

Revista

Ordem dos Médicos

ano 32 n.º 171 Julho - Agosto | 2016 Mensal | 2€

Centro Hospitalar de Lisboa Norte
Ratio para fazer formação está a desaparecer - pág. 15

TAMARIA



VII

CONGRESSO
DA COMUNIDADE
MÉDICA DE
LÍNGUA PORTUGUESA

PORTO • 1-2 SETEMBRO

Centro de Cultura e Congressos da Secção
Regional Norte da Ordem dos Médicos

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 32
N.º 171
Julho - Agosto 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

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

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

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

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



S *umário*

editorial

05 Férias e Internos.
Fruição e aflição.

informação

08 Médicos internos
e serviço de urgência

09 Parecer sobre o uso de sinalética
no quarto ou unidade de
tratamento de doentes infetados

10 Comunicado sobre a colocação de
recém-especialistas de MGF

14 Saúde no Algarve continua
instável

actualidade

15 Centro Hospitalar de Lisboa
Norte - Ratio para fazer formação
está a desaparecer

22 A palavra aos representantes
da Ordem dos Médicos

31 Ponham mais coração
nessas mãos

33 Assembleia de Representantes
aprova diversos regulamentos

37 Declaração de Tóquio da
Associação Médica Mundial

38 2ª época de exames
de Medicina Intensiva

entrevista

39 Maria Luíza da Palma Carlos
"Cumprí sem vacilar
o Juramento de Hipócrates"

SRN - informação

46 Onde estão afinal os profissionais
de Saúde a mais no SNS?

48 mostrEM: exigência e qualidade
na formação

49 Futuro da ADSE esteve
em debate na SRN

50 Reflexão sobre a segurança
no circuito do medicamento



SRS - informação

52 Tesoureira do CRS faz balanço positivo
da relação com as distritais

54 Do Liceu ao exílio e ao regresso

56 Presidente do Conselho Regional
do Sul envia recado a Adalberto
Campos Fernandes
"Sr. Ministro, mude as pessoas
que andam sempre nos corredores
do Ministério"

SRC - informação

58 Perguntas incómodas
ao Ministério da Saúde

59 SRCOM e CHUC assinam Carta
de Intenções no âmbito do Projeto
"Saúde e Bem-Estar dos
Profissionais de Saúde"

60 Exaustão afeta 40.5% médicos
na Região Centro

63 Livros na SRCOM

opinião

64 'Peço desculpa... ele é hiperactivo!'

66 Uma outra perspetiva

70 Polimedicação no idoso
– a importância da sua prevenção

71 O Padre Fontes, a queimada
esconjurada e as medicinas
tradicionais - O que é nacional
é bom!

73 Medicina Anti-envelhecimento
(MAE) - O que é?

histórias da história

75 O Discípulo

78 História da Cirurgia Cardíaca

80 In memoriam Vítor Fontes
(1893-1974)

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: Luiz 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
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



Férias e Internos. Fruição e aflição.

Estamos em época de fruição das férias de verão, pelo que desejo umas óptimas e retemperadoras férias a todos os colegas que agora delas desfrutam.

Porém, este período de veraneio é tempo de particular aflição nos serviços de urgência, pela chegada de turistas e emigrantes e pela maior dificuldade de constituição das equipas, porque o actual Governo ainda não quis resolver os constrangimentos criados pelo seu antecessor. E já o podia e devia ter feito. Particularmente causticados com turnos de urgência são os médicos internos, mão de obra qualificada, pessimamente remunerada e de baixa capacidade reivindicativa. Asfixiados pelos orçamentos in-

suficientes (o panorama é pior este ano do que em 2015!), os hospitais pressionam os médicos internos a fazerem turnos sobre turnos e a prescindirem de equipas completas e de orientação adequada, colocando-se a si e aos doentes em elevado risco. Naturalmente, as organizações médicas não podiam tolerar esta situação. Por isso mesmo elaboraram um importantíssimo comunicado conjunto, que se reproduz neste número da ROM. Em período de férias, serei pou-

pado nas palavras. Recomendo apenas, viva e assertivamente, que os Conselhos de Administração, os Directores Clínicos, os Directores de Serviço e os responsáveis das escalas leiam este comunicado conjunto, o editorial da Revista de Março de 2016, a legislação e o Regulamento do Interno no Serviço de Urgência. Um conselho aos médicos que ocupam cargos de direcção: Se entendem que não têm meios para gerir adequadamente os serviços que dirigem, por falta de orçamento ou de profissio-

nais, não tentem forçar os médicos internos e/ou colocar em risco a segurança-se dos doentes e/ou proteger o Ministério da Saúde. Demitam-se com um estrondo devidamente explicado.

A nossa lealdade, como médicos, é devida ao Juramento de Hipócrates, ao Código Deontológico e aos Doentes, não aos políticos e à politiquice ou a qualquer Ministro da Saúde, seja ele quem for, especialmente se for responsável por pagar mais e melhor às empresas fornecedoras de mão de obra do que aos médicos do SNS (uma insustentável vergonha, com médicos a serem contratados em lotes!) e por afundar os médicos num constante inferno informático (o processo de desmaterialização foi conduzido com excesso de velocidade, indescritível arrogância e inaceitáveis pressões, quando afinal o sistema ainda não estava devidamente preparado e oleado!).

A partir de 1 de Outubro (já com um mês de tolerância, para evitar as férias), seremos implacáveis para os incumpridos do Regulamento. Repito o aviso já anteriormente feito, as 'espertezas saloias' para tentar 'dar a volta' ao Regulamento serão objecto de penalização agravada.

Boas férias!



Jornalismo e Saúde

Certos comentários jornalísticos ao triste caso da morte por aneurisma no Hospital de S. José surpreenderam-me. Interrogo-me como é possível alguns jornalistas revelarem tanta falta de informação, mas ainda assim escreverem imediatamente sem cuidar em se informar com rigor, comentarem sem questionar as pessoas envolvidas, colocarem publicamente perguntas para as quais não se preocuparam em ouvir previamente as respostas, opinarem de cátedra altaneira sem sólidos alicerces, falhando a verdade. Algo está errado. O meu telefone está sempre

OS CORTES NA SAÚDE LEVARAM, MAIS UMA VEZ, À PERDA DE VIDAS HUMANAS

disponível para os jornalistas. Alguns comentadores, felizmente poucos, procuraram fazer dos profissionais de saúde o bode expiatório das irresponsabilidades e incompetências políticas, administrativas e organizativas do anterior Ministério da Saúde, procurando alijar as óbvias culpas dos verdadeiros responsáveis políticos e justificar os cortes na Saúde, para cujo exagero a Ordem dos Médicos avisou repetidamente e que levaram, lamentavelmente e mais uma vez, à perda de vidas humanas.

Quem quiser ler o longo e explicativo editorial que escrevi para a Revista da Ordem dos Médicos pode fazê-lo em <https://www.facebook.com/JoseManuelSilvaOM>. ●

In "Correio da Manhã" -14 de janeiro 2016



Respeito exige-se!

Não é tolerável que doentes de Celorico de Basto sejam obrigados a fazer mais 40 km para irem ao hospital por causa de burocratas sem alma. Prejudica a Saúde e a Economia! Infelizmente, tratar os doentes como 'coisas' tornou-se frequente neste país.

No ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, 4000 doentes foram obrigados a deslocar-se do Centro de Saúde (CS) da Ajuda para o CS de Alcântara, para a USF da Ajuda ficar com a casa limpinha. Há doentes junto ao CS da Ajuda obrigados a ir a Alcântara fazer pensos!

Convenceram os doentes

É POSSÍVEL DAR ENFERMEIROS E MÉDICOS DE FAMÍLIA A TODOS. ATUE-SE JÁ!

de que iam ter Médico de Família (MF), o que não era verdade. A Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) de Alcântara ficou com 8000 utentes sem MF, que estão a cargo de um médico e meio (40·20h/semana) de empresas, que apenas veem adultos. Não têm experiência de grávidas e crianças. E isto é na Grande Lisboa!

A criação de USF não pode empurrar doentes para as UCSP, cujos profissionais entram em stress e exaustão. Assim, é óbvio que as USF têm melhores índices de satisfação, mas compare-se o incomparável!

Dar um MF e um Enfermeiro de Família a todos é possível a curto prazo. Atue-se já. Exige-se respeito pelos doentes! ●

In "Correio da Manhã" -28 de janeiro 2016

CORREIO DA SAÚDE

José Manuel Silva



BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

O PIPCO fracassou

Sem análise custo/benefício, sem estudo prévio, sem base científica, sem prevenção primordial e primária, mas com custos inúteis, o Despacho 686/2014 criou o Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPICO).

Em doentes de risco enviados pelos Médicos de Família para Médicos Dentistas, a consulta é paga por cheque-diagnóstico (15€) e a realização de biópsia a alguma lesão por cheque-biópsia (50€). Com base nos dados de execução do PIPICO, março de 2014 a junho de 2015, ressalta o seguinte: a taxa de diagnósti-

O PIPICO DEVE SER SUSPENSO E CRIADA UMA 'VIA VERDE DO CANCRO ORAL'

cos (diagnósticos realizados/cheques entregues) está apenas em 30%. A percentagem de doentes que faz biópsia é de 40% dos 'diagnosticados'. A percentagem de doentes com cancro oral é apenas de 4,9% dos que realizaram biópsia (1,9% dos consultados). Conclusões: a taxa de abandonos é elevadíssima, a taxa de biópsias positivas é baixíssima (fazem-se biópsias a mais), não há qualquer evidência de ganhos em Saúde. O PIPICO deve ser suspenso, deve ser criada uma 'Via Verde do Cancro Oral', para fazer melhor, com menos custos e com a qualidade do SNS (Estomatologia, ORL e Cirurgia Maxilo-Facial). Espera-se que o Ministério da Saúde acabe com este óbvio desperdício. ●

In "Correio da Manhã" - 11 de fevereiro de 2016

CORREIO DA SAÚDE

José Manuel Silva



BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

"Eutanásia"

As pessoas têm o direito a uma vida com dignidade, pelo que a antecipação da morte é uma medida antisocial. A "eutanásia" não é necessária para morrer sem sofrimento e seria cruel substituir a solidariedade pela mais barata "solução" da morte. Os mais frágeis, como os idosos, poderão ser instigados a morrer, porque "não andam cá a fazer nada".

O Manifesto pela "eutanásia" não se refere apenas a doentes terminais. Pede a aprovação da morte para os que estão em "sofrimento" e abre a porta a todo o tipo de justificações para morrer. Não são definidas nem é possível defi-

O MANIFESTO ABRE A PORTA A TODO O TIPO DE JUSTIFICAÇÕES PARA MORRER

nir fronteiras. A experiência de outros países comprova os problemas, os abusos e os riscos.

Um doente deprimido com ideação suicida, que está em sofrimento, muitas vezes por problemas sociais, por exemplo o desemprego, e que, como parte da doença, quer morrer, será ajudado e tratado ou será simplesmente eutanasiado?

A relação médico/doente pode ser irremediavelmente afetada; o doente poderá duvidar se está a ser corretamente tratado pelo médico ou induzido a pedir a morte.

Poucos países aprovaram a "eutanásia". Muitas pessoas não distinguem entre eutanásia e distanásia. É mesmo necessário mais debate. ●

In "Correio da Manhã" - 25 de fevereiro 2016

CORREIO DA SAÚDE

José Manuel Silva



BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

TAC e cancro

ATAC implica uma dose de radiação centenas de vezes superior ao Rx-normal, o que tem riscos associados! Foi estudada a incidência de cancro em 680 000 pessoas que fizeram uma TAC na infância ou adolescência (BMJ 2013; 346: f2360). Verificou-se que a incidência de cancro era 24% superior nas pessoas que tinha feito TAC, um risco que aumentava por cada TAC efetuada.

Estes resultados são muito importantes e devem estar na mente de todas as pessoas que, por vezes, pressionam os médicos para pedirem exames que

AS RADIAÇÕES TÊM RISCOS. OS EXAMES SÓ DEVEM SER FEITOS QUANDO NECESSÁRIOS

implicam radiação. As radiações têm riscos. Os exames só devem ser feitos quando necessários.

Este risco deve fazer-nos preocupar, igualmente, porque muitos hospitais do país não têm radiologistas de serviço durante a noite, o que significa que, nesse período, não há possibilidade de serem feitas ecografias aos doentes que delas necessitem. Ou esperam pela manhã ou é feita uma TAC, pelos técnicos, com a respetiva dose de radiação, que depois é lida à distância por telerradiologia, com atrasos e menor qualidade potencial. Em ambos os casos não é boa prática médica! É fundamental que todas as urgências médico-cirúrgicas e polivalentes tenham radiologistas 24h/dia! ●

In "Correio da Manhã" - 10 de março de 2016



Médicos internos e serviço de urgência

Comunicado conjunto

Tendo chegado ao conhecimento da Ordem dos Médicos, da FNAM e do SIM várias denúncias relativas à pressão sofrida pelos médicos internos para fazerem centenas de horas extraordinárias, todos os meses, no Serviço de Urgência, as três organizações médicas recordam o seguinte:

- 1 – A lei prevê que o tempo afeto ao Serviço de Urgência (externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios), deve ser compatível com as atividades dos respetivos programas de formação (Artº 21.º do DL n.º 86/2015 – **Referência A**), estipulando estes, na sua maioria, um período normal de 12 horas semanais. O mesmo limite está contemplado no “Regulamento sobre internato médico e serviço de urgência” (**Referência B**);
- 2 – A lei prevê, igualmente, que um período de trabalho em contexto de Serviço de Urgência tem a duração máxima de 12 horas seguidas (Artº 15.º-A do DL n.º 266-D/2012 – **Referência C**);
- 3 – Está contemplado ainda, para qualquer médico, um limite laboral máximo de 48 horas semanais, incluindo trabalho suplementar, num período de referência de 6 meses. Este cálculo equivale a cerca de 208 horas extraordinárias semestrais, tendo em conta um horário de trabalho normal de 40 horas, podendo o médico interno recusar-se a prestar trabalho suplementar a partir desse limite (Artº 15.º-A do DL n.º 266-D/2012 – **Referência C**);
- 4 – Os Diretores de Serviço podem ser sujeitos a sanções disciplinares caso não cumpram com a legislação e com o “Regulamento sobre internato médico e serviço de urgência” (**Referência B**), podendo ainda os respetivos serviços estar sujeitos a perda de idoneidade.

Neste contexto, as três estruturas médicas sugerem que os internos se informem sobre o seu enquadramento legal, se sindicalizem e denunciem todos os excessos e atropelos à lei, a bem da segurança dos doentes e da qualidade da formação, sempre tendo em consideração que qualquer notificação recebida será tratada de uma forma anónima.

Tanto a Ordem como os Sindicatos Médicos estão totalmente disponíveis para receberem as comunicações dos colegas e prestar qualquer esclarecimento necessário. Apelam ainda à sua organização na reivindicação diária e generalizada pelos respetivos direitos. Não devem ter receio de o fazer, num Estado livre e democrático, nem se devem deixar condicionar por hierarquias irresponsáveis.

Em função das situações identificadas, a Ordem e os Sindicatos Médicos assumem o compromisso de criar delegações conjuntas para se deslocarem aos locais onde se identifiquem estes problemas. Estas estruturas apelam ainda à ACSS e ao Ministério da Saúde para que não fiquem indiferentes a esta situação e que intervenham junto das instituições em causa.

Referências:

A – DL n.º 86/2015 – Regime jurídico da formação médica especializada
(http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL%20n.%C2%BA%2086_2015.pdf)

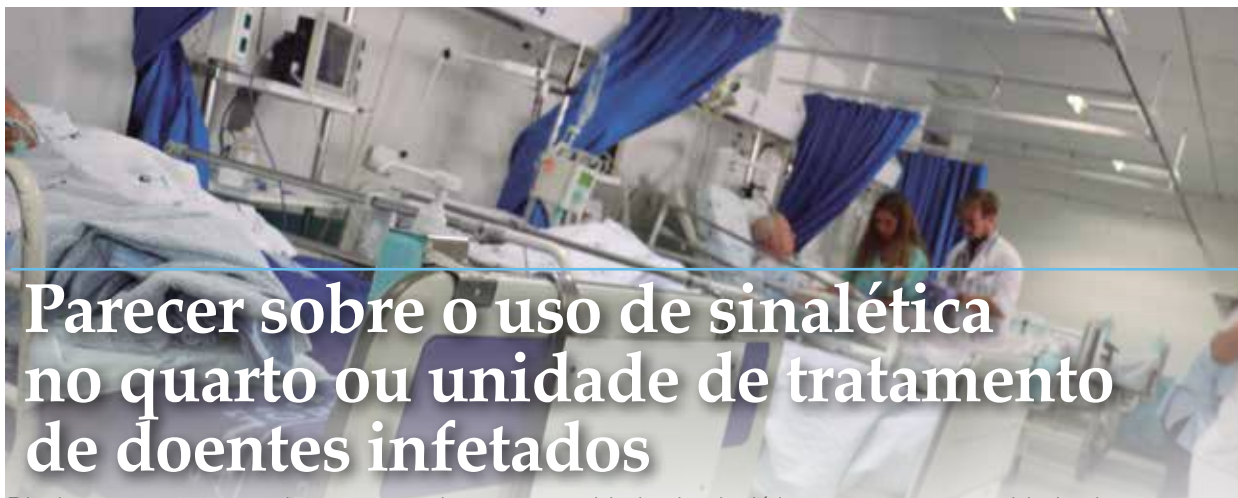
B – Regulamento sobre internato médico e serviço de urgência
(<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=788d986905533aba051261497ecffcbb&id=fc8fdb29501a6289b7bc8b0bdd8155df>)

C – Organização do tempo de trabalho médico
(Decreto-Lei n.º 266-D/2012. D.R. n.º 252, 2.º Suplemento, Série I de 2012-12-31)

Lisboa, 11 de Julho de 2016
O Secretário-Geral do SIM
Jorge Roque da Cunha

A Presidente da FNAM
Merlinde Madureira

O Bastonário da OM
José Manuel Silva



Parecer sobre o uso de sinalética no quarto ou unidade de tratamento de doentes infetados

Divulgamos o resumo do parecer sobre a necessidade de sinalética no quarto ou unidade de tratamento do doente com infeção adquirida em ambiente hospitalar, no sentido de alertar os profissionais de saúde que lhe prestam cuidados, assim como os familiares e os visitantes para as medidas de carácter preventivo recomendadas, com o objetivo de diminuir o risco de transmissibilidade intra-hospitalar das infeções. O parecer que tenta dirimir o problema ético da necessidade de articulação entre direitos em conflito (o direito à integridade pessoal, nomeadamente a integridade física das pessoas que contactam com a pessoa internada e o direito à reserva da intimidade da vida privada da pessoa infetada, em particular no que concerne à proteção da sua informação de saúde), foi aprovado por unanimidade em reunião plenária do CNECV no dia 29 de junho de 2016. O texto integral com todos os fundamentos e contexto pode ser consultado no site nacional da OM (www.ordemosmedicos.pt).

Parecer - Considerando que:

1. As infeções adquiridas em meio hospitalar são um problema maior de saúde pública (morbilidade, mortalidade, duração de internamento, potenciais incapacidades, custos financeiros);
2. Estas infeções são um efeito adverso potencialmente evitável, pelo que é responsabilidade das instituições adotar medidas que reduzam o risco de infeção cruzada a que podem ficar expostos os doentes internados, na sua qualidade de população especialmente vulnerável, e reforçar o esclarecimento dos diversos grupos profissionais e de todos os que interagem com os doentes (visitantes, familiares, etc.);
3. Os doentes devem ser apropriadamente esclarecidos sobre a razão de ser da sinalética, sobre os seus próprios comportamentos e responsabilidade e sobre as medidas que são recomendadas a todos os que com eles se relacionam para proteção dos próprios e dos demais doentes internados na instituição;
4. A proporção das medidas a adotar deve ser ajustada em função dos riscos que estão em causa, tendo sempre como primordial enfoque o bem do doente e a dignidade da pessoa.

O CNECV entende que:

1. O uso de uma sinalética de alertas sobre o modo de transmissão de infeções cruzadas, tendo como objetivo diminuir o seu risco de transmissibilidade cruzada, reforça a adoção de comportamentos preventivos por parte dos profissionais de saúde, das pessoas internadas e dos seus visitantes.
2. A sinalética não dispensa, por parte dos profissionais de saúde, a adoção dos comportamentos recomendados pelas *leges artis*, nem dispensa a garantia de que serão disponibilizadas condições adequadas a cada caso, por parte dos responsáveis clínicos e de gestão.
3. A informação associada ao tipo de sinalética usada não pode, em circunstância alguma, revelar dados de saúde confidenciais das pessoas internadas. Quaisquer situações específicas que, neste âmbito, necessitem de esclarecimento poderão colher parecer da comissão de ética hospitalar local.
4. Atento ao acima exposto, e salvaguardados os requisitos antes identificados, não existe objeção ética ao uso de sinalética no quarto ou unidade de tratamento do doente infetado.

Lisboa, 29 de junho de 2016

O Presidente, João Lobo Antunes.

Comunicado sobre a colocação de recém-especialistas de MGF

A Ordem dos Médicos discorda frontalmente das regras impostas pelo procedimento concursal simplificado de seleção para colocação de Médicos de Medicina Geral e Familiar, nomeadamente os que fizeram exame final de especialidade na época de Abril de 2016, aberto pelo Aviso nº 7530-B/2016, em Diário da República – Suplemento – 2ª Série, nº 113, de 15 de Junho.

Neste concurso, a opção é feita por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que, sendo alguns tão extensos e tendo vagas em locais tão dispersos, não permite uma justa e ponderada decisão pela parte dos colegas, podendo levar a injustiças e descontentamento com as colocações e desmotivação pela parte destes profissionais, que poderia ser evitada com uma transparente escolha por Unidade Funcional de Saúde. Recordamos que a revolta com as injustiças dos concursos são um factor de estímulo à emigração dos jovens médicos especialistas.

Além disso, a forma como vai ser feita a colocação após a escolha por ACES é inaceitavelmente duvidosa em termos de justiça entre os candidatos, que já estão seriados segundo os critérios do concurso. Nas informações que chegaram no dia 8/7/16 diz-se que após colocação no ACES será observada a

recomendação da Coordenação Nacional para a Reforma do SNS, dos Cuidados de Saúde Primários, emitida a 27/06/16, que afirma que, a título de exceção este ano, primeiro serão supridas as carências nas USF por convite feito aos médicos e só depois serão feitas as restantes colocações, pelo director executivo do ACES, tendo em conta as escolhas feitas pelos concorrentes ao concurso.

Por favorecer as desigualdades e arbitrariedades e tornar o processo de concurso nada transparente, não é tolerável que o concurso seja feito desta forma. Assim, exige-se à ACSS que faça a publicação das vagas efetivas a concurso, por unidade funcional, para serem escolhidas dessa forma pelos candidatos, por ordem decrescente, como tem sido feito em todos os concursos de médicos e até no próprio processo de escolha de especialidade. Escolha apenas por ACES, não.

Finalmente, quer as USF quer as UCSP têm necessidade de verem as suas necessidades supridas de forma justa e equilibrada por concursos abertos e isentos, com os requisitos desejados e adequados e conforme escolha seriada e mérito dos candidatos. Não queremos médicos de primeira e segunda categoria. Na colocação dos jovens médicos exigimos justiça, imparcialidade e transparência, o que, de resto, deveria ser uma regra fundamental no acesso à Função Pública. Não é tolerável e nenhum argumento justifica continuar a insistir em convites pessoais para lugares do Estado, com todas as iniquidades, nepotismo e desigualdades que lhes são inerentes.

Ordem dos Médicos,
13 de Julho de 2016



VII

CONGRESSO
DA COMUNIDADE
MÉDICA DE
LÍNGUA PORTUGUESA

PORTO • 1-2 SETEMBRO

Centro de Cultura e Congressos da Secção
Regional Norte da Ordem dos Médicos





“Caros Colegas,

A Comunidade Médica de Língua Portuguesa volta a reunir-se, desta vez na cidade do Porto. A elevada participação que todos nós desejamos se venha a verificar neste evento será o maior e mais simbólico testemunho do interesse com que a nossa classe vive os sucessos e as dificuldades dos Países Irmãos que falam a mesma língua.

São numerosos e variados os desafios que enfrentamos diariamente nas instituições a que pertencemos, mas o conhecimento, a união de esforços, a partilha de ideias e a criação de um espaço comum são um bom caminho rumo ao horizonte que todos, de mãos dadas, procuramos alcançar.

É por uma comunidade médica coesa, imaginativa, dinâmica e cooperativa que contamos com a vossa participação atenta e dedicada.”

José Manuel Silva
Bastonário da Ordem dos Médicos

“Este 7º Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa que ora vos anuncio, dou conta do programa e que terá lugar no Porto nos dias 1 e 2 de Setembro de 2016 é mais uma oportunidade de convívio e troca de experiências com as quais todos lucraremos.

É também uma oportunidade para reflectir sobre a importância da língua que nos une e até onde ela nos pode levar. Assuntos tão relevantes como a formação pós-graduada e a livre circulação estão na nossa mente à espera de decisões consensuais e globais.

O momento que vivemos exige o esforço de todos e a partilha de responsabilidades.”

José Manuel Pavão
Secretário-Geral da CMLP

PROGRAMA

Dia 1 de setembro

9.15H SESSÃO INAUGURAL

José Manuel Silva

Bastonário Ordem dos Médicos

**Secretário Executivo da Comunidade de Países de Língua*

*Portuguesa**

Mário Pinto

Consultor da Casa Civil da Presidência da República para os Assuntos da Política de Saúde

Manuel Pizarro

Câmara Municipal do Porto

Vítor Ramalho

Presidente da União das Cidades Capitais de Língua Portuguesa

José Manuel Pavão

Secretário-geral CMLP

9.45H DIAGNÓSTICO NACIONAL DE SAÚDE

Francisco George

Director Geral da Saúde

José Manuel Prazeres

Ordem dos Médicos de São Tomé e Príncipe

Agostinho N'Dumba

Bastonário da Ordem dos Médicos da Guiné Bissau

Carlos Corrêa Lima

Conselho Federal de Medicina do Brasil

Milton Ussene Tatia

Associação Médica Moçambicana

COFFEE-BREAK

11.45H SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

Amando Leandro

Presidente da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

Ricardo Baptista Leite

Coordenador da Unidade de Saúde Pública do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Jorge Sales Marques

Associação de Médicos de Língua Portuguesa de Macau

António Pacheco Palha

Professor Jubilado da Faculdade Medicina da Universidade do Porto

Isabel Cardoso

Directora Geral do Centro de Segurança e Saúde no Trabalho, Angola

ALMOÇO

14.30H MOBILIDADE E FORMAÇÃO ESPECIALIZADA

Carlos Pinto de Sousa

Bastonário Ordem dos Médicos de Angola

Daniel Silves Ferreira

Bastonário Ordem dos Médicos de Cabo Verde

Carlos Cortes

Coordenador do Conselho Nacional da Pós-Graduação da Ordem dos Médicos

Edson Oliveira

Conselho Nacional do Médico Interno

António Guterres

Jovem médico Timorense

16H CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO NO ESPAÇO LUSÓFONO

Miguel Guimarães

Presidente da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos

Gonçalo Teles Gomes

Camões – Instituto da Cooperação e da Língua

António Eugénio Zacarias

Bastonário da Ordem dos Médicos de Moçambique

Maria Hermínia Cabral

Directora Parcerias para o Desenvolvimento da Fundação Calouste Gulbenkian

Paulo Freitas

Presidente da Fundação Marques de Vale Flor

Rui Capucho

Médico, colaborador na missão bilateral de cooperação Portugal-Guiné Bissau

Dia 2 de setembro

9.30H SAÚDE E ECONOMIA, UMA AGENDA INTEGRADA

Jaime Mendes

Presidente da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos

Juan Alberto Marques

Associação de Médicos de Língua Portuguesa Venezuela

Alberto Vaquina

Médico e ex-Primeiro Ministro de Moçambique

Pita Barros

Professor Universitário

António Ferreira

Professor Universitário

11H LÍNGUA E PÁTRIA

Carvalho Guerra

Fundação Portugal África

Mário Claudio

Professor Universitário

Julião Sousa

Professor Universitário

12:45H ENCERRAMENTO

Adalberto Campos Fernandes*

Ministro da Saúde de Portugal

Domingos Malú

Ministra da Saúde da Guiné Bissau

Maria José Trovoada*

Ministra da Saúde de São Tomé e Príncipe

Luís Sambo*

Ministro da Saúde de Angola

Maria do Céu Pina da Costa*

Ministra da Saúde de Timor Leste

Nazira Abdula*

Ministra da Saúde de Moçambique

Arlindo Nascimento do Rosário*

Ministro da Saúde de Cabo Verde

*A confirmar

14.30H ASSEMBLEIA GERAL DA COMUNIDADE MÉDICA DE LÍNGUA PORTUGUESA

Mais informações:
cmlp.ordemdosmedicos.pt





Saúde no Algarve continua instável

Publicamos o comunicado de “desagravo” que a OM emitiu na sequência da forma “inqualificável” como procedeu a administração do CHAlgarve ao tecer “inesperados e inusitados comentários” – sem apresentar qualquer fundamento - sobre a competência técnico-profissional da Directora de Serviço de Neurocirurgia do CHAlgarve, Dra. Alexandra Adams que havia pedido demissão.

É bem conhecida desde há muito tempo a carência de médicos no Algarve, fruto das recentes más políticas de Saúde, quer na Medicina Geral e Familiar, quer nas especialidades hospitalares, verificando-se de uma forma mais aguda nas especialidades de Anestesia, Ortopedia e Ginecologia/Obstetrícia, resultado do abandono do SNS por um elevado número de médicos.

O actual Governo continua sem resolver este problema, que não radica na falta de médicos ou insuficiente formação de especialistas em Portugal mas sim na desvalorização do trabalho médico no SNS, que o Ministério da Saúde tem formas de resolver, se o quiser fazer.

No início do mês fomos confrontados com a substituição da Directora de Serviço de Neurocirurgia do CHAlgarve, Dra.

Alexandra Adams. Esta situação seria perfeitamente natural e aceitável, até porque a própria apresentou a sua demissão, se, na circular que formaliza a sua demissão, não fossem tecidos inesperados e inusitados comentários sobre a sua competência técnico-profissional. Não é admissível que qualquer Conselho de Administração e um qualquer administrador ponha em causa a competência técnico-profissional de um médico sem que para isso haja algum processo de averiguações que o comprove.

Sem colocar em causa o acto de substituição, esta inqualificável postura do Conselho de Administração gerou uma onda de protestos no CHAlgarve, manifestada pelos Directores de Departamento e Directores de Serviço, solidarizando-se com

a Dra. Alexandra Adams, reconhecendo que o seu trabalho tem sido de grande competência técnica em prol da Neurocirurgia do Algarve.

A Ordem dos Médicos através do Conselho Distrital do Algarve, Conselho Regional Sul e do Bastonário, quer também expressar o seu apoio e solidariedade à Dra. Alexandra Adams, reconhecendo o seu excelente trabalho como Neurocirurgiã, em benefício dos doentes algarvios, e recomenda ao Conselho de Administração do CHAlgarve que faça alguma formação para melhorar a sua competência em gestão de recursos humanos altamente diferenciados.

Ordem dos Médicos,
15 de Julho de 2016



Centro Hospitalar de Lisboa Norte Ratio para fazer formação está a desaparecer

Na visita que a Ordem dos Médicos fez ao Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) além de alguns problemas estruturais, a principal dificuldade corresponde à falta de recursos humanos em saúde e, mais especificamente, a falta de médicos. Anestesiologia e ortopedia são apenas exemplos dessa falta que provoca dificuldades na organização de escalas, dificuldade em assegurar a urgência e cancelamento de blocos. A falta de especialistas seniores pode mesmo pôr em causa a formação dos mais jovens, visto que o ratio se aproxima do 1/1... A direção está consciente deste risco e afirma a pretensão de contratar assistentes graduados mas, em anestesiologia, há três meses que se aguarda a concretização de vários contratos apesar de já estarem assinados pelo Ministro da Saúde..

Dia 28 de junho, a visita ao Centro Hospitalar Lisboa Norte começou com uma reunião com o Conselho de Administração (CA) na qual estiveram presentes representantes da Ordem dos Médicos (José Manuel Silva, bastonário, Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, e Edson Oliveira, médico interno de Neurocirurgia do CHLN e presidente do Conselho Nacional do Médico Interno e Nuno Gaibino, interno de Medicina Interna do CHLN e membro da direção do CNMI) e da Ordem dos Enfermeiros (nomeadamente a bastonária, Enf^a Ana Rita Cavaco). Nesta reunião conjunta,

Carlos Martins, presidente do CA do CHLN, fez uma apresentação geral onde referiu momentos relevantes da história e evolução do CHLN para uma melhor compreensão do momento atual, nomeadamente a abertura do Hospital Beatriz Ângelo, que aconteceu em 19 de Janeiro de 2012 e que, para o CHLN, acarretou perda de financiamento e de recursos humanos. Referenciou igualmente “fatores externos e legais que afetam o quotidiano” deste centro hospitalar, como é o caso do congelamento das carreiras, os cortes salariais e a redução da remuneração no que se refere a horas extraordinárias. Numa

análise dos dados consolidados de Janeiro a Maio, a demora média aumentou um pouco, houve uma taxa de ocupação média de 88% pois “tivemos um plano de contingência e isso impactou na nossa demora média”, referiu o presidente do CA. “Nos últimos dois anos somos o hospital que trata doentes com maior gravidade mas temos uma taxa de mortalidade baixa”, referiu, não deixando de salientar alguma preocupação “nomeadamente em reduzir os reinternamentos”. Outro fator que preocupa a Administração é o crescimento da urgência que se manteve acima de 2 dígitos durante dois meses.



Lucindo Ormonde (à dta na foto) falou sobre os constrangimentos do serviço que dirige (Anestesiologia)



Visita ao Serviço de Doenças Infecciosas



Edson Oliveira, José Manuel Silva, Nuno Gaibino e Margarida Lucas



Enf.ª Ana Rita Cavaco (bastonária da OE) e Jaime Teixeira Mendes (presidente do Conselho Regional do Sul da OM)

“Temos uma das melhores urgências do país. Funciona de forma estruturada, 24 horas por dia sem falha alguma. Se juntarmos a comodidade que as pessoas têm na nossa urgência ao facto de terem interiorizado que têm

liberdade de escolha, julgo que se explica este maior afluxo à urgência do CHLN”, explicou, não deixando de sublinhar que “o aumento da pressão na urgência é preocupante”. Depois de vários anos com di-

ficuldades e perda de quadros, agora pretende-se “rejuvenescer os quadros, quer na área de enfermagem quer médica”. “Contratámos cerca de 100 médicos mas como também houve saídas, assinalamos um reforço de 60 quadros da carreira médica”, os quais vieram reforçar, por exemplo, os serviços de Ortopedia e Cirurgia Plástica. Na análise da evolução dos recursos humanos em números, de 2011 para 2014, coincidindo com o período em que abriu o Hospital Beatriz Ângelo, houve uma redução de 6738 para 6064 efetivos. Para 2016 a previsão é que se consiga voltar aos 6222 efetivos. Mas quanto pensamos apenas em efetivos médicos há outras preocupações mais relevantes: com 800 médicos no quadro, existem cerca de 700 médicos em formação.



Luís Caldeira,
diretor do Serviço de Doenças Infecciosas



Edson Oliveira,
presidente do CNMI



Carlos Martins, presidente do CA

O presidente do CA admite que essa proporção é preocupante e explica que, por essa razão, nos últimos dois anos foram contratados alguns assistentes graduados e assistentes graduados seniores, “procurando qualidade além de quantidade”. “Não encaramos os internos como mão de obra barata nem como recursos para exportar. Teoricamente não há garantia de que os internos que formamos fiquem na instituição. Temos que lutar por isso”, referiu, explicando que tem reivindicado a compensação pela formação de internos pois essa formação implica grandes despesas (o CHLN tem cerca de 1000 jovens em formação por mês, entre médicos, enfermeiros, etc.). Há cerca de três anos o cen-

tro hospitalar estava em falência técnica com 11 milhões de euros de prejuízo. “Agora estamos muito melhor (...), mas precisamos do apoio do Governo”, salientou Carlos Martins, falando sobre a recuperação financeira mas também sobre o plano de investimento, a política de inovação implementada e a política de afiliação e como orgulhosamente são “pioneiros” numa iniciativa da relevância do Centro Académico de Medicina de Lisboa, uma plataforma que reforça a articulação iniciada entre o Hospital Universitário de Santa Maria, a FMUL e o Instituto de Medicina Molecular. Neste momento já existem mais seis centros destes pelo país. Foram também explicados os processos de rees-





Jacinto Monteiro, diretor do Serviço de Ortopedia, sublinhou a importância dada à formação



Aline Branco, chefe de equipa de Cirurgia

truturação que estão em curso, nomeadamente as remodelações que têm como objetivo “devolver o Hospital de Santa Maria à prática clínica”, o plano estratégico e de inovação que implica um investimento de 45 a 50 milhões de euros, nomeadamente provenientes de fundos comunitários, e que está já aprovado por dois Ministros da Saúde, a situação atual do Hospital Pulido Valente e o projeto de ocupação a 100% do seu espaço, a previsão de uma central de esterilização única para servir a região de Lisboa e, posteriormente, expandir a sua atuação a outras regiões, etc.

José Manuel Silva, bastonário da OM, referiu a sua preocupação perante o ratio de 1 especialista sénior para cada médico em formação e alertou para a obrigatoriedade do cumprimento do “regulamento do interno na urgência”. Nuno Gaibino explicou as escalas e que as áreas médicas têm equipa dedicada das 8h às 20h. A diretora clínica, Margarida Lucas, referenciou que “não haverá outro hospital no país em que os internos façam urgência externa de 12 horas apenas 2 vezes por mês”. Quando se contabiliza urgência interna e externa

o número médio situa-se entre 5 e 6 por mês. Aline Branco, chefe de equipa de cirurgia, referiu a existência de cirurgiões disponíveis só para a urgência e Lucindo Ormonde, diretor do serviço de anestesiologia, explicou que há dois blocos abertos na urgência, sendo 50% da atividade de rotina. Apesar de ter sido referenciada a falta de instrumentistas, foi explicado que existem seis enfermeiros de urgência para os blocos e obstetrícia tem três o que, uma ou duas vezes por ano, pode não ser suficiente por abrirem 4 blocos de urgência. “Durante o ano de 2015, aconteceu 13 vezes abrirem três blocos de urgência ao mesmo tempo”, enquadrou Lucindo Ormonde. José Manuel Silva frisou que em algumas especialidades a falta de instrumentistas pode ser efetivamente um problema: “neurocirurgia sem um enfermeiro instrumentista pode ser complicado”, realçou.

Temos poucos especialistas, mas temos internos...

Durante a visita à urgência a diretora clínica explicou que “está tudo a funcionar na urgência

metropolitana, mas já sem o *on/off*. (...) Isso era uma loucura”... José Manuel Silva realçou que a OM espera que “se vão dando passos”: “não exigimos que o caminho se faça todo de uma vez”. Questionado pelo bastonário da OM sobre a potencial formação em autodidatismo de que se queixam alguns internos de medicina interna, Nuno Gaibino referenciou o “enorme *gap* geracional”: “já não se contratava especialistas de medicina interna há 12 anos. (...) Há os internos e os especialistas com mais de 50 anos. Não temos ninguém entre os 25/45 anos. Isto significa que, por vezes, não há a mesma disponibilidade para formar os mais jovens”. A diretora clínica corroborou essas dificuldades referindo mesmo que “medicina interna”, nesse aspeto”, “é uma das situações piores”. Na visita ao serviço de obstetrícia somos levados numa viagem “ao século passado”: quatro quartos, quatro camas e uma casa de banho para todo o piso. “As últimas obras foram há 15 anos. A sala de partos está gasta pelo uso...” Foi também referenciada a falta de privacidade das doentes. O diretor do departamento falou de



Calhaz Jorge (diretor do Departamento de Obstetria) e Nuno Clode (diretor do Serviço de Obstetria)



No Serviço de Obstetria as últimas obras foram há 15 anos



José Manuel Silva, Nuno Gaibino, Margarida Lucas e Edson Oliveira

como o plano de contingência foi decidido mais do que sem o acordo dos médicos, contra a sua vontade expressa. “o sistema é rotativo. Uma vez por mês fecha uma maternidade ao exterior. A gestão deste sistema vai ser complexa para tentarmos garantir que os bombeiros não tragam uma grávida em trabalho de parto para a maternidade que esteja fechada nesse fim de semana”. Este serviço também sentiu a influência da abertura do Hospital Beatriz Ângelo que fez mas essa tendência parece estar a inverter-se pois o número de partos aumentou, desde o final de 2015, “7

ou 8%”. “Temos uma taxa de cesarianas muito abaixo da média do SNS”, referiu, acrescentando que “as cesarianas são essencialmente em doentes com patologias”. “Há um anestesista e muitas vezes um interno, 24 horas por dia, 365 dias por ano. Não é *on call*”, frisou Lucindo Ormonde. O serviço de doenças infecciosas possui apoio psicológico, psiquiatria e consulta de cardiologia, entre outras valências. O diretor deste serviço, Luís Caldeira, explicou que têm também investigação clínica e que têm participado em ensaios. “Temos participado na produção

de conhecimento”. José Manuel Silva aproveitou a visita para transmitir a preocupação que chegou à OM, transmitida por vários doentes com HIV, quanto à transferência da dispensa dos medicamentos para a farmácia, uma apreensão que se deve ao potencial estigma social. O diretor defendeu a medida como pretendendo aproximar a dispensa do medicamento e facilitar a acessibilidade ao mesmo, evitar despesas de deslocação ao hospital. Foi também referido que esta medida seria uma tentativa de “não sermos hospitalocêntricos”. O bastonário da OM insistiu que devem ser equacionadas outras questões como o facto de existirem muitos doentes que preferem ir longe de casa. “Os doentes podem não aviar os medicamentos na farmácia da sua zona residencial”, o que seria obviamente prejudicial, especialmente se tivermos em conta que o sistema implementado neste momento funciona bem. “Mude-se primeiro a moral social e depois o sistema”, instou José Manuel Silva. Neste serviço a falta de ar condicionado “às vezes é dolorosa” e a de recursos humanos também: “temos poucos especialistas, mas

temos internos”. Neste contexto, foram referidas as consequentes dificuldades com as escalas. “Estamos a cumprir com muito sofrimento”.

Em medicina há “uma guerra diária com as vagas” e “lotação esgotada”. Talvez por isso tenhamos visto camas com doentes no corredor.

No serviço de ortopedia é transmitida a falta de especialistas, num serviço com 45 camas, o que tem sido “mais ou menos suficiente” e onde há uma taxa de ocupação de 90%. O diretor do serviço, Jacinto Monteiro, fala-nos de “um serviço de referência que recebe politrauma e os doentes mais complicados” que presta apoio ao Algarve. “Para o serviço normal os recursos humanos estão garantidos, para a urgência não!” Uma das dificuldades em relação à urgência é que “é preciso procurar outras soluções porque os especialistas não estão disponíveis para fazer mais horas”. José Manuel Silva realçou que tal é natural pois “as horas extraordinárias estão a ser pagas a um valor ordinário”.

Dos 18 ortopedistas dos quadros, dois são assistentes graduados seniores. O *turn over* das camas é bom, com uma rotação muito elevada, referem-nos. Mesmo assim, ortopedia é “o serviço com maior lista de espera”, “mas também é o que mais opera”. Também operam em cirurgia pediátrica (onde fazem, por exemplo, correção de escolioses). “Em vários hospitais não fazem cirurgia da coluna, então mandam tudo para Santa Maria, São José ou São Francisco Xavier”. O serviço está organizado em seis unidades: Unidade de Membro Superior, Unidade de Coluna, Unidade de Bacia e Anca, Unidade de Joelho, Unidade de Ortopedia Infantil



e Unidade de Tumores Ósseos. Na unidade de ortopedia infantil está uma assistente graduada como chefe de equipa, Graça Lopes, e uma especialista mais jovem, Raquel Carvalho. Neste serviço o ar condicionado também não estava a funcionar e estava muito calor. O diretor do serviço explicou que têm uma efetiva preocupação com a formação e que todos os dias há reunião das 8h às 8h30m para “discutir a maior parte dos problemas mais técnicos”. Para os 18 especialistas há 10 internos de ortopedia. Referenciando que não se deve sobredimensionar serviços por causa das urgências, o diretor elucidou que ortopedia tem “20 tempos por semana no bloco, fora a urgência e a pediatria”. “O ano passado, incluindo a unidade de pediatria, operámos 2100 doentes”. A patologia mais prevalente é do joelho com próteses que se gastam e precisam de revisão ou com operações a um joelho que são bem sucedidas e, em seguida, o doente, opera o outro. Foi referida uma boa articulação com cirurgia.

Foi-nos referenciado o facto de se estar há três meses a aguardar a contratação de dois recém especialistas que querem ficar no

hospital e três anesthesiologistas reformados, embora as contratações já tenham sido autorizadas e assinadas pelo Ministro da Saúde... “até agora nada!” “Tenho internos fabulosos que me ajudam muito e ninguém é obrigado a trabalhar”, explicou Lucindo Ormonde, “mas faltam-me 45 anesthesiologistas”. Anestesia faz queimados, intensivos, blocos, emergência interna, etc. “5 a 10% é feito em atividade adicional”. E “cortam-se tardes por não ter médicos”. “São precisos mais anesthesiologistas porque cada vez há mais técnicas que exigem a intervenção de anestesia. (...) Não entendo como é que pode haver tanta hesitação em contratar. Depois as pessoas cansam-se de esperar e vão para outro hospital”, alertou o bastonário. Referenciado o facto de medicina intensiva ter sido escolhida pelos “últimos da lista” por ser uma especialidade “sem saída no estrangeiro”, e que “o *ratio* para fazer formação está a desaparecer”, José Manuel Silva alertou: “ter superespecialistas sem ter acessibilidade não adianta nada. Estamos a sofrer as consequências da redução estúpida do *numerus clausus*”.



A palavra aos representantes da Ordem dos Médicos

Continuamos nesta edição a 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 futuro da medicina.

Questionário

- 1 - Pode contextualizar-nos de forma breve a realidade da Saúde da área 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 “garantir a sustentabilidade do SNS através de dotações orçamentais realistas”

Maria Augusta Portas Pereira

Presidente da Sub-região de Évora, SRS



“Ao nível dos cuidados de saúde secundários, o maior e mais visível problema verifica-se no serviço de urgência do Hospital do Espírito Santo de Évora”, contextualiza Maria Augusta Pereira. “A falta de recursos humanos obriga os médicos a trabalhar muito mais horas

do que as desejáveis com repercussões nos serviços e no trabalho programado. A crescente procura pela população, aliada à falta de profissionais de todos os grupos, à falta de condições físicas adequadas e alguma desorganização, são os principais fatores” que agravam

a situação. A contratação através das empresas de trabalho médico não tem sido solução “para o SU, nomeadamente na triagem” pois “é frequente a dúvida relativamente às competências de alguns, muito embora tenham o seu título profissional pela Ordem dos Médicos”. A falta de especialistas é generalizada, faltam médicos de “endocrinologia, cirurgia vascular, maxilo-facial e neurocirurgia, havendo neste momento só um neurologista”. “Apesar do descrito, regista-se uma franca melhoria na acessibilidade à maioria das con-

sultas bem como na troca de informação clínica com os cuidados de saúde primários, sem dúvida fruto do empenho e sentido de responsabilidade dos Médicos”, afirma.

No que se refere aos cuidados de saúde primários, a presidente da Sub-região de Évora explica que o problema não é propriamente a falta de médicos “mas uma desorganização na sua distribuição pelos diversos concelhos, verificando-se mobilidades de difícil compreensão a coberto de convites para USF’s, originando falta de estabilidade e continuidade nas equipas médicas. Consequentemente, verifica-se um exagerado acréscimo de trabalho aos que ficam, tentando garantir a totalidade dos cuidados de saúde às populações, em muitos casos com risco de segurança física, dado que praticamente já não existem empresas de vigilância e

segurança nos Centros de Saúde. Constatam-se frequentemente falta de material, dispositivos médicos, e mesmo fármacos para tratamento de situações agudas. Existe disparidade de horários nas consultas abertas nos diferentes concelhos, somente um serviço básico de urgência em funcionamento no distrito (deviam ser dois), sendo que em dois concelhos limítrofes e em rota para Évora, os atendimentos de doença aguda funcionam 24h sobre 24h, sem se vislumbrar justificação aceitável tendo em conta os custos económicos e consumo de recursos humanos que origina”. Na atuação a nível local não se sentem dificuldades registando-se “apenas a não resposta, reiterada, por parte de uma entidade tutelada aos nossos convites ou informações”. Já no relacionamento institucional no âmbito da

OM, há uma “comunicação direta com o Sr. Presidente da SRS, fácil e efetiva”. “A grande dificuldade regista-se com os órgãos regionais no que toca ao contacto telefónico e troca de correio eletrónico” o que se resolveria com a “melhoria dos circuitos internos de comunicação institucional”.

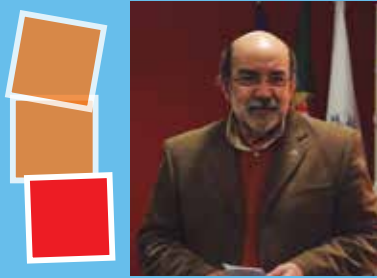
Para a política de saúde Maria Augusta Portas Pereira defende as seguintes medidas:

- Permitir a contratação individual para prestação de serviços médicos, acabando assim com as ‘empresas’;
- Pagamento a 100% das horas extraordinárias;
- Garantir a sustentabilidade do SNS, com qualidade e rigor científico, através de dotações orçamentais realistas que permitam a negociação de contratos-programa adequados”.

“Falta uma política integrada de efetivos incentivos à fixação de médicos”

**Pedro Camilo de Araújo
Lima de Vasconcelos**

Presidente da Sub-região
de Beja, SRS



Conforme nos explica Pedro Vasconcelos, à semelhança de outras regiões, Beja sofre de insuficiência de recursos humanos quase crónica e tem perdido profissionais para outros distritos dada a incapacidade de incentivo à fixação de especialistas... “A realidade da Saúde nesta região não se afasta do que é o cenário global em que se insere e em que pontifica a constante e progressiva incapacidade de fixar Médicos, por via da falta de uma política integrada de efetivos incentivos à sua fixação (não só remuneratórios, entenda-se). Assiste-se a Serviços hospitalares,

alguns outrora de referência regional e até nacional, que têm vindo a perder meios humanos e técnicos e mesmo a necessária modernidade, com a concentração regional de alguma dessa oferta em Évora, sendo que o Distrito de Beja é o de maior extensão territorial – o que, a despeito da fraca demografia, torna imperioso olhar-se para essas carências e para a difícil acessibilidade daí resultante, de uma forma diversa da que se usa noutras zonas”. Situação que gera “um ciclo vicioso, destrutivo e não exclusivo da Saúde, em que se sucedem: menos oferta de ser-

viços / menos residentes / menos necessidade de serviços / menos residentes, até à desertificação final”, vaticina.

“No que respeita aos Cuidados de Saúde Primários, a mesma dificuldade de fixação de especialistas, pela falta de incentivos, tem levado à falta, em vários concelhos, de especialistas de Medicina Geral e Familiar, fundamentais ao adequado exercício desta área”.

A atuação dos órgãos locais da OM é dificultada por “uma clara falta de entendimento do papel de parceria que a Ordem dos Médicos poderia emprestar para a identificação e resolução de problemas sentidos por parte de órgãos decisores distritais”.

Já no relacionamento com os órgãos regionais/nacionais da OM, pelo contrário, “tem havido acessibilidade quer com o Sr. Bastonário quer com o CR Sul e, no que a este respeita, as regulares reuniões com as Distritais têm facilitado a troca de opiniões e partilha de informação.” Porém, à semelhança

de outras sub-regiões, é feita uma referência negativa: “sublinha-se a necessidade de uma resposta atempada por parte do órgão disciplinar competente aos problemas graves colocados pelos Colegas” pois a demora nessas respostas, “a manter-se, descredibiliza a Ordem e é profundamente injusta para quem aguarda decisão”, frisa Pedro Vasconcelos.

Para melhorar uma relação ins-

titucional já muito satisfatória, o presidente da Sub-região de Beja defende o “reforço da partilha de informações, sempre que esteja diretamente em causa matéria do interesse das Distritais - exemplo: as alterações territoriais desta Distrital, incluídas nos novos Estatutos, que não tendo sido previamente debatidas, deverão num futuro breve achar correção”.

Do Ministro da Saúde, Pedro Vas-

concelos espera a “defesa das carreiras médicas; a criação de uma política de discriminação positiva que crie incentivos para que os médicos se fixem nas regiões mais carenciadas; a luta contra a burocratização e desumanização do ato médico; e a avaliação qualitativa dos ganhos em saúde obtidos (?) pela contratualização das unidades de saúde”.

MS deve evitar “o filtro das ARS que exerce, por vezes, um efeito tipo analgésico-antipirético”

António Jaime Correia Azedo

Presidente da Sub-região de Portalegre, SRS



Com 15 municípios, “o distrito de Portalegre é o menos populoso do país”. Com 110.000 habitantes e uma “população, muito envelhecida, que diminui todos os anos”. No enquadramento que nos traça, Jaime Azedo explica os constrangimentos da região: “possuímos 16 centros de saúde e 2 hospitais: Elvas e Portalegre”. “A cidade de Portalegre, sede do distrito, e em cujo hospital está sediada a Urgência Médico-Cirúrgica, tem vindo a perder, nas duas últimas décadas, a sua indústria e não encontrou ainda alternativas para os milhares de postos de trabalho que foram perdidos. Os constrangimentos socioeconómicos do distrito e da sua capital, bem como o facto de ser a única capital de distrito que não é servida por autoestrada, tornam esta Urgência Médico-Cirúrgica na mais ‘afastada’ dos centros de referência de nível superior”.

Como refere Jaime Azedo, é de 2007 a legislação que criou a Unidade Local de Saúde do Norte

Alentejano (ULSNA), com dois objetivos principais anunciados, mas ainda por cumprir:

“- Integração dos cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares;

- Promoção da efetiva articulação e complementaridade entre os dois hospitais.”

“Em minha opinião nenhum desses objetivos foi atingido, por razões conhecidas, e cuja análise não cabe aqui e agora. Neste cenário é compreensível a baixíssima atratividade para a fixação de técnicos, principalmente de médicos especialistas. Por estas razões e outras, de âmbito geral, principalmente os Serviços hospitalares têm vindo a perder a sua capacidade de organização, levando à destruição destas unidades estruturais fundamentais”. Têm-se procurado as mesmas soluções que outras sub-regiões também referem mas igualmente sem sucesso: “as soluções de *outsourcing* entretanto apresentadas, não são imunes às

características do distrito atrás referidas, e claudicam quer em termos qualitativos, quer no que respeita à sua regularidade”.

Denotando o mesmo afastamento que se sente noutras zonas, o presidente da sub-região de Portalegre lamenta não ter conseguido inverter aquela que sente como sendo a maior dificuldade na atuação local e que se “prende com a fraca participação dos colegas nos eventos por nós organizados”, sejam “culturais, científicos ou outros”.

No relacionamento institucional refere a existência da “melhor relação com o Conselho Regional” e o apoio do Bastonário, em quem “encontramos sempre compreensão e receptividade para as questões por nós apresentadas”; Onde há espaço para melhoria é na “articulação entre o nível local e regional”, a qual poderá “beneficiar muito se houver uma agilização profunda dos processos burocráticos”.

Jaime Azedo conclui referindo que “gostaria que o novo Ministro da Saúde tornasse sua preocupação:

a) Tentar garantir equidade no acesso aos cuidados de saúde aos cidadãos, incluindo os da extrema periferia;

b) Reconhecer que há problemas específicos das instituições que são diferentes de região para região, e diferentes dentro da própria re-

gião, numa ligação mais direta, evitando o filtro das ARS, o qual exerce, por vezes, um efeito tipo analgésico-antipirético;

c) Encontrar formas que permitam meios ágeis de atuação aos Conselhos de Administração para que, com medidas de gestão execio-

nais e adequadas localmente, possam tirar maior partido das capacidades instaladas”.

“Não é de estranhar a incidência de *burnout* na classe médica”

Carlos Alberto Leocádio Daniel

Presidente da Sub-região de Viseu, SRC



“A região que corresponde ao nosso distrito médico é, grosso modo, coincidente com a área territorial integrada na ACES Dão Lafões. Esta dispõe de 11 Unidades de Saúde Familiar, 13 Unidades Cuidados de Saúde Personalizadas, 11 Unidades de Cuidados na Comunidade, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e uma Unidade de Saúde Pública. O hospital de referência do distrito é o Hospital de S. Teotónio, estruturante do Centro Hospitalar de que faz parte – O Centro Hospitalar Tondela – Viseu – e que integra também uma pequena unidade hospitalar, o Hospital Cândido de Figueiredo, localizada em Tondela” – é assim que Carlos Daniel nos apresenta o distrito de Viseu com cerca de 270 mil habitantes e um “acentuado envelhecimento populacional que não é alheio à realidade atual da Saúde na região”. “Os índices de envelhecimento e de dependência dos idosos são dos maiores na região centro e no país. A vulnerabilidade desta população está ainda associada a outro fenómeno: o isolamento a que muitas vezes está votada pela emigração das gerações mais novas, em tempos cuidadoras e que agora faltam”. Uma realidade que define como “incontornável e desafiante” na prestação

de cuidados de saúde. O problema não passa apenas pela dificuldade de acessibilidade “mas também de disponibilidade acrescida por parte dos Médicos dos Cuidados Primários”: “quase todos se queixam dos curtos tempos que lhes estão estipulados – entre dez e vinte minutos por utente – e que manifestamente lhes limitam a capacidade de resposta”, isto numa população que, frisou, é maioritariamente composta por “doentes idosos, com iliteracia para a saúde e dificuldades na compreensão de medidas diagnósticas e terapêuticas”. Outro problema que se mantém é a existência de doentes sem médico de família atribuído. “Dizem-nos que haverá atualmente cerca de dezasseis mil utentes nesta situação, o que é lamentável. Parece haver promessa de resolução desta situação a breve prazo, com a colocação de novos médicos. Esperemos que assim seja”. Neste contexto, MGF é uma área com muitas dificuldades e “muitos colegas queixam-se de terem ficheiros com um número excessivo de utentes, nalguns casos cerca de mil e oitocentos”. Os colegas de MGF “são unânimes em considerar que seria benéfica a diminuição deste número” para “permitir aumentar o tempo de consulta por utente”.

A nível hospitalar também existem dificuldades e o presidente da Sub-região de Viseu elege um problema “que nos parece ser comum à generalidade dos hospitais: a sobrecarga do serviço de urgência” que é “um sorvedouro de recursos humanos”. “Os serviços de urgência externa são, desde há muito, mobilizados para resolver muitas situações que poderiam e deveriam ser resolvidas nos cuidados primários. Faltam cuidados de proximidade. É o desnorte total, com clara desumanização dos cuidados prestados, fonte de exaustão e desmotivação dos médicos que trabalham nestes serviços. Não é de estranhar, portanto, a incidência de *burnout* na classe médica que agora começa a ser divulgada”. Mas também existem medidas positivas, e é referida a título de exemplo a “criação de protocolos de referência à consulta das especialidades hospitalares, fruto de uma colaboração entre a ACES Dão Lafões e o Centro Hospitalar Tondela Viseu”.

À semelhança de outras sub-regiões, é referida a inexistência de dificuldades no relacionamento institucional e o estabelecimento de “um diálogo bastante fácil e até cordial, principalmente com os órgãos regionais, que são os que nos estão mais próximos”. Dificuldades que esta direção tenha sentido na sua atuação só mesmo como “levar os médicos a participar mais na vida da sua Ordem”.

Sobre o que gostaria que se concretizasse quanto a política de saúde, refere:

“- Rever a acessibilidade e o encaminhamento de doentes para os serviços de urgência, respeitando uma hierarquização de cuidados, oferecendo mais e melhores cuidados de proximidade, aliviando as-

sim os sobrecarregados serviços de urgência dos hospitais de agudos;
- A reposição das carreiras médicas, com a eliminação das atuais desigualdades em termos de remuneração e horários de trabalho

de profissionais com igual formação e igual desempenho. Deixar de recorrer à contratação de trabalho médico intermediado por empresas e passar a fazê-lo com o próprio médico;

- Um estudo rigoroso de demografia médica. Formar os médicos ou os especialistas de que o país realmente necessita”.

“A principal dificuldade é o alheamento crónico dos nossos colegas”

Pedro Dinis Madeira Coito

Presidente da Sub-região do Oeste, SRS



Explicando que a região engloba uma extensa área com diferenças sócio-estruturais evidentes pois, “apesar de estarmos relativamente perto de Lisboa e com presença litoral marcante, apresenta assimetrias e carências de cuidados de saúde muito evidentes”, Pedro Coito também refere a carência de recursos humanos: “em termos de cuidados de saúde primários existem dois agrupamentos de centros de saúde - o Oeste Sul e o Oeste Norte - ambos com carência de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar em extensões de saúde e em vários municípios, permitindo-me destacar os de Peniche e Bombarral, com milhares de utentes sem médico de família”. Já em termos de cuidados hospitalares, “as unidades existentes - Torres Vedras, Caldas da Rainha e Peniche -, também carecem de meios, especialidades e especialistas, com necessidade de recurso permanente a empresas de prestação de serviços para assegurar o funcionamento dos serviços de urgência, que são dois de urgência médico-cirúrgica e uma básica, representando cerca de 50% dos profissionais necessários, com tudo o que isso representa de aumento de custos e diminuição de qualidade”. Concretizando

os escassos recursos, refere que “os hospitais da nossa região têm um *deficit* de cerca de 100 médicos das várias especialidades. Há áreas francamente carenciadas ou mesmo sem qualquer especialista, permitindo-me destacar a Urologia, Psiquiatria, Dermatologia, Obstetrícia, Gastrenterologia, Ortopedia, entre outras”.

Sobre as dificuldades de atuação, o presidente da Sub-região do Oeste refere como sendo “a principal dificuldade” o “alheamento crónico dos nossos colegas, que centram em si próprios os problemas, esquecendo-se que as instituições a que pertencem, nomeadamente a Ordem dos Médicos, têm um papel fundamental como parceiro e podem exercer um magistério de influência positivo e congregador, na defesa dos interesses profissionais e das melhores condições de saúde e do seu acesso, às populações”. Ao nível do relacionamento com os órgãos regionais e nacionais da OM, refere que “tem sido positivo e assertivo”, mas acrescenta que “as sub-regiões deviam integrar regularmente as reuniões desses órgãos através de representantes democraticamente eleitos entre eles”. Para melhorar essa articulação no futuro, defende “uma

maior abertura do casulo em que esses órgãos aparentam viver, dando mais espaço de afirmação e participação às ‘crisálidas’ regionais que deles emanam”.

Para o futuro, Pedro Coito demonstra algum otimismo ao afirmar que “há questões fundamentais para melhorar o desempenho da saúde na região e este órgão regional acalenta firme esperança que a nova equipa do MS, perfeitamente informada da realidade local, possa finalmente olhar, com olhos de quem quer ver, para os problemas que urge resolver”. Respondendo ao desafio de elencar três medidas que gostaria que se concretizassem, refere “em primeiro lugar o lançamento de um novo hospital para a região do oeste, sem o qual toda a política de saúde será um remendo e uma degradação permanente. Em segundo lugar, e entretanto, a reversão da fusão dos hospitais da região, que se revelou uma medida política desastrosa e desmotivadora para os profissionais, sem qualquer melhoria nos cuidados prestados às populações, nem diminuição dos gastos públicos, e em que a alienação do H. Termal foi um erro grosseiro. Em último lugar, uma verdadeira integração dos cuidados de saúde primários e secundários com bases sólidas e bidirecionais, centrada na atenção ao doente e na valorização profissional, criando condições de trabalho adequadas e tempo para ouvir e conhecer os doentes, bem como para o estudo e atualização profissional dos médicos”.

“É tempo de se falar em qualidade (...) e não exclusivamente de números”

**António Manuel Ferreira
Amaral Barros Canelas**

Presidente da Sub-região
de Setúbal, SRS



Contextualizando a realidade da área abrangida por esta Sub-região da OM, Amaral Canelas explica “em relação a problemas de saúde na Península de Setúbal, podemos dividir em duas áreas:

- Medicina Geral e Familiar - onde há carência de recursos humanos; onde se verifica a não abertura de concursos para os recém-especialistas que ainda aguardam colocação; onde se verificam discrepâncias entre as várias classes de centros de saúde; a não existência, em número suficiente, de centros de saúde com urgências, os quais, em princípio, iriam reduzir o fluxo de pacientes nas urgências hospitalares; a quantidade de utentes sem médico de família atribuído; uma relação pouco eficiente no que diz respeito à ligação entre os centros

de saúde e a estrutura hospitalar.

- Medicina hospitalar - onde há carência de recursos humanos em algumas especialidades, sobretudo Anestesiologia o que, consequentemente, vai implicar a paragem de blocos operatórios em cirurgia convencional; problemas similares também acontecem noutras especialidades como ORL, Cirurgia Plástica, etc.; há carência de valências especializadas nas urgências a partir das 20h nos dias úteis, verifica-se a não existência ao fim de semana e feriados por exemplo de ORL, Urologia, Oftalmologia, Cirurgia Plástica, etc. com repercussão não só nos utentes mas também nas suas famílias etc..

Sobre a atuação e o entrosamento da Sub-região com as outras estruturas refere “a relação da Sub-

-região com as estruturas hospitalares e com os centros de saúde pode ser considerada de saudável ligação” e “em relação às outras estruturas da Ordem a dinâmica pode ser considerada boa, sempre com aspetos que podem melhorar sobretudo numa ligação de proximidade” mas que Amaral Canelas considera que “está no bom caminho”.

Entre o muito que há para resolver em termos de política de saúde, Amaral Canelas escolheu alguns pontos para salientar. “Em relação ao Ministro da Saúde ser um médico deveria ser - ou poderá ser - uma vantagem, mas gostaria de deixar algumas questões e convites à reflexão:

- para quando o restabelecimento das Carreiras Médicas?

- para quando nomeações para cargos médicos baseadas nas competências médicas e não, sobretudo, de gestão?

- É tempo de se falar em qualidade médica dos serviços prestados e não exclusivamente de números;

- As urgências não podem ser asseguradas por tarefeiros que não têm nenhuma ligação ao hospital e os médicos não devem compor a sua folha salarial com urgências”.

Relacionamento institucional “é sobretudo de grande colaboração e amizade”

Ernesto Fernandes Rocha

Presidente da Sub-região
de Castelo Branco, SRC



Falando da realidade da Saúde na área abrangida pela Sub-região de Castelo Branco, Ernesto Rocha salienta que “apesar de ser uma região localizada no ‘Portugal profundo’, garante Médico de Família

para a grande maioria da população” e que “a lista de espera dos hospitais tem vindo a diminuir”, fatores que não podem deixar de ser considerados positivos.

Sobre a atuação local, explica que

não sente dificuldades pois “esta presidência está à frente da secção distrital há 18 anos” e “a relação com os colegas em geral é de ‘porta aberta””.

Quanto ao relacionamento com os órgãos regionais/nacionais da OM é igualmente perentório: “posso afirmar que a relação é sobretudo de grande colaboração e amizade” e afirma não ter nada a sugerir para melhorar o desempenho institucional, pois considera-o muito eficaz. Para o futuro espera que se implemente “maior relação de gestão na formação pré-graduada e pós-graduada dos médicos”.

“Pagar da maneira como se paga, consideramos um insulto”

Maria Augusta Grilo

Presidente da Sub-região da Guarda, SRC



“A saúde no Distrito da Guarda tem tido, como a nível nacional, diversas fragilidades e constrangimentos, como sejam o número reduzido de profissionais, quer nos CSP quer nos cuidados secundários, levando a um esforço sobre humano dos profissionais existentes, numa tentativa de ‘apagar todos os fogos’ do distrito em termos de saúde”, começa por referir Maria Augusta Grilo, embora saliente a “postura relativamente proactiva” do Conselho de Administração da ULS da Guarda que tem “realizado trabalho e desenvolvido esforços numa tentativa de solucionar estas lacunas, mas que, com frequência, embate na burocracia institucional que se traduz na impossibilidade de efetuar as contratações necessárias para solucionar efetivamente os problemas. Não é de todo fácil convencer médicos a deslocarem-se para o interior sem lhes facultar condições económicas e profissionais atraentes e estáveis. O que muitas vezes torna a tarefa do CA menos eficiente e efetiva”, conclui.

Relativamente às dificuldades sentidas no contacto com os colegas, “a Sub-região da Guarda da OM sente que os médicos do distrito estão alheados e pouco disponíveis para a sua Ordem profissional” e é referida “grande dificuldade em estabelecer uma linha de contacto com os

colegas que se mostram sempre pouco recetivos às atividades realizadas”, embora “as reuniões científicas tenham tido alguma participação”, está “longe da desejada por nós e apenas da especialidade de MGF”.

Já a ligação com a SRCOM “tem sido sempre muito cordata e próxima, existindo uma cooperação constante”. “Quanto à relação com a OM nacional, não temos tido grande contacto porque a SRC tem dado todo o apoio”. Para melhorar o funcionamento futuro, sugere uma “descentralização efetiva de poderes de decisão” que “deveria ser desejável, uma vez que até agora se encontra muito centralizada na pessoa do Presidente Dr. Carlos Cortes, que pese embora esteja sempre presente e disponível para ‘apagar todos os fogos’ torna a tarefa demasiado pesada para ele”. Assim, “distribuir pelouros de atividades seria uma possibilidade a pensar futuramente”.

Relativamente à presença de um Médico à frente do Ministério da saúde, “poderia ser uma mais valia” mas “na realidade não se tem vindo a verificar”, refere, explicando que “temos a tendência para pensar que os problemas relacionados com a saúde seriam facilmente solucionados por estarmos na presença de um elemento com conhecimentos alargados da problemática, e aqui falamos dos problemas específicos dos

diversos profissionais, dos utentes e das instituições que prestam cuidados de saúde nos diferentes sectores” (cuidados primários, cuidados secundários, cuidados continuados, etc.). “Mas a realidade não é assim, pois a visão e as estratégias para a resolução dos problemas são sempre encaradas de maneira diferente pelos profissionais da área da saúde e cada um terá uma solução diferente para o mesmo problema”, o que torna difícil o consenso. “Pensamos que o país, apesar de pequeno tem uma diversidade enorme na prestação de cuidados, sendo as respostas muito diferentes de região para região, mesmo quando geograficamente próximas, o que faz com que haja tanta diversidade quer na atuação dos profissionais quer na resolução dos problemas”. Nesse contexto de diversidade, defende que o caminho deve passar por “uma estruturação global dos cuidados de saúde” pela “tomada de consciência de que, se se pretende um serviço público de saúde de qualidade não se pode ‘destratar’ os profissionais desta área, quer em termos económicos quer em termos técnicos, formativos e profissionais” pois “pagar da maneira como se paga, consideramos um insulto devido à exigência profissional e à responsabilidade” inerente à profissão. “De igual modo a solicitação de horários sobre humanos, na tentativa de solucionar carências profissionais não resolvidas pela inércia do sistema, seria uma das áreas a ser rapidamente revista. A área formativa terá de ser repensada, quer no ensino universitário, quer no pós graduado, pois não se pode exigir da parte dos formadores uma ‘dádiva’ do seu tempo profissional sem contrapartidas económicas e horários laborais para formação”.

Situação da saúde no Algarve “é má, por carência de recursos humanos e de material médico”

**Ulisses Saturnino
Duarte de Brito**

Presidente da Sub-região
do Algarve, SRS



Como explica Ulisses Brito, a situação da saúde algarvia “é má, sobretudo por dois tipos de carência:

- recursos humanos – falta de muitos especialistas em todas as áreas médicas, Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública e especialidades hospitalares, sendo as mais prementes, Anestesia, Ortopedia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Radiologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

- material médico – durante 4 anos não se fizeram investimentos pelo que algum material ficou inoperacional e, para além disso, existem carências antigas, num hospital subdotado de equipamentos, por exemplo, o Hospital de Faro só tem um aparelho de TAC de 16 cortes, muitos ventiladores já têm mais de 10 anos, faltam endoscópios, etc.”

A Sub-região do Algarve da OM “tem mantido uma atitude de intervenção em relação aos problemas de saúde locais que vão surgindo. Temos desenvolvido várias iniciativas de formação junto dos colegas, nomeadamente, cursos, palestras, etc. A maior dificuldade que sentimos diz respeito à obtenção das novas cédulas profissionais pois, o banco que trata disso tem muito poucos dias disponíveis e os médicos não conseguem inscrever-se para terem a nova cédula. Está-se a verificar a

situação ridícula de alguns colegas, irem a Beja tratar da cédula, porque é mais rápido. Localmente estamos de mãos atadas, porque não temos qualquer possibilidade de alterar a situação, tem que ser Secção Regional Sul a resolvê-la”. Em termos institucionais “o relacionamento é muito bom, quer com a Secção Regional Sul, quer com o Bastonário, que são os órgãos com que nos relacionamos diretamente. Em relação ao Centro e Norte, sempre que é necessário também temos excelentes relações”.

Para melhorar o desempenho, Ulisses Brito sugere “melhorar a acessibilidade dos médicos às Secções Regionais” pois “frequentemente chegam-nos críticas sobre a dificuldade que têm em

contactar com a Secção Regional Sul”. Os colegas “esperam muito tempo ao telefone e por vezes as informações prestadas pelo *call center* não são corretas”. Resolver rapidamente o problema das cédulas profissionais e “descentralizar alguns serviços dando mais responsabilidades às sub-regiões” para evitar situações em, que, por exemplo, “os médicos do Algarve têm que ir a Lisboa para se inscreverem na Ordem, etc.”

Resumindo o que gostava de ver este Ministério da Saúde concretizar, Ulisses Brito fala do “reforço do Serviço Nacional de Saúde, em meios humanos e materiais, melhorando a sua organização e planeamento”, da “dotação de recursos humanos e materiais nas zonas mais carenciadas contribuindo para uma melhor prestação de cuidados de saúde às regiões mais periféricas, contrariando a tendência centralizadora de concentração de meios em Lisboa, Porto e Coimbra” e do “entendimento de que o Algarve é uma região especial, porque tem grandes flutuações de população e dá resposta a um setor muito importante, quase decisivo, para a economia nacional, o turismo, por isso, precisa de ser dotado de meios adequados em quantidade e qualidade”.

informação

MBA em Organização e Gestão da Saúde da UFP reconhecido pela OM

A Universidade Fernando Pessoa, em colaboração com o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho, promove o MBA em Organização e Gestão da Saúde. Sob proposta da Comissão da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde, o Conselho Nacional da OM decidiu reconhecer o curso em questão para efeitos de acesso à competência. Informação adicional sobre estrutura, unidades curriculares, etc. pode ser consultada no site (www.ordemdosmedicos.pt) na área reservada a esta competência.



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.

A 9 de Junho, o Papa Francisco recebeu em audiência privada os representantes da profissão médica de Portugal, Espanha e Iberoamérica, um encontro a que assistiram cerca de 140 pessoas. Nesta audiência, num discurso emotivo, o Papa Francisco recordou aos médicos que não podem ceder à tentação do utilitarismo “movidos por falsa compaixão ou meros critérios de eficiência e poupança económica”.

Participaram no encontro no Vaticano representantes da Ordem dos Médicos portuguesa (Caldas Afonso, tesoureiro do Conselho Nacional da OM, José Manuel Silva, bastonário da OM e o seu Chefe de Gabinete, José Mário Martins), da Organização Médica Colegial (OMC) espanhola e de organizações médicas da Argentina, Bolívia, Brasil, Costa Rica, Chile, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguai, Uruguai e Venezuela, integradas na Confederação Médica Latino Iberoamericana (Confemel).

Em nome de todos os membros da delegação, o presidente da Organização Médica Colegial espanhola, Juan José Rodríguez Sendin, fez uma breve alocução e entregou ao Papa Francisco a “Carta de Identidade e Princípios da Profissão Médica Latino-Iberoamericana”, aprovada em Coimbra, no âmbito do IX En-



Papa Francisco recebeu médicos latino-iberoamericanos

Ponham mais coração nessas mãos

contro do Fórum Iberoamericano das Entidades Médicas, pelas organizações médicas integradas na Confemel.

Acompanharam ainda esta visita, a presidente da Ordem dos Médicos italiana, Roberta Chersévani, e o representante dos médicos do Vaticano na Associação Médica Mundial, Monsenhor Ignacio Carrasco. O Papa Francisco aproveitou o encontro para manifestar o seu reconhecimento e gratidão a todos os profissionais de Saúde que com a sua dedicação “podem converter-se na verdadeira personificação da misericórdia”, segundo as suas palavras.

No ano em que a Igreja Católica celebra o Jubileu da Misericórdia, o discurso do Papa centrou-se precisamente nos conceitos de “misericórdia” e “compaixão”, a que considera como “a própria alma da medicina”. Como argumentou, “a identidade e compromisso do médico não só se apoia na sua ciência e competência técnica”, como também, e principal-

mente, “na sua atitude compassiva e misericordiosa para com os que sofrem no corpo e no espírito”. “A compaixão não é pena, é padecer-com”, sublinhou. “Este padecer-com é a resposta adequada ao valor imenso da pessoa doente, uma resposta feita de respeito, compreensão e ternura, porque o valor sagrado da vida do doente não desaparece nem se obscurece nunca, brilhando com mais esplendor precisamente no seu sofrimento”.

Não obstante, o Papa advertiu aqueles que se escudam “na sua suposta compaixão para justificar e aprovar a morte de um doente”, e recordou que a verdadeira compaixão “não marginaliza ninguém, nem humilha, nem exclui” como tantas vezes acontece na cultura do “descartável”, “que rejeita as pessoas que não cumprem com determinados cânones de saúde, de beleza ou de utilidade”.

Sua Santidade expressou o seu apreço pelos profissionais de saúde, ao “abençoar as mãos dos

médicos em sinal de reconhecimento dessa compaixão que se torna carícia de saúde”. “A compaixão é a resposta adequada ao valor imenso da pessoa doente”, prosseguiu, referindo a dura prova que é para todos “a fragilidade, a dor e a doença”. Os profissionais “não podem ceder à tentação funcionalista de aplicar soluções rápidas e drásticas, movidos por uma falsa compaixão ou por meros critérios de eficiência e poupança económica”. Agir de forma contrária põe em causa “a dignidade da vida humana, mas também a dignidade da vocação médica”, afirmou.

Concluiu o seu discurso, expressando o seu reconhecimento pelo esforço que realizam os médicos para dignificar cada dia mais a sua profissão e para acompanhar, cuidar e valorizar os doentes, recordando as palavras de São Camilo de Lellis que recomendava para tratar os doentes que “ponham mais coração nessas mãos”.

Fonte: medicosypacientes.com

Curso da Faculdade de Medicina de Lisboa 1965-1971

45 anos

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

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

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

Informações / Inscrições por email - reuniaodecurso1965a1971@gmail.com

A comissão organizadora

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



Assembleia de Representantes aprova diversos regulamentos

Realizou-se mais uma Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos (OM) no passado dia 20 de Maio, na sede da OM na Secção Regional do Norte. Nesta reunião foram apreciados e votados favoravelmente os relatórios de atividades e contas de 2015 e os orçamentos de 2016 do Conselho Nacional Executivo e Fundo de Solidariedade. Foram igualmente aprovados diversos regulamentos que haviam estado em prévia apreciação pública.

Após aprovadas em reunião do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, foram colocadas a consulta pública as propostas de regulamento referentes a: Regulamento Geral dos Colégios de Especialidades, de Competências e das Secções de Subespecialidades, Regulamento de Deontologia Médica, Regulamento Eleitoral, Regulamento Disciplinar e Regulamento para concessão de licenças temporárias para a realização de estágios de formação profissional em medicina. Incorporadas algumas alterações, após análise dos contributos públicos recebidos, estes regulamentos foram levados à

Assembleia de Representantes e foram todos aprovados por amplas maiorias (o único ponto sem nenhum voto contra foi o relatório, contas e orçamento do Fundo de Solidariedade, facto realçado por Martins Soares, SRN, que se congratulou porque “isso demonstra que os médicos têm a noção que este Fundo é algo muito bom que temos”). Foi precisamente o processo de consulta pública e posterior incorporação de sugestões que foi explicado, no início da reunião de dia 20 de Maio, pelo presidente da OM, José Manuel Silva. Sobre o Código Deontológico, foi referido que as alterações eram de

pormenor, tendo sido salientado que, quanto às questões da eutanásia não houve qualquer modificação pois “tal não faria sentido sem uma ampla discussão”. “Foram feitas apenas pequenas modificações”. O único realce das alterações ao Código Deontológico foi para o facto dos médicos passarem a não poder emitir atestados médicos a si próprios: “Alterámos essa situação porque era algo que fragilizava os médicos”. Na fase de informações e outros assuntos de interesse da classe, Nídia Zozimo apelou aos colegas que estão no ativo para responderem ao inquérito nacional sobre *burnout*.

Cédula profissional, assinatura digital e códigos de acesso

Outro assunto referenciado nesta fase foram as dificuldades do processo da cédula profissional como o facto do tempo de resposta perante o pedido de cédula “não ser suficientemente ágil”. José Manuel Silva explicou que a emissão de cédulas sempre foi feita com a colaboração de uma entidade bancária porque essa parceria permite à OM poupar muito dinheiro mas recordou que qualquer médico teve sempre a opção de querer tratar do processo de emissão da cédula através dos funcionários da Ordem dos Médicos. “O cartão da Ordem não serve só para a prescrição, também serve para a assinatura digital qualificada”. O protocolo com o Santander está neste momento em reavaliação, pois termina em Junho, mas Ana Abel (SRS) que coordena a comissão das cédulas profissionais, recordou que este tipo de decisões são excessivamente complexas para poderem ser tomadas de forma abrupta. “A OM teria um peso enorme se pudesse certificar diretamente qualquer ato médico. Mas isso é um caminho, não é ‘para amanhã’...” O presidente

do Conselho Regional do Norte da OM, Miguel Guimarães, explicou também a necessidade de se estabelecerem estas parcerias porque a OM não tem a capacidade técnica necessária para o fazer de forma autónoma. “Só há duas empresas com esta tecnologia. A assinatura digital qualificada não depende do banco”, explicou. “Foi feito um concurso e ganhou a Multicert e conseguimos através de concurso que o custo do certificado digital baixasse de cerca de 80 euros para menos de 2”. Sobre a onda de insatisfação, Miguel Guimarães também explicou: “o que aconteceu foi que os médicos não receberam os códigos ou entretanto deixaram de ter acesso aos mesmos, e a Multicert está a pedir um valor exagerado – 10 euros – para enviar novamente os códigos. Situação que considero inaceitável. O banco apenas emite o cartão com *chip*, não tem intervenção directa quanto ao certificado”. Na sua intervenção, o presidente do Conselho Regional do Norte da OM sublinhou ainda que “o Ministério da Saúde tem que nos dar tempo para nos adaptarmos à receita desmaterializada”. Joana Louro da sub-região do Oeste recordou que os colegas não perceberam ainda muito bem que a questão dos 10 euros nada

tem a ver com a OM: “alguns colegas pensam que esse valor é para a Ordem. Mas não é assim. É a empresa que está a cobrar”. Foi referido que os médicos que não receberam os códigos não tiveram que pagar nada. Apenas os médicos que referiram ter perdido os códigos é que tiveram que pagar esse valor à empresa, um valor que todos os representantes da OM consideram excessivo mas no qual a OM não tem qualquer controlo ou influência. Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, também falou de “falta de comunicação” entre a Ordem e os seus associados pois os médicos não tiveram a percepção de que o Santander foi apenas um intermediário entre a OM e a Multicert e que só lhe competia a emissão de cartões com *chip*, não os certificados digitais. Jaime Mendes aproveitou para elogiar o trabalho desenvolvido por algumas sub-regiões (antigas distritais) porque, por exemplo, no Ribatejo, graças à intervenção dos funcionários e da respetiva direção, quase todas as situações de emissão de códigos foram resolvidas sem que os colegas pagassem mais nada (porque a empresa só tem registo de envios relativo aos últimos seis meses, o que quer dizer



Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro



Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte



Jaime Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul

que quando o alegado envio dos códigos tenha sido há mais de 6 meses - mas o médico esteja convicto que não recebeu esses mesmos códigos -, a Multicert tem que enviar códigos novos sem cobrar o valor de dez euros porque não consegue comprovar se enviou ou não). Num processo que acabou por ser negociado e implementado por várias direcções da OM e não apenas pelos atuais órgãos diretivos, Nídia Zozimo alertou que “a Ordem tem que aprender com os erros e aqui houve vários”. O presidente da OM, José Manuel Silva, recordou que a instituição

tentou prevenir as dificuldades que se vieram a sentir, escrevendo a todos os colegas explicando o processo, publicando na revista e site nacionais, etc. e lamentou o facto dessas cartas não terem sido devidamente lidas pelos médicos. Também Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro da OM, concordou com o espírito de aprendizagem a partir dos erros, mas realçou que a “culpa” neste processo não é da OM, referindo que quando pagou os referidos 10 euros à Multicert, não conseguiu evitar a sensação de “roubo”.

Temos que ser nós próprios a valorizar a nossa profissão

Foram levantadas algumas questões de ordem sindical como a passagem de 35 para 40h, o valor de hora extraordinária, etc. José Manuel Silva expressou a sua opinião lembrando que, mais grave que essas questões, é o próprio valor base do vencimento que “é muito baixo” e recordou que a OM apoiou duas greves mas “não podemos apoiar o que não é convocado”. José Manuel Silva acrescentou ainda não compreender o



José Manuel Silva, presidente da OM



Joana Louro, sub-região do Oeste, partilhou com os colegas a sua recusa em fazer horas extraordinárias



Ana Abel, coordenadora da comissão das Cédulas Profissionais



facto de “os médicos autodesvalorizarem a importância do seu trabalho, fazendo mais de 24 horas seguidas” e instou os colegas:

“é preciso que os médicos não aceitem tudo. Temos que ser nós próprios a valorizar a nossa profissão a todos os níveis, nomeada-

mente, recusando-nos a trabalhar mais de 12 horas seguidas”. Sobre o valor/hora, Joana Louro da Sub-região do Oeste, também se pronunciou. “Eu recusei-me a fazer horas porque para ganhar 10 euros à hora vou para casa passar a ferro”, mas explicou que teve que recorrer a apoio jurídico para fazer valer os seus direitos. Uma das últimas questões abordadas nesta reunião foi a segurança informática do sistema usado no cartão da OM. Tanto o presidente da OM como o presidente do Conselho Regional do Norte, José Manuel Silva e Miguel Guimarães respetivamente, explicaram que se os colegas deixam *passwords* ou cartões em locais acessíveis, “não há segurança informática que resista” (recordamos que a OM promoveu um debate sobre este assunto em 2012).

Os regulamentos aprovados nesta assembleia e que, entretanto, foram publicados em Diário da República, já se encontram disponíveis no site nacional da Ordem dos Médicos (www.ordemdosmedicos.pt).

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2016

22 de Outubro, sábado, 15h - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

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

5 de Novembro, sábado - 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 - Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos, Lisboa

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

- Organização: Joaquim Figueiredo Lima

Para mais informações: nhmom@omcne.pt

Historia da
Medicina



Declaração de Tóquio da Associação Médica Mundial

Fundada em 1947, em Paris, a Associação Médica Mundial integra a grande maioria das Associações Médicas nacionais, incluindo Portugal, tendo já pertencido por duas vezes à Ordem dos Médicos a honra da sua Presidência - 1981/1983 e 1987/1988. Pela sua importância publicamos a Declaração de Tóquio sobre a Tortura da AMM e recordamos que em Portugal existe um Centro de Apoio a Vítimas de Tortura - CAVITOP.

A AMM é uma organização não governamental, totalmente independente e autónoma, vivendo exclusivamente das contribuições dos seus membros. Foi o primeiro organismo internacional não governamental reconhecido pela Organização Mundial de Saúde, que com ela colabora desde a sua fundação.

Nos seus Estatutos consagra-se como seu objetivo fundamental "o serviço da Humanidade, pro-

curando atingir os mais elevados níveis de educação médica, de ciência médica, de arte médica, de ética médica e de cuidados de saúde para todos os povos do mundo".

Na sua ação, a AMM tem feito numerosas declarações de importância fundamental como sejam, por exemplo, a Declaração de Helsínquia sobre a Experimentação, ou a Declaração de Tóquio, sobre a Tortura, sem

falar já da versão moderna do Juramento de Hipócrates.

No momento atual será útil lembrar a Declaração de Tóquio sobre a Tortura, aprovada em Outubro de 1975.

Preâmbulo:

É privilégio do médico praticar a medicina em serviço da humanidade, preservar e restaurar a saúde mental e física sem distinção de pessoas, confortar e aliviar o sofrimento dos seus, ou das suas, doentes. Deve ser mantido o máximo respeito pela vida humana, mesmo sob qualquer ameaça, e não deve feito uso de nenhum conhecimento médico contrário às leis da humanidade.

Em função desta declaração, é definida tortura como a prática deliberada e sistemática de sofrimentos físicos ou mentais por uma ou mais pessoas atuando sozinhas ou sob as ordens de qualquer autoridade, com o fim de obter informações, confissões, ou por qualquer outra razão.

Centro de Apoio a Vítimas de Tortura

Para apoiar as Vítimas de Tortura, existe em Portugal, desde 2002, um Centro, o CAVITOP, organização não governamental, uma IPSS, que fornece gratuitamente e com garantias de confidencialidade, apoio psiquiátrico e psicológico, bem como aconselhamento nas áreas jurídica e do Serviço Social. A sua sede é na Rua de Artilharia 1, 48 3º Dto, 1070-013, em Lisboa, e pode ser contactado pelo telefone 217801387, por Fax 217801389, ou por e-mail cavito.p@sapo.pt. Os sócios individuais, pagam uma quota de 30 euros anuais (CGD NIB 0035 0230 0001 0486 3302 4 e Conta nº 0230 0104 86330) e podem também consignar no seu IRS para o NIF 506147193.

Declaração de Tóquio:

1. O médico não deve assistir, consentir ou participar da tortura ou de outras formas de procedimento cruel, desumano ou degradante, qualquer que seja a falta de que a vítima é suspeita, acusada ou culpada, quaisquer que sejam as suas crenças ou motivos e em todas as situações, incluindo conflito armado ou civil.

2. O médico não deve fornecer os locais, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que facilitem a prática da tortura ou outras formas de tratamento, desumano ou degradante, ou que diminuam a capacidade da vítima para resistir a tal tratamento.

3. O médico não deve presenciar a prática ou ameaça de tortura ou qualquer outra forma de tratamento cruel, desumano ou degradante.

4. O médico deve ter completa independência para decidir do tratamento de uma pessoa pela qual é clinicamente responsável. O papel fundamental do médico é aliviar o sofrimento do próximo, e nenhum motivo pessoal, coletivo ou político, se deve sobrepôr a este propósito superior.

5. Se um prisioneiro se recusar a alimentar-se e o médico o considerar consciente da sua decisão e das consequências de uma tal posição, esse prisioneiro não deve ser alimentado artificial-

mente. A decisão de que o prisioneiro está consciente do seu ato deve ser confirmada, pelo menos, por mais um médico independente. As consequências da recusa em se alimentar devem ser explicadas ao prisioneiro pelo médico.

6. A Associação Médica Mundial apoiará e deverá incitar a comunidade internacional, as associações médicas nacionais e todos os médicos a apoiar o médico e a sua família caso este seja alvo de ameaças ou represálias resultantes da recusa em participar, assistir ou consentir no uso da tortura ou qualquer outro tratamento cruel, desumano ou degradante.

informação

2^a época de exames de Medicina Intensiva

O Conselho Nacional na sua reunião de 17.06.2016, homologou a proposta da direcção do colégio de Medicina Intensiva de abertura de uma segunda época de Exames em 2016.

Assim:

Os candidatos que preencham os requisitos previstos no documento orientador de formação em Medicina Intensiva e critérios de admissão

<https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=6a9aeddffc689c1d0e3b9ccc3ab651bc5&id=1bb91f73e9d31ea2830a5e73ce3ed328>

podem solicitar até ao dia 30 de Setembro de 2016, a sua admissão a exame mediante requerimento dirigido ao Conselho Nacional da Ordem dos Médicos.

As provas irão decorrer de 21 a 24 de Novembro, no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, após verificação da admissibilidade dos candidatos.



Maria Luiza da Palma Carlos

**“Cumpri sem vacilar
o Juramento de Hipócrates”**

Em 13 de dezembro de 2000, no dia em que completou 92 anos, Maria da Palma Carlos dizia que já tinha vivido muito e que “queria partir”. No dia 23 de janeiro de 2001 a sua vontade foi satisfeita e, como ela tinha desejado, “Deus levou-a”. Realizada em novembro de 2000, esta foi a última entrevista que deu. A ROM agradece à entrevistadora, a historiadora e jornalista Luísa Viana de Paiva Boléo, o interesse em publicar na revista nacional da OM, este testemunho inédito sobre um pouco da vida de uma médica que “só deixou de dar consultas, com 83 anos, porque o edifício onde era o consultório, no Rossio, ia sofrer alterações e já não tinha paciência para procurar outro”.

Embora o seu nome de batismo fosse apenas Maria, cedo decidiu passar a chamar-se Maria Luiza da Palma Carlos e o curioso é que o apelido Palma vem do lado da mãe e Carlos do pai. Daí que os primeiros Palma Carlos tivessem sido os filhos de Auta Vaz Velho da Palma (apelido Carlos, por casamento) e de Manuel Carlos. Eram ambos originários de Faro e ali viveram os primeiros anos de casados. Deram o “sim” em novembro de 1903. Os sete filhos foram nascendo com o ritmo normal daqueles tempos, numa família católica: Adelino, em 1905; Manuela, em 1906; dois anos depois nasceu Maria (Luiza); o irmão Armando em 1912; Manuel João, em 1915; António Honorato no ano seguinte e por fim Marcelino, em 1919). Apenas os dois filhos mais velhos de Auta e Manuel nasceram no Algarve. Maria nasceu em Bucelas, perto de Loures no dia 13 de dezembro de 1908.

As duas meninas da família viviam, como se vê, rodeadas de rapazes e, depois de estudarem num liceu feminino, os pais optaram por as inscrever no Liceu Passos Manuel, para poderem frequentar o mesmo estabelecimento de ensino que os irmãos. Maria Luiza fez ali o antigo 7º ano (hoje 12º). Os pais foram ambos professores do chamado ensino primário. Manuel Carlos foi também jornalista, director e editor do jornal *Cruzada Nova*, ainda em Faro e mais tarde redactor de *O Século*, em Lisboa.

Os vizinhos da agora “Sr.ª Dr.ª” Maria da Palma Carlos, que residiu (durante mais de 40 anos na Rua dos Ferreiros à Estrela, em Lisboa) numa casa enorme, se reparassem na tabuleta afixada à porta liam apenas: “Ma-

ria da Palma Carlos e por baixo ‘Médica’”. Esses mesmos vizinhos habituaram-se a bater-lhe à porta, cada vez que um sintoma de doença os afligia. Embora médica ginecologista, naquele bairro era médica de clínica geral. Nunca ninguém lhe viu um ar de enfado, mesmo quando a chamavam fora de horas. Grandes e pequenos eram observados com a mesma atenção, a mesma paciência. Era, pode dizer-se, o SOS-Médica dos vizinhos e da numerosa família.

Maria Luiza da Palma Carlos, sem ter sido uma médica “famosa” na verdadeira acepção da palavra, porque não deixou uma obra palpável, merece não ser esquecida, por ter com total dedicação cumprido a sua missão de ajuda aos outros. Até um mês antes de deixar este mundo havia sempre alguém da vizinhança ou familiar que lhe continuava a tocar à campainha. Ricos ou pobres batiam-lhe à porta, com mais frequência desde que deixara de ter consultório, em 1991. Sempre disponível e evidentemente sem nada cobrar.

Aquela tia de tantos sobrinhos e sobrinhos-netos era, na família, o elemento aglutinador por quem todos nutriam um carinho muito especial. O que não é de admirar, porque ela possuía o dom inestimável da generosidade e aquele sentido profundo da união da família.

Contou-me o sobrinho, Rui Palma Carlos (entretanto falecido), arquitecto, pintor e escritor, que mesmo quando a tia estava a trabalhar num dos hospitais civis ou a dar consulta privada no consultório, se a avisassem que uma das meninas grávidas da família ia dar à luz, ela aparecia antes de toda a gente. Ninguém jamais soube se possuía, como Santo

Maternidade ou enfermaria de partos?

Maria Luiza começou a sua carreira de obstetra por acompanhar os médicos da “maternidade” de Santa Bárbara, que era na realidade o Serviço de Partos da enfermaria de Santa Bárbara do Hospital de S. José, criado por Alfredo da Costa. Todos esses serviços tinham nomes de santos. Nesse tempo o serviço era dirigido pelo Prof. Joaquim Gomes. Foi com ele que Maria da Palma Carlos assistiu à primeira cesariana e ao primeiro nascimento de gémeos. Em 1939 inscreveu-se na Ordem dos Médicos. Tinha o número 1029. Terminado o tempo de aprendizagem fez exames perante um júri de médicos. No Hospital de S. José, nos anos 40, na especialidade de Ginecologia havia outra senhora, que veio a ser famosa, Cesina Bermudes (*), nasceu em 1908, e viria a ser pioneira, em Portugal do parto sem dor, e outra médica Maria Luiza Van Zeller (1906-1983) que teve uma carreira de relevo. Dedicou-se à assistência materno infantil e foi Directora da Obra das Mães pela Educação Nacional, no tempo do Estado Novo tendo sido a primeira mulher a exercer as funções de Directora-Geral de Saúde. Foi uma das principais dirigentes da Mocidade Portuguesa Feminina.

(*) Cesina Bermudes faleceu em 2001, já depois desta entrevista.

António, o dom da ubiquidade! Na última conversa que tivemos, ela e eu, disse-me que só deixou de dar consultas, com 83 anos, porque o edifício onde era o consultório, no Rossio, ia sofrer alterações e já não tinha paciência para procurar outro. Maria da Palma Carlos não sendo bem uma pioneira como médica ginecologista e obstetra, em várias ocasiões, ao longo da sua vida profissional, foi a única mulher entre colegas do sexo masculino.

Uma decisão para a vida

A infância das meninas Palma Carlos decorreu como a de muitas famílias numerosas num ambiente de grande ternura e entreatada, com pais esclarecidos, católicos, que lhes proporcionaram acesso à cultura e às artes. Com 15 anos, Maria Luíza, que frequentava, então, o Liceu do Carmo (feminino) adoeceu gravemente com uma pleurisia. Na época a tuberculose curava-se em sanatórios, e assim aconteceu. Os pais levaram-na para o Sanatório das Penhas da Saúde. “Sabe, eu sempre copieei a minha irmã mais velha. O que ela fazia eu fazia. Era o meu modelo. E até me acontecer a doença pensava também tirar um curso de Letras e ser professora do Liceu, mas aquele ano que estive em tratamento fez-me mudar completamente de ideias.” Quando Maria disse aos pais

que ia estudar Medicina não foi sem algum espanto que ouviram tal afirmação, até porque não havia ninguém na família com aquela profissão. O pai apressou-se a preveni-la de que era um curso trabalhoso e muito difícil. Mas Maria tinha decidido aquela profissão com algum conhecimento do que ia fazer. E até já se inscrevera, antes de dizer à família. “Quando estive no Sanatório e vi a dedicação dos médicos e das enfermeiras para com os doentes, observei tudo e foi aí que me decidi. Abandonei completamente a ideia de ser docente. Queria tratar das pessoas, ajudá-las quando estavam doentes. Aos 18 anos ainda não sabia por qual das especialidades iria optar. Soube-o já a meio do curso. Achei que era bonito ajudar crianças a nascer”. Fez o curso de Medicina na Escola Médica de Lisboa, mas primeiro teve de fazer várias

Maria Luíza nasceu em Bucelas, no dia 13 de dezembro de 1908.

cadeiras na Escola Politécnica. No seu curso haveria apenas 10 alunas entre mais de 35 homens. Ela foi uma das que escolheu ginecologia, a maioria preferia pediatria. Maria Luíza da Palma Carlos não foi uma lutadora, como algumas pioneiras da Medicina, no nosso país, pois teve a sorte de ter nascido já no século XX e as lutas pelo acesso ao ensino superior já tinham sido, em parte, superadas. Em 1908, ano do seu nascimento, talvez não exercessem a profissão de médicas em Portugal, mais do que uma dúzia de mulheres, mas o



Esta entrevista é da autoria de:

Maria Luíza Viana de Paiva Boléo

historiadora e jornalista. Filha de Manuel de Paiva Boléo (Catedrático de Letras da Universidade de Coimbra) e de Maria Eugénia Anacoreta Viana de Paiva Boléo, licenciada em História (UAL), nasce em Coimbra, a 7 de dezembro de 1942. Frequenta dois anos de Mestrado em História e Culturas do Brasil, na Universidade de Lisboa (1991-1993). Entre 1994 e 1999 é responsável pela revista Notícias da CIDM - Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (Presidência do Conselho de Ministros). Publicou vários livros: *A Raposa Vegetariana*, Lisboa Plátano, 1976 (infantil); *Casa Havaneza – 140 anos à esquina do Chiado*, Lisboa Dom Quixote, il., 2004; *D. Maria I. A Rainha Louca*, Lisboa, Esfera dos Livros, 2009; *D. Maria II, a rainha insubmissa*, 2014; No prelo tem uma

biografia ilustrada da Marquesa de Alorna para a INCM/Editora Pato Lógico. É colaboradora do site www.leme.pt com dezenas de biografias de mulheres e no Canal História. Especialista em biografias de mulheres com publicação no Expresso, Máxima, Notícias Magazine e Visão. É directora, desde 2011, da Revista Cofre e sócia da Sociedade Portuguesa de Estudos do Século XVIII; Recebeu a Medalha Cultural “Imperatriz Leopoldina” atribuída pelo Instituto Histórico-Geográfico de São Paulo. Quase no final do ano 2000, entrevistou a médica Maria Luíza da Palma Carlos, entrevista que permaneceu inédita até esta data.

caminho estava aberto. Dificuldades teve-as também, porque acabar um curso de Medicina nos anos 30 não era ainda vulgar. Maria não se queixou dos colegas, por cortesia ou porque na verdade teve a sorte de não ser hostilizada.

Como não podia deixar de ser, na nossa conversa veio à baila o tempo dos namoros e dos afectos mais sérios. Falou-me dos possíveis noivos e porque decidira não casar: “O primeiro era um grande jogador e como não deixou o vício desinteressei-me”. A sua grande paixão foi um colega que foi viver para Alenquer, e que só não casou com ela, porque tinha dado a sua palavra a uma tia moribunda que lhe fez o pedido para

No seu curso haveria apenas 10 alunas entre mais de 35 homens.

casar com uma sobrinha. Nessa altura Maria Luiza sofreu bastante. Passou vários dias sem dormir lavada em lágrimas. Para que tudo não fosse tão mau, esse ex-namorado e a mulher foram sempre de uma enorme simpatia para com ela, convidando-a a passar dias em sua casa. Inclusive as filhas dele, quando estudaram em Lisboa, na universidade, ficaram hospedadas em casa de Maria. Podemos dizer que o amor deu lugar a uma amizade que durou até à morte dele. E em novembro de 2000, quando a entrevistei apressou-se a mostrar-me objectos e peças lindas oferecidas pelo antigo namorado.

Maria da Palma Carlos, embora

aos 50 anos ainda tivesse tido pedidos de casamento acabou por se sentir, como tantas outras mulheres, muito bem no papel de tia. De uma tia que velava por todos.

Coquete até ao fim, tinha uma colecção infundável de frascos de perfume e gostava de se vestir bem. Nos cinco anos de curso de Medicina e nos subsequentes, quando entrava no Hospital de São José havia quem pelo perfume dissesse: “Já cá está a Maria da Palma Carlos!”

Falou-me com pormenores do curso e como os alunos tinham, antes de ingressar na Faculdade de Medicina, de fazer, os chamados Preparatórios, mais conhecidos pelas iniciais (FQN), pois as cadeiras eram Física, Química, Zoologia e Botânica. Nesses tempos os docentes dessas cadeiras eram Herculano Amorim Ferreira (1895-1974), que foi Secretário de Estado da Educação, Aquiles Machado (1862-1942), Artur Ricardo Jorge (1886-1975) (filho do eminente higienista e escritor Ricardo Jorge) e (Rui) Teles Palhinha (1871-1957).

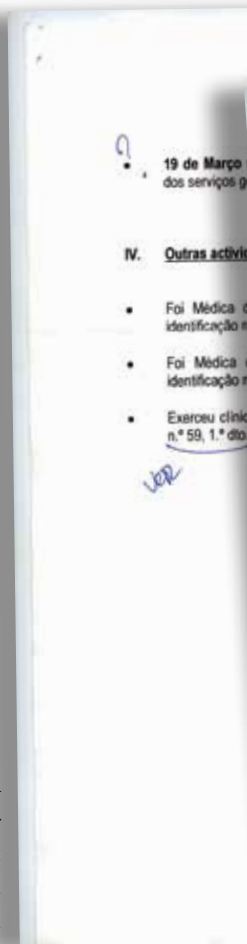
Numa aula de Anatomia, contou-me, com uma expressão risonha, como o Prof. Henrique Vilhena (1879-1958) um dia lhe colocou uma perna de um cadáver à frente para ela fazer um estudo pormenorizado. Para quem nunca vira sequer um cadáver, ter de pegar numa parte de um morto foi algo que a arrepiou. Mas fez “das tripas coração” e adaptou-se como não podia deixar de ser. Não podia fazer má figura entre os colegas homens. Não tinha escolhido medicina por opção? Tinha de mostrar que era forte e que se não deixava levar pelo primeiro choque.

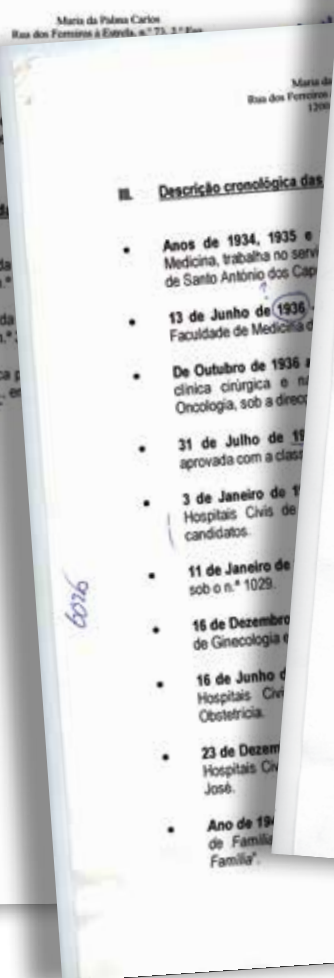
Maria Luiza da Palma Carlos optou por Ginecologia e Obstetrícia e no 5º ano do curso foi aluna, na cadeira de Neurologia, do Professor Egas Moniz (1874-1955), que viria, como se sabe a receber o Prémio Nobel da Medicina, em 1949.

Depois do curso estudou mais dois anos no chamado internato geral. Fez esses exames de admissão em 1938 e começou, como era costume, pela clínica geral. Nesse tempo havia em Lisboa os seguintes Hospitais Civis: S. José, Capuchos, Estefânia, Desterro, Curry Cabral e Magalhães Coutinho (antigo Hospital de S. Lázaro). Os alunos faziam dois anos nos hospitais onde havia vagas. E todas as semanas tinham de fazer as 24 horas de “banco”, aquilo que mais custava a quem começava a exercer medicina, mas também a melhor experiência, pois aparecem casos muito diversos, que é preciso saber resolver imediatamente. É uma prova de resistência, que outras profissões, como bombeiros ou enfermeiros também têm.

Primeiro consultório

Agora já Sr.ª Dr.ª Maria da Palma Carlos teve o meu primeiro consultório na Praça dos Restauradores, mas como não estava satisfeita com as instalações mudou-se para outro que dividia com um colega. “Era





Páginas do seu currículo que ofereceu à entrevistadora.
Notas a lápis do sobrinho Rui

Não podia fazer má figura entre os colegas homens. Não tinha escolhido medicina por opção? Tinha de mostrar que era forte.

num 1º andar na Rua da Prata. Entrava-se por uma relojoaria. Tínhamos uma empregada para nos dar apoio e o meu colega era o Júlio Homem Cristo, que era de Urologia". Ela especialista de

"assuntos" de senhoras e ele de "assuntos" de homens. Um consultório perfeito! Nessa altura, Maria Luiza dava consultas às terças, quintas e sábados de tarde e as primeiras doentes foram amigas ou familiares, mas rapidamente começaram a aparecer outras pessoas. Tinha na tabuleta o nome e depois a informação "Ginecologista. Partos". Não havia que enganar.

Trabalhar na PSP

Um dia recebeu uma carta do Chefe da Polícia de Segurança Pública e pensou, "mas o que será?". Foi falar com o comandante que a convidou a trabalhar para aquela instituição. Dava en-

tão consultas em vários postos: no Rato e em Xabregas e referiu que tinham salas preparadas com toda a higiene. Ficou desses anos passados na PSP com as melhores recordações porque era muito acarinhada. Tinha até várias "vantagens", como ingresso gratuito em espectáculos. Ali trabalhou vários anos e no final deram-lhe uma medalha que me mostrou com muita emoção. Foi também médica no Ginásio Clube Português. Maria Luiza, para lá da prática da medicina, gostava de estar informada e os congressos no estrangeiro eram algo que raramente perdia. Como na família havia, e há, muitos advogados, como a sua cunhada Elina Guimarães, casada com Adelino da Palma Carlos, também ia aos congressos de Direito, estes apenas para viajar e conviver. O país mais longínquo onde esteve foi na antiga URSS, onde tirou muitas fotografias que me mostrou.

Foi também durante vários anos médica no Hospital da Misericórdia cinco dias por semana, todas as manhãs. Ali iam à consulta pessoas de todos os estratos sociais, dos mais abastados aos mais desfavorecidos. O corpo clínico do Hospital das Misericórdias tinha fama de ser muito bom.

Um dos episódios mais cómicos da sua vida de médica foi quando uma cigana, num hospital, se recusou com todas as forças a deitar-se na marquesa prestes a ter o bebé. Gritava que queria ter o filho de pé e foi um problema para a fazer deitar. Foi um alarido, mas depois lá a convenceram e o parto correu bem. A cigana é que sabia como se viria a provar mais tarde!

Conselheira matrimonial

Sem dúvida que onde Maria da Palma Carlos terá sido inovadora foi no aconselhamento familiar, porque cedo percebeu que era importante, em muitos casos, irem às consultas o ca-

Em 1939 inscreveu-se na Ordem dos Médicos. Tinha o número 1029.

sal, e não apenas a mulher. Isso era uma perfeita inovação em 1945/50. “Eu conversava com o casal que me dizia se queria ou não ter mais filhos. Por vezes tive de entrar em pormenores sobre a vida sexual do casal, mas eu nunca tive problemas em explicar os períodos férteis da mulher e cuidados a ter com doenças do foro ginecológico. Vi muitas mulheres ficarem mais tranquilas apenas com uma conversa e a sua vida familiar mudar para melhor. Por convicção e porque sou católica nunca fiz abortos, mas uma vez uma senhora pediu-me,

porque o marido estava fora e ela mantinha uma relação extra conjugal e ficou grávida. Tinha de a ajudar e dei-lhe a morada de uma enfermeira. Achei que não tinha que fazer discursos morais. Se, no início, ela tinha um problema o meu dever era ajudá-la”.

Nascer em casa

Nos anos 40 e 50 a maior parte das crianças nascia em casa, embora houvesse maternidades. Mas as famílias tradicionais tinham mais confiança nas parteiras, a não ser quando havia complicações com a posição da criança e então era necessário recorrer à maternidade. Usava-se então nas famílias abastadas, de Lisboa, alugarem todo o equipamento esterilizado no Instituto Pasteur e a médica, neste caso, Maria Luiza ia fazer o parto. Ajudou a pôr neste mundo centenas de bebés, filhos e filhas de famílias conhecidas e lembrava-se de muitas, que hoje já são avós!

Agradei-lhe vivamente este testemunho em directo. Despedi-me e não voltei a vê-la. Esperava um dia dar a conhecer a sua história de vida.

Num dia de Inverno em que houve chuva e sol, Maria Luiza da Palma Carlos descansou para sempre. Podia dizer, sem mentir: “Cumprir sem vacilar o Juramento de Hipócrates”.

Neste ano de 2016 a revista da Ordem dos Médicos proporcionou-me a publicação desta entrevista. “Mais vale tarde que nunca”.

Obrigada.



19º congresso nacional de medicina

10º congresso nacional do médico interno



FORMAÇÃO MÈDICA

Crescemos juntos no saber e na prática.



PROGRAMA PRELIMINAR

CURSOS PRÉ-CONGRESSO / setembro / formação de formadores · formação de orientadores / inscrições abertas
OUTROS CURSOS / outubro e novembro / inscrições a partir de setembro

+ informações em / www.congressonacionalmedicina.pcoleading.com

3

novembro
quinta-feira

- 9:00 Receção dos Participantes
- 9:30 MESA REDONDA I
Emigração e outras alternativas profissionais
- 11:30 COFFEE BREAK
- 12:00 Sessão de Abertura
- 13:30 ALMOÇO
- 15:00 MESA REDONDA II
Complexidade dos papéis do médico: como capacitar e avaliar?
- 17:00 COFFEE BREAK
- 17:30 MESA REDONDA III
Autonomia e capacitação no Mestrado Integrado em Medicina e importância do Ano Comum

4

novembro
sexta-feira

- 8:30 Receção dos Participantes
- 9:00 MESA REDONDA IV
Educação médica contínua e recertificação médica
- 11:00 COFFEE BREAK
- 11:30 MESA REDONDA V
Satisfação com o Internato médico
(apresentação e discussão dos resultados do inquérito nacional)
- 13:15 ALMOÇO
- 14:30 MESA REDONDA VI
Investigação e formação médica em Portugal: onde estamos e para onde queremos ir?
- 16:30 COFFEE BREAK
- 17:00 CONFERÊNCIA
Medicina Narrativa vs. Novas Tecnologias
- 17:30 **Medalhas de Mérito**

5

novembro
sábado

- 9:30 MESA REDONDA VII
Planeamento de recursos humanos em medicina e qualidade de formação
- 11:30 COFFEE BREAK
- 12:00 CONFERÊNCIA
Felicidade con(s)ciência no exercício da Medicina - desafios do Médico no século XXI
- 12:45 Sessão de Encerramento
- 13:00 ALMOÇO
- 14:30 SESSÕES PARALELAS
Colégios, Comunicações Livres e Outras

7

novembro
segunda-feira

CONGRESSO ABERTO
Iniciativa para público em geral / Educação para a saúde



SRCOM

SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS

Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte
da Ordem dos Médicos

Onde estão afinal os profissionais de Saúde a mais no SNS?



Como dirigente da Ordem dos Médicos confesso que ainda não tive oportunidade de constatar um único hospital ou centro de saúde em que possa afirmar que existem médicos ou enfermeiros em excesso, já para não falar de assistentes técnicos, operacionais e administrativos.

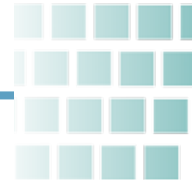
Por outro lado, são também em número significativo as queixas que vão sendo conhecidas, dando conta da falta ou da qualidade de equipamentos, dispositivos ou materiais clínicos que, em muitos casos, têm o seu prazo de validade ou funcionalidade ultrapassados. Numa análise rápida dos dados publicados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) verifica-se que trabalham no Serviço Nacional de Saúde (SNS) cerca de 27 mil médicos, dos quais perto de 9000 são internos em formação e, por isso, com limitações em termos de autonomia para o exercício da profissão, e com exigência acrescida de acompanhamento formativo por parte dos especialistas. Isto significa que, apesar da média nacional de 4.3 médicos por mil habitantes (OCDE), na verdade o SNS tem apenas cerca de 2.6 médicos por mil habitantes, incluindo os inter-

nos em formação. Número que nos colocaria na cauda do ranking da OCDE. Ou seja, temos médicos a mais em Portugal mas faltam médicos no serviço público de Saúde.

E os casos de falta de médicos especialistas no SNS são conhecidos. E não é de agora. Basta pensar, por exemplo, no Algarve, na Madeira, ou em Vila Real. Ou em especialidades como anestesiologia, ortopedia, radiologia, medicina interna ou medicina geral e familiar. De resto, são conhecidos múltiplos casos de cirurgias adiadas ou reprogramadas por falta de médicos, falta de camas ou falta de condições que assegurem um pós-operatório adequado. O que, associado a uma pressão sem limites para garantir números e serviços básicos como o serviço de urgência, contribui para criar um fluxo anormal de médicos para os grandes centros hospitalares e para o sector privado. Muitos médicos não conseguem suportar as exigências excessivas das administrações, que não respeitam a sua dignidade e os seus direitos. Os descansos compensatórios com prejuízo de horário ou o número exagerado de ho-

ras consecutivas de trabalho ou o número excessivo de horas extraordinárias, são apenas alguns exemplos de incumprimentos e imposições do poder tutelar.

Se um dia os médicos tomassem a decisão de apenas cumprir a legislação e os seus deveres como funcionários públicos, o SNS entraria em colapso. E esse dia ainda não aconteceu, porque a ética e deontologia da nossa profissão nos ensinam a colocar os doentes em primeiro lugar. Mesmo correndo o perigo de diminuir a segurança e aumentar o risco. E assumir as respectivas consequências. Uma causa maior, que tem mantido a fachada de um SNS que neste momento está doente e necessita com urgência de ser tratado. E o tempo continua a correr. As pessoas estão cada vez mais insatisfeitas e menos motivadas. E muitas, como têm revelado vários estudos e nomeadamente sobre burnout, sofrem as consequências directas de uma incongruência política que não conhece barreiras nem respeita as pessoas. A falta de organização e planeamento, tantas vezes lembrada, continua a ser a regra. A depressão, a exaustão, o desinteresse, a fuga do sector público para o sector privado, a



emigração, a reforma antecipada, continuam a prevalecer.

Afinal, o que motiva a continuidade do desinvestimento na saúde? O que falta para mudar a política de saúde? Será que o poder político tem consciência da fragilidade da situação? Será que ainda não detectou os pequenos grandes problemas? Será que continua a pensar que o capital humano do SNS é suficiente para garantir a base Constitucional do nosso SNS? Será que continua a achar que tudo se resolve apenas com planeamento e organização? Até quando?

Quando é que se resolve a falta de médicos no Algarve ou na Madeira? Quando é que passam a existir médicos especialistas em radiologia nas urgências polivalentes do norte do país a partir da meia-noite? Quando é que as especialidades cirúrgicas do CHEDV (Feira) podem exercer em pleno a sua actividade cirúrgica? Quando é que o CHTMAD (Vila Real, Chaves e Lamego) passa a dispor dos anestesiológicos necessários para assegurar regularmente os blocos operatórios? Quando é que se resolve o problema dramático do centro de saúde de Fernão de

Magalhães em Coimbra (um caso grave de segurança e saúde pública)? Quando é que se resolvem os graves problemas informáticos na Saúde? Quando é que os médicos têm mais tempo para a relação médico-doente? Quando é que os médicos de família retomam uma lista adequada de utentes que lhes permitam exercer a sua actividade em pleno? Quando é que os médicos passam a ser remunerados de acordo com a elevada responsabilidade que têm na sociedade civil? Quando é que ... a lista é imensa, nacional e sem fim à vista.

A insuficiência de capital humano no SNS e, em muitos casos, as deficientes condições de trabalho são uma realidade incontornável. Uma realidade que limita a qualidade dos cuidados de saúde e condiciona a formação pós-graduada. E afecta a relação médico-doente. Foi por isso com alguma preocupação e surpresa que tive conhecimento através da comunicação social que o recém-criado Grupo de Acompanhamento dos Hospitais vai monitorizar as unidades do SNS e identificar aquelas que têm médicos e enfermeiros a mais, além de outros profissionais de Saúde, de modo a potenciar a sua mobilização para outras unidades de saúde. O mesmo relativamente aos equipamentos.

Se no entender da ACSS existem unidades hospitalares com profissionais de saúde a mais é necessário identificá-los e com carácter de urgência. Existem? Não esquecendo que a prioridade é identificar, solucionar e, no entanto, assumir a total responsabilidade pelo funcionamento das unidades hospitalares que têm profissionais de saúde a menos. Já estamos cansados das lamentações de quem tem o poder de decisão e pouco ou nada faz. Começa a ser o momento de os responsáveis políticos

assumirem os erros em saúde nas unidades hospitalares com insuficiências conhecidas.

A mobilidade parcial dos profissionais de Saúde até poderia ser uma solução parcial transitória em algumas situações pontuais. Mas tal só seria possível se os médicos e os enfermeiros não estivessem a trabalhar em sobrecarga profissional, emocional e afectiva. Todos os estudos universitários sobre as pessoas e condições de trabalho no SNS, realizados nos últimos anos, apontam no mesmo sentido. Um sentido negativo, com consequências nefastas para os profissionais e para os doentes, e cada vez mais evidentes.

Obrigatório seria que os responsáveis políticos fizessem um esforço para entender o que está a acontecer na Saúde. O que leva milhares de médicos e enfermeiros a emigrarem? O que leva outros tantos a optarem pela reforma antecipada? O que leva muitos mais a optarem apenas por trabalhar no sector privado? E então encontrar soluções que estimulem os profissionais de saúde necessários a optarem pelo sector público. Sem devaneios. Com coragem e competência. Assumir de uma vez por todas aquilo que já sabemos. E resolver os problemas, em vez de os empurrar para a frente. E não deixar o tempo passar. A começar pelas zonas mais carenciadas.

Relativamente aos equipamentos, a história é semelhante e merece uma análise detalhada posterior. Caso a caso. A começar pelos "grandes" equipamentos. E pelos milhares de exames auxiliares de diagnóstico realizados, por necessidade, para o sector público fora do SNS. E, tal como no capital humano, fica por agora a questão, onde estão afinal os equipamentos de Saúde a mais no SNS?



mostrEM: exigência e qualidade na formação

Entre os dias 9 e 11 de Maio, decorreu a 6ª edição do mostrEM na SRN. A mostra de especialidades médicas, promovida pelo Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI), tem como principal objectivo ajudar os novos médicos a decidir a especialidade que irão escolher algumas semanas depois. Aos jovens colegas, o presidente do CRN, Miguel Guimarães, lançou o desafio da exigência: na vida e na formação.

Na sessão de abertura do evento, Francisco Mourão - dirigente do Conselho Nacional do Médico Interno - deu as boas-vindas aos novos colegas e fez questão de lhes abrir as portas da Ordem: “este é um espaço que é vosso, é de todos nós”, afirmou. O jovem médico alertou para as dificuldades inerentes à escolha da especialidade, entre aquilo que são “os cunhos pessoais e as perspectivas futuras” de cada um dos presentes e “aquela que é a realidade do nosso país”, num ano que, à semelhança do anterior, fica marcado pelo número insuficiente de vagas para a totalidade dos candidatos.

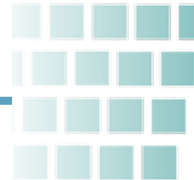
Após a resumida apresentação do representante do CNMI no evento, Miguel Guimarães alertou para a necessidade de haver internatos médicos em todas as zonas do país e, não só, em hospitais centrais ou de grandes cidades, expressando a importância dos mesmos não só para a população, mas também para as próprias regiões. Na perspectiva do presidente do Conselho



Regional do Norte (CRN) “o nosso Serviço Nacional de Saúde só é o que é graças aos jovens médicos”, o que lhes coloca a responsabilidade de “exigir qualidade na sua formação”. O dirigente recordou o esforço que a Ordem dos Médicos tem feito, anos após ano, para maximizar o número de capacidades formativas, afirmando que “este ano foi possível disponibilizar um dos maiores mapas de vagas de sempre”

O processo de escolha da especialidade é fundamental e, por isso, há um trabalho cada vez maior entre a Ordem dos Médicos, os Colégios de Especialidade, o CNMI e os centros hospitalares para que,

com rigor e transparência, seja possível encontrar soluções para a colocação do maior número possível de candidatos: “a especialidade é fundamental, nos dias de hoje, para exercer medicina de qualidade”, reiterou. Para terminar, o presidente do CRN lançou, aos jovens médicos, um desafio que tem sido hábito nas suas intervenções: o apelo à intervenção cívica e social dos médicos, além do próprio exercício profissional. Miguel Guimarães destacou, a este propósito, a importância dos colegas participarem “nas actividades da Ordem, nos sindicatos e nas associações”.



Futuro da ADSE esteve em debate na SRN

“ADSE, para onde vai?” foi o título de um debate realizado na SRN a 28 de Junho, promovido pela APEGSaúde em colaboração com a SRNOM, e que reuniu vários especialistas à volta daquele subsistema. A sustentabilidade e a possível mutualização da ADSE foram as questões que marcaram a discussão.

Hospitais, sindicatos e seguradoras reuniram-se, no Centro de Cultura e Congressos da SRNOM, para um debate que questionou a viabilidade futura da ADSE. O subsistema - cuja recente Comissão de Reforma se mostrou favorável a uma mutualização progressiva - tem mais de um milhão de beneficiários, uma contribuição fixa de 3,5% e um resultado operacional positivo nos últimos anos. Mesmo assim, “pode ser insustentável” a curto prazo, como defendeu Álvaro Almeida, um dos convidados nesta iniciativa. De acordo com o especialista em Economia da Saúde, se as condições actuais se mantiverem, o sistema deixará de se autofinanciar: “a tecnologia e o envelhecimento da população irão aumentar gravemente a despesa e a base de fundo aumentará menos. Se não houver controlo no aumento da despesa não

haverá sustentabilidade”.

Do lado da Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Funções Públicas e Sociais, Ana Avoila deixou algumas notas que considera essenciais para esta equação: “há um conselho consultivo [do subsistema] que não funciona. O alargamento geral com o objectivo de criar uma mútua vai prejudicar o financiamento”, afirmou.

Miguel Paiva, administrador do CH Entre Douro e Vouga, lançou o repto para que todos pensem no papel da ADSE, reforçando que os beneficiários procuram neste sistema “cuidados de saúde mais rápidos e que sejam eficazes”. Para o médico, a discussão está muito centrada nos gastos dos contribuintes e pouco nos “gastos reais da ADSE” e “fazer racionamento de oferta de cuidados de saúde em Portugal é um sacrilégio mas é fun-

damental para garantir a sustentabilidade”, defendeu.

A presidente do Sindicato dos Quadros Técnicos do Estado, Maria Helena Rodrigues, vê na ADSE um sistema “vantajoso para a economia”, que “ajuda o sector privado” e também o SNS, ao “retirar-lhe pressão”. De resto, a convidada assumiu não conceber a extinção da ADSE perante um cenário de transferência para o serviço público: “se acabarmos com a ADSE, como é que teremos espaço no nosso SNS para mais um milhão de doentes?”. Com vasta experiência na área das seguradoras, José Pina, administrador da Future HealthCare, concordou com uma possível mutualização, mas “nunca uma privatização”, assumindo que a situação só é solucionável se o sistema “não pagar tudo a todos”.

Numa intervenção final, o presidente do CRN defendeu a necessidade de ouvir todas as partes envolvidas na ADSE, e em especial analisar, no momento actual, o interesse dos profissionais de saúde em se manterem como beneficiários de um seguro que mimetiza o SNS, ao qual já têm um acesso privilegiado.”





Reflexão sobre a segurança no circuito do medicamento

A SRN acolheu, no passado dia 24 de Maio, uma iniciativa conjunta da Associação Portuguesa de Engenharia e Gestão da Saúde (APEGSaúde) e da SRNOM que colocou os hospitais da região Norte a discutir a segurança do circuito do medicamento. O evento contou também com uma palestra de Leonor Furtado que qualificou e quantificou as más práticas detectadas pela IGAS nesta matéria.

Foi a nota de maior destaque na intervenção com que a Inspectora-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) iniciou o debate sobre a segurança no circuito do medicamento: “10 a 25% da despesa com medicamentos é desperdiçada em más práticas”. Leonor Furtado reportou-se à auditoria iniciada em 2014 pela IGAS, cujas conclusões apontaram para a existência de “muitas fragilidades ao nível do armazenamento e a distribuição” de fármacos no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Na introdução ao debate que marcou este *Top & Fast Meeting: Fluxo Seguro no Medicamento*, a Inspectora-Geral concretizou algumas das más-práticas recorrentes no sistema. Por exemplo, os ‘empréstimos’ que as entidades fazem às farmacêuticas e que “fogem ao processo de aquisição normal”, a existência de “medicamentos fora

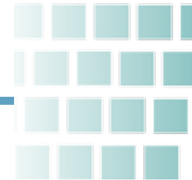


de prazo”, a facilidade de acesso dos distribuidores à área de armazenamento dos hospitais ou a dispensa de medicamentos “sem suporte legal”. “Isto representa muitos milhões no SNS”, reforçou a responsável.

Leonor Furtado também identificou algumas das boas práticas



que vão fazendo o seu caminho, como as compras agregadas, os períodos máximos de prescrição ou regime de trocas e devoluções na distribuição. Certo para a Inspectora é que estas atitudes não surgem de forma concertada: “os hospitais têm andado muito isolados a resolver os seus problemas”.



Pontos críticos nos hospitais

As fragilidades “comuns” - nas palavras da IGAS - foram comprovadas com os relatos obtidos no primeiro painel deste evento da APEGSaúde. Intitulado ‘Fluxos Seguros - Pontos Críticos. Quais? Que risco?’, o debate, moderado por António Oliveira e Silva, presidente do Conselho de Administração de CH São João, reuniu a maioria dos hospitais da região Norte, desafiando-os a identificar três pontos críticos na gestão do circuito. Genericamente, as situações apresentadas prenderam-se com a incomunicabilidade dos sistemas informáticos ao nível da prescrição, as rupturas na distribuição e a gestão de *stocks*, a notificação de erros, a troca e a rastreabilidade na dispensa dos medicamentos.

No segundo painel, intitulado ‘Fluxos Seguros - Como conseguir? - Experiências e Soluções’, o director de farmácia do Hospital Garcia de Orta, Armando Alcobia, apresentou uma solução inovadora que a sua unidade desenvolveu para dupla verificação dos medicamentos manipulados no hospital. Finalmente, a farmacêutica Patrícia Matos expôs as vantagens da plataforma digital “*Simposium Hospitalar*”, que agrega conteúdos e informação relevante para os profissionais que intervêm na prescrição e dispensa de medicamentos.

Desmaterialização: pau de dois bicos

O presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos foi um dos convidados a fazer, no final deste encontro, um comentário geral às intervenções realizadas nos dois debates. Miguel Guimarães começou por




elogiar as inovações que, nos últimos anos, foram introduzidas no circuito do medicamento, com particular enfoque na prescrição electrónica e, mais recentemente, na desmaterialização da receita médica. Apesar de considerar a medida globalmente “positiva”, o dirigente não deixou de anotar “distúrbios” graves que a mesma está a produzir na actividade médica. Sobretudo na gestão do processo informático da prescrição, o processo obriga a demasiados passos que consomem tempo e paciência: “o procedimento tem falhas frequentes inaceitáveis e nesta medida estamos a diminuir o tempo da consulta”. Nesse sentido, Miguel Guimarães entende ser “necessário um tempo de adaptação” sempre que novas aplicações sejam introduzidas no sistema.

Neste comentário final, o dirigente concordou com o facto de ainda existirem muitos erros no processo da prescrição electrónica. No entanto, acrescentou, há várias formas de minimizar essa situação: “sistemas informáticos mais eficazes e melhor comunicação dentro do sistema são essenciais para melhorar toda a área do circuito do medicamento”. Para reduzir este peso, Miguel Guimarães apontou também para a necessidade de

“envolver mais as pessoas”, dado que “podem chamar a atenção para situações disfuncionais”, indicando ainda que o investimento nos equipamentos informáticos e memória e a “simplificação dos registos electrónicos” são outras formas de tornar mais seguro o circuito do medicamento. Finalmente, o presidente do CRNOM lamentou que não haja uma cultura de reporte do erro: “se não notificarmos os erros e as disfunções do sistema não conseguimos corrigi-los”.

Antes de Miguel Guimarães, foi a vez do ex-bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, Carlos Maurício Barbosa, fazer um sublinhado mais genérico sobre estas situações. O professor da Universidade do Porto considerou “inaceitável” o facto de alguns hospitais não terem “os equipamentos elementares” nas suas farmácias, estando estas, em muitos casos, instaladas em “pré-fabricados” sem quaisquer condições de segurança. Maurício Barbosa considerou que, apesar dos profissionais “quererem que o circuito dos medicamentos seja seguro”, “não se tem sabido criar condições para garantir essa segurança”. “Temos de ir mais longe”, concluiu o ex-bastonário.



Tesoureira do CRS faz balanço positivo da relação com as distritais

A tesoureira do Conselho Regional do Sul faz um balanço positivo de uma nova relação com as direcções e os serviços distritais e sublinha as medidas que visaram facilitar o trabalho dos dirigentes e dos funcionários, sem descurar novas práticas de gestão rigorosas que se traduziram numa maior eficiência. Em entrevista, Graciela Simões aborda as melhorias e o que há ainda para fazer neste domínio.

Numa altura em que já se justifica um balanço, que medidas foram tomadas para melhorar o funcionamento nos Distritos Médicos?

Graciela Simões – Pela primeira vez foi solicitado um orçamento e dado todo o apoio para organizar esse orçamento. Até à data em que se iniciou o mandato deste Conselho Regional isso nunca tinha acontecido.

Isto permitiu que os colegas, nas distritais, tivessem conhecimento dos seus próprios gastos, pudessem fazer a gestão dos dinheiros recebidos e também tivessem uma certa independência perante os órgãos centrais. Para que este novo procedimento funcionasse bem, as direcções distritais tiveram sempre ao seu dispor

um técnico da nossa contabilidade para apoiar a preparação destes orçamentos. Além disso, foram também promovidas reuniões periódicas com todos os dirigentes distritais que permitiram discutir e ter conhecimento e acompanhar com proximidade os problemas e resolver alguns deles.

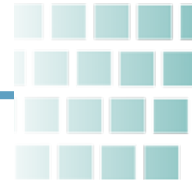
As distritais de Lisboa Cidade e Grande Lisboa têm uma situação especial, como foi resolvida essa diferença?

GS – São duas distritais que possuem orçamentos reduzidos, pelo facto de não terem instalações próprias. No entanto, fizemos uma promessa na nossa candidatura, cujo processo está praticamente concluído, faltando

pouco para que cada uma destas distritais tenha um espaço próprio onde possam trabalhar e estar, tal como qualquer outra distrital da região sul. Essa situação está em vias de resolução com a aquisição e a remodelação de um edifício que visa, entre outras necessidades, criar condições de trabalho para que estas distritais possam reunir-se e trabalhar nos seus problemas em pé de igualdade com as outras congéneres.

A falta desse espaço impediu o funcionamento destas distritais?

GS – Como não tinham este espaço próprio, inicialmente convidámos os presidentes para estarem presentes em reuniões do Conselho Regional do Sul. Ainda



marcaram presença em algumas reuniões, mas isso não se tornou uma prática regular por indisponibilidade deles. Portanto, houve algum afastamento que não foi criado pelo CRS. Provavelmente, se tivessem o seu espaço próprio, a situação ter-se-ia repetido. Mas esta situação é um ponto de honra que vamos manter, dando resposta àquilo que prometemos em campanha eleitoral. Com as instalações novas vão ter um espaço próprio.

Voltando atrás, estas reuniões com as distritais e este novo modelo de orçamentos teve bons resultados?

GS – Sim, teve resultados bastante bons. Primeiro, ajudou a que as pessoas que trabalhavam com estas áreas percebessem melhor o que estavam a fazer, quanto gastavam, onde é que gastavam e levou a alguns ganhos de gestão e no orçamento. Houve, inclusive, distritais que reduziram os seus gastos e outras, que embora não tenham reduzido, justificaram de forma cabal a razão por que o gastavam. Até haver este novo procedimento, apenas se limitavam a dizer de quanto precisavam e quanto gastavam. As despesas não eram analisadas, com as distritais, mas apenas efetuadas.

Mas esta nova prática traduziu-se noutras vantagens. Por exemplo, percebemos situações em que ainda não temos dado resposta cabal, como por exemplo, a alguns problemas relacionados com situações jurídicas. Os casos são muitos e por vezes a resposta não é tão atempada quanto nós gostaríamos que fosse. Mas exatamente por termos desenvolvido esta proximidade é que tivemos conhecimento destas situações e vamos ver se as resol-

vemos no mais curto espaço de tempo.

Significa isto então que melhorou muito o funcionamento das distritais?

GS – Exatamente. Mas isso também está relacionado com a formação profissional dos funcionários, que foi sempre uma das nossas preocupações. Tiveram formação formal e informal para criar competências para a gestão destes orçamentos. Mas também foi feito um levantamento das necessidades, para que as ações de formação correspondessem às necessidades que foram espelhadas pelas próprias distritais.

No que se refere ao pessoal das distritais, é justo destacar também que foi feita uma normalização dos vencimentos, com a adequação das funções à categoria profissional, que não existia. Havia trabalhadoras que estavam a desempenhar as mesmas funções e a ganhar valores diferentes e fizemos um reajustamento, tanto em vencimentos como nas categorias, de acordo com as funções desempenhadas.

Recorde-se também que fizemos em 2015, pela primeira vez, a nossa festa de Natal para todos os funcionários, não excluindo os que trabalham nos Distritos Médicos. Assim faremos sempre, procurando que o funcionamento e as regalias e os deveres sejam iguais para todos.

Que retorno tem o Conselho Regional destas medidas? O que dizem os dirigentes locais das distritais sobre elas?

GS – Podemos dizer que no âmbito geral o feedback é positivo, embora exista ainda algum descontentamento, se calhar não tanto por má intenção, mas por desconhecimento de algumas

realidades. Dou o exemplo dos sistemas informáticos, procuramos dar respostas mais de acordo com as necessidades, mas às vezes temos de nos remeter a orçamentos e nem sempre se pode dar respostas tão céleres ou tão pormenorizadas quanto se desejaria porque temos um orçamento para cumprir e temos regras que fazemos questão de manter.

Para além destas questões mais técnicas que outros aspetos foram tomados em conta na relação com as distritais?

GS – Por exemplo, apoiámos e até coordenamos em conjunto iniciativas e eventos. Dou o exemplo do congresso na Madeira, os cursos de fotografia. Apoiámos todos os eventos que sejam propostos pelas distritais desde que as distritais os justifiquem e se considere que são uma mais valia e uma resposta ao sentir dos responsáveis e colegas das distritais.

Que projetos tem ainda o Conselho Regional para melhorar o funcionamento e a relação com as distritais?

GS – Temos ainda medidas para tomar e objetivos para cumprir. Desde a melhoria do acesso informático para procedimentos administrativos e sobretudo procurar simplificar e facilitar o processo de emissão de documentos solicitados a partir dos serviços distritais. Vamos estabelecer também uma linha de comunicação exclusiva entre os serviços centrais e as distritais.



Do Liceu ao exílio e ao regresso

Jaime Teixeira Mendes é agora presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, Teresa Tito de Morais dirige o Conselho Português para os Refugiados. Desde muito novos que foram perseguidos pela PIDE, acabando por se exilarem na Suíça. A revista Sábado conta a história de 50 anos de amor e luta.

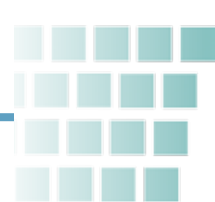
«Teresa Tito de Morais preparava-se para fugir de Portugal e juntar-se ao futuro marido, Jaime Mendes, quando, já sentada dentro do avião, ouviu chamar o seu nome.» Começa assim uma extensa reportagem da revista Sábado, de 7 de Julho, sobre a história de Jaime Teixeira Mendes, agora presidente do Conselho Regional do Sul, e da sua mulher Teresa Tito de Morais, fundadora do Conselho Português para os Refugiados (CPR), que a autora do texto, Ana Catarina André, designa como “a história de uma relação entre activistas”. Jaime estava clandestinamente a caminho da Suíça quando Teresa tentou sair de Lisboa, mas foi presa pela PIDE em pleno avião e levada primeiro para as instalações da polícia política e mais tarde para o forte de Caxias. Muito jovens ambos, tinham já um passado de luta política nos liceus e preparavam-se para o resto das

suas vidas em comum, primeiro na Suíça e depois finalmente em Portugal, onde entraram pelas portas que Abril abriu, em 1974. A autora do texto, com o título «Teresa e Jaime: 50 anos de amor e luta» descreve assim os primeiros tempos da relação: «Teresa e Jaime conheceram-se no início da década de 1960. Ela estudava no Liceu D. Filipa de Lencastre, ele no Liceu Francês. “Estávamos ambos envolvidos na luta estudantil e isso aproximou-nos”, recorda a fundadora do CPR. A 4 de Fevereiro de 1961, depois de Teresa ter comentado várias vezes com as amigas que “ele nunca mais a pedia em namoro”, deram o primeiro beijo. “A nossa relação teve um crescimento gradual que veio sempre da partilha de objectivos de vida comuns”, diz Teresa. Estiveram ambos ligados à Pró-Associação dos Liceus, que contestava o regime de Salazar e

defendia o associativismo. Jaime explica: “Fui presidente da organização durante um ano e dirigi a mesa que, em Outubro de 1961, elegeu a nova direcção. A lista encabeçada pela Teresa ganhou com uma votação esmagadora”.» A partir destes tempos, Jaime Mendes e Teresa Tito de Morais avançam em poucos anos para uma vida em comum de meio século, que começa quando ambos estão já na Suíça e se casam no exílio, em 1965, «unidos pelos mesmos ideais: liberdade, justiça e luta pelo bem comum», como refere a autora do texto.

Exílio durou quase década

Na altura em que Teresa foi presa pela PIDE, Jaime saía de Portugal clandestinamente. A peça da Sábado aborda a fuga contada na primeira pessoa por Jaime



Mendes, quando tentava passar a fronteira na zona de Figueira de Castelo Rodrigo, a norte da Guarda: “Fiquei escondido mais de uma semana, porque um grupo de minhotos, que também ia fugir, fez um arraial com dança e música e chamou a atenção do chefe da PIDE de Vilar Formoso. Apesar de ele estar comprado pela resistência, pediu-nos para esperar”.

Jaime acabaria por ter ordem para continuar em Pinhel e conta-o assim: “No fim da missa o chefe da PIDE apareceu de braço dado com um dos responsáveis pelos passadores. Soube que estava na hora de deixar Portugal”. Nessa altura tinha um carro à espera do lado espanhol e recorda-se de um episódio marcante: “Achei que talvez não voltasse e que nunca mais veria a família e os amigos. Nesse momento, o motorista deu-me esperança: ‘Só as montanhas é que nunca se encontram, disse ele”.

O exílio de Jaime começa aí e o de Teresa pouco tempo depois, em 1965, e vai durar até 1974.

A autora da reportagem descreve o início do exílio assim: «O primeiro grande reencontro deu-se três meses depois. Jaime e Teresa voltaram a juntar-se na Suíça. “Dessa vez a PIDE deixou-me sair do País de avião. Foi um momento emotivo, quando nos vimos de novo”, diz Teresa. Dias depois celebraram o casamento civil em Lausanne, a 60 km de Genebra, cidade onde Jaime prosseguia os estudos de Medicina. “De Portugal vieram os pais dele e a minha mãe. A minha sogra levou-me um vestido”, diz ela. E constata: “Há traços na nossa vida mais tradicionais, como este de usar roupa cuidada num dia especial”.»

Na reportagem aborda-se então

a vida na Suíça e a forma como o casal aí vivia e abrandava nas práticas contestatárias que levava até essa altura: «O ímpeto revolucionário de ambos amai-nou quando chegaram à Suíça. “É muito burguesa”, brinca Jaime. E Teresa acrescenta: “Com o nascimento dos filhos (um rapaz e uma rapariga, hoje com 49 e 47 anos), passei a ter menos tempo, até porque estava a fazer um curso de técnica de laboratório”. Jaime, porém, continuou envolvido na resistência. “No primeiro encontro de estudantes em Varsóvia, a Teresa não foi porque estava grávida”, diz o médico. E lembra: “Recebia propaganda da Argélia contra a ditadura. Uma vez enviaram-me mais de 1.500 panfletos”.

O 25 de Abril visto de Lausanne

A autora do texto relata também como o casal recebeu as notícias da revolução:

«O 25 de Abril de 1974 apanhou-os de surpresa. Jaime acabara de chegar ao hospital onde trabalhava, quando um colega que ouvira as notícias logo de manhã lhe perguntou o que se passava em Portugal. “Telefonei logo à Teresa e disse-lhe: Ouve rádio, aconteceu qualquer coisa”. Entusiasmada, a fundadora do CPR ligou ao pai, Manuel Tito de Morais, um dos opositores ao Salazarismo, mais tarde presidente da Assembleia da República. “Não se sabia bem se era um movimento de esquerda ou de direita, mas o meu pai disse-me que estava a preparar o regresso a Lisboa. Ele viajaria de Paris com Mário Soares. Perguntei-lhe se era seguro. Disse-me não sabia”.

Teresa e Jaime não voltaram logo. “Fui operada à vesícula e o Jaime não me deixou sozinha, apesar dos inúmeros convites para regressar antes do 1º de Maio”.»

12 carros à espera na fronteira

A história comum de Jaime e Teresa prolonga-se ainda muito para cá do 25 de Abril. A reportagem segue as actividades do médico e activista político e da dirigente dedicada à causa dos refugiados. Vale a pena, contudo, citar o trecho em que o casal regressa a Portugal do exílio:

«O casal só viajaria em Agosto. “ Vieram uns 12 carros de Lisboa, com amigos e familiares, para nos receber em Elvas. Ficámos impressionadíssimos quando passámos a Ponte 25 de Abril – estava em construção quando saímos do País. Connosco havia pessoas com bandeiras de três partidos: Partido Comunista, Partido Socialista e Partido Popular Democrático (PPD). Era um espírito de união. Foi assim que entrámos em Lisboa”, recorda Teresa.»

A partir daí Jaime Mendes envolve-se nas Campanhas de Dinamização e Acção Cívica do movimento das Forças Armadas e Teresa Tito de Morais entra para o ACNUR em 1977, de onde sai em 1989 para criar o Conselho Português para os Refugiados.

Jaime Mendes faz depois a sua formação como cirurgião pediátrico e reforma-se do Hospital de Santa Maria. Em Dezembro de 2013, a lista que liderou ganha as eleições para o Conselho Regional do Sul e toma posse como presidente deste órgão em Janeiro de 2014.

Presidente do Conselho Regional do Sul envia recado a Adalberto Campos Fernandes "Sr. Ministro, mude as pessoas que andam sempre nos corredores do Ministério"



Jaime Teixeira Mendes enviou, no Algarve, um "recado" ao ministro da Saúde: "Mude aquelas pessoas que andam sempre nos corredores do Ministério!". O dirigente da Ordem, que participou num debate sobre a Saúde no âmbito das comemorações dos 40 anos da Constituição da República apontou essa circunstância como um dos males das políticas de saúde e referiu que não se recorda, desde que entrou nos hospitais, que essas pessoas mudem.

O presidente do Conselho Regional do Sul (CRS) foi um dos oradores da conferência «O Direito à Saúde como parte do Estado Social», uma iniciativa baseada nas comemorações dos 40 anos da Constituição da República Portuguesa que se realizou, no Anfiteatro da Escola Superior de Ciências da Saúde de Faro, no dia 24 de Junho. Jaime Teixeira Mendes abordou o tema «Actualidade e Futuro do SNS».

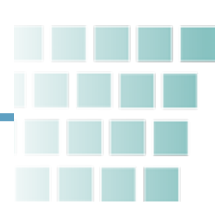
"Desde que eu vim para Portugal e entrei nos hospitais, em 1977, verifiquei que aqueles que andam nos corredores do Ministério são

sempre os mesmos, pelo menos na área da pediatria e da cirurgia pediátrica que é aquela a que eu pertença". Jaime Teixeira Mendes terminou assim a sua intervenção, criticando o grupo de consultores que normalmente cerca o ministro da Saúde e que não tem trazido nada de bom à política de saúde.

O presidente do CRS defendeu, nesse contexto, a necessidade premente de passar à prática a máxima de que "o doente deve estar no centro dos cuidados", o que exige "urgentemente que se volte a uma medicina holística e

mais humanizada".

Na mesa desta conferência participaram também Fausto Mendonça, o delegado regional da Cruz Vermelha, que abordou o tema «O cidadão face à prestação de cuidados de saúde no nosso país»; Constantino Sakellarides, que falou sobre o Serviço Nacional de Saúde; e Mário Jorge, da FNAM, cuja intervenção teve o tema «Ganhos em Saúde resultantes do SNS». O moderador foi Fernando Esteves Franco, médico e ex-presidente do Conselho de Administração do hospital de Faro.



Na sua intervenção, Jaime Teixeira Mendes começou por recordar duas grandes figuras dos nossos tempos, que considerou insuspeitas de serem “esquerdistas ou extremistas” e que defendem valores que estão na base da criação do Serviço Nacional de Saúde.

O presidente do Conselho Regional do Sul referia-se, em primeiro lugar, à ex-Presidente da Confederação Helvética, Ruth Dreifuss, que no prefácio do livro «Dialogues sur la médecine de demain» escreveu: “Um sistema de saúde cuja ambição é de permitir a todos o acesso aos melhores cuidados de saúde deve ser financiado, e suficientemente financiado, pelo Estado ou por um sistema de seguros de saúde organizado pelo Estado. O mercado não está apto a garantir um equilíbrio de oferta e de procura de oferta médica, porque ele produz quer a exclusão, quer o sobre consumo, ou ainda, como mostra o exemplo dos Estados Unidos, as duas coisas.”

Jaime Mendes advertiu, neste contexto: “É que há muita gente que pensa que os seguros de saúde são a solução e é toda essa ideia que se foi formando a pouco e pouco e que começou por alguns arautos do neoliberalismo em Portugal, entre eles Pulido Valente que dizia que a saúde tem de se pagar. Ruth Dreifuss diz exactamente o contrário, é que se um país quer que todos os seus cidadãos tenham acesso aos cuidados de saúde, isso tem de ser suficientemente financiado pelo Estado ou pelo sistema de seguros de saúde organizados pelo Estado. O Estado acaba, nestes países, por gastar muito mais dinheiro do que Portugal com o SNS.”

O dirigente recordou também a inscrição que ostenta a entrada do edifício da Fundação Bill e Melinda Gates em Nova Iorque: “Todas as vidas têm um valor igual”. Jaime

Mendes referiu que o princípio merece destaque num país onde, no sector da Saúde, “nunca se conseguiu sequer criar um sistema – que tanto a Hillary Clinton como Obama querem –, sempre com oposição tremenda de toda a elite reaccionária republicana”.

O presidente do Conselho Regional do Sul sublinhou então que foi “com ideias semelhantes a estas e com os grupos socialistas e comunistas da Assembleia da República que se conseguiu criar o SNS universal, geral e gratuito”.

Mas depois de um período de anos de consolidação muito mudou na forma como se olha o SNS, considerou Jaime Mendes: “Hoje em dia, verdade seja dita, parece que só há duas pessoas que são contra o SNS, o Dr. Gentil Martins que se mantém sempre constante nos 40 anos que vão passando, e o Dr. Artur Osório, do Porto. Mas ao longo do tempo, este SNS foi sendo atacado. Foram inúmeros os despachos e as leis que, de certa forma, acabaram numa certa destruição da ideia do que era o SNS. Recordemos a introdução das taxas moderadoras, que no fundo são um disfarce de co-pagamento. Mais recentemente até lemos nos jornais que a maioria dos utentes não pagam as taxas, que agora vão começar a ser pagas no próprio acto médico.”

O presidente do CRS apontou alguns dos erros que ao longo dos anos resultaram em perdas para o SNS, das quais destacou a “cada vez maior a desigualdade de acesso dos cidadãos e a própria desclassificação do SNS na lista da OCDE” e “a destruição das carreiras médicas que se sente em todas as visitas aos centros de saúde e hospitais”.

Há contudo situações que poderiam ser revertidas com facilidade e com ganhos imediatos. Jaime Teixeira Mendes aludiu ao trabalho

nos serviços de urgência, “onde se encontram colegas que não se conhecem de parte alguma e que são contratados por empresas prestadoras de serviços, muitos deles ganhando quase o dobro do que é pago ao médico do hospital ou centro de saúde e que não têm respeito hierárquico pelo chefe de serviço”.

O dirigente manifestou também o seu apoio a uma medida prometida recentemente pelo ministro da Saúde, a de passar a haver novamente concursos para directores de serviço, a que juntou a posição do Conselho Regional do Sul, que “tem pugnado por voltar à eleição dos directores clínicos e reverter os hospitais PPP”, o que, admite, “já está no programa deste governo, que pelo menos promete não construir mais hospitais em parceria público-privado”.

Finalmente, Jaime Teixeira Mendes aponta um dos males maiores do Serviço Nacional de Saúde, que é a “falta de articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares”, um assunto que promete lançar para debate, tal como a recente medida do ministro sobre a livre escolha de hospital, o que considerou “uma coisa perfeitamente demagógica e “thatcheriana”, talvez para satisfazer algumas pressões”.

Globalmente, Jaime Teixeira Mendes criticou o que costuma ser designado como “medidas de gestão moderna”, que não foram mais do que “a introdução de um modelo Taylor, o taylorismo, que durante os inícios do século XX foi instituído na produção em massa, na indústria, e que de repente é metida nos hospitais sem qualquer tipo de explicação, sem sequer se tentar que os profissionais de saúde compreendessem o que é que ia suceder”.



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

Perguntas incómodas ao Ministério da Saúde

Porque continua o Ministério da Saúde a permitir (e obrigar) que as instituições recorram às empresas de subcontratação de profissionais em vez de abrir concursos para a contratação transparente e direta dos médicos?

Porque se continua a privilegiar um sistema que, em nada favorece a qualidade dos cuidados de saúde, ao arrepio do desenvolvimento das carreiras médicas e com grave prejuízo na constituição das equipas médicas?

Porque se aposta num sistema de recursos humanos mais caro para o erário público, privilegiando o negócio e a proliferação de empresas intermediárias que, em muitos casos, nada percebem do setor da saúde?

Porque se mantêm algumas empresas apesar de incumpridoras que, frequentemente, nem a uma escala de médicos conseguem dar resposta adequada?

Porque não se devolve aos hospitais, aos centros de saúde, aos conselhos de administração, aos serviços a sua capacidade plena de recrutar os seus profissionais através de concursos sérios, transparentes e justos?

Será que faz sentido para alguém, um médico não ter de responder perante um diretor clínico ou um diretor de serviço mas sim perante um qualquer funcionário de uma empresa?

Haja razoabilidade e bom-senso! São perguntas que todos colocam. Médicos, administradores, diretores clínicos e até dirigentes do Ministério da Saúde.

São legítimas e mereciam uma maior atenção por parte do Ministério da Saúde, da Administração Central do Sistema de Saúde, das Administrações Regionais de Saúde, dos Conselhos de Administração. O Ministério da Saúde e seus organismos dependentes compactuam, irresponsavelmente, com o silêncio e a inanição. Todos estes organismos têm criticado este sistema de

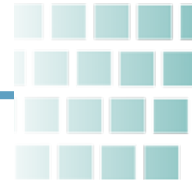
contratação de médicos mas, de forma cúmplice e passiva, continuam a compactuar com ele.

Estas perguntas já foram colocadas há cinco anos - o problema não começou agora - e, apesar da mudança de dirigentes, o Ministério da Saúde continua sem resposta, sem soluções e sem nenhuma ação concreta.

Este foi o motivo de uma das maiores contestações de sempre, colocando milhares de médicos em greve em Julho de 2012. Passou muito tempo. Mas nada mudou, bem pelo contrário.

As empresas intermediárias de subcontratação de médicos vieram para ficar e, silenciosamente, substituir a contratação direta de médicos e o desenvolvimento das carreiras médicas. Esta é a verdadeira questão. O preço mais baixo apresentado por uma empresa vencedora substitui a valorização profissional que só carreiras médicas bem estruturadas e organizadas poderiam conferir.

As empresas de subcontratação podem fazer sentido quando o hospital ou o centro de saúde não é capaz de suprir as suas



necessidades na contratação de recursos humanos. Nesse caso, as empresas podem e devem dar a resposta adequada. Mas essa responsabilidade deve ser dada, em primeira mão, a quem deseja contratar já que os hospitais e centros de saúde são os mais habilitados para poderem fazer essa escolha. Não conheço nenhuma empresa que se obri-gue a prescindir da escolha dos seus quadros mais diferenciados e ofereça essa responsabilidade a uma empresa privada cujos conhecimentos da área são frequentemente inexistentes e cujo objetivo principal é, exclusivamente, o lucro.

A exigência em qualidade, colocada a essas empresas, é praticamente nula. O próprio sistema não está desenhado para incentivar a qualidade da organização dessas empresas e a vocação para a área da saúde.

São às centenas os exemplos de escalas por preencher e “furos” que aparecem na véspera ou no próprio dia. O mais espantoso e curioso é que essas empresas continuam a fazer negócio com o Estado como se nada fosse, em total impunidade.

Nenhuma das queixas encaminhadas pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos teve, até hoje, qualquer consequência.

Em vez de ser consolidada uma carreira médica que já provou ser uma mais-valia importante para a sustentabilidade do sistema de saúde e para a qualidade dos cuidados de saúde, está a ser criada uma “carreira” alternativa que não tem por base nem o mérito, nem a experiência nem a qualidade mas, fundamentalmente, o preço mais baixo.

Não é a única forma, mas também é assim que se vai desagregando uma carreira.

Recentemente, o Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra não foi contemplado pela Administração Central do Sistema de Saúde, com qualquer vaga para jovens especialistas, apesar das evidentes carências.

Mas, simultaneamente, estão a ser consultadas várias empresas para colocação de Anestésistas à hora...

Mas afinal, quem está a tentar enganar o Ministério da Saúde? Será só incompetência?

É que, mantendo este sistema insustentável, não haverