panamá, Paraguai, Portugal, Uruguai, Venezuela e Itália (mais concretamente da Organização Médica do Vaticano, que se fez representar pelo Monsenhor Professor Pablo Requena Meana).

FIEM debate temas da atualidade

Coube ao Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, a tarefa de abrir os debates. Sob o tema “Medicalização da vida e política de medicamentos”, José Manuel Silva assinalou o facto de Portugal ser o “nono país da Europa que mais antibióticos consome”, enumerando alguns perigos que resultam da medicalização da população portuguesa. Defendeu,



Delegação FIEM no Anfiteatro Colina de Camões - Quinta das Lágrimas

também, a necessidade de uma política mundial comum para o medicamento.

Perante os 40 representantes das 12 delegações presentes no FIEM, José Manuel Silva abordou os fatores sociais e ambientais das patologias e, também, a relação médico-doente. “As Faculdades de Medicina têm de ensinar as capacidades de comunicação para sermos médicos humanos e não médicos robôs”, exortou. Aliás, a relação médico-doente também foi um dos enfoques da intervenção do Presidente do Conselho Geral dos Colégios Oficiais de Médicos de Espanha, Juan José Rodríguez Sendin: “Mais tempo para a consulta é a chave” dessa relação.

Médicos ibero-americanos aprovam “Declaração de Coimbra”

Dos dois dias de trabalhos do IX encontro do FIEM resultou a “Declaração de Coimbra”, aprovada no final do encontro pelas 12 delegações presentes. No documento, os médicos mostraram-se contra a “medicalização da vida” e a publicidade enganosa nos meios de comunicação social por parte das empresas farmacêuticas.

“A medicalização da vida contribui para o aumento da frequência e massificação das consultas médicas e tem consequências na qualidade do atendimento, originando muitas vezes frustração em grande parte dos profissionais”, lê-se.

A mesma declaração foca ainda a relação médico-paciente: “Preservar a empatia com os nossos pacientes, o tempo que necessita para uma atenção individualizada, a relação de confiança médico-paciente e a humanização dos atos e atuações médicas, é a melhor prevenção para evitar os efeitos



Mesa de abertura: Caldas Afonso, Carlos Cortes, Ruben Tucci, José Manuel Silva e Juan Jose Rodriguez Sendín



João Grenho, Catarina Matias e José Santos



José Manuel Silva, Ruben Tucci, Alberto Caldas Afonso, Catarina Matias



João de Deus, José Santos, Carlos Cortes, Catarina Matias, José Manuel Silva, Cláudia Grenho e João Grenho na receção do Palácio São Marcos

indesejáveis derivados e lutar contra o fenómeno da medicalização da vida”. Na sequência destas ideias, a relação médico - paciente deve ser reconhecida como “bem imaterial da Humanidade”. Esta proposta, protagonizada pela delegação espanhola, será levada ao próximo encontro, de forma a reu-

nir apoio alargado da comunidade médica internacional.

“As políticas erróneas no âmbito dos medicamentos e da aplicação das tecnologias têm relação estreita com os Direitos Humanos e a dignidades das pessoas”, adianta a mesma “Declaração de Coimbra”, onde se defende, neste



Delegações presentes do Conselho Europeu das Ordens Médicas

enquadramento, “uma política comum de medicamentos na Europa e na América Latina”.

O documento aprovado define ainda objetivos e recomendações no âmbito da “Saúde e alterações climáticas na Europa e Ibero América”, “Sistemas de Saúde e Direitos Humanos relacionados com a Saúde”, “Violência de Género. Perspetivas: Interprofissional, os pacientes e o Governo”, “Consequências para a atenção sanitária dos tratados de livre comércio”, “Emprego, formação médica pré e pós-graduada e recerficação”, “Cooperação e participação nas organizações médicas internacionais (estratégias, objetivos, propostas)”. Além da “Declaração de Coimbra” foram ainda aprovadas, por unanimidade, outras duas decla-

rações: a Declaração de Coimbra sobre o alerta de saúde pública por causa do vírus Zika (no âmbito dos Jogos Olímpicos do Rio de Janeiro 2016) e a Declaração de Coimbra face à crise no setor de saúde na Venezuela.

Bastonário reconhecido por amigos, colegas e familiares

Mas porque nem só de trabalho foram feitos os dois encontros, houve ainda tempo para um jantar que reuniu todos os representantes das duas entidades (FIEM e CEOM). O evento, que pretendia ser um ponto de encontro entre todos os participantes, teve lugar no Palácio de São Marcos e contou com algumas surpresas.

A primeira foi a atuação do grupo Fado ao Centro (com João Farinha, na voz; Luís Barroso, na guitarra portuguesa; Luís Carlos, na viola), cuja prestação deslumbrou todos os participantes (mais de 80 pessoas), a que se seguiu um momento de homenagem ao Bastonário da Ordem dos Médicos. José Manuel Silva foi surpreendido pela projeção um vídeo onde familiares e amigos lhe prestam tributo e narram algumas facetas da vida do atual Bastonário da Ordem dos Médicos. Ainda antes da visualização do vídeo, Carlos Cortes, presidente da SRCOM dirigiu-se ao Bastonário e disse: Este é o “reconhecimento daquilo que tens feito pela Medicina em Portugal e pela saúde dos doentes. Tem sido um percurso absolutamente notável. Queria expressar, também aqui, a nossa profunda amizade. Muito obrigado José Manuel”.

Este não foi, de resto, o único reconhecimento feito ao Bastonário da Ordem dos Médicos uma vez que, no primeiro dia do Fórum Europeu das Entidades Médicas, o presidente da OMC, Rodríguez Sendín, anunciou a atribuição da Medalha de Ouro (a mais alta distinção) ao Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, por todo o seu contributo em prol dos médicos e dos doentes.



Receção no Palácio de S Marcos às delegações do FIEM e CEOM

Delegações da FIEM e CEOM, na Igreja do Palácio de S. Marcos assistem ao espetáculo do Fado ao Centro e ao momento de reconhecimento ao Bastonário da Ordem dos Médicos



Carta de Identidade e Princípios da Profissão Médica Latino-iberoamericana entregue ao Papa Francisco

Já no seguimento do IX FIEM, os representantes das várias delegações partiram rumo ao Vaticano, onde foram recebidos, em audiência privada, pelo Papa Francisco, a quem foi entregue a Carta de Identidade e Princípios da Profissão Médica Latino-iberoamericana. O documento, aprovado em Coimbra no âmbito do IX Encontro do Fórum Iberoamericano das Entidades Médicas, alerta para a “doença mais grave”, a pobreza, e para as injustiças sociais que grassam no mundo. “A injustiça na redistribuição de bens e riqueza” são “fatores determinantes para a

criação de efeitos negativos para a saúde dos indivíduos e das populações”.

À semelhança do que já que estava estabelecido na “Declaração de Coimbra”, este documento destaca ainda outros problemas da atualidade, tais como a violência de género, o preço avultado dos medicamentos e tecnologia.

No documento, as 43 organizações médicas (pertencentes a 21 países), integradas na Confederação Médica Latina-Iberoamericana (CONFEMEL – que irá substituir o FIEM), assumem o compromisso incondicional de “atender sem discriminação de qualquer natureza, às necessidades de saúde dos pacientes em todos em todas as suas circunstâncias biológicas, psicológicas, espirituais e sociais, com os valores da melhor ética médica,

o humanismo assistencial e as competências profissionais mais apropriadas”.

CEOM: de Coimbra para Paris

Paris vai a receber próxima reunião plenária do Conselho Europeu das Ordens Médicas.

Depois do encontro que teve lugar em Coimbra a 4 de Junho, com representantes de 13 delegações a marcar presença em Coimbra (nomeadamente Áustria, Alemanha, Bélgica, Chipre, Espanha, França, Grécia, Portugal, Itália, Luxemburgo, Roménia, Reino Unido e Suíça), o Conselho Europeu das Ordens Médicas reúne novamente na capital francesa, a 2 de dezembro de 2016.





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.

Raquel Helena Novaes

especialista em Medicina Geral e Familiar, sócia-gerente da OKSAM Atividades Médicas Lda.



Eu sentia-me como uma escrava

Raquel Helena Novaes é especialista em MGF desde a primeira época de 2015. Com apenas 39 anos esta médica sentiu já os efeitos do *burnout* e ao ver a sua saúde em risco, a sua vida familiar afetada e descontente com as condições em que era obrigada a exercer a atividade clínica, no início do ano de 2016, acabou por pedir exoneração do SNS. Afirma não estar nada arrependida pois sentia-se “como uma escrava” sem quaisquer direitos mas com muitos deveres para cumprir num sistema que qualifica como “desumano” e nada recetivo à maternidade.

Revista da Ordem dos Médicos –
**Desde o 2º ano de internato que
fazia clínica privada...**

Raquel Helena Novaes – Eu trabalho no setor privado desde o meu 2º ano de internato pois não tinha outra alternativa: sou mãe solteira e tenho a minha mãe e filha a meu cargo e o nosso “lindo ordenado”

(como interna € 1.200, como especialista €1.580) não paga as despesas de casa (sei que ninguém tem nada a ver com isso, mas gostava que percebessem que não trabalho fora do SNS por *hobbie*).

De referir que o diretor executivo (DE) no meu último ano de internato e depois de me tornar espe-

cialista quis impor-me a obrigação de fazer horas extras num AC do nosso ACES, a aproximadamente 20km de Vila Franca e a ganhar, salvo erro, entre 7 e 9 euros à hora. Eu expliquei-lhe que trabalho para sustentar a minha família e que, claro, preferia trabalhar para ganhar entre 20 e 25 euros à hora no

hospital da nossa zona de residência que fica a 1km da minha casa. Já que tenho que estar menos tempo com a minha filha que seja por um valor digno para vivermos...

ROM – Escolheu a especialidade que a apaixonava, mas hesitou no momento de assinar contrato na instituição onde fez a sua formação, pode explicar-nos o porquê?

RHN – Como interna iniciei o meu percurso na UCSP Vila Franca de Xira, quando entrei no 2º ano, as médicas da unidade iniciaram a USF Terras de Cira, sendo coordenadas pela minha orientadora de formação. Trabalhei, portanto, nas duas realidades enquanto interna e quando terminei fui convidada pela USF para integrar a equipa e aceitei com alegria. Sinto-me parte daquela unidade, ajudei a formá-la... As médicas que acompanharam o meu percurso desde o início são todas muito especiais para mim: cada uma à sua maneira, partilharam comigo uma parte delas, facto que enriqueceu imenso o meu percurso. A equipa viu-me crescer como profissional - as enfermeiras, as administrativas, as auxiliares, os seguranças... O combinado era que eu, desde que terminei a formação e enquanto aguardava o exame de saída, ia formando a minha lista na UCSP para depois passarmos em bloco para a USF no início do ano.

ROM – Mas em Abril de 2015 pensou em não assinar contrato...

RHN – Sim e entristeceu-me muito pensar em não assinar o contrato. Sempre prometi à minha filha que teria mais tempo pois trabalhava muito por estar em formação mas que a ia compensar após terminar a especialidade. Contudo, o diretor executivo estava a alterar os horários para um máximo de 9 horas por dia, tirando todas

as tardes livres, não querendo dar horários não assistenciais e foi por não concordar com isso que pensei não assinar. Mas falei com o diretor clínico, na presença da coordenadora da Unidade, o qual deu a sua palavra em como eu poderia fazer as 10 horas por dia e ter uma tarde livre. Mas, depois de assinar o contrato, negaram-me este horário... Antes pelo contrário: o meu horário continha um dia em que entrava às 8h e saía às 17h30m, outro em que entrava às 9h e saía às 18h, outro que entrava às 11 e saía às 20h e uma tarde em que saía às 16h...

Sabe, tenho muita pena: escolhi a minha especialidade por gosto. Fiz a especialidade que desejava... Ia ficar a trabalhar onde queria... Fiz a minha lista e fui conhecendo os meus utentes. Sinto que tudo isso me foi tirado. Não me vejo a acreditar novamente no SNS...

ROM – Como mãe solteira, sente que o serviço público é pouco favorável à maternidade?

RHN – Favorável?! Nem pouco, nem muito: é desumano! Eu só tinha um dia por semana para deixar a minha filha na escola (ela tinha 8 anos na altura), e um para a ir buscar. Nos dias que entrava às 8h levava-a comigo para o centro de saúde e ela ficava no refeitório até serem horas de ir para a escola. Chegou ao cúmulo de eu deixar a minha filha vir sozinha da escola para o centro de saúde porque estava em reunião da unidade e a minha mãe na Universidade Sénior; ela saía da escola às 16h30m e eu saía às 17h30m. A escola é perto, cerca de 200 metros, ela só atravessava a rua uma vez e era num semáforo, já em frente ao centro de saúde, mas já imaginou o meu desespero como mãe? Eu pedia ao segurança e a uma auxiliar para, se um deles pudesse, darem uma

olhadela do lado de fora do edifício só para a ver no caminho... A minha sorte é que aquela equipa sempre foi muito boa para comigo...

ROM – Acabou por não querer fazer parte da USF, mas foi “empurrada” para a prestação de cuidados numa dessas unidades... Qual a situação mais grave que teve que enfrentar?

RHN – Eu não quis fazer parte da USF por causa das muitas imposições do Diretor Executivo... Mas sempre me senti parte da equipa, por isso quis ficar na UCSP que funcionava no mesmo edifício mas num andar diferente. Mas as condições foram-se complicando ainda mais depois de eu ter recusado ir para a USF; Primeiro os diretores clínico e executivo pediram-me ajuda temporária para ir a uma Unidade duas vezes por semana ajudar - por haver um colega ausente por doença grave - e eu aceitei de boa vontade. Mas quando cheguei à unidade, tinha 9 horas de consulta de utentes sem médico, com duração de 15 minutos e 30 minutos para almoço. Imagine como é para uma médica de família (que além de profissional é um ser humano com sentimentos) ter que ver coisas tão graves como um cancro de mama que eu teria que dar a notícia, referenciar pelo Alert P1, consolar a utente que nunca tinha visto na vida, tudo isso em 15 minutos...

ROM – Aceitou essas condições?

RHN – Não. Mas isto só foi alterado depois de ameaçar enviar uma carta à Ordem e ao Sindicato para informar que, nestas circunstâncias, qualquer erro médico seria culpa da falta de condições imposta pela Direção do ACES e que eu não me responsabilizava. Também tive uma formação negada pelo

DE uns dias antes, porque era necessária nesta Unidade (onde tinham 4 médicos, estando um 1 doente e 2 de férias ao mesmo tempo). Ainda argumentei que não fazia parte da Unidade mas sim da UCSP Vila Franca de Xira, mas isso de nada me valeu.

ROM – Essa foi apenas mais uma das imposições do Diretor Executivo...

RHN – Sim... a ajuda de temporária passou a definitiva (2 dias por semana naquela outra unidade), sem me consultarem ou informarem! Fiquei a saber por um email que foi enviado pelo DE aos coordenadores das unidades e com meu conhecimento e do diretor clínico. Entretanto foi-me retirada a minha lista de utentes (que já estavam a começar ser trabalhados e foram passados para a USF Terras de Cira para completar as listas das colegas e também de um novo colega que entrou no mesmo concurso que eu) mas, mesmo assim, fiquei com uma lista de 1680 utentes... Surgiam constantemente mais imposições do diretor executivo que simplesmente decidia o que eu fazia e para onde ia, alterações ao horário de trabalho... e eu ficava a saber por emails que o DE trocava com outras pessoas mas que vinham com o meu email em Cc. Nunca soube nada diretamente pelo diretor executivo! O senhor nunca se dignou a falar comigo. Passei a fazer um horário das 9h às 18h todos os dias... Pelo menos podia levar a minha filha à escola, mas nunca a podia ir buscar.

ROM – Como se sente uma médica de família quando lhe impõem tempos de consulta de 15 minutos?

RHN – Pior do que os 15 minutos eram os 15 minutos a utentes que eu nunca tinha visto e que estão há meses à espera da consulta. Não me sentia uma médica de família! Não é isso que aprendemos na nossa formação... Imagine utentes também frustrados e desesperados, muitos deles agressivos por achar que é tudo culpa dos médicos, alguns vêm com ordens e acham que somos obrigados a fazer “o que eles mandam”... Eu fui sendo desrespeitada dia sim, dia sim... Some a isso tudo o facto de ter sido obrigada a ir dar consulta nessa unidade... Eu estava cada vez mais frustrada, desanimada, revoltada... E,



por fim, doente... Sem forças, era assim que me sentia no fim...

ROM – Com a sobrecarga horária – a somar à instabilidade psicológica de todas estas situações - acabou por a fazer adoecer...

RHN – Acabei por ficar com uma gastrite nervosa, tive crises de vômitos incoercíveis, crises de enxaqueca, doenças cada vez mais frequentes... Adoecia só de imaginar que tinha que ir para onde não queria, fazer o que já tinha recusado, e deixando os meus utentes sem resposta na minha unidade... Faltava ao trabalho... E o pior disso tudo era saber que uma pessoa da direção do ACES ligava para o Hospital (onde faço turnos) para saber se eu tinha ido trabalhar... Eles fizeram-me tanto mal, deixaram-me doente e ainda achavam que eu estava a fingir?! Isso deixou-me ainda mais doente... Mais incrédula com a capacidade de maldade das pessoas.

ROM – De que forma se refletiu na sua atividade clínica o desgaste que todas estas situações lhe provocaram?

RHN – Passei a ser cada vez mais intransigente e mais intolerante também com os utentes... Menos recetiva e menos acessível à medida que tudo isso ia acontecendo. Não tinha paciência para nada. Não fazia exceções, as normas eram para ser cumpridas... Se eu tinha deveres, os utentes também.

ROM – E na sua vida pessoal?

RHN – Eu só percebi que tinha chegado ao meu limite (mental) quando, depois de um dia horrível nesta outra unidade onde era obrigada a ir, chego a casa e a minha filha faz-me uma pergunta banal e eu exaltei-me... Sabe, ela não me respondeu, não fez nada de mal, simplesmente falou comigo... E

mesmo se o tivesse feito, eu tê-la-ia colocado de castigo como sempre fiz... Consegue imaginar o que é chegar a este ponto?

Eu já tinha chegado ao meu limite físico há muito tempo mas ia aguentando, talvez à espera que as coisas mudassem para melhor, sei lá... à espera de um amanhã melhor... mas aquela situação, para mim, foi um basta... Chorei muito, pedi-lhe desculpa e prometi que não voltaria a acontecer porque... Ia deixar o que nos fazia mal...

ROM – E o que lhe fazia mal naquele momento era o trabalho no SNS...

RHN – No dia seguinte pedi demissão e as férias a que tinha direito mas, no último dia antes de eu entrar de férias, o DE recusou-as. Eu já estava esgotada mentalmente, chorava por tudo e por nada, não dormia, não tinha condições psicológicas de trabalhar, recorri à minha médica de família que me deu CIT, indicação para iniciar medidas gerais e ponderou-se iniciar um antidepressivo, mas aos poucos fui recuperando. Sou das poucas que conheço que evitei o antidepressivo, se calhar fui a tempo!

ROM – O que sentiu ao ser obrigada a, na sequência de todas essas circunstâncias, pedir exoneração do SNS?

RHN – Por não ver resolução destas questões, solicitei de facto a exoneração. De momento só me arrependo de não o ter feito antes... Ganhei paz, qualidade de vida, faço o meu horário e o meu ordenado.

Posso ir às reuniões escolares, às festas de fim de ano letivo da minha filha, sem implorar nada a ninguém, sem ter que alterar o horário ou transferir consultas.

Sabe, a minha carta de exonera-

ção foi a minha carta de alforria: eu sentia-me como uma escrava, não tinha direitos só deveres... Todos tinham direitos... Os utentes, meus e de outros... O DE, acho que até um cachorro tinha mais direitos do que eu...

Eu só tinha o dever de servir e obedecer... Mesmo com computadores que não funcionavam, impressoras que passaram mais de três meses avariadas, sem email institucional durante meses a fio, tendo que solicitar a uma colega para aceder ao meu perfil no computador dela para ler os meus emails (porque no dela funcionava). Mesmo assim eu tinha a obrigação de servir e obedecer... Como é que, nestas circunstâncias, alguém pode cuidar devidamente dos seus utentes? Chamam a isto cuidados primários?! Nós não temos sequer hora para ir comer... Eu às vezes comia em 5 minutos para não atrasar as consultas da tarde e isso ficou tudo registado no ponto digital. Tenho colegas que saem a meio da consulta para colocar o dedo no ponto... Esse registo tem que estar impecável... Os indicadores... Ah... Isso é que é prioritário: vemos uma jovem com dor no ombro, temos que ver tantos indicadores, colocar tantos cliques que já nem nos lembramos qual a razão que levou a jovem à consulta... Isso são cuidados de saúde primários ou são cuidados primários, pela escassez de recursos e tanto tempo despendido em burocracia e indicadores?

ROM – Que balanço faz da sua saída do SNS?

RHN – Posso garantir que a minha qualidade de vida melhorou muito... E o meu ordenado também.

Hermínia Teixeira

Médica de Família na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de São Mamede Infesta - Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E.

Tem 34 anos é especialista em Medicina Geral e Familiar (MGF) e delegada sindical. Sente-se a trabalhar diariamente sob pressão extrema, é crítica de indicadores “não sustentados em evidência científica como relevantes para a saúde dos utentes” e do tamanho excessivo das listas que torna impossível um acompanhamento dos utentes e que potencia o aumento dos casos de erro médico. Tristeza, revolta, irritabilidade e cansaço são os sentimentos que assaltam a médica de família (MF) Hermínia Teixeira e que afetam quer o ambiente profissional quer a vida pessoal, “o que motivou o abandono do SNS por muitos colegas”. A própria entrevistada pensa frequentemente em pedir a exoneração do SNS e só não o fez porque ainda acredita que, se os médicos se mobilizarem, é possível mudar o futuro dos Cuidados de Saúde Primários. Mas é preciso mobilização e reflexão porque “um pedido de exoneração forçado por falta de condições de trabalho deve suscitar uma reflexão séria”, especialmente se tivermos em conta que MGF é uma especialidade onde, por ausência de planeamento, há falta de médicos...



Será que vamos aguentar isto muito mais tempo?

Revista da Ordem dos Médicos – **Escolheu a especialidade que a apaixonava mas não se sente realizada. Pode explicar-nos porquê?**

Hermínia Teixeira – Escolhi Medicina Geral e Familiar motivada e ciente que me aguardavam grandes desafios. A organização do nosso internato prepara-nos de forma muito completa para sermos bons Médicos de Família, mas as nossas expectativas foram defraudadas. A dimensão atual das listas de utentes e a organização do trabalho médico que nos têm imposto põem em causa a qualidade da MGF. Pretende-se que todos os portugueses tenham MF, no entanto, não pode julgar-se que atribuir cada vez mais utentes aos MF irá refletir-se em ganhos em saúde. Trabalhar diariamente sob *stress* extremo para tentar cumprir todas as atividades que nos são impostas e ainda lidar com a insatisfação dos utentes quando estamos a dar o nosso melhor, tem sido muito difícil de gerir.

ROM – O que a levou a optar por não fazer parte de uma USF?

HT – Trabalho na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de São Mamede Infesta que pertence à Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. Após longo período em mobilizações sucessivas por várias unidades enquanto aguardava a finalização do meu procedimento concursal decidi que era numa UCSP que queria trabalhar. Sou confrontada várias vezes com esta pergunta por outros colegas, limito-me a responder que tenho muitas dúvidas acerca da pertinência de vários indicadores e da forma como são alcançados. Deve haver uma reflexão séria sobre o impacto da pressão

desmesurada para a prática regida por indicadores, muitos não sustentados em evidência científica como relevantes para a saúde dos utentes, estimulando por vezes maior despesa em exames auxiliares de diagnóstico ou vigilância excessiva em consultas, e ainda, gerando conflitos de interesse na relação entre o MF e o doente. Por outro lado, também me parece perversa a forma como os indicadores são monitorizados e avaliados. Uma equipa que aceitou trabalhar por indicadores cujo cumprimento se reflete em reforço salarial e que volvidos 4 meses de atividade anual não tem acesso ao seu desempenho, como reorganiza o seu trabalho? Penso que os colegas em Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo B continuam a suportar determinadas condições de trabalho por um principal motivo: remuneração. Constatado que a maioria não está motivada para discutir organização e qualidade de trabalho médico, fruto de melhores recursos humanos, condições de trabalho e remuneração, que por consequência diluem os problemas existentes.

ROM – Quais as maiores dificuldades que sente que tem que enfrentar na sua prática clínica?

HT – A UCSP onde trabalho tem vários problemas estruturais, mas temos conseguido dar boa resposta aos utentes, tal como demonstrado pela avaliação de qualidade do ano passado. As USF mobilizaram os recursos humanos mais eficazes, mais assíduos, mais pontuais. Nas UCSP ficaram, tendencialmente, os elementos mais problemáticos. Esta organização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) não preconiza alternativas para estas situações. Como motivar estes

profissionais? Como estimular a realizarem um melhor trabalho? Como gerir o sentimento de discriminação perante colegas pares que têm remuneração muito superior, apesar de todos na função pública? As desigualdades contratuais e salariais entre médicos são uma realidade injusta no SNS – há MF a auferir menos de metade de outros colegas, com o mesmo tempo de trabalho; há outros com listas constituídas por mais 25% de utentes, com a mesma carga horária semanal e a auferir menos de metade do salário e, paradoxalmente, os que têm listas de maiores dimensões, são os MF mais novos, mais inexperientes, com mais utentes frequentadores e que conhecem pior os seus utentes.

Infelizmente, esta disparidade salarial é transversal a todos os profissionais de saúde nos CSP.

ROM – A articulação com a equipa e o tamanho das listas também são questões muito condicionantes da atividade de um MF...

HT – Assumindo que a atividade diária do MF depende também do desempenho do secretário clínico e do enfermeiro, se não existir uma boa articulação entre a equipa, o trabalho do médico pode ficar prejudicado. Essa articulação é ainda mais importante quando as listas são constituídas por cerca de 1900 utentes (ou o equivalente a 2358 ponderadas), sendo que esta tem sido a principal dificuldade da prática clínica diária, o excessivo número de utentes. É importante relembrar que num passado recente, o limite máximo era de 1500 utentes por cada MF. Apenas os MF mais novos assinaram contratos que os obrigam a gerir listas destas dimensões. A legislação estabe-

leceu o limite máximo que está a ser considerado como limite mínimo, e, inacreditavelmente, muitas vezes ultrapassado. Há locais com carência de MF e os colegas têm sido confrontados com listas de 2200-2300 utentes com conhecimento e convivência das chefias intermédias, muitas vezes, também médicos. Do que tenho aferido dos colegas com listas com cerca de 1900 utentes, a opinião é unânime, é insustentável, tanto para os MF como para os utentes, cabe-nos prová-lo. Se por um lado tentamos dar resposta a todas as solicitações, tantos dos utentes, como organizacionais, formativas, etc... por outro lado, temos diariamente o descontentamento dos utentes, por exemplo, pela falta de acessibilidade. Tem sido muito desconfortável e inquietante, a efetiva falta de tempo para conseguir cumprir todas as atividades e ainda realizar outras que considero relevantes para uma boa relação entre o MF e o doente.



ROM – Que tipo de atividades pode contribuir para o fortalecimento da relação médico-doente?

HT – Por exemplo, tenho por hábito ligar aos utentes – para abordar algum exame, avisar marcações urgentes de consultas no Hospital, após alta de um internamento, ou até para questionar os familiares como estão a correr os tratamentos de quimioterapia durante um tratamento oncológico – retorno os contactos telefónicos em 24-48 horas e cedo também o meu *e-mail* profissional. Com estas vias de comunicação tento aumentar a acessibilidade e colmatar algumas lacunas do sistema, no entanto, isto não é avaliado por indicadores, não é quantificável, mas fortalece a

relação médico-doente e assegura competências chave da MGF como a continuidade e a coordenação de cuidados. Infelizmente, somos cada vez mais avaliados pelos *clicks* que fazemos no processo clínico informatizado do que aquilo que fazemos em prol do doente.

Outra grande dificuldade é o sistema informático, que além de estar, frequentemente, inacessível por falha de rede, é composto por vários programas diferentes, muito complexos, não interligados, que sofrem alterações regulares, e com poucas repercussões para a segurança do doente. No entanto, é também através destes que são exportados os dados para avaliar os indicadores, o que põe em causa a fiabilidade

da sua leitura.

Na minha opinião é chegada a hora de repensar o futuro dos CSP, tendo a noção clara, que não é possível aos MF continuarem a trabalhar nesta pressão diária, muitas vezes esgotante. Será que vamos aguentar isto muito mais tempo?

ROM – Como se sente uma médica de família quando lhe impõem tempos de consulta de 15 minutos?

HT – Dificilmente um MF consegue realizar uma consulta em 15 minutos, todos sabemos disso, mesmo quem nos obriga a aceitá-lo e fazê-lo. Da partilha interpares sobre este assunto, penso que a maioria dos colegas tem o agendamento de consul-

tas urgentes (aberta) no máximo com 15 minutos (há situações de 10, 8 e até 7 minutos) sendo os atrasos frequentes e quase diários. Estas situações não têm consequências práticas. Apesar dos atrasos inerentes à prática clínica, o médico permanece no seu local de trabalho até terminar a consulta aos utentes que constam na agenda, só a tutela tem ganho com isso - horas extra não pagas e o trabalho realizado. No entanto, estas situações causam nos MF *stress* diário e provável *burnout*. É difícil gerir as dificuldades do sistema e querer ser uma boa médica de família prestando um trabalho de qualidade aos utentes. Há estudos que demonstraram que consultas de menor duração, sob maior pressão, geram, tendencialmente, mais exames auxiliares diagnóstico e prescrição. Acrescento ainda, e se, fruto deste sistema que alia excesso de utentes a falta de tempo, aumentarem os casos de erro médico, quem irá responsabilizar-se? Este é um assunto tão complexo que não existe nem legislação nem parecer da Ordem dos Médicos que defina a organização do trabalho do MF. Neste âmbito, a Comissão Nacional de Medicina Geral e Familiar do Sindicato Independente dos Médicos (SIM) à qual pertencço, está a desenvolver uma proposta, baseada na legislação em vigor, que define normas de organização e disciplina do trabalho médico que será apresentada no processo negocial do acordo coletivo de empregador público a iniciar este ano, e que ambiciona por cobro às arbitrariedades de algumas administrações e chefias.

ROM – O facto de ser delegada sindical dá-lhe uma imagem mais abrangente dos problemas...

HT – O meu papel no SIM como delegada sindical e membro do SIM Norte, tem-me permitido constatar as disparidades existentes no país, para além da já existente diversidade dos vários modelos organizativos, com consequências dramáticas tanto para os **médicos** como para os utentes. Há UCSP com milhares de utentes sem MF que apenas são observados em consultas não programadas, com a duração de máxima de 15 minutos, não tendo qualquer acessibilidade a consultas de vigilância, sendo que são muitas vezes realizadas por MF que já têm a sua lista de utentes. Para um MF trabalhar nestas condições é realmente desgastante.

ROM – Com a sobrecarga horária – a somar à instabilidade psicológica de todas estas situações podem causar –, sente-se fisicamente afetada?

HT – Todas estas dificuldades diárias provocam muito desgaste e insatisfação. Sentimentos como tristeza, revolta, irritabilidade, cansaço, surgem por vezes e temo que venham a ser cada vez mais frequentes entre os profissionais. As consequências destas condições de trabalho são inevitáveis e refletem-se tanto na assiduidade como no desempenho. Lamentavelmente, ultrapassa muitas vezes o campo profissional refletindo-se na vida pessoal, o que motivou o abandono do SNS por muitos colegas.

ROM – Já pensou pedir exoneração do SNS? Porquê?

HT – Penso nisso todas as semanas, nas vantagens e desvantagens em fazê-lo. Tive alguns amigos que já o fizeram, recém-especialistas em MGF, pessoas muito válidas. A maioria emi-

grou e foi o Sistema Nacional de Saúde que perdeu vários MF. Alguns contactaram-me antes de o fazerem, e embora nunca o tenha incentivado, concordo com muitos dos seus motivos. Sentiram-se tão encurralados pelo sistema que decidiram sair, consideraram que não estavam reunidas as condições necessárias para realizarem um bom trabalho e as consequências já tinham ultrapassado o limite. Tenho a certeza que todos o fizeram com pesar, foram muitos anos de empenho e dedicação para se tornarem bons MF. Um pedido de exoneração forçado por falta de condições de trabalho deve suscitar uma reflexão séria. Os superiores hierárquicos nem sempre têm uma noção clara do trabalho diário do MF e a pressão que exercem sobre estes gera descontentamento. Se a tutela pretende que todos os portugueses tenham MF o mais rapidamente possível, deve dar condições para que todos se mantenham no SNS.

ROM – O que tem pesado na decisão de ainda não o ter feito?

HT – Ainda não o fiz porque gosto muito do que faço, adoro ser médica de família. Apesar de todas as adversidades, ainda acredito que posso contribuir para melhorar as nossas condições de trabalho com o meu contributo no SIM. Apelo a todos os MF a participarem ativamente na exposição e debate destas problemáticas e a tornarem-se sindicalizados. Estou convicta que a reflexão vai surgir e será a nossa oportunidade para mudar o rumo dos CSP.

19º congresso
nacional
de medicina

10º congresso
nacional do
médico interno



FORMAÇÃO MÉDICA

Crescemos juntos no saber e na prática.



**A Formação
é o principal pilar
da qualidade
da prática médica.**

Convidamos todos os
colegas a participar no
19º Congresso Nacional de
Medicina | 10º Congresso
Nacional do Médico Interno,
da responsabilidade da
Secção Regional do Centro
da Ordem dos Médicos.

R E S E R V E A S D A T A S

3 · 4 · 5 NOV. 2016 / COIMBRA

Contamos com a sua participação.

Prof. Doutor José Manuel Silva
Presidente do Congresso

Dr. Carlos Cortes
Presidente Executivo da Comissão Organizadora



SRCOM
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

As avarias, os bugs e a SPMS

Artigo publicado no jornal Público, edição de dia 4 de junho de 2016.

Uma das maiores dores de cabeça de um profissional de saúde é ter de enfrentar, diariamente, um dos vários programas informáticos disponibilizados pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

Não tem sido tarefa fácil...

Constantes avarias, disfunções, inadaptações, incompatibilidades, bugs permanentes transformam o dia-a-dia dos médicos num calvário informático.

A informatização dos serviços de saúde deveria constituir um fator de progresso, acompanhar a evolução tecnológica e científica, organizar e facilitar o acesso à informação. A informatização dos registos, dos procedimentos e dos dados deveria aliviar a burocracia e permitir aos médicos dedicarem-se ao exercício da sua profissão e concentrarem-se no seu doente.

Os milhões de euros gastos em programas e material informático justificariam essa simplificação.

Ao invés, atualmente, a informatização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o maior entrave ao desenvolvimento do sistema de

saúde e a principal causa do caos administrativo e assistencial nas instituições da saúde. Perante este cenário caótico, a informatização não veio para facilitar, mas sim, para complicar e obstaculizar.

A generalidade dos cidadãos ficaria surpreendida com a quantidade de programas informáticos diferentes, janelas, avisos e cliques que são usados para uma simples consulta. Ficariam estupefactos ao perceber que uma falha informática nas dezenas de procedimentos obrigatórios (e muitas vezes sem qualquer sentido) pode arruinar uma manhã de consultas. Uma ferramenta que deveria servir para ajudar, acaba, afinal, por constituir um enorme entrave.

No relatório “O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2015/2016” publicado, em Maio, pela Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar, os problemas informáticos são das principais preocupações identificadas pelas Médicos de Família desde 2011.

Noutro estudo da Ordem dos

Médicos, de 2014, os profissionais de saúde referem ter de dedicar uma média de 24,8 minutos por hora, com programas informáticos permanentemente disfuncionantes. Nesse mesmo estudo, 88% dos médicos reconheciam que o mau funcionamento do programa de prescrição eletrónica prejudica o seu trabalho. A multiplicidade de programas informáticos, os computadores e monitores obsoletos, as permanentes avarias e interrupções no sistema têm semeado a confusão nos hospitais e centros de saúde. Mas, mais grave ainda do que o problema, é a negação desse problema.

No país dos SPMS tudo é maravilhoso. Infelizmente, a realidade nos hospitais e nos centros de saúde é muito diferente. O caos informático e o desespero dos profissionais estão longe dessa realidade idílica.

Por mais avisos que sejam lançados, os SPMS mantêm a mesma incapacidade em construir um sistema informatizado funcional e em resolver os problemas criados.



Continuar nesta confusão contribui para atrasar a modernização e desburocratização do SNS.

A verdadeira notícia que todos anseiam é "Esta semana não houve falhas informáticas no SNS". Será pedir muito?

Ao manter este caminho para o abismo informático, não há Simplex que nos valha!

As avarias, os bugs e os SPMS

Debate | Hospitais
Carlos Cortes

Uma das maiores dores de cabeça de um profissional de saúde é enfrentar os vários programas informáticos disponibilizados pelo Ministério da Saúde

Uma das maiores dores de cabeça de um profissional de saúde é ter de enfrentar, diariamente, um dos vários programas informáticos disponibilizados pelo Serviço Partilhado do Ministério da Saúde (SPMS). Não tem sido uma tarefa fácil...
Constantes avarias, incompatibilidades, bugs permanentes transformam o dia-a-dia dos médicos num calvário informático.
A informatização dos serviços de saúde

deveria constituir um fator de progresso, acompanhar a evolução tecnológica e científica, organizar e facilitar o acesso à informação. A informatização dos registos, dos procedimentos e dos dados deveria aliviar a burocracia e permitir aos médicos dedicarem-se ao exercício da sua profissão e concentrarem-se no seu doente.
Os milhões de euros gastos em programas e material informático justificariam esta simplificação.

Ao invés, atualmente, a informatização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o maior entrave ao desenvolvimento do sistema de saúde e a principal causa de atrasos administrativo e institucional nas instituições da saúde. Porque este cenário caótico, a informatização não veio para facilitar, mas sim para complicar e obstaculizar.

A generalidade dos cidadãos ficaria surpreendida com a quantidade de programas informáticos diferentes, janelas, botões e cliques que são usados para uma simples consulta. Ficariam estupefactos ao perceber que uma falha informática nos dados de procedimentos obrigatórios (e muitas vezes sem qualquer sentido) pode arruinar uma manhã de consultas. Uma ferramenta que deveria servir para ajudar

“
A informatização do SNS é o maior entrave ao desenvolvimento do sistema de saúde



acaba, afinal, por causar um enorme entrave.
No relatório O Momento Anual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2005-2006 publicado, em maio, pela Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar, os problemas informáticos são das principais preocupações identificadas pelos médicos de família desde 2001.
Noutro estudo da Ordem dos Médicos, de 2004, os profissionais de saúde referem ter de dedicar uma média de 24,8 minutos por hora, com programas informáticos permanentemente disfuncionados. Nesse mesmo estudo, 88% dos médicos reconheceram que o mau funcionamento do

programa de prescrição eletrónica prejudica o seu trabalho.

A multiplicidade de programas informáticos, os computadores e monitores obsoletos e escassos, as permanentes avarias e interrupções no sistema têm serrado a cordão nos hospitais e centros de saúde.

Mas, mais grave ainda do que o problema, é a reação desse problema.

No país dos SPMS tudo é maravilhoso. Infelizmente, a realidade nos hospitais e nos centros de saúde é muito diferente. O caos informático e o desespero dos profissionais estão longe dessa realidade idílica.

Por mais avião que sejam lançados, os SPMS mantêm a mesma incapacidade em construir um sistema informatizado funcional e em resolver os problemas críticos. Continuar nesta confusão contribui para atrasar a modernização e desburocratização do SNS.

A verdadeira notícia por que todos anseiam é "Esta semana não houve falhas informáticas no SNS". Será pedir muito?
Ao manter este caminho para o abismo informático, não há Simplex que nos valha!

Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

Ordem denuncia carências no Centro de Saúde da Marinha Grande

No Dia Mundial do Médico de Família, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, visitou o Centro de Saúde da Marinha Grande como forma de alerta e denúncia da situação caótica naquela unidade de saúde. Desde a falta de profissionais à degradação das instalações, Carlos Cortes fez a radiografia deste centro que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Pinhal Litoral que, ao todo, tem 40 mil utentes sem médico de família, um quarto dos quais estão inscritos na Marinha Grande. "Esta situação é arrasadora para a intervenção do Ministério da Saúde e, por isso, o Ministério da Saúde e a Administração Regional de Saúde do Centro vão ser informados desta situação e vamos solicitar que as medidas que estão para ser adotadas sejam rapidamente resolvidas a bem dos utentes desta região", disse, no final da visita, aos jornalistas, salientando que os habitantes da Marinha Grande não podem ser desconsiderados. "Dá impressão que há aqui duas velocidades e que os utentes da Marinha Grande são de segunda, mas não são", sublinhou.





A festa e as homenagens no Dia Mundial do Médico de Família

O Teatro Académico de Gil Vicente foi palco, mais uma vez, da festa do Dia Mundial de Família. Casa cheia para a evocação de dia especial! Mas a celebração deste dia ficou também marcada, durante a tarde, pela inauguração do Monumento ao Médico de Família, uma peça escultórica da autoria do médico Dimas Simas Lopes, que a partir de agora está na Rotunda do Alto de S. João. Esta obra - construída com o apoio da Ordem dos Médicos, da Unidade Curricular de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e da Câmara Municipal de Coimbra - imortaliza a homenagem a todos os médicos de família da região Centro e ficará como um marco artístico da Avenida Fernando Valle (da rua do Brasil à Estrada da Beira). Fernando Valle, recorde-se, também ele médico de família e personalidade ímpar do nosso país.

"Portugal tem a Medicina Geral e Familiar mais desenvolvida e bem implementada do mundo", acentuou o Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, durante a cerimónia de inauguração do monumento e perante centenas de pessoas. Na mesma ocasião, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, e perante a presença de centenas de pessoas, voltou também a destacar o papel do advogado e escritor António Arnaut no desenvolvimento de um sistema de saúde em Portugal. Nesta ocasião, Carlos Cor-

tes assumiu: "Hoje é um dia carregado de muito simbolismo. Não estamos só a comemorar uma especialidade médica mas estamos a comemorar aquilo que é uma medicina humana, uma medicina de proximidade, uma medicina no verdadeiro sentido hipocrático do termo, uma medicina virada para o indivíduo e não apenas virada para a doença. É isso que hoje representa o médico de família. Também simboliza a capacidade de resistência do médico de família que tem hoje muita dificuldade de dar a resposta correta. Hoje o dia-a-dia do médico de família é

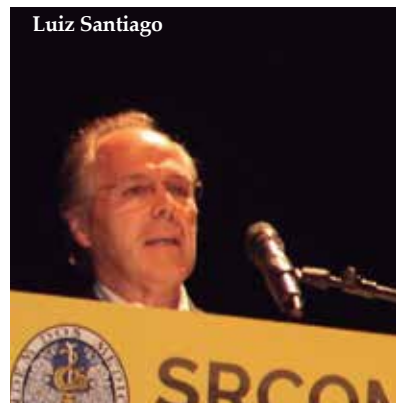
de luta porque muitas vezes não tem à sua disposição material e medicamentos. Por isso, este dia também simboliza esta capacidade de luta dos médicos de família e, por isso, é o dia de esperança". Foi precisamente durante a inauguração do monumento que o presidente da Câmara Municipal de Coimbra, Manuel Machado, confirmou a integração do nome de "um amigo do povo que cuidou de muita gente" na toponímia da cidade: Fernando Valle. "O que estamos a sublinhar no coração da cidade de Coimbra é o respeito que nos merecem e o trabalho im-



portantíssimo que fazem os que cuidam da vida das pessoas. Pela humanização da medicina. A base é construída pelos médicos de família, pelos antigos 'João Semana' mas não só. Hoje o que quero expressar-vos é que continuamos a ter vantagem - todos os cidadãos de Coimbra, da região e do País - pelo facto de nesta nossa cidade haver pessoas que se dedicam à vida e à saúde do próximo".

'P'la Esperança' é o nome do monumento inaugurado no âmbito das comemorações do Dia Mundial do Médico de Família e, também, das comemorações dos 25 anos do ensino da Medicina Geral e Familiar na Universidade de Coimbra. Nesta cerimónia, também o sub-diretor da faculdade de Medicina, Francisco Corte-Real destacou a importância desta obra escultórica, "relevante para todos os médicos", destacando ainda o facto deste monumento simbolizar a relação que os médicos de família têm com a comunidade. Também Hernâni Caniço, coordenador da Unidade de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, destacou o papel do médico na comunidade, destacando o facto da medicina, para além da base científica, também se basear nas necessidades das populações. Nesta cerimónia, também usou da palavra Rui Nogueira, presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, cujas palavras marcaram o início do Sarau Comemorativo no Teatro Académico de Gil Vicente (TAGV), sessão conduzida por Inês Mesquita, membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

"Este é um dia especial para os médicos de família. Este ano, desenvolvemos o movimento da vida sem fumar. Dar o mote da importância do exercício físico



e da vida sem fumo. Este dia foi comemorado com uma obra escultórica na cidade, uma homenagem que aqui agradecemos", disse Rui Nogueira. Última nota no seu discurso para dar conta que a APMGF está a preparar a candidatura para a organização do Congresso Mundial de Medicina Geral e Familiar, em Lisboa, em 2020. "Vamos defender essa candidatura em novembro, no Rio de Janeiro", anunciou.

seguida, foi a vez de subir ao palco do TAGV, o Coordenador Cientí-

fico da Pós-Graduação em Medicina Geral e Familiar na Universidade da Beira Interior, Luiz Miguel Santiago, que centrou a sua intervenção do papel das universidades na formação dos médicos e na necessidade fixação de médicos no interior do País. "A Medicina Geral e Familiar, entendida como uma prática muito especial de aplicação de muitos conhecimentos médicos em pessoas concretas, em contextos agressivos em contextos vários como o tempo de consulta, indicadores financeiros

Brigada Victor Jara



cada vez mais apertados e a falta de recursos que a medicina hospitalar usa até à exaustão, está cada vez mais arraigada e tem já um sólido corpo académico. Formamos jovens médicos para um exercício que esperamos e desejamos respeitador e respeitado respeitavelmente por todos. (...) Esperamos, sinceramente, que se criem todas as condições necessárias à fixação de médicos no interior do País".

Logo de seguida, Hernâni Caniço, coordenador da cadeira de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, centrou a sua intervenção no que é ser médico de família, da articulação da Unidade Curricular de MGF da FMUC com a sociedade civil e o contributo desta para a formação de mais de 10 mil médicos durante 25 anos. Hernâni Caniço destacou também a inauguração do Monumento ao Médico de Família "oferecido à cidade". "Somos médicos de família dedicados à ciência, às causas e aos valores. Somos docentes universitários, que transportam o seu conhecimento e experiência profissional para ensinar a ciência mas também a proximidade com a pessoa". Em seu entender, "ser médico de família é ser humano, é ser médico e profissional que previne, cura e reabilita o que é possível. É ser médica da família". Em conclusão, assume: "O Dia Mundial do Médico de Família não é apenas mais um dia para nos congratularmos. É outro dia e

Os Quatro e Meia



outro dia que já cuidámos, já partilhámos".

Ainda antes da intervenção do presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, foi possível visionar um vídeo produzido especialmente para este sarau, com produção da CentroTV. "O meu médico de família" apresentou testemunhos de utentes, que vivem no interior do País e também outros que habitam em ambiente urbano, e para quem - todos - como denominador comum, o médico de família é alguém muito especial. "Estou bem acompanhada", "tenho uma boa relação", "não razões de queixa", "uma boa experiência, para além de ser médico também é um amigo da família", foram declarações marcantes neste vídeo.

E foi, precisamente com uma imagem deste documentário - uma jovem utente com um bonito sorriso - que Carlos Cortes, presidente da SRCOM, iniciou a sua intervenção. "Esta é a melhor satisfação para um médico: o sorriso do utente. Qualquer médico,

o objetivo da vida dele, é tratar bem o doente e vê-lo satisfeito, seja médico de família seja médico hospitalar. Basta-nos o sorriso genuíno". Fazendo uma retrospectiva desde o início do seu cargo na SRCOM, Carlos Cortes destacou a "resistência dos médicos". Sublinhou: "Ainda hoje de manhã, estive no Centro de Saúde da Marinha Grande, que tem muitos problemas, mas, no dia-a-dia, e apesar das dificuldades, os médicos mostram uma força imensa". Ao colocar o acento tónico neste caso - falta de recursos humanos, edifício degradado e com falta de condições para os utentes e para os profissionais - os médicos tudo fazem "para dar a volta aos problemas", ressaltando, aliás, que "a história dos médicos de família em Portugal" é, precisamente, "dar a volta aos problemas". Citou relatos de casos em que são os próprios utentes que ajudam os médicos na preservação das instalações, e casos de médicos que oferecem material e consumíveis que fazem falta. "Esta nota de co-



ragem, esta entrega à profissão é a esperança para termos uma Saúde melhor, um País melhor. O que os meus colegas fazem - que muito me honram poder representar na Ordem dos Médicos - é lutar para que tudo corra bem".

Para finalizar este dia de homenagem aos profissionais de saúde e aos médicos de família em particular, Os Quatro e Meia e a Brigada Victor Jara encheram o palco do TAGV com alegria e excelente música. Duas gerações de músicos de Coimbra que encantaram e receberam aplausos retumbantes.



Cantanhede: Carlos Cortes denuncia falta de médicos após visita ao Hospital Arcebispo João Crisóstomo

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, visitou o Hospital Arcebispo João Crisóstomo, na cidade de Cantanhede, tendo-se confrontado com a exiguidade de recursos humanos médicos do quadro naquela unidade de saúde. Em concreto, este hospital apenas possui quatro médicos no quadro (dois internistas e dois cirurgiões) e 35 avençados ou contratados a empresas. Perante esta exiguidade



de recursos médicos no quadro, Carlos Cortes prestou declarações aos jornalistas. À agência Lusa, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos disse mesmo ter ficado surpreendido com esta escassez. "É como o hospital existisse de forma artificial, à custa de empresas de contratação de médicos", disse, acrescentando que se trata de "uma situação inadmissível e que está a asfixiar o hospital de Cantanhede". Carlos Cortes que efetua inúmeras visitas aos centros de saúde e hospitais da região Centro, "para melhor conhecer a realidade", percorreu as excelentes instalações deste hospital que, entre outros fatores, se distingue pela unidade de Cuidados Paliativos, criada em 2007.

À agência Lusa, Carlos Cortes destacou a dedicação dos profissionais de saúde deste hospital mas criticou o facto de no ministério da Saúde "aparentemente, alguém se esqueceu" do Hospital de Cantanhede. O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos sustenta ainda as suas críticas pelo facto desta unidade de saúde estar há um ano em gestão corrente., uma vez que o presidente do Conselho de Administração saiu para Aveiro e outro elemento, com funções de vogal, ter cessado funções. Disse à Lusa: "Só tem dois elementos, tem à sua frente a diretora clínica e o diretor de enfermagem. Será que alguém também se esqueceu? É impossível sustentar um hospital desta maneira".

Dia do Médico 2016 na SRNOM Valorizar a profissão médica



No dia 18 de Junho, a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) assinalou, uma vez mais, o Dia do Médico com uma cerimónia dedicada à “valorização da profissão”. O evento reuniu centenas de médicos, homenageando, por um lado, os colegas que cumpriram 25 e 50 anos de inscrição na Ordem, e celebrando o futuro da classe, com a atribuição do Prémio Daniel Serrão a Filipa Martins Silva. Artur Santos Silva foi o convidado especial deste ano.

Foi com uma conferência inaugural sobre a ética e a cultura do médico que Artur Santos Silva abriu a cerimónia do Dia do Médico, no dia 18 de Junho, no Salão Nobre da SRNOM.

Numa apresentação cheia de sentido de humor, o presidente da Fundação Calouste Gulbenkian, enalteceu três médicos que o inspiraram particularmente: o seu avô, Eduardo Santos Silva, Abel Salazar e Daniel Serrão. “Em vez de falar dos aspectos mais abstractos e mais longe da realidade (...) achei interessante falar destas três pessoas em que os aspectos culturais e éticos da medicina sempre estiveram presentes”, justificou o convidado especial da SRNOM.

Sobre o avô, Eduardo, Artur Santos Silva sublinhou o homem dotado de uma tal afectividade para com os seus doentes que, durante

anos, foi capaz de oferecer os seus serviços profissionais de forma gratuita aos mais desfavorecidos. Com “uma excepcional dimensão humana, um insaciável interesse em acompanhar e reflectir sobre o nosso tempo, um grande amor ao próximo e firmes convicções”, aprofundou.

O lado solidário do avô é, nas palavras proferidas pelo conhecido jurista e ex-governante, um dos “traços mais salientes do seu carácter de homem bom e homem de bem”, recordando que Eduardo Santos Silva encerrou a sua actividade médica aos 70 anos para passar a dar, em sua casa, consultas gratuitas uma vez por semana e todos os dias durante os períodos de férias passados numa casa no Douro. Mesmo antes de se aposentar, passando a exercer apenas medicina gratuitamente, o

avô de Artur Santos Silva já havia mostrado a mesma faceta quando abriu um consultório com dois colegas onde, na porta, se podia ler “grátis para os pobres”.

Ainda sobre o avô, o convidado recordou que, além do exercício já extenuante da Medicina, ele acompanhava os netos e incentivava-os a olharem a cultura “desde os estudos, às leituras, ao cinema, ao teatro, à música”, construindo uma amizade “profunda e cúmplice” com cada um. Todos gostavam do médico e, segundo Artur Santos Silva, as pessoas paravam na rua para o cumprimentar e felicitar pois “foi um homem vencedor em todas as causas que decidiu defender”. Preocupado, principalmente, com os aspectos da cultura e da cidadania foi preso durante o Estado Novo, algo que ditou a falência dos espaços



que eram dele já naquela altura. Mediante a obrigação de sustentar a família saiu da cadeia e não desistiu de trabalhar e estudar, garantindo às quatro irmãs a conclusão da formatura no magistério primário.

O segundo protagonista, Abel Salazar, era um amigo próximo do avô de Artur Santos Silva e também do seu pai, algo que lhe permitiu conhecer a história deste médico bem de perto. O orador descreve-o como um homem de grande obra e inúmeros seguidores e admiradores, constituindo, na sua opinião, “a maior figura do século XX”. À semelhança do seu avô era, além de um ótimo médico, um “excepcional cidadão, cientista, pensador, pedagogo, escritor e artista, um verdadeiro espírito da renascença”. Com apenas 30 anos “era já professor catedrático da Universidade do Porto” e, durante a sua carreira de investigador, os seus estudos foram publicados “nas mais prestigiadas revistas científicas internacionais”.

Com o Estado Novo, Abel Salazar foi proibido de sair do país e de investigar ou frequentar a biblioteca da Universidade do Porto, algo que foi devastador para o médico que achava fundamental continuar, todos os dias, a estudar, para ele, e segundo o orador. Mor-

reu antes de chegar aos 60 anos e, perante todos os que o queriam homenagear, a polícia desviou o seu funeral pelo litoral do país para que não passasse por cidades como Coimbra. “O Estado Novo nem na morte soube respeitar um dos nossos maiores”, referiu Artur Santos Silva descrevendo Abel Salazar como um homem genial, em todos os aspectos.

Daniel Serrão é, ainda hoje, muito mais do que o nome do prémio entregue neste dia ao melhor aluno das escolas médicas do Norte. É “uma personalidade maior na medicina, na universidade, na ciência, na cultura, na política de saúde e na defesa da cidadania”, referiu o palestrante que tem o prazer de conhecer “a sua forte personalidade”. Além de uma inspiração para todos os que foram seus alunos, este professor é um homem de ideias fortes, com uma integridade e um carácter marcados pela coragem.

Usando as palavras de Carlos Costa Gomes, o jurista descreve Daniel Serrão como alguém “que levou ao colo para fora das universidades e hospitais a bioética, fazendo-a chegar ao público em geral”. Com uma firme vontade de saber mais e “de nunca deixar de dar atenção às ciências humanas”, a sua conduta humanista

mostrou ao mundo da ciência e da academia um homem “de invulgar capacidade humana”. À semelhança de Eduardo Santos Silva e Abel Salazar, o professor é uma pessoa com uma capacidade de ajudar os mais desfavorecidos fora do comum que “realiza o que ensina e ensina o que realiza”. Como introdutor da bioética actual em Portugal é um actor com uma inteligência de excepção, estando sempre ao serviço da sua cultura e do seu país, não esquecendo “a sua Europa”.

Ao terminar a sua apresentação, Artur Santos Silva salientou que os três perfis escolhidos são o espelho da medicina e que, “num dia em que se celebra uma classe que é responsável pelo maior sucesso da nossa democracia”, é importante felicitar o nosso Serviço Nacional de Saúde, pois é um feito do qual “nos podemos orgulhar”.

Prémio Daniel Serrão entregue a Filipa Martins da Silva

Após a conferência que deu início às celebrações do Dia do Médico, o vice-presidente da SRNOM, António Araújo, apresentou a vencedora do prémio Daniel Serrão: a jovem médica, Filipa





Martins da Silva, que concluiu, no último ano lectivo, a sua formação superior com a melhor classificação entre as três escolas médicas da região Norte. Num discurso emotivo, a jovem médica, natural de Barcelos e estudante da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), começou por felicitar os médicos que cele-

bram, este ano, 25 e 50 anos de carreira. No seu breve agradecimento, a vencedora afirmou ser “uma honra receber este prémio”, salientando o privilégio que é receber uma distinção relativa a um profissional ímpar como Daniel Serrão.

Agradeceu aos pais, irmã e amigos, não esquecendo a avó que foi a sua primeira profes-

sora. Com um brilho especial nos olhos elogiou a irmã por lhe mostrar que “é possível ser-se a mudança que se quer ver no mundo”. Agradeceu ainda à FMUP “os bons exemplos (...) de pessoas exímias”, que toma como referências. Filipa Martins da Silva sublinhou este prémio como “um estímulo” para o caminho que ainda tem a percorrer, salientando a importância dos jovens médicos na luta “pela sustentabilidade de um SNS universal, de qualidade e humano”. Para terminar o seu discurso, a jovem médica premiada, quis deixar palavras de Daniel Serrão que sempre afirmou que “nenhuma dificuldade é superior à nossa determinação de vencer” e, como agradecimento e inspiração, deixou uma frase de José Saramago: “o fim de uma viagem





é apenas o começo de outra, é preciso recomeçar a viagem, sempre". Na semana que antecedeu a cerimónia de atribuição do Prémio Daniel Serrão, Filipa Martins Silva deixou importantes testemunhos, em vídeo e por entrevista escrita no portal Nortemédico. A jovem médica, a cumprir actualmente o Ano Comum no Centro Hospitalar de Lisboa Central, fala dos motivos que a levaram a optar pela Medicina, da exigência que sempre colocou a si própria, da formação que obteve na FMUP e da recente escolha pela especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Poderá consultar os dois conteúdos em www.nortemedico.pt/diademedico2016.

Ainda relativo ao prémio de mérito, Maria Amélia Ferreira - directora da FMUP - deixou uma felicitação especial à jovem premiada, ex-aluna da instituição, e à Ordem dos Médicos: "é com a maior satisfação e com um sentido de dever cumprido (...) que hoje estou presente aqui nesta sessão", afirmou. Para a professora, "a melhor dos jovens" foi sempre uma aluna esforçada e uma pessoa trabalhadora, mostrando-se "sempre disponível nas unidades médicas, académicas, curriculares e extra-curriculares", desenvolvendo a sua aprendizagem "de modo integrado e tranquilo, sempre com espírito crítico e com uma expressa liderança".

25 e 50 anos de Carreira Médica

No discurso de encerramento deste Dia do Médico 2016, o presidente do CRN começou por lembrar o Professor Daniel

Serrão - o patrono do prémio de mérito anualmente atribuído nesta cerimónia - e o seu "carácter marcante, o notável conhecimento e forma de estar", que, acrescentou, o "colocam como uma das personalidades mais transversais da sociedade portuguesa" e um "senador que o Porto, o norte e o país se orgulham de ter como seu". Com "renovado sentimento de orgulho", Miguel Guimarães enalteceu o "brilhante percurso" da jovem premiada deste ano, valorizado "com inúmeras distinções, prémios, conferências e apresentação de trabalhos". "Teve tempo para se dedicar à investigação, ensino, comunicação, aprender outras línguas, e participar em estruturas associativas", sublinhou o dirigente sobre Filipa Martins Silva, a que

CRN elogiou a escolha da especialidade - pedopsiquiatria - e a sua tese de mestrado, dedicada ao "tema fracturante e actual" da eutanásia pediátrica, de onde retirou uma "conclusão de primeira linha": "parece que o debate internacional sobre decisões em fim de vida em crianças, fomentado por essa recente alteração política e social na Bélgica, poderá ter como consequência o investimento na melhoria e na acessibilidade aos cuidados paliativos pediátricos". A propósito, o dirigente recordou a coincidência de ser inaugurada, no Porto, a 24 de Junho, a primeira unidade de cuidados continuados pediátricos.

Valorizando o "dia de aproximação da comunidade médica" que representa a cerimónia de



acresceram outras experiências como o Teatro Amador, o período de intercâmbio académico no estrangeiro e a dança. Para Miguel Guimarães, a vencedora do Prémio Daniel Serrão 2016 "soube interpretar" as palavras intemporais de Abel Salazar: "o médico que só sabe medicina, nem medicina sabe". Concluindo as suas referências a Filipa Martins Silva, o presidente do

18 de Junho, Miguel Guimarães não deixou de fazer uma abordagem política à actualidade da profissão, reconhecendo que o seu exercício hoje em dia constitui "um enorme desafio". Particularmente nos constrangimentos que se colocam ao contacto entre médicos e doentes. "[Ambos] precisam de mais tempo", afirmou. "Tempo para escutar, tempo para olhar, tem-

po para conversar, tempo para escrever, tempo para esclarecer dúvidas, tempo para pensar, tempo para receitar, tempo para pedir exames, tempo para fazer relatórios. Enfim, tempo para a relação médico-doente e para a humanização da medicina. E sem sobreposição de tarefas". Olhando, em particular, para as fragilidades dos sistemas de informação - altamente consumidores de tempo - o responsável entende que vivemos "um paradigma imposto que está a descharacterizar a medicina em que acreditamos quando decidimos ser médicos".

Noutra perspectiva, o presidente do CRN chamou a atenção para o "défice permanente" de profissionais no Serviço Nacional de Saúde, com sintomas cada vez mais preocupantes como o *burnout* médico, a aposentação antecipada e a emigração. Muitos destes casos com "motivações" semelhantes: "procuram melhores condições de trabalho e, sobretudo, procuram ser tratados com dignidade e respeito". Para Miguel Guimarães, cumpre ao Ministério da Saúde "encontrar soluções para manter os médicos no SNS e equilibrar o seu capital humano", "sem ignorar" o mundo em que vivemos, caracterizado pela "livre circulação de pessoas" e por um cenário de "competição global" a que os jovens aderem com grande facilidade. Na opinião do dirigente, é urgente a "valorização e revitalização da carreira médica", a salvaguarda de "melhores condições de trabalho", "o acesso a tecnologia e informação", "melhores remunerações e benefícios fiscais" e "apoio mais sustentado da administração local". "É o que fazem os outros países.

Não há segredos nem soluções mágicas", concluiu.

Sobre o problema que neste momento se verifica ao nível da formação pós-graduada, o líder do CRN considerou "urgente" tomar medidas de adequação do *numerus clausus* em Medicina "às reais necessidades do país e às capacidades formativas" existentes. "Só planeando a médio prazo poderemos evitar que, ano após ano, aumente o contingente de médicos sem especialidade. E impedir que a qualidade dos cuidados de saúde entre em regressão e se continuem a desperdiçar os nossos melhores valores e milhões de euros", afirmou.

Finalmente, Miguel Guimarães deixou um reconhecimento público aos médicos que receberam a sua medalha evocativa dos 25 e 50 anos de filiação na Ordem, valorizando o contributo que prestaram para a melhoria dos cuidados de saúde em Portugal. "A sua notável capacidade de saber integrar conhecimento e decisão aliados à experiência acumulada, tem permitido honrar o nome da medicina e da qualidade da saúde em Portugal. O SNS é um bom exemplo, muitas vezes referenciado como o melhor serviço público e com bons indicadores a nível internacional", observou. "Devido à vossa competência e humanismo, ao vosso conhecimento e capacidade de resistência, continua a existir esperança, apesar de todas as adversidades", acrescentou o anfitrião, concluindo com um agradecimento final: "a Saúde ganha com a perseverança da Filipa, hoje a representar os jovens médicos, e a excelência dos médicos que são homenageados".

SNS tem de ser "competitivo"

À margem do Dia do Médico, o presidente do CRNOM deu uma longa entrevista ao programa Página 2 onde abordou alguns dos temas que marcam a actualidade da profissão médica. Desde logo, a questão do trabalho extraordinário e a manutenção do corte de 50% no seu pagamento, uma medida que Miguel Guimarães contesta, recordando que "se os médicos não fizessem o número de horas extra que fazem neste momento, nomeadamente no serviço de urgência, o SNS poderia entrar em colapso". A atratividade laboral do sistema público esteve também em análise no programa da RTP2, com o convidado a lamentar o facto de os últimos governos não estarem a "conseguir estimular [os médicos] a ficar no SNS", obrigando a tomar "outras opções". "Esta é uma questão real, que teremos de enfrentar no futuro. No espaço europeu em que estamos inseridos, temos de ser competitivos e oferecer boas condições de trabalho às pessoas", insistiu o dirigente da Ordem dos Médicos, recordando que não estão em causa apenas os aspectos salariais: "é também a qualidade do que se pode fazer fora dos grandes centros, da organização dos serviços ou da qualidade dos equipamentos". "Isto é, fundamentalmente, um trabalho que compete ao Ministério da Saúde, mas a Ordem está disponível para ajudar", concluiu. A entrevista completa de Miguel Guimarães no Página 2 pode ser consultada em <https://vimeo.com/170763406>.



Jovens médicos reuniram na SRN

A 23 de Maio, a Secção Regional do Norte (SRN) e os sindicatos médicos promoveram um encontro para discutir a actualidade da formação pós-graduada. A reunião, realizada na SRN, contou com os testemunhos de alguns jovens que ficaram excluídos do último concurso de acesso ao internato e que constituíram a Associação de Médicos Pela formação especializada (AMPfe).

A AMPfe, associação que surgiu por iniciativa dos 114 médicos que ficaram sem vaga no concurso de acesso à formação especializada de 2015, foi a primeira entidade a tomar a palavra nesta reunião que teve lugar no auditório da SRN.

As suas representantes deram conta dos objectivos que estiveram na génese desta nova organização, e mereceram o incentivo do presidente do Conselho Regional do Norte, Miguel Guimarães, que compreendeu a “situação difícil” dos médicos indiferenciados e se comprometeu a transmiti-la ao Ministério da Saúde.

O novo concurso de acesso à formação específica [neste momento, em fase de conclusão] esteve no centro das atenções do debate que se seguiu, tendo em conta que será o primeiro a realizar-se ao abrigo do Novo Regime Jurídico do Internato Médico e que prevê uma exclusão de candidatos bastante superior à do ano passado. Merlinda Madureira, presidente da Federação Nacional dos Médicos (FNAM) foi a interveniente

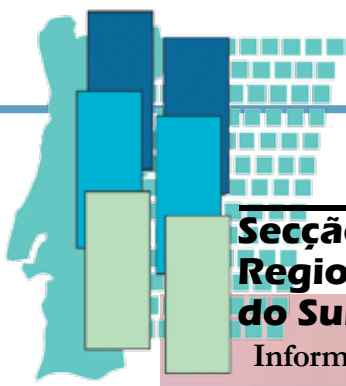
mais crítica deste processo, assumindo que “não admite a figura do médico indiferenciado” e que, em “nome da qualidade, defender médicos indiferenciados é algo que para a FNAM é um contrassenso”.

O presidente do Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI), Edson Oliveira, defendeu uma perspectiva um pouco diferente, começando por lembrar que “este problema começou já em 2008”. Na opinião do dirigente, as dificuldades que os jovens médicos vivem neste momento surgem do “pensamento político a curto-prazo”, que não reconhece que, além dos cerca de 2000 alunos formados em Medicina em Portugal, existe a necessidade de acolher os médicos que vêm de toda a Europa. Após algumas intervenções mais dispersas, o representante do Sindicato Independente dos Médicos, Jorge Silva, defendeu a necessidade de se estabelecer uma ponte entre “a qualidade da formação, que tem sido sempre apanágio do internato médico em Portugal” e a impor-

tância deste processo ser resolvido “inter-pares”, reforçando a importância de haver “uma maior transparência” da parte dos colégios “na definição e na aplicação dos critérios de idoneidade”.

À semelhança de outras intervenções que tem produzido sobre este tema, Miguel Guimarães deixou clara a necessidade de aproveitar as vagas que existem, não só nos centros hospitalares das grandes cidades, mas também nas regiões mais periféricas, como forma de “elevar a qualidade da Medicina praticada fora dos grandes centros”. Reiterando a existência de “demasiados estudantes” nas escolas médicas, o presidente do CRN não deixou de afirmar que, hoje em dia, “ser médico é ser especialista”.

Embora não tenham sido encontradas soluções concretas nesta reunião - uma vez que estas dependem, sobretudo, de decisões do Ministério da Saúde - foi importante o esclarecimento de dúvidas com os médicos implicados neste processo.



Secção Regional do Sul

Informação



Presidente do CRS denunciou acto irresponsável

Dirigentes da Delegação de Saúde de Lagoa impediram reunião em visita de idoneidade

Uma vasta delegação da Ordem dos Médicos, que incluía dirigentes do Conselho Regional do Sul (CRS), o presidente do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores e membros do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar fez visitas para avaliação de idoneidade formativa. Numa das reuniões, em Lagoa, os dirigentes viram interrompida uma reunião abruptamente e tiveram que abandonar as instalações.

O presidente do Conselho Regional do Sul denunciou publicamente a atitude dos responsáveis da Delegação de Saúde de Lagoa, que, no dia 30 de Maio, interromperam e impediram uma reunião de médicos nas instalações daquela unidade de saúde dos Açores.

Jaime Teixeira Mendes falou aos jornalistas, num encontro promovido pelo Conselho Regional do Sul, a que preside, e pelo Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores (CMRAA), cujo presidente, Jorge Santos, também se associou à iniciativa.

Nesse encontro, o presidente do CRS lamentou a atitude “irresponsável” da administração, que impediu a realização de uma reunião inserida no âmbito de avaliação de idoneidade formativa, e considerou-a “uma

atitude própria de um regime de pequenos ditadores a quem o poder sobe à cabeça de uma forma tão cega que impede o discernimento”.

Os responsáveis da Delegação de Saúde de Lagoa (organicamente ligada ao Centro de Saúde de Ponta Delgada), que está integrado na Unidade de Ilha de S. Miguel, entraram “abruptamente” na sala onde decorria a reunião de médicos especialistas da unidade de saúde, representantes do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar e ainda o presidente do Conselho Regional do Sul e o presidente do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores, e impediram a sua continuação.

No dia seguinte, a presidente da Unidade de Saúde de Ilha de S. Miguel, Fernanda Prates,

e o director clínico do Centro de Saúde de Ponta Delgada, Paulo Margato, deslocaram-se à sede do CMRAA, onde apresentaram desculpas e explicações ao presidente do CRS e ao presidente do CMRAA, basicamente considerando que havia desconhecimento da natureza da reunião. Contudo, estas reuniões são marcadas e preparadas com antecedência e os responsáveis locais têm toda a informação sobre elas.

Na conferência de imprensa da manhã do dia seguinte, o presidente do CRS manifestou a sua indignação e sublinhou a importância destas reuniões, o que agrava a atitude dos responsáveis: “Estas visitas têm a importância de funções delegadas pelo Ministério à Ordem dos Médicos. Nós vimos cá numa função de Estado. É por isso



que ontem ficámos muito ofendidos, na dignidade de médicos e da Ordem dos Médicos, de termos sido postos fora - pelo Conselho de Administração da Unidade de Saúde de Ilha - de uma sala que era a única do Centro de Saúde de Lagoa que estava disponível. E sem nenhuma explicação. Podiam ter falado, explicado porque precisavam da sala, ou mesmo ter esperado que acabássemos a reunião para entrar.”

Jaime Teixeira Mendes acrescentou ainda que talvez o episódio esteja relacionado com o facto de “a vaga do vogal médico do Conselho de Administração da Unidade de Ilha de S. Miguel estar por preencher há muitos meses”, sublinhando que iriam ser pedidas explicações ao Secretário Regional.

Um dos jornalistas presentes quis esclarecer melhor a relação entre a vaga não preenchida de vogal médico e o episódio na Delegação de Saúde de Lagoa. O presidente do CRS respondeu: “Pode ser que falte alguma sensibilidade para estas questões, porque no fundo esta é uma visita de médicos e da parte de alguns membros da Administração podem faltar condições para perceber a sua importância”. De resto, Jaime Teixeira Mendes esclareceu também que “esta visita está programada há mais de um mês e a Ordem avisa sempre as administrações”.

Presidente do CMRAA aponta falta de educação

Questionado sobre o episódio e uma eventual ligação à má relação entre a Ordem na Região Autónoma e o secretário regional, o presidente do CMRAA considerou: “As visitas de MGF



são bastante completas, movimentam bastante gente e permitem-nos aproximar das estruturas de saúde. Curiosamente, aquilo que eu temia que pudesse ser entendido como exagero, o comunicado que tínhamos emitido, afinal foi confirmado. Esta história da Lagoa, esta falta da mínima educação por parte das pessoas confirma. Até aceitávamos que podia ter havido uma coincidência ou qualquer coisa assim, mas teria que haver sempre uma palavra, uma explicação.”

De resto, Jorge Santos referiu-se também ao facto de a administração da Unidade de Saúde de Ilha não ter vogal médico. “É impensável que uma estrutura de saúde operacional, que tem uma direcção de prestação de cuidados de saúde, não tenha num lugar primordial um médico. Há uma discrepância entre o discurso do prestador de cuidados de saúde directo - o médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, etc. - e o discurso administrativo que é outra história.”

Para o presidente do CMRAA, “afastar os médicos - os médicos ou os outros profissionais da saúde - da organização di-

recta é um erro fatal”. E recordou que, como dirigente da Ordem, tem feito essa crítica ao secretário e ao Governo de uma forma geral. “É bom que o Dr. Jaime Mendes tenha vindo aqui e eu tenha acompanhado também a visita, é bom sobretudo estarmos lado a lado, uma vez que ao mesmo tempo que fiz as afirmações críticas há semanas, como todos sabem porque até deu na televisão, o secretário, exactamente à mesma hora, estava em Lisboa a ser recebido pelo Bastonário e afirmando que o Bastonário lhe tinha dado razão”.

Mudança de modelos tem criado problemas

O estado dos cuidados de saúde na Região foi também abordado no encontro com os jornalistas. Um deles pediu um resumo da situação e Jorge Santos começou por dizer que “a resposta é complexa”, mas admitiu que “a saúde vai andando, não está declaradamente mal mas existem vícios na estrutura que numa situação que piore em termos económicos, o que é admissível, ou então que as exigências de saúde aumentem derivado

do modelo de prestação de cuidados de saúde, evidentemente não sendo resolvidos os problemas que haverá agravamento da situação”.

O presidente do CMRAA considerou, ainda assim, que “a qualidade dos profissionais, permite que haja um certo balanço positivo”, embora “os processos técnicos ligados aos sistemas que devem ser montados para responder aos problemas de saúde, de uma forma moderna, esses aí não estão a ser alterados e portanto há riscos, que por enquanto não são alarmantes mas se não se reflectir sobre a situação pode haver um declínio da qualidade da prestação de cuidados”.

O dirigente deu o exemplo dos rastreios ao cancro colorrectal, que “são feitos mas depois não têm resposta”. Segundo Jorge Santos, “os colegas contactados durante a visita aos centros de saúde referiram, em diferentes situações, que não havia resposta para os problemas”. O dirigente advertiu que “há modificações, se calhar até aceitáveis, mas que criaram uma confusão extrema, como a das antigas urgências dos centros de saúde, que tiveram uma alteração que faz com que o banco do hospital, neste momento, seja muito mais caótico do que era em situações anteriores em que os meios não eram os mesmos que existem agora”. E o resultado é que “agora, de facto, os médicos fogem do banco e o número de doentes é elevado porque já não são vistos localmente”, referiu.

O presidente do CMRAA defendeu que a mudança de modelos que funcionavam e a que as populações estavam adaptadas é crítica e referiu que “o hospital,

neste momento, tem problemas graves; a alteração do sistema faz com que os internamentos no hospital tenham crescido” e, tal como foi já relatado, houve necessidade de transferir doentes para a Terceira. “É alarmante pensarmos que o hospital não está a ser capaz, em determinados sectores, de aguentar o volume de doentes que lhe estão a chegar. Eram muitas vezes doentes que ficavam retidos no centro de saúde”, lamentou.

O quadro é negro, segundo Jorge Santos: “Os internamentos têm descido, os médicos não existem na urgência, estão em consultas e, portanto, o funcio-

namento da saúde em S. Miguel alterou-se de uma maneira complicada e não planeada. Determinadas medidas que até eram compreensíveis, tomadas abruptamente, provocam esta situação. As consultas de especialidade feitas por médicos da Terceira e de S. Miguel, que iam fazer consultas ao Pico e a São Jorge, saídos dos serviços, foram alteradas e agora é a confusão total, com circuitos variáveis, diferentes de sítio para sítio. Com isto não acredito que a assistência tenha melhorado. É muito mais fácil encontrar respostas quando as pessoas estão articuladas.”

Equipas reuniram-se no final de todas as visitas de idoneidade

As diferentes equipas de dirigentes do Conselho Regional e do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar que se distribuíram por várias ilhas açorianas em visitas de idoneidade formativa reuniram-se no dia 1 de Junho, na sede do Conselho Médico, em Ponta Delgada.

O presidente do Conselho Regional do Sul, tal como o presidente do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores, quis ouvir os relatos de todas as equipas e da situação nas várias ilhas.

Exceptuando o episódio da interrupção da reunião da Delegação e Saúde de Lagoa, todas as restantes visitas decorreram com normalidade e o balanço foi considerado positivo.





**Lançamento do livro
«Correspondência de
Abílio Mendes com Abel Salazar»**

Gratidão do filho de um cidadão exemplar



António Ventura, historiador e professor universitário, encontra duas palavras-chave para classificar o acto de publicação do livro «Correspondência de Abílio Mendes com Abel Salazar». São elas “gratidão e exemplo”, como disse na sessão de lançamento da obra que se realizou na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos, no dia 24 de Maio.

“Há duas palavras que escrevi em relação a este livro: gratidão e exemplo”. Assim se começou por referir ao livro o historiador António Ventura, que explicou com clareza os epítetos: “Este livro é um acto de gratidão; não é só um acto de gratidão de um filho para com o pai, o que era meritório. Hoje em dia a palavra gratidão não consta do vocabulário corrente, gratidão é uma palavra rara, uma jóia preciosa que deve ser cultivada e o Dr. Jaime Mendes cultivava-a neste livro. Não é só homenagem em relação ao pai, é uma homenagem em relação a um médico notável e a um cidadão exemplar. E daí a outra palavra, exemplo, porque Abel Salazar e Abílio Mendes são exemplos para nós hoje, numa altura em que precisamos de exemplos, numa altura em que olhamos em redor e não vemos o deserto, antes vissemos. Vemos frequentemente gente que é tristemente insignificante e que jamais ficará na história, portanto precisamos de exemplos relevantes como o Dr. Abílio Mendes e o Prof. Abel Salazar foram”.

Mas, um pouco antes, as primeiras palavras de António Ventura

tinham sido sobre a natureza do diálogo por carta, hoje praticamente extinto, e aos problemas que as novas práticas de correspondência podem criar: “Eu diria que este livro, em certa medida, é um livro que cabe no campo da arqueologia porque a carta, hoje em dia, pertence à arqueologia. Quem é que escreve cartas hoje? Enviamos mensagens electrónicas que depois não se guardam. Estou a imaginar daqui por uns anos, os investigadores que queiram publicar correspondência entre figuras não vão encontrar coisa nenhuma porque nem sequer sabemos exactamente qual a idade desses suportes informáticos onde eventualmente se guardam essas mensagens.”

O historiador referiu-se aos aspectos marcantes de duas personalidades ímpares, que se correspondiam, mas tinham uma diferença de idades assinalável. “Eram homens muito diferentes mas eram ambos cidadãos intervenientes. Até em termos de idade, um foi aluno do outro, Abílio Mendes foi aluno de Abel Salazar. Por vezes esta relação entre discípulo e aluno cria laços curiosos, como é o caso,

em que encontramos camaradagem em dois homens com idades muito diferentes numa época em que as idades afastavam. A própria correspondência mostra que havia afinidades, coisas em comum e por isso mesmo estas cartas são muito, muito curiosas em relação a que nos ajuda a definir estas duas personalidades tão diferentes e com coisas tão semelhantes”, considerou António Ventura.

A maçonaria em comum, mas percursos diferentes

O orador referiu-se também ao que considerou “um outro aspecto também interessante”, o da ligação maçónica. É que “o jovem Abílio Mendes e o já não tão jovem Abel Salazar entram para a maçonaria em 1933, um com 22 anos, outro com 44, o que não deixa de ser curioso. Não estou a dizer que há qualquer coisa de cabalista mas é apenas uma curiosidade. Abel Salazar entra para a Loja Lux et Vita, aliás há um livro curioso de um outro médico do Porto, um livro de memórias publicado nos anos 90, que conta que assistiu à iniciação do Abel Salazar e relata isso. Abel



Salazar escolheu como nome simbólico «Nada», o que também é curioso porque o nome simbólico é o que define uma relação entre aquele que o escolhe com alguém, com uma figura, com o princípio.

Diga-se que a militância maçónica do Abel Salazar não foi muito longa, ele vai para França pouco tempo depois, pede um passaporte maçónico para em França poder exibir, mas com a proibi-



Abílio Mendes tem dois filhos vivos, Jaime, o autor do livro, e Carlos, o conhecido músico e compositor, autor de canções intemporais, como *Amélia dos Olhos Doces*. Carlos Mendes juntou-se ao lançamento do livro e tocou ao piano e cantou alguns dos seus temas mais conhecidos.

ção da maçonaria em 1935 ele não continua essa actividade”.

Mas Abílio Mendes tem um percurso diferente, com “uma actividade maçónica até ao final da vida, mesmo durante a clandesti-

Autor explica por que avançou para a publicação “Obrigação moral”

Na introdução do livro, o autor refere a razão que o impeliu a publicar as cartas trocadas durante um curto ano entre o seu pai e Abel Salazar: “Deve-se por um lado a uma espécie de obrigação moral e de promessa exigida a mim próprio para com o meu pai”.

Jaime Mendes explica também que “a publicação desta curta correspondência, dos anos de 1935 e 1936, entre Abílio Mendes, estudante e director da Revista de Medicina, órgão da Associação dos Estudantes de Medicina de Lisboa, e Abel Salazar, que tinha sido seu professor de Histologia, na Faculdade de Medicina do Porto, pretende mostrar uma das múltiplas facetas deste Homem da Ciência e das Artes, que marcou o nosso século XX: o amor à juventude. A leitura destas cartas mostra a amizade

que se foi estabelecendo entre o mestre e o seu discípulo, e retrata bem a preocupação constante de Abel Salazar pela formação da juventude, ou da gente moça, como escreve nas suas cartas”.

Na sua intervenção, na sessão de lançamento, Jaime Mendes referiu ainda: “O livro não tem a pretensão de ser a biografia nem do meu pai nem de Abel Salazar. Quando o meu pai faleceu eu sabia, porque ele mostrava, que tinha estas cartas guardadas a sete chaves para que não se perdessem... Estas cartas estavam junto de uma fotografia que ele nos mostrava, a fotografia dos 21 da Loja de Almada em que ele dizia; estes são os meus amigos.”

O autor relatou também a cerca de uma centena de amigos e interessados que marcaram presença na sessão, as suas dúvidas sobre a edição: “Hesitei muito entre

publicar ou entregar as cartas à Casa Museu Abel Salazar, como tinha sido uma das vontades do meu pai, mas a minha mulher, Teresa, e o meu irmão Carlos incitaram-me a escrever este livro. Finalizei-o em 2013, depois pedi a opinião do Prof. António Ventura, que me disse para publicar, o que foi de facto uma das opiniões que acabei por valorizar mais.”

Jaime Mendes recordou também a vertente política de Abel Salazar, que muitos teimam em não reconhecer:

“Um dos outros motivos pelos quais senti obrigação de publicar estas cartas, além da homenagem ao meu pai, foi também o de homenagear Abel Salazar, porque em algumas biografias que li percebi sempre uma tentativa de apagar a sua vertente política. Ele sofreu de uma grande depressão,



nidade. Ele participa na fundação, ainda no final dos anos 30, da Loja Estrela de Alva em Algés e depois aparece na Loja José Estevão e foi aí venerável, na clandestinidade, até 1974. Depois continua a actividade até à sua morte, sendo nessa altura membro do Supremo Conselho do Grau 33 do rito escocês”, explicou António Ventura.

Leitura do livro obriga a pensar na profissão médica

Outro dos oradores convidados para a sessão de lançamento do livro foi “um amigo especial” de Jaime Mendes. Manuel Sá Marques, um médico pioneiro na dedicação ao tratamento da diabetes, assumiu uma particular sedução pela

epistolografia, com uma forte referência ao livro de André Crabbé Rocha «A epistolografia em Portugal», e disse que o convite para falar sobre o livro lhe “desencadeou uma série de memórias da vida estudantil e profissional” e que a leitura da correspondência de Abílio Mendes com Abel Salazar “obriga a pensar no futuro da nossa profissão como médico”.

O médico abordou os aspectos históricos do tempo de Abel Salazar professor e de Abílio Mendes estudante e as dificuldades de afirmação do movimento estudantil universitário no Estado Novo.

De resto, considerou que o livro de Jaime Mendes “é um importante contributo na conquista de uma sociedade verdadeiramente democrática” e citou um

trecho da página 14: “Parece necessário divulgar a actualidade do pensamento de Abel Salazar no momento em que a medicina, com investigação de ponta e com desenvolvimento de novas tecnologias, nos conduziu à subspecialização precoce e a um empobrecimento cultural conflagrador da maioria dos jovens clínicos.”

A sessão contou ainda com a intervenção do editor, António Baptista Lopes (Âncora Editora), que considerou “excelente” o trabalho de Jaime Mendes. “É sempre gratificante quando as memórias vão sendo cerzidas, de modo a que não se percam, e este livro é uma excelente homenagem que presta à memória do senhor seu pai”, concluiu.



que hoje em dia nós chamaríamos de burnout e aqueles que o quiseram expulsar diziam que era uma loucura. Numa das cartas ele afirma ‘dizem que eu estou louco’, mas na verdade o Abel Salazar ficou na história e os outros, que lhe chamavam louco, já ninguém se lembra deles. De facto, o Abel Salazar teve sempre uma militância política, pertenceu ao MUD (Movimento

de Unidade Democrática), em França pertenceu a vários movimentos, como o racionalista e o positivista, entre outros. Sempre foi um anti-salazarista, há até um célebre discurso que faz no MUD em que diz que Portugal está atrasado 50 anos. Foi realmente por isto que ele foi expulso em 1933 com outros professores

universitários. Aliás, noto até que se calhar o espírito dele ainda incomoda alguns, mesmo tantos anos após a sua morte.”

Jaime Mendes não esqueceu os agradecimentos especiais a amigos e conhecidos que ouviu com atenção e que contribuíram para a publicação. Entre estes apon- tou “o grande amigo Alfredo Caldeira, pela facilidade de aces-

so a certos documentos da Fundação Mário Soares”, ao também “amigo Aguinaldo, que é filho de Alexandre Cabral, grande estudioso de Camilo Castelo Branco, e que uma vez me disse para publicar as cartas porque o pai andava sempre à procura das cartas do Camilo”, outra pessoa que o influenciou, por intermédio do irmão Carlos, foi o João Semedo, “porque disse ao meu irmão para eu publicar, porque o Abel Salazar é aquela personagem a quem já chamaram o Leonardo Da Vinci português do século XX”, tal a diversidade da sua dimensão de artista. O autor agradeceu ainda aos presentes na mesa, o editor, Baptista Lopes, da Âncora, António Ventura e Manuel Sá Marques, e “à jornalista e irmã de longas caminhadas da vida Luísa Tito Morais”.



Dalila Teixeira
Interna de MGF, USF Horizonte

Uma reflexão sobre o papel do médico de família no planeamento dos cuidados em fim de vida

A relação entre a Medicina e a sociedade tem sofrido profundas transformações, ao longo dos últimos anos, como consequência de uma complexa interacção de factores:

- Evolução sociocultural que tende a rejeitar a postura paternalista característica da medicina tradicional, em benefício do direito à autonomia, ou seja, do direito do indivíduo, enquanto portador de faculdades psíquicas intactas, decidir quais os tratamentos e as intervenções a que pretende ou não submeter-se, que pretende ou não consentir. (Beauchamp TL, *et al*, 2002)

- Envelhecimento populacional e subsequente incremento do número de doentes portadores de doenças crónicas. Patamar alcançado muito à custa dos progressos da medicina e evolução tecnológica, que se tem verificado. O mesmo paradigma biotecnocientífico que levou a crer que é possível combater a morte, elevando o risco de despoletar uma cascata de procedimentos, em que se tenta manter a vida a todo o custo.

Nunca, assim, fez tanto sentido discutir a problemática da “terminalidade” da vida, aspeto que se vê reflectido na relevância que esta questão tem assumido nos debates contemporâneos da sociedade, destacando-se a discussão da eutanásia, no seu exemplo mais recente.

O exercício da Medicina Geral e Familiar pressupõe a prestação de cuidados longitudinais, num contínuo de assistência, que se estende do nascimento à morte. O envolvimento do médico de família nas complexas questões do sofrimento humano e fim de vida deveria assim surgir com natural espontaneidade, nestes que são os profissionais mais bem colocados para prestar cuidados de excelência neste âmbito. Urge assim refletir sobre o tipo de resposta que estamos/queremos (Médicos de Família) dar a esta necessidade social emergente, de abordagem multidimensional, onde se enquadram as diretivas antecipadas de vontade (DAV), alvo desta reflexão.

As DAV representam o exercício

do direito à liberdade, uma vez que é um espaço que o indivíduo tem para tomar decisões pessoais, isentas de interferências, seja dos médicos, família ou de qualquer pessoa ou instituição que pretenda impor a sua própria vontade. (Dadalto L, *et al*, 2013)

Trata-se de um direito legal, introduzido em Portugal, em 2014, por um mecanismo de votação na Assembleia da República. Desde a sua aprovação, tem sido enfatizado o papel do médico de família na mediação deste processo, dada a proximidade e relação de confiança estabelecida com os pacientes.

Um estudo de Perceção sobre o Testamento Vital, realizado pela Universidade Católica Portuguesa em parceria com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, que envolveu mais de mil portugueses concluiu, porém, que 78% desconhecem o que é o Testamento Vital. Dos 22% que afirmaram conhecer o Testamento Vital, apenas 50,4% sabem como o fazer e a quem recorrer. Os participantes apontaram os

meios de comunicação social como principal fonte de transmissão de informação sobre este documento (66,2%), cifrando-se o contributo dos médicos de família e enfermeiros em valores residuais - 2,8% e 2,9%, respetivamente. Objetivando-se assim o parco comprometimento dos profissionais de saúde primários com este instrumento, provavelmente tradutor de uma realidade mais ampla - escassa discussão e planeamento dos cuidados em fim de vida, de um modo geral.

De facto, paradoxalmente aquilo que é o posicionamento do nosso país, em matéria de cuidados peri-natais, Portugal situa-se entre os piores relativamente à “qualidade de morte” das pessoas. É imperioso que num momento em que o prolongamento da vida está praticamente assegurado, que o vetor de atuação se direcione para a qualidade dos cuidados peri-morte.

Esta premência reflete-se claramente na emergência de literatura médica que orbita em torno das questões relacionadas com a morte e o morrer, incluindo diretrizes de comunicação e abordagem desta problemática.

Certamente que a proposta de iniciar de modo rotineiro a discussão sobre diretivas antecipadas com os doentes, será rejeitada pelos médicos, é no entanto, fundamental que esta temática deixe de ser tratada de forma tão velada pelos profissionais de saúde, de modo a que o princípio da autonomia possa ser preservado, mesmo quando a capacidade decisora do doente é perdida.

A complexidade de abordagem, fraca capacitação dos profissionais para abordar estas matérias, falta de tempo, constituem barreiras importantes a ultrapassar, de modo a que os médicos de família possam assumir uma posição mais favorável relativamente a esta questão; e assim contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade mais evoluída, informada e consciente, em que o doente passa a ser parte ativa nas decisões relativas ao momento mais vulnerável da sua existência.

Seguramente que na sociedade pluralista em que nos inserimos as respostas nunca serão homogêneas, nem unânimes. Os dilemas éticos associados às complexas decisões no final de vida continuarão inevitavelmente a existir, considera-se, porém, que a adoção de um novo protótipo de atuação, no qual os médicos incentivem a discussão e planeamento avançado de cuidados ajudará a minimizar possíveis conflitos éticos, garantindo o respeito pela vontade e dignidade do doente.



António Verdelho
Neurocirurgião no IPO-Porto

Crispr-Cas9, Antropoceno e o Ser-aí

Que diabo! O que é que uma *tecnologia genética* tem a ver com uma *era geológica* e com a *filosofia de Heidegger*? Asseguro ao leitor que o objectivo do título não é ser hermético, mas, sim, confesso, transmitir uma certa estranheza, a estranheza de um mundo original que estamos a criar, criar *strictu sensu*.

Das múltiplas técnicas de manipulação genética actuais há uma que se destaca particularmente, o “gene editing” com CRISPR (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeat system). Trata-se de uma técnica praticada em células e organismos vivos que nos últimos 3 anos se tornou vulgar, altamente precisa, simples e muito barata. Aliás pode o colega, enquanto acaba de ler este artigo, pegar no seu *smartphone* e encomendar *online* um kit elementar de CRISPR por menos de 90 dólares. Exagero? Experimente digitar no seu motor de busca “*crisp-cas9, do it yourself*”. Claro que ajuda ter umas semanas de treino num laboratório de Biologia Molecular o que não é difícil de conseguir para um licenciado em Medicina. Depois para editar genomas a seu gosto (se não quiser fazer só *deletes*), terá que dispor de uma biblioteca de

genes, ou de material biológico de onde possa extrair. Também não é dispendioso, por exemplo, pode comprar o vírus *Zika VR_84*™ na ATCC®, por apenas 599 euros (declaro já que não tenho qualquer interesse financeiro nas vendas das patentes biológicas da Fundação Rockefeller).

O CRISPR desenvolve-se inicialmente em 2000-05 com a investigação do sistema imune bacteriano (*Bolotin et al, Mojica et al, Pourcel et al*); é peculiar compreender que as bactérias disponham de um sistema de defesa imune adquirido, incorporando o ADN vírico no seu próprio ADN e codificando posteriormente complexos proteicos de interferência que eliminam o vírus agressor. Se quiser ficar com uma ideia simples do que significam os palavrões da sigla CRISPR é isto, existem bactérias que em determinadas partes do seu código genético têm

sequências curtas e repetidas de fragmentos derivados de vírus. Não se vai fazer aqui a genealogia do desenvolvimento do CRISPR (que poderá ser explorada *elsewhere*) mas há um trabalho crítico em 2012 que é o ponto de viragem (Jinek et al, Science 337). Neste trabalho (sem entrar em grandes detalhes) os autores “desenham” um sistema de programação simples juntando numa mesma proteína os dois ARNs necessários para abrir uma cadeia de ADN num local preciso (*crRNA-tracerRNA chimera*). Essa proteína associada ao CRISPR chama-se Cas9 e é uma endonuclease dual capaz abrir a hélice de ADN, guiando-se por uma molécula de ARN. Ora isto é uma evolução extraordinária para identificar um ponto da cadeia nucleica; previamente isto era feito com proteínas mas devido à configuração tridimensional das proteí-

nas, o sítio de corte no genoma era impreciso; agora a tesourada é no sítio exacto. Acrescente-se que isto pode ser feito em múltiplos pontos permitindo diversas alterações genéticas na mesma “intervenção”. Há posteriormente diversos trabalhos que exploram a inserção do ADN no sítio da tesourada com ligação homóloga ou não.

Em 2012 há três trabalhos publicados sobre CRISPR, em 2013 cerca de cem, em 2014 cerca de duzentos e trinta; em 2015 é difícil contar devido à entrada exponencial na literatura científica dos artigos dos países asiáticos.

O CRISP-Cas9 tem um potencial extraordinário para revolucionar positivamente a Biomedicina no tratamento das doenças genéticas e dar uma nova esperança a muito doentes e a famílias que transportam traços de doença hereditária. As possibilidades de investigação são imensas, veja-se por exemplo o conceito de aplicar o CRISPR de forma “reversa”: podemos pegar num gene humano causador de uma doença e colocá-lo num animal de laboratório transformando-o num modelo perfeito da doença onde se poderão estudar novos tratamentos.

Não se perca de horizonte a esperança que o desenvolvimento médico da tecnologia CRISPR pode trazer, mas o que se pretende aqui neste momento é chamar a campo uma “dura inquietação de alma” (no sentido camoniano) inerente a esta nova tecnologia.

Neste momento é necessário referir que o CRISPR é aplicável em células da linha germinativa (por exemplo num espermatozoide ou num ócito) e em embriões, isto é, as modificações genéticas efectuadas são transmissíveis às gerações vindouras.

Com o CRISPR poderemos defi-

nir pré concepção as características de um novo ser humano, editando-o com outros genes humanos (ou não humanos...?!), por exemplo escolher a cor do cabelo, dos olhos ou da pele.

Esta tecnologia é a ferramenta que faltava (e a decisiva) para complementar o que poderemos considerar um domínio muito completo do nosso sistema de informação génica (sequenciação do genoma, enzimas de restrição, PCR e agora CRISPR).

Estamos pois perante a possibilidade de uma reconfiguração significativa do que são alguns dos pressupostos da nossa espécie; neste sentido é uma tecnologia que levanta mais questões do que responde a perguntas. A aplicabilidade do CRISPR corre muito à frente e mais rápido do que qualquer discussão ética, filosófica ou antropológica que se possa fazer sobre o tema ao nível da sociedade em geral. Dada a sua simplicidade e baixo custo é inocente pensar que ela poderá ficar restrita a laboratórios credenciados ou regulamentados de alguns países. Uma das aplicações controversa é o “melhoramento” humano; a ideia de poder criar novas linhagens de humanos com características especiais, músculos maiores ou ossos mais rijos ou o que seja que a imaginação e genes produzam. Há cientistas preocupados com o assunto e em Dezembro de 2015, realizou-se em Washington o (primeiro) *International Summit on Human Gene Editing - a Global Discussion*; há quem proponha um período de moratória à tecnologia mas isso não interessa aos muitos *stakeholders* que já investiram em *start-ups* e que têm grandes planos...

Um outro aspecto pertinente é a aplicabilidade do CRISPR na área da Biotecnologia e será aqui

seguramente onde vamos contactar com os primeiros “produtos”, quando nos sentarmos à mesa para jantar ou quando escolhermos o nosso *pet*. Em Novembro de 2015 dirigi ao colega, nesta revista, uma proposta de reflexão sobre “OGM, Glifosato e Sociedade” (verdelho@netc.pt para um *reprint*), nesse preciso mês ocorreu um facto assinalável, a FDA aprovou o primeiro OGM animal para consumo humano, um salmão que cresce muito mais rápido que os convencionais. Neste momento existem inúmeros animais espalhados pelo planeta, incluindo mamíferos e primatas que foram alvo de manipulação com CRISPR e que estão sob observação laboratorial (para conhecer alguns veja o New York Times de 27-11-2015). Há também uma legião de advogados e de organizações de *lobbying* representando os interesses das ETN (empresas transnacionais, para utilizar aqui a designação da ONU) que já estão no terreno a planear o conforto dos accionistas dessas ETN. Um dos objectivos estabelecido é retirar os alimentos produzidos com esta tecnologia (e outras similares, *Cisgenesis*, *Intragenesis*, *Agro-infiltration*, *Reverse breeding*) da designação de “transgénico”. Como se sabe, é um termo que é mal visto pelo consumidor e além disso está sujeito a uma malha de regulamentação apertada. Seria fantástico para as ETN fazer aqui um *by-pass* e trazer directamente para o nosso prato todas as maravilhas laboratoriais que conseguissem criar, e não estou a afirmar que seriam perigosas ou nefastas, simplesmente não sei. Ora segundo o Protocolo de Cartagena (Convenção para a Diversidade Biológica, ONU, 2000) esta tecnologia produz claramente OGM e deve ser tratada como

tal. Qualquer aprovação deve ser alvo de uma avaliação de segurança científica e sob poder legítimo (será ilegítima a efectivação de um poder que se exerça fora da vista de um escrutínio democrático, como é frequente hoje).

Para o leitor menos atento a estas questões, o Antropoceno é uma proposta da comunidade científica para que se declare o fim do Holoceno (iniciado na última era glacial) e para inscrevermos definitivamente o “nosso rastro” como conceito, na Tabela Cronoestratigráfica Internacional; possivelmente chegar-se-á a um consenso (consenso note-se) sobre a matéria no seio da UICG-União Internacional das Ciências Geológicas neste ano de 2016. Falta ainda alguma convergência sobre a acidificação oceânica decorrente do sequestro de dióxido de carbono ($\text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O} \leftrightarrow \text{H}_2\text{CO}_3$, ácido carbónico) e os seus efeitos no *krill*.

As alterações climáticas são um novo amanhecer para a espécie humana. Não obstante as promessas e declarações da COP 21 (21ª Conferência das Partes após Quioto) em Paris, há que assumir um pessimismo informado. O acordo de Paris em Dezembro de 2015 é politicamente forte e importante mas textualmente é débil e demasiado engajado com o sector industrial carbonífero. Veja-se por exemplo que todo o sector dos transportes aéreos e marítimos estão fora do acordo; ainda bem (!) já que o sector da aviação civil, fortemente emissor, pretende crescer cerca de 290% até 2050 e que se saiba não tem para já alternativas credíveis em termos de combustível de propulsão.

É certo que o crescimento da energia renovável tem sido ver-

tiginoso com a ultrapassagem de metas que surpreendem de ano para ano. Nos EUA neste ano de 2016 (e em 36 dos seus Estados), atingiu-se mesmo algo que era inimaginável há poucos anos, uma paridade do custo entre as energias renováveis e as fósseis (mesmo na circunstância de as fósseis receberem subsídios médios cerca de 40% superiores aos das renováveis e o mercado estar inundado com os derivados da fracturação hidráulica e das areias betuminosas).

Para as “promessas” de Paris funcionarem, o crescimento de renováveis teria que ser visto numa lógica de substituição das fósseis, ora não é isso que está a acontecer, as Renováveis têm sido vistas no actual mercado de energia como um adicional, porque é essa capacidade de produção acrescida que permite uma lógica de Crescimento Económico, o Santo Graal da nossa política.

É necessário compreender que as emanações da COP21 são uma *soft law* e como tal funcionam apenas em contexto de democracias maduras e representativas. Assim seria de admitir que numa sociedade fortemente motivada, como a nossa começa a estar, as metas da COP21 poderiam ser cumpridas. Na UE, por exemplo, uma transição para a neutralidade carbónica seria possível num prazo razoável; bastaria vontade política e um investimento de, digamos, talvez uns 10% do PIB europeu; de onde viria essa massa de dinheiro gigantesca capaz de fazer a nossa vida melhor e de gerar muitos empregos? Bom, ponhamos a questão de uma forma simples: neste momento 40% do PIB da UE remunera o Capital (corresponde a 2% da população) e 60% do PIB remunera o Trabalho (98% da pop); haveria que de-

cidir quem pode dispensar uma parte.

Olhando para a questão globalmente, é de admitir que os países da OCDE possam fazer o movimento de transição, contudo estes correspondem apenas a 1250 milhões de habitantes do planeta; os restantes 5750 milhões que têm aliás neste momento, um consumo energético *per capita* baixo (excluindo os países OPEP claro), têm todo o direito e precisam urgentemente de consumir mais energia *per capita* para melhorar as suas condições básicas de vida. Esses países representam a parte da população planetária que está em crescimento e que em 3 décadas deverá atingir os 9 ou 10 mil milhões de habitantes; ora não é de todo crível que esses milhares de milhões num planeta que está globalmente colonizado com o estilo de vida à maneira ocidental vá deixar de utilizar combustíveis fósseis (e não faltará quem os venda). Estes consistem uma fonte energética acessível, concentrada e cuja tecnologia de uso é muito disponível.

Para deter o processo climático seria necessário deixar no subsolo 80% dos combustíveis fósseis identificados; isso implicaria que a extracção e comércio de combustíveis fósseis viesse a ser proibida e criminalizada a nível internacional. Ora isso também não é de todo crível.

Em que é que consiste o Antropoceno? Bom, há três aspectos críticos, o problema da escassez de água potável (que já afecta mil milhões de pessoas), a perda da Biodiversidade que está a correr a um ritmo de extinção de espécies 1000 vezes superior à extinção “de fundo” e finalmente as questões alimentares...

Direi que o Clima é um factor crucial à sustentação da vida no

planeta. A produção agrícola exige uma estabilidade climática e o actual modelo de produção para alimentação de massas, ao contrário do que se possa pensar é muito frágil, “monocórdico” e baseia-se em petróleo e fosfatos. Além disso, não havendo estabilidade climática, é necessária mais área agrícola para compensar as perdas regionais de produção decorrentes de fenómenos de instabilidade como secas, incêndios, pragas e inundações (o desabar súbito de mares atmosféricos criados por evaporação nas ondas de calor). Exemplos recentes são o que está a acontecer neste momento na Índia e a seca na Rússia em 2010, que levou o governo a interromper as exportações de cereal e despoletou um fenómeno conhecido como “Primavera Árabe”. Mais área agrícola actualmente só é possível com desflorestação excepto se a temperatura subir o suficiente para descongelar a tundra siberiana, aí sim, teremos uma gigantesca nova área agrícola e a ascensão da Rússia a maior produtor alimentar do planeta e não será à base de energias verdes mas sim com petróleo do Mar de Kara entretanto também permeável (estimam-se 9400 milhões de barris). Esse descongelamento da tundra tem contudo um pequeno preço associado, a libertação para a atmosfera de plumas com *gigatons* de metano retidos actualmente no *permafrost* siberiano (o metano tem um potencial de efeito de estufa muito superior ao carbono) com um aumento totalmente imprevisível da temperatura planetária. O Antropoceno também significa vagas de refugiados climáticos cuja dimensão torna a diáspora Síria actual uma coisinha pequena (já agora 60% do território Sírio está seco e muitas zonas habitadas e

com viabilidade agrícola estão contaminadas com urânio empobrecido devido ao *bombing*).

Em síntese, recorrendo a um pessimismo informado (oxalá estivesse errado), um novo planeta, quente, de cariz antropocénico é inevitável. A menos que surja algum Cisne Negro (no conceito de Nassim Taleb).

Crispring e Antropoceno, chegou o momento caro leitor, e queria dizê-lo com solenidade, de proclamar o triunfo da *metafísica existencial* heideggeriana.

Na tradição metafísica houve uma sequência de conceitos que pretendiam fornecer algum tipo de inteligibilidade do real, a *idéa* de Platão, o *cogito ergo sum* de Descartes, o *sujeito transcendental* de Kant, o *lógos* de Hegel, a *vontade de poder* de Nietzsche, contudo na analítica existencial, partindo-se da questão do sentido do ser (ontologia) estabelece-se um novo círculo hermenêutico, a compreensão do ser equaciona-se com a auto-compreensão do *Ser-aí*. Ou seja, o homem é o único ser que tem uma relação ontológica consigo próprio, na medida em que lhe importa esse mesmo ser.

No livro inacabado *Ser e Tempo* (*Sein und Zeit*, Heidegger, 1927), obra central do pensamento do século XX, o autor começa na 1ª secção, tendo como pano de fundo a pergunta sobre o sentido do ser, por demonstrar a insuficiência da ontologia tradicional que via o “ser” como a simples existência das coisas e do homem. Tornava-se pois necessário destruir essa ontologia para abrir caminho para uma nova estrutura do *ser-em*, do *ser-adiante*, do *ser-junto-de*, o sentido do *ser-aí* que é a temporalidade. Contudo na 2ª secção vemos que, refugiado no presente entre existência e

facto (leia-se passado e futuro), o homem tenta livrar-se da sua angústia fugindo do seu modo autêntico de ser (ser livre - ver adiante). Na 3ª secção que não viria a ser escrita, o autor teria que demonstrar o sentido do ser como história do ser; este capítulo inacabado é o motor da máquina de interrogação heideggeriana que se transporta até aos nossos dias. A minha intenção não é de forma alguma desafiar quem-quer-que a redigir esse capítulo. Se afloro aqui atrevidamente algumas ideias deste complexíssimo Autor é simplesmente porque acho que temos a obrigação “moral” de tentar compreender o que se está passar com a nossa *espécie*. O *Dasein* (se não domina o alemão traduza simplesmente por *Ser-aí*), está atirado (ou condenado) para a existência mas está também dotado de facticidade e distingue-se dos demais entes na medida em que pode interferir e escolher a sua existência. Esta ideia liberta-nos por um lado de um peso que a responsabilidade de filosofar nos impunha mas também nos põe ao leme. Não há leis naturais sem que o *Ser-aí* as formule. As interrogações filosóficas da transcendência, a administração do planeta, a aplicação do nosso engenho e genialidade, são tarefas apenas humanas. O modo autêntico de ser, o *Ser-aí*, é este onde o próprio, tendo o tempo como horizonte, escolhe e se projecta em direcção às suas possibilidades. O Homem não é um *que*, seu modo de existir é um *quem*. Meus caros, confirma-se, finalmente, somos uma *espécie* que navega em alto mar.

Bibliografia:

Ser e tempo, Martin Heidegger, 1927; *O que é a Metafísica*, Martin Heidegger, 1929; *A filosofia de Heidegger*, Ernildo Stein, 2008.



Helena Marques
USF S.Félix/Perosinho

Contraceção – a desinformação dos adolescentes e o estado da arte

Uma, entre as diversas competências da Medicina Geral e Familiar, é a orientação comunitária. Neste âmbito é frequente as Unidades de Saúde Familiar organizarem sessões de educação para a saúde junto da comunidade. Vem sendo já hábito, a planificação de sessões educativas junto das camadas jovens, mediante acordo com os agrupamentos de escolas. Neste sentido, os profissionais de saúde pretendem perceber quais as necessidades temáticas sentidas por estes, com o objetivo de prestar esclarecimento, potenciar a literacia em saúde e o *empowerment* dos utentes.

Numa escola do concelho de Espinho, os alunos consideraram que a temática da contraceção era uma das áreas carenciadas. Foi então agendada sessão de educação para a saúde intitulada “Contraceção na adolescência”. A título de curiosidade e para fins de avaliação sobre a eficácia da sessão, foi formulado um breve pré e pós teste, com 8 questões sobre os dife-

rentes métodos contraceptivos.

Após correção dos pré-testes de 50 alunos do 8º ano, constatou-se um profundo desconhecimento sobre as vantagens e desvantagens dos principais métodos contraceptivos. A média de respostas corretas foi de 2.7 em 8 questões. A primeira questão sobre o preservativo apenas obteve 22% de respostas corretas à semelhança da questão sobre a contraceção de emergência. Esta percentagem desce ainda mais quando falamos de implante hormonal subcutâneo ou dispositivo intrauterino.

Perante estes dados, resolvi pesquisar sobre o programa curricular dos alunos do ensino básico. Achei curioso a notícia lançada já em 2015 sobre a decisão do Ministério da Educação e Ciência (MEC) relativamente à exclusão das temáticas de contraceção e doenças sexualmente transmissíveis (DST's), das metas curriculares, no âmbito do programa curricular de ciências do 9º ano. Ao que parece, tal decisão foi fundamentada com

a existência específica de legislação sobre Educação Sexual em meio escolar – Lei nº 60/2009 e à extensão do programa curricular da disciplina de ciências.

Segundo este decreto, a educação sexual integra-se no âmbito da educação para a saúde, nas áreas curriculares não disciplinares, nos termos a regulamentar pelo Governo. Ainda se pode ler neste decreto: “A carga horária dedicada à educação sexual deve ser adaptada a cada nível de ensino e a cada turma, não devendo ser inferior a seis horas para o 1.º e 2.º ciclos do ensino básico, nem inferior a doze horas para o 3.º ciclo do ensino básico e secundário, distribuídas de forma equilibrada pelos diversos períodos do ano letivo.” Acrescenta ainda “Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, a educação para a saúde e a educação sexual deve ter o acompanhamento dos profissionais de saúde das unidades de saúde e da respetiva comunidade local”.

Em 2012, foram extintas as

Áreas Curriculares não Disciplinares – Formação Cívica, Área de Projeto e Estudo Acompanhado. A extinção destas áreas constitui uma barreira significativa à implementação não só da educação sexual, mas das outras componentes do programa de educação para a saúde.

No entanto, em muitas escolas, tem continuado a existir projetos de educação para a saúde. Estas atividades fazem-se, muitas vezes, de forma integrada nos horários letivos, e também através de atividades extracurriculares.

Segundo a investigadora da Universidade do Minho, Zélia Anastácio, após um ciclo de investigação de três anos no domínio do “Desenvolvimento de Competências para a Saúde e a Sexualidade Saudável a partir da Identificação de Necessida-

des em Meio Escolar e Meio Institucional”, concluiu que o programa curricular de Educação Sexual, “é uma espécie de faz de conta” e que “A abordagem numa lógica de transversalidade, inerente a todas as disciplinas, resultou numa desresponsabilização».

Também, Margarida Gaspar de Matos, coordenadora da equipa da Sociedade portuguesa de Psicologia da Saúde, inquiriu diretores de escola, pais e alunos, concluindo que 83.2% das escolas estavam a cumprir a carga horária prevista. Mas acrescentou que, quando a equipa se deslocou a cinco escolas, concluiu que, muitas vezes a lei estava a ser cumprida na forma e não na filosofia. A mesma autora, coordenou o estudo “*Health Behaviour in School-aged Children*”, da Organização Mundial de Saúde (OMS),

2014. Neste estudo foi reportada “uma diminuição do uso de preservativo e um aumento das relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, o que sugere a identificação de um grupo de risco agravado a necessitar de medidas urgentes de prevenção seletiva”. Segundo este mesmo estudo são os adolescentes mais novos os que menos utilizam o preservativo. Concluindo, a educação sexual é uma necessidade premente nos adolescentes, sendo necessário reunir esforços entre todos os intervenientes, Ministérios de Educação e Ciência, Ministério da Saúde, professores, profissionais de saúde, entre outros, promovendo o conhecimento e literacia em saúde nos adultos de amanhã e prevenindo a doença.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2016

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

História da
Medicina



Carlos Pinto de Abreu

Profissionais de saúde – direito ao trabalho, não discriminação, privacidade, VIH e Ordem dos Médicos

A privacidade, em primeiro momento, e a confidencialidade, subseqüentemente, são valores inestimáveis, aquilo a que os juristas chamam de bens jurídicos fundamentais, éticos e sociais, da maior importância e, por conseguinte, merecedores de significativa atenção e respeito por parte de todos os cidadãos e, sobretudo, também, das instituições. A esta conclusão não é alheia a área da saúde.

Tal resulta particularmente evidente atendendo a que, se por um lado todos nós - cidadãos, pacientes, consumidores, utentes - quando contactamos com o sistema de saúde iremos, em maior ou menor escala, dependendo da causa e estando sujeitos às consequências desses mesmos contactos, revelar informação pessoal, privada e mesmo íntima sobre nós próprios - seja sobre o nosso corpo, os nossos comportamentos ou pensamentos -, por outro lado, não é menos verdade que esse mesmo sistema é composto por instituições com elevado grau de abertura, onde a informação é, muitas vezes, armazenada, partilhada e discutida por vários profissionais e até acedida por terceiros.

Uma primeira e evidente conclusão que desta primeira reflexão se pode extrair é a de que os pro-

fissionais de saúde, os gestores, os administradores, enfim, todos os agentes da saúde deverão apenas conhecer o núcleo da informação que é estritamente necessário ao desempenho das suas funções e, sendo essa informação conhecida, não pode deixar de recair sobre ela um estatuto merecedor de protecção forte.

É por isso que o Direito protege especialmente a informação de saúde e lhe confere um estatuto jurídico especial que em linguagem económica se poderia traduzir pelo princípio do *need to know*. É por isso que a discriminação em função do estado de saúde é constitucionalmente proibida e é também por isso que temos, no nosso direito penal, diversos tipos criminais relacionados com a reserva da vida privada e o segredo profissional, todos eles aplicáveis não apenas, mas tam-

bém, no contexto mais premente da saúde.

Somos todos conhecedores do vigente ordenamento jurídico proibitivo das condutas supra referidas, nomeadamente da lei que proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde - a Lei n.º 46/2006, de 28 de agosto.

Vem este breve intróito a propósito de uma recente controvérsia propiciada pela alteração aparentemente operada pelo Núcleo de Segurança e Saúde no Trabalho do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SBSI) ao protocolo de exames de vigilância de saúde ocupacional dos trabalhadores dos Serviços de Assistência Médico Social (SAMS).

Como parece ter informado a Direção de Recursos Humanos - Núcleo de Segurança e Saúde no

Trabalho do SBSI - Unidade de Serviços Partilhados, em email de 10 de setembro de 2015: “o protocolo de vigilância da Saúde Ocupacional é definido pelos Médicos do Trabalho e foi atualizado, tendo em conta os riscos específicos a que diferentes grupos de trabalhadores estão expostos”.

Desconhecendo-se quais os riscos específicos referentes a cada grupo de trabalhadores, ou sequer os critérios que comandaram a distribuição dos diferentes médicos por esses mesmos grupos, não pode deixar agora de salientar-se - e, bem assim, censurar-se - uma das alterações operadas ao referido protocolo, mais concretamente aquela que diz respeito à afirmada pretensão necessidade, ora aparentemente consagrada, de realização de testes de despistagem dos vírus VIH-1 e VIH-2 aos profissionais de saúde do SAMS.

Pelo abuso e ilegalidade, a situação foi participada, em 26 de Janeiro 2016, à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD), ao Programa Nacional de Saúde Ocupacional, ao Conselho Disciplinar da Região Sul da Ordem dos Médicos e ao Colégio de Medicina do Trabalho da OM.

A CNPD informou que “já deliberou sobre a matéria de medicina e saúde no contexto laboral, sendo que, nomeadamente, o teste de VIH não está, de modo algum, previsto a não ser que haja uma imposição legal para a mesma. Uma imposição legal não é, evidentemente, a mesma coisa que um protocolo ou outro qualquer regulamento”.

No mesmo sentido, veio o Diretor do Programa Nacional de Saúde Ocupacional responder, considerando que a inclusão daqueles testes “não é uma boa

prática de saúde do trabalho... não cumpre as orientações constitucionais e do código do trabalho de não discriminação por motivos de saúde e em matéria de riscos para terceiros não fundamentada em situações objetivas e concretas onde tal possa acontecer”.

Por outro lado, quando questionada acerca da referida alteração, respondeu a Direção do SBSI que “os referidos Senhores Médicos” haviam informado que “o Protocolo elaborado está de acordo com o Manual de direito e segurança no trabalho de Paula Quintas – 2014, 3ª edição, Editora Almedina”, mais concretamente a passagem constante - e transcrita pela Direção do SBSI - da página 93 deste Manual, onde pode ler-se o seguinte: “os médicos se são seropositivos por VIH ou doentes de SIDA, pelo alto risco de transmitir a outros os vírus de VIH, através do sangue no exercício da especialidade, têm o dever de renunciar à especialidade e quedar-se por outras artes com menor risco”. (...)

Ora, anuir com tal afirmação é inaceitável e significaria recuar muitos anos em todo o conhecimento e informação adquiridas nesta área de investigação sobre a propagação do VIH, sendo particularmente importante o parecer elaborado pelo CNEV em 1996, onde se concluiu que se considera “ilegítima a obrigatoriedade indiscriminada de testes do vírus da SIDA, porque fere a privacidade das pessoas”, com a ressalva de que “há empregos que, pela sua natureza, podem exigir o teste de VIH: aqueles que implicam a manipulação de líquidos biológicos a ser administrados a pacientes, podendo induzir a contaminação/transmissão.”

Mas estes são os únicos casos, e são raros, em que o teste do VIH é aceitável e, note-se, não obrigatório. Nas restantes profissões não se vislumbra de que forma o facto de o trabalhador ser portador de VIH poderá pôr em risco terceiros. Aliás, o próprio médico ou profissional de saúde, estando em contacto com diversos pacientes portadores de diversas patologias, está consideravelmente mais exposto ao risco de contágio do que qualquer paciente que se desloque a um serviço de saúde para ser examinado por um médico.

E há que ter em conta que o VIH não sobrevive fora do corpo humano durante muito tempo, por isso, para que o VIH possa ser transmitido, é necessária uma quantidade significativa de fluidos corporais de uma pessoa infetada e um ponto de entrada noutra ser humano.

É inexplicável que nem o Conselho Disciplinar da Região Sul da Ordem dos Médicos, nem o Colégio de Medicina do Trabalho, a quem as participações das situações supra descritas foram enviadas no dia 26 de Janeiro de 2016, se tenham, ao que se saiba e até agora, pronunciado ou informado acerca das diligências que estarão a realizar. Certo é que ilegítima e ilegalmente o SBSI continua a convocar os trabalhadores do SAMS para exames de Medicina do Trabalho, nos quais se inclui o teste de VIH. Até quando?



João Miguel Nunes" Rocha"

A panaceia dos caídos

O tempo corre perpetuamente numa voragem avassaladora, empurrando-nos para a defunção e puxando pelos vindouros num frenesim de renovação e de mudança, que goram e tornam ridículas, as nossas pretensões de importância ou de eternidade individual.

E, é a essa centelha de tempo em que "somos", que sob o pretexto hipócrita de benquerença, de dignidade, de compaixão e de outras alarvidades, porque inadequadas, querem arrancar as frações em que doentes, dependentes ou velhos nos tornamos fontes de carregos e de despesas, como se a nossa vida de "moirejo" nada valesse ou pesasse na balança das mais valias, e uma vez tornados improdutivos sob a perspectiva dos comerciantes armazenistas de mercearia e de bens não transacionáveis, transacionados, (que são os nossos empresários padrão): abra-se-lhes o coval em terra benzida, porque não cometeram o pecado mortal do suicídio, fomos nós que os matámos, encurralando-os entre a eutanásia e o sofrimento não tratado e atroz, ou, entre o testamento vital e o medo.

A extrema importância que damos à nossa "vidazinha", mesmo quando vazia de qualquer acto que a justifique ou valide, tem como contrapeso o pouco apreço que nos merecem as demais, quando não acresçam ou enriqueçam a nossa condição. E, com o passar inexorável do tempo, até os parentes mais próximos e os mais queridos, se tornam troços importunos, lerdos em desferrar da vida, e tardos em ocupar a sua condição mais duradoura e inócua, de retratos no álbum da família.

Já era assim no tempo em que os afectos se forjavam, florescia e medravam, no convívio e na partilha, quanto mais agora que entre nós e os nossos descendentes, se abriu o abismo do mundo vir-

tual, mais apelativo e real para os jovens e para os menos jovens, do que qualquer afecto, e se instalou e cresceu desmesuradamente, a sanguessuga do consumismo compulsivo e frenético, que esbanja e deixa exangue, tão depressa, como a secção bilateral das jugulares.

Não tenhamos ilusões. Nós, os velhos, os doentes, os incapacitados, os dependentes, ou os que (como eu) se bastam a si próprios, enfim os acabados ou caídos, isto é, todos os que chegámos à recta mais ou menos comprida do fim, e, nos incluímos no role maioritário, dos que querem continuar a viver, temos de resistir-lhes. Não tiveram pejo em de "motu próprio" e para adular Bruxelas, numa subserviência mísera de quem quer alvís-

saras, de alterar todos os contratos, esbulhando-nos a favor da Banca e dos grandes interesses, indiferentes à emaciação das famílias que deixaram de poder ceiar, à miséria dos velhos expulsos dos lares, ao tomento dos infelizes, que não chegando às terapêuticas, em vão fecharam os olhos, para não verem o gaudio aterrador da morte... Se os não mantivermos quedos pelo medo, único sentimento que os afecta e que respeitam, em breve nos alterarão drasticamente o prognóstico vital.

Impondo-se à razão, há um facto incontornável: enquanto não se criarem cuidados paliativos e continuados públicos, acessíveis e bastantes, a eutanásia e o testamento vital, nunca serão uma opção livre,

mas uma cedência ao sofrimento ou ao pavor quimérico (encarniçamento terapêutico...), mesmo não havendo outras pressões (e é tão fácil havê-las) intoleráveis, a condicionar a decisão...

Se os médicos aceitarem fazer o papel de algozes, perderão para sempre, o direito ao respeito e à confiança.

Nasci poucos anos depois do encerramento de Auschwitz e agora no "último andamento" quase sempre "adágio" para os velhos, que na vez de prezados, são acusados de não morrer, antevejo novos campos e novos morticínios, mais hediondos ainda, porque perpetrados, não sob o ódio cego do fanatismo étnico, mas levados a cabo, com a frieza desalmada desta gente, que tem quase tudo e vai, comparar o valor de cada vida, com o custo da malga de sopa aguada, que a mantém.

As órbitas dos planetas são elípticas, as dos electrões circulares, nas grandes viagens oceânicas a distância mais curta entre dois pontos é uma linha de rumo curva, e o nosso princípio e o nosso fim reencontram-se no pó, num perpétuo cirandar de vida e morte e de

movimentos harmoniosos e encaixados... O que torna cada vida tão importante, é que é única e ir-repetível. Um vindouro ou mesmo um clone, não seremos nós. Som-lo ou fomo-lo uma só vez...

Que alguém, bem tratado, não submetido a pressões familiares, sociais, materiais, decida suicidar-se, aceita-se, que remédio, e raros serão, os que tendo ânimo, não possam fazê-lo, por falta de capacidade física.

Que um grupo de pessoas, juízes, médicos, enfermeiros, cidadãos comuns... enfim qualquer que seja a eminência dessas personalidades, possa decidir sobre a validade da vida alheia, acho-o uma verdadeira aberração.

O sofrimento, a felicidade, o amor não se apreendem e entendem, por muito bem descritos que o possam ser, pelos poetas e pelos grandes escritores e, interpretados por quem os lê. Só se abarcam e sentem como vivências ou como recordações. E, por isso mesmo, uma criança de dez anos criada por uma mãe madrasta, pode saber muito mais sobre sofrimento, do que um juiz, um médico ou um jornalista sexagenários e fe-

lizardos, que sempre lidaram de perto com a dor dos outros, que obviamente não contagia... E, um doente moribundo, apaziguada a dor e acarinhado, pode sentir, que esse tempo inexoravelmente curto, valeu por toda a sua vida de "galego".

Na minha opinião por detrás das palestras e dos debates sobre a eutanásia esvoaça num voejar impiedoso e funesto, a ave de rapina da ganância dos senhores do mundo. Coitadinho, é no seu interesse e será ele a decidi-lo. É, pois uma questão de tempo, até ser aprovada... Depois, num ápice, seguir-se-á a sub-rogação (não mandatada por estes) dos doentes pobres, dos velhos, dos incapazes... Para os ricos todas as terapêuticas possíveis e (se sonhadores) a crio-conservação; para os pobres, a morte, com uma "ajudazinha" do carrasco... para evitar delongas e prevenir arrependimentos derradeiros...

Não há nenhuma doença, que torne indigno quem a padeça; indigna é esta genticinha e quem vendendo-o, não se lhe opõe. O que acautelaram nos paraísos fiscais não os cevou; querem alambazar-se nos míseros despojos.



Leonel Cardeira
Médico Neurocirurgião

Carta aberta: o perigo da Eutanásia

Impedido de estar presente nos debates que se têm realizado na Ordem dos Médicos, o autor enviou esta carta aberta ao Bastonário da Ordem dos Médicos, expressando a sua vontade de contribuir para o debate.

Porque é que a eutanásia é um perigo para uma sociedade democrática, porque é que não necessitamos de argumentos religiosos para a recusar, porque é que uma moral verdadeiramente humanista não pode aceitar a eutanásia, porque é que em nada contribui para um progresso moral, nada tem de moderno e é um recuo civilizacional e, finalmente, porque é que compromete a autonomia e a autodeterminação do próprio interessado.

Múltiplos intervenientes defendem não só a correcção da eutanásia como a sua institucionalização, pretendendo utilizar os médicos como agentes mais habilitados para a sua execução.

Compreendo o apelo moral que diferentes situações, como o sofrimento, a perspectiva de morte ou mesmo a ideia da "pessoa não inteira" (segundo alguns, por este argumento, indigna!) despertam. Mas, em abono do contraditório, permitam-me expressar uma opinião de recusa desta campanha, pretensamente moderna, de defesa da eutanásia.

Poderíamos argumentar se o di-

reito à vida obriga à aceitação de um direito à morte, até porque existe uma assimetria notável - não determinamos quando nascemos mas, certamente, podemos determinar quando morremos. No entanto, o conceito moral do direito à morte como resultado de uma decisão racional é algo que só pode ser aceite sob duas perspectivas. A primeira é a de que existem direitos alienáveis, neste caso o direito à vida, o que de facto não acontece (como em seguida defendo) e, em segundo lugar, a aceitação de que a morte poderá ser melhor do que a vida o que, sendo uma crença esperançosa, não é aceite como evidente por todos nós. Num extremismo de arrogância intelectual, alguns deputados da Nação até defendem a existência do direito à morte como um direito aceite e inquestionável, recusando que a eutanásia seja objecto de um referendo. Tal não acontece na nossa sociedade que considera o suicídio um mal e que não poupa esforços à sua prevenção, interpretando a sua ocorrência como um sofrimento pessoal e social.

Historicamente todos sabemos que a eutanásia tem sido praticada em diversas épocas e em diversas sociedades. Todavia a sua actual defesa evoca questões de liberdade individual, aliás confundindo autodeterminação com liberdade de agir fora de um quadro moral ou confundindo consciência individual com relativismo moral, apelando estes seus defensores a que o mundo contemporâneo tem de se habituar ao valor da livre escolha e que a morte deve pertencer a cada um (penso que se referem ao determinismo da morte porque a morte é, de facto, de cada um!).

Não pretendo impor mas igualmente recuso que me imponham decisões morais e que a Lei, mais do que derivar de uma razão moral, tenha que acomodar-se a um relativismo moral absoluto! A aceitação, aparentemente benévola, da eutanásia e, pior ainda, a sua institucionalização médica ultrapassada a liberdade individual do suicídio, tem enormes perigos, traduz uma inversão dos valores morais mais básicos da nossa sociedade, não um "progresso".

Para além do alívio do sofrimento psíquico e físico inerente ao processo de morrer, deveremos escolher o momento para morrer, até antecipando situações que o próprio considere inaceitáveis? Este é o verdadeiro conceito de eutanásia - a morte como solução - até porque o alívio do sofrimento que decorre da compaixão humana, já fundamenta a Medicina e é já objecto dos cuidados ditos paliativos, para além de outras respostas de carácter espiritual que a Humanidade construiu ao longo da sua história. Mas este conceito de eutanásia é incompatível com o fardo de sermos sujeitos morais, detentores de obrigações e direitos. Necessariamente limitados pela própria natureza falível de qualquer conhecimento, mesmo o moral, não podemos deixar de defender que o princípio prudencial mais importante, no que se refere ao respeito pela vida humana, é recusar ser interveniente no determinismo da morte, até pela simples razão de ser esta atitude o único impedimento a que o direito à vida passe a ser contingente e objecto de permanente violação!

Não discuto o facto de cada qual ser capaz de se matar, isto é uma evidência incontestável. O que devemos recusar é a defesa da sua virtude moral, confundida muitas vezes com a defesa de uma autonomia irrestrita. Porque, ao aceitarmos que existe o direito moral a que cada um decida pôr termo à vida, iremos inevitavelmente criar as instituições que o deverão facilitar - será certamente mais correcto prestar auxílio a um acto moralmente bom do que, ao recusá-lo, dificultar ou impedir a sua concretização!

Por absurdo que pareça não será esta uma sociedade da compai-

xão mas uma sociedade que promoverá a morte e legislará sobre o seu determinismo, assumindo institucionalmente a existência de autoridades que melhor o decidirão, aliás como fica provado nos países que permitem a eutanásia, onde a mesma já não necessita do pedido do próprio.

Concluindo, aqueles que pretendem, ao defender a eutanásia, um controlo da vida e pretensamente da sua própria morte, irão ficar sujeitos ao juízo de terceiros que determinarão porquê, quando e como deverá a sua vida terminar.

Mas, se quisermos ir mais além, considero a eutanásia um erro moral e uma arrogância epistemológica.

Existem alguns que consideram que a vida deve ser sujeita a parâmetros de qualidade! Isto é, que existem vidas em que "a qualidade" é tão má que, além da natural compaixão por estas pessoas, teremos a obrigação moral de contribuir para acabar com tal situação, de preferência matando-as a seu pedido! Apesar de subjectivo, todos qualificamos depreciativamente certas vidas como a do doente vegetativo, do deficiente profundo, ou do demente irreversível. Aceitando este argumento a eutanásia será, mais do que o respeito por uma decisão individual, o institucionalizar duma morte, duma morte que aceitamos como BOA, apenas necessitando de estabelecer os limites (e quais?) para a sua realização.

Não discutindo a possibilidade de a morte ser boa nestas circunstâncias teremos, para tal, de destruir toda a construção moral de protecção dos mais fracos e do valor intrínseco da vida humana que caracterizam a nossa civilização. Direitos que tão laborio-

samente foram defendidos, actualmente quase universalmente aceites e que estão consubstanciados em múltiplos documentos, marcos da nossa própria civilização e que, deste modo, terão que ser rasgados.

O primeiro e mais fundamental de todos é o direito à vida.

Poderemos violar este nosso direito? Ou, dito de outra forma, será este direito alienável pelo próprio? Caso tal não seja possível, será inconsequente discutir se a autonomia do agente moral - o ser humano - pode ser irrestrita. Isto é, se pode decidir o momento de morrer, violando o direito à vida, até porque não existe um direito à morte, por antinatural.

Aliás, esta será a discussão moral do suicídio. Relembro Albert Camus quando considerou que, a existir um problema moral, seria o do suicídio.

O suicídio como expressão do princípio da autonomia individual é moralmente correcto? A autonomia será um valor absoluto? Podemos dispor da nossa vida como a derradeira atitude de dignidade? Ou, pelo contrário, existirão limites impostos pela mesma dignidade (isto é, a dignidade da vida humana) e a autonomia individual não permite dispor da nossa própria vida!

Certamente a origem da vida não foi resultante da nossa própria vontade, mas podemos determinar o seu fim. Isto é um facto. Independentemente deste realismo, sabendo que os factos, por si só, não impõem valores morais e, se nos é vedado dispor das vidas dos outros, será moralmente aceitável dispor da nossa própria vida? Este acto violará o conceito

da dignidade da vida humana? Este conceito que apresenta um carácter único, um valor especial que a nós próprios atribuímos quando constatamos que somos a única espécie de vida que possui uma perspectiva moral das consequências das suas acções. Agimos submetidos a conceitos do bem e do mal. Esta responsabilidade e as obrigações que daqui emergem implicam que determinados actos, como o do suicídio, ultrapassem o individual e revelem um aspecto social, mesmo simbólico, que não pode ser desprezado. Ao terminar voluntariamente com a própria vida, independentemente das razões evocadas, assume o suicida que esta só tem valor para o próprio, o que não é verdade. Assume o direito de dispor da mesma ao ajuizar que existirá uma vida que não vale a pena viver. Em relação a juízos da qualidade de vida aceito que só o próprio o pode fazer mas, se concordar com esta justificação, necessariamente o valor da vida humana passará a ser de carácter instrumental, possibilitando a emergência de valores sociais que, negando o indeterminismo da morte individual, aceitarão que a mesma seja promovida quando a vida deixar de fazer sentido, de valer a pena viver, com o perigo de tornar o suicídio um imperativo moral. Este, numa sociedade idealmente aberta poderia depender, eventualmente, somente do juízo individual mas, numa sociedade menos crítica ou menos livre, passará a ser determinado por outros. A possibilidade de decidir pela morte, mesmo que seja numa sociedade isenta de qualquer coação e que tal pareça presumivelmente melhor para quem a assume, nunca resultará neutra. A mera existência da mesma promove a decisão de optar

pelo suicídio, porque a continuação desta vida se fará sentir não só como um peso para o próprio mas como um fardo para a sociedade. De facto, os valores para serem valores morais tem que ser universais, intemporais e descobertos pela nossa razão crítica e o valor da vida, se não a queremos disponível e instrumentalizável, tem que ser moralmente indisponível, mesmo para o próprio, porque esta aceitação da inviolabilidade da vida humana, mais que não seja, terá um valor prudencial e todos, mesmo os suicidas, podem errar irreversivelmente. Assim, sem imperativos teístas, será a eutanásia imoral!

Todavia, na vida real e perante um acto tão radical e absoluto, apesar de concluirmos que possa ser moralmente incorrecto, habitualmente ficamos imersos na tragédia sentindo a inutilidade de expressar qualquer censura moral, aliás inconsequente relativamente ao caso concreto. Censura moral absolutamente errada na maior parte dos suicídios que, creio, resultam de actos de desespero e de perturbação do juízo crítico do próprio suicida. O suicídio "filosófico" em que pretensamente alguns enquadram a discussão da eutanásia, a existir, será a excepção! E sim, será este o que merece a nossa reprovação porque a sua aceitação abre portas a uma sociedade, mais que respeitadora da liberdade individual ou da consciência individual, será uma em que a vida só terá valor instrumental e só defensável se útil para a sociedade! Concluindo, uma sociedade de imposição, de formigas mas não de seres humanos.

Que outras razões tenho para defender o respeito pela vida como bem inviolável e com base na razão crítica?

A primeira é recusar a actual filosofia utilitarista que coloca as preferências individuais como suporte de um edifício ético coerente.

Vejam:

<http://www.newworldencyclopedia.org/entra/Ethics>

Na supracitada referência Peter Singer considera - pág 34 - que a posição utilitarista é minimalista e só possível de ser ultrapassada para uma ética universal se as outras ideias éticas - como os direitos individuais, a santidade da vida, a justiça, a pureza etc. - provarem que deveremos ir além do utilitarismo.

Que boas razões podemos evocar para dar este passo?

Eu penso que existem razões epistemológicas no que respeita à falibilidade de qualquer conhecimento humano.

E, apenas por esta razão, deveríamos conservar uma das ideias fundamentais, a da "santidade" da vida como bem primordial. Poderíamos, só por esta razão, ultrapassar o utilitarismo, principalmente o de preferências - dado que aquilo que constitui a felicidade é menos universal do que o que constitui o sofrimento. Assim, nos nossos raciocínios éticos, enquanto projecção moral dos que procuram agir correctamente para com os outros numa vida em comunidade, mais do que procurar um mundo perfeito que possa resultar, inevitável, do conjunto das preferências individuais, devemos procurar construir um em que, de forma progressiva, se identifiquem e se evitem as causas do sofrimento, deixando a cada indivíduo a sua realização pessoal, a procura da sua própria noção de felicidade, isto é, das suas preferências.

Assim teremos um ideal ético

universal - o respeito pela vida - prudencial e fundador para uma ética de carácter já não minimalista, mas que necessariamente resultaria assim se só considerássemos o ponto de vista utilitarista e consequencialista.

Poderemos estender a todas as formas de vida estes princípios éticos?

Não. Porque evitar o sofrimento não nos afasta radicalmente da nossa condição animal e muito menos promove os outros seres vivos à condição humana, isto é, capazes de procurarem um agir moral, uma consciência ética que modifique, através das suas escolhas a sua relação com a biosfera onde se inserem. Apenas podemos afirmar uma Ética que responsabiliza o Ser Humano pelas suas acções no seu futuro e da própria biosfera. Apenas ao Ser Humano poderá ser assacada tal responsabilidade. E defender a capacidade de determinar a sua própria morte, ou que um grupo de sábios o faça não me parece isenta de consequências que,

necessariamente, ultrapassam o indivíduo e se reflectem na sociedade e, por maioria de razão, naqueles tal como eu que defendem uma atitude de respeito moral em relação a todos os seres vivos, assumindo uma responsabilidade ética única na biosfera.

A ética utilitarista apenas baseada na avaliação das consequências parece-me, além de exigente a um nível absurdo, de uma arrogância



total. Acaba todavia por reconhecer, com Hare e com Singer que, de uma forma prática, é incapaz de avaliar todas as consequências de uma acção. Acaba por necessitar de regras. Formaliza assim um prescricionismo, uma ética deon-

tológica. Pergunto- que regras para a eutanásia?

Caso tal fosse aceite certamente difícil seria estabelecê-las mas impossível seria, certamente, controlar a sua aplicação sem excessos.

Mas a principal crítica está na sua abstracção justificativa ao conceber noções diferenciadoras como "ser humano", "pessoa" ou "ser senciente", esquecendo que a ética tem por objecto a vida humana, na busca de uma vida boa, agindo correctamente para com os outros e o meio que nos rodeia, assumindo a protecção do mais fraco, recusando assim qualquer ideia de "darwinismo social". Os seus defensores afastam-se da sua base fundadora - a responsabilidade de sermos seres dotados de pensamento moral. Neste pseudo-individualismo acabaremos numa ética de formigueiro, de colmeia. Na sua prática esquecem que embora a responsabilidade das escolhas seja, de facto, nossa e apenas de cada um de nós, as mesmas, no entanto, não só a nós dizem respeito.



Eduarda Rocha

Interna do 4º ano de MGF do ACES de Entre Douro e Vouga (USF Egas Moniz)

A era digital: que consequências no desenvolvimento psicossocial?

Desde os primórdios da humanidade que a evolução da espécie humana se encontra associada ao progresso tecnológico. O aparecimento do computador e a sua posterior ligação em rede são características fundamentais da sociedade digital e, aparentemente, o acesso às tecnologias digitais é praticamente universal entre os adolescentes, ocorrendo em idades cada vez mais precoces. É sabido que o tema é controverso, com vantagens e desvantagens, dadas as perspectivas divergentes. Por um lado, as tecnologias digitais vieram introduzir melhorias significativas no desempenho de diversas tarefas do quotidiano. A internet representa um meio de educação e uma atividade recreativa, permitindo manter o contacto com familiares e amigos, criar novas amizades, realizar trabalhos escolares, reforçar as capacidades de escrita e criativas. Por outro lado, devido à inexperiência e suscetibilidade dos adolescentes à pressão dos pares e dos meios de comunicação, coexiste uma vertente de abuso e de experiências potencialmente negativas, como a exploração sexual e o envolvimento em situações de *cyberbullying*. As primeiras gerações que cresceram na era das tecnologias têm uma

sensibilidade especial para a sua utilização e uma diferente forma de encarar as consequências da sua exposição. Estes jovens foram construindo novos conceitos, mudando comportamentos e, com isso, forçando as empresas de tecnologia e indústrias a criar novos produtos e a adaptar-se ao novo mercado do mundo digital. Os adolescentes de hoje fotografam tudo com os seus telemóveis sofisticados, têm acesso a todas as informações nos seus computadores e sabem de tudo em tempo real. São ágeis, curiosos, informados e dominam a tecnologia. Mesmo assim, ainda existe a queda do rendimento escolar, a renitência em trabalhar em equipa, as dificuldades no diálogo, um isolamento paradoxal no meio da rede de tantos contatos e a falta de comunicação e de afeto entre as famílias... Estaremos nós, crianças e adultos, no bom caminho? Até que ponto será assim tão vantajoso estar constantemente contactável e informado? Até que ponto o nosso quotidiano se torna tão mais valioso quando soa o telemóvel para nos dar conta da nova norma da Direção Geral de Saúde?

Viver num mundo que cada vez mais se confunde entre o real e o virtual pode ocasionar riscos e

problemas à saúde, desde o agravamento de problemas mentais, ao que se associam transtornos do sono e alterações significativas do humor, fadiga ocular, transtornos metabólicos aliados do sedentarismo, entre tantos outros. Mas, talvez o mais preocupante seja a perda de interesse na família, nas relações interpessoais, na dinâmica familiar, tão importantes e influenciadores do nosso conhecimento, das nossas experiências, da nossa educação e da nossa realização pessoal... Estará a era digital a condicionar completamente os estilos de vida, os comportamentos, os relacionamentos familiares e sociais e a saúde de todos?!

O bom senso deve ditar na hora de impor limites ao contacto com as novas tecnologias. Como profissionais de saúde, talvez seja necessário estarmos mais atentos e mais focados em proteger socialmente e promover a educação em saúde, prevenir ou atenuar os fatores que põem em risco a saúde física e mental, dar oportunidades de diálogo e servir de ponte entre as gerações, facilitando a comunicação entre todos os elementos da família... Em suma, aprender e ensinar a viver plenamente o mundo real, com a ajuda das facilidades virtuais!



Catarina Isabel Correia Dias Ribeiro

Interna de 1º Ano de Formação Específica de Nefrologia
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

E por detrás da pessoa doente?

Na azáfama do dia-a-dia, num serviço de urgência lotado de doentes críticos, maca atrás de maca, observar o doente, solicitar exames complementares de diagnóstico e medicar, é tantas vezes a nossa prioridade...

Mas e o doente, o que estará a sentir naquele momento? Medo, insegurança ou meramente o desconforto de quem está doente? Onde andarão as palavras certas a ser ditas pelo médico na hora certa? Porque nos esquecemos tantas vezes de fazer uso do efeito placebo da nossa bata branca? E os familiares nos corredores, que anseiam vigorosamente e a cada minuto que passa saber informações sobre o estado clínico de quem está doente?... Ao que nós, tantas vezes apressados e pressionados pelo tempo, respondemos “temos de aguardar, estamos à espera do resultado de exames”... Na realidade, talvez o que aquelas pessoas com ar cansado, angustiadas e até algo amedrontadas, quisessem ouvir, seria aquela palavra de tranquilidade e con-

forto dita pelo “senhor doutor”... Mas nós continuamos... Porque não dá para parar...

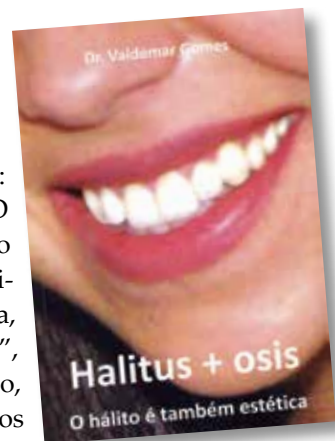
E apesar das condições físicas por vezes difíceis, da lotação constante de doentes, do cansaço e do peso avassalador da responsabilidade, persistimos e avançamos... Reorganizamos ideias, delineamos prioridades, largamos o computador, saltamos da cadeira e vamos ao encontro da pessoa que precisa de ajuda... E no meio da confusão, da dor de quem está mal e do desespero de quem vê os seus familiares sofrer, mantemos a calma, tentamos compreender o lado de quem está doente, respiramos fundo e continuamos... Porque não dá para parar...

Apesar da minha ainda muito tenra experiência, cedo percebi que o

papel do médico jamais poderá ser meramente técnico ou científico; há toda uma integração de aspetos pessoais, familiares, socioculturais e demográficos que cruzam a história de cada doente... Não nos esqueçamos que ser médico é estar imerso numa matriz cultural complexa, é compreender diariamente o binómio indivíduo-sociedade, e é ser, a cada dia que passa, o verdadeiro referencial de confiança para o doente e sua família... Só assim, conseguiremos assegurar o dever mais precioso que temos: a saúde do nosso doente... E tenhamos sempre presente que *“Só existem dois dias do ano em que não podemos fazer nada... o ontem e o amanhã...”* (Mahatma Gandhi)

O hálito também é estética

Obra da autoria de Valdemar Gomes, médico estomatologista, “Halitus + osis: o hálito também é estética” versa sobre um tema tabu: a halitose (mau hálito). O livro, escrito numa linguagem técnica e, simultaneamente, acessível, é definido no prefácio da autoria de Paulo Freitas Tavares, consultor de hematologia clínica e especialista em oncologia médica, como “produto de uma mente dedicada, três décadas de experiência profissional e muitas horas de estudo e reflexão”, “uma referência importante para todos os profissionais de saúde”. “Neste livro, Valdemar Gomes dissecas as causas, os diagnósticos e os tratamentos preventivos e curativos da halitose”, indo “muito além do seu território específico, a boca, e embrenha-se por doenças sistémicas, indo até às deficiências enzimáticas congénitas, passando pela escolha e confeção dos alimentos”. O livro aborda também a problemática da publicidade enganosa a produtos que podem estar apenas a disfarçar o problema da halitose, em vez de ajudar efetivamente a resolver as causas. Para mais informações sobre esta obra poderá contactar o autor: valdemarcg@iol.pt.

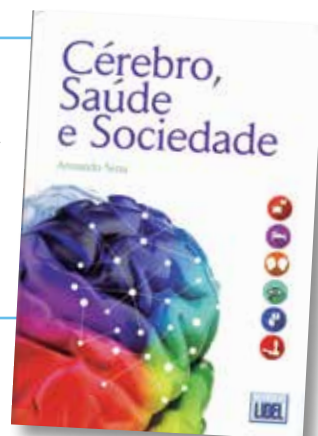


eBooks de Medicina

Com mais de 800 obras publicadas em português, a LIDEL dá mais um passo no seu crescimento online e disponibiliza sete livros de medicina em versão digital, ampliando desta forma a sua gama de eBooks. Disponíveis em formato epub para permitir uma leitura adaptada aos diferentes dispositivos como o telemóvel, tablet, computador ou portátil, os novos eBooks da editora surgem numa altura em que as tecnologias estão cada vez mais incorporadas no quotidiano e têm como principal objetivo permitir o rápido acesso a informação atualizada, pretendendo com este lançamento responder às necessidades de estudantes e profissionais de medicina que têm um estilo de vida cada vez mais preenchido, contribuindo para que de uma forma simples e funcional lhes seja possível a consolidação e aquisição de novos conhecimentos em tempo real. Intervenção Precoce em Crianças com Autismo, Perturbações do Espectro do Autismo, Manual de Psiquiatria Clínica, Geriatria Fundamental e Neurologia Fundamental são apenas alguns dos novos eBooks disponíveis no site da editora.

Cérebro, saúde e sociedade

Obra da autoria de Armando Harrington Sena, médico neurologista e professor catedrático convidado do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Com este livro, o autor visa esclarecer e incutir sensibilidade quanto à importância das funções e alterações do sistema nervoso central, diretamente associadas ao funcionamento do resto do organismo e a todas as implicações inerentes ao nosso dia a dia.



Perturbações do neurodesenvolvimento

Manual editado pela Lidel, que conta entre os seus autores com nomes como Maria do Céu Machado, diretora do Departamento de Pediatria do CHLN-HSM, Pilar de Quinhones Levy, coordenadora da Unidade de Pediatria do Hospital CUF Infante Santo ou Manuela Baptista, coordenadora do Centro de Neurodesenvolvimento do CHLN-HSM. Nos oito capítulos deste livro, dedicadas às cinco perturbações de neurodesenvolvimento mais frequentes – perturbação do desenvolvimento intelectual, perturbação do espectro do autismo, perturbação da linguagem, perturbação de défice de atenção e hiperatividade e perturbação da aprendizagem -, estão definidas orientações diagnósticas para cada tipo de perturbação, bem como exemplos práticos dedicados à respetiva intervenção junto das crianças.



Anastácio Gonçalves, um Príncipe solitário na Medicina e na Arte

Transcrevemos o resumo referente à conferência, organizada pelo NHMOM, proferida por Carlos Vieira Reis no dia 13 de Abril de 2016, na biblioteca histórica da Ordem dos Médicos em Lisboa. Na mesa esteve também presente, Ana Mântua, directora da Casa-Museu Dr. Anastácio Gonçalves. Ana Mântua proferiu algumas palavras introdutórias, distribuiu folhetos informativos aos presentes e convidou os membros do NHMOM a participar nas atividades da Casa-Museu do médico e colecionador de rara sensibilidade artística, Anastácio Gonçalves.

Uma visão pessoal do médico que era um esteta e colecionador de arte nas suas várias facetas e grande filantropo. Onde se analisa a sua maneira de estar e de ser, a sua vida, sempre envolvida num casulo de beleza e arte. De Alcanena a S. Petersburgo, uma vida de Príncipe, mas solitário.

Quando António Anastácio Gonçalves nasceu a 2 de Outubro de 1888 na ribatejana vila de Alcanena, acabava de nascer o desejado filho de José Manuel Gonçalves e de Mariana Anastácio Gonçalves, até aí pais de seis raparigas, resultado da continuada missão de tentarem o filho varão que tanto desejavam e tanto tardou a aparecer. Tudo apontava então para que o recém-nascido viesse a ser tão feliz como os seus pais tinham acabado de o serem.

No Colégio de S. Fiel, de onde

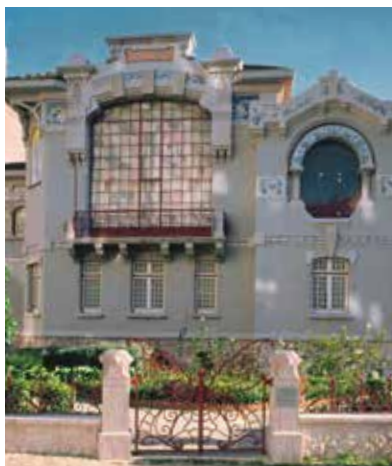
poucos anos antes tinham saído Afonso Costa, Augusto Gil, Egas Moniz, eram agora seus condiscípulos Diniz da Fonseca, Robles Monteiro, Cabral de Moncada, Martinho Nobre de Melo e outros. No Liceu Central de Coimbra, com mais idade, mais colegas e um ambiente estudantil privilegiado, cresceu como ser pensante e actuante, naturalmente. Na sua estadia na guerra, teve um comportamento exemplar que mereceu louvor e condecoração com a Cruz de Guerra, pelo seu comportamento em duas ocasiões chave daquela guerra – as batalhas de Cambrai e La Lys. Um dos pontos pouco esclarecidos na sua biografia é o da tuberculose que terá tido, após o seu regresso da Grande Guerra em Março de 1919. No que respeita à sua actividade médica, pode verificar-se que embora cheia de

sucesso, teve vários percalços de percurso. A personalidade de Anastácio é multifacetada e multiforme, pois sendo, por princípio, austero e com uma certa rigidez de princípios, era capaz de tomar atitudes que chocariam mesmo o mais aberto dos espíritos, como foram, por exemplo, a atitude e a decisão que tomou na compra efectuada em 1943 da Quinta das Baldrucas, em Azeitão. Nesta decisão, três aspectos se podem avaliar – o carácter, a paixão e o dinheiro. Qualquer deles abundava, mas em todas elas não era um esbanjador. A sua atitude no primeiro contacto que teve com Calouste Gulbenkian, é claro manifesto da sua maneira de ser. Parece-me menos conforme com a sua maneira de ser, que tenha aceitado a decisão de Calouste Gulbenkian, quando este lhe enviou um cheque para pagamento da



consulta domiciliária que lhe tinha feito no Hotel Aviz. Logo na sua primeira aquisição, Anastácio Gonçalves deixa a sua marca pessoal de apaixonado, mas seguro colecionador. Ao adquirir estas duas peças de mobiliário, ele adquiriu não só duas peças para a sua futura Casa-Museu, mas também e de uma forma gratuita, dois espaços privilegiados, para pouco a pouco, ir colocando as suas novas aquisições. E mais uma vez Anastácio Gonçalves dá conta da sua lucidez, determinação e estratégia, quando encarrega o seu amigo Manuel Cássio Tovar de adquirir em hasta pública, em 16 de Junho de 1932, o edifício situado na Avenida 5 de Outubro em Lisboa, pela importância de 200.000\$00, conhecido como Casa Malhoa. Esta paixão de Anastácio Gonçalves foi inesperadamente maculada pelo próprio, quando em 4 de Janeiro de 1956, entrevistado pelo Diário Popular a propósito do colecionismo afirmou que – *Coleccionar é um vício, colecionar quadros e móveis é, ainda por cima, um vício caro. O que vale é que é um vício de que sempre fica qualquer coisa.* Tudo aponta para que Anastácio Gonçalves tenha sido vítima da

Síndrome de Stendhal, dada a sua personalidade austera, contida, amante da arte, vivendo com ela e no meio dela, viajante incansável na sua procura. Apesar desta habituação, só no fim da sua vida lhe foi possível contemplar as maravilhas do l'Hermitage, que anos antes não pôde visitar por estar encerrado, mas que finalmente pôde contemplar com redobrada emoção e diminuída saúde cardíaca. Morreu só, solitário como sempre. Mas seguramente feliz, porque morreu vendo a arte com que sonhou e que só se lhe quis mostrar na despedida, para que essas imagens o acompanhassem na última viagem.



O palestrante, Carlos Vieira Reis, é médico, com a especialidade de cirurgia geral, exercida nos Hospitais Cívicos de Lisboa e no Hospital Militar Principal, onde foi Director de Serviço, Director Clínico e Subdirector. Coronel Médico. Representante de Portugal durante mais de uma década no Grupo de Trabalho de Emergência Médica do EUROMED e no Research Study Group 17 da NATO. Lecionou na Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa durante oito anos (Patologia e Clínica Cirúrgica), na cátedra do Prof. Rolando Moisés. Autor e apresentador de programas de Rádio e Televisão (na TVI, desde o início e em prime time o programa Rica Saúde e nas TV Saúde e TV Medicina os programas E, se eu vos contasse e Haja Saúde). Tem extensa obra publicada de contos, romances, biografias, ensaio e história da Medicina. Traduziu para a Editora Replicação *Medicine and Society in Early Modern Europe – New Approaches to european history*, de Mary Lindemann, Professora da Carnegie Mellon University, tendo este livro recebido o prémio William H. Welch Medal Book da Associação Americana para a História da Medicina. Pertence a 20 Sociedades Científicas e Culturais, sendo Académico em três delas. Tem Prémios nacionais e internacionais (Itália e Brasil). Vários louvores civis e militares. Foi Presidente da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos (1994-2004), da União dos Médicos Escritores e Artistas Lusófonos (1994-2000) e da União Mundial dos Escritores Médicos (2004-2009), tendo sido reeleito, contra sua vontade, recusou continuar mas manteve-se mais um ano, assegurando o funcionamento até nova Assembleia Geral em 2010.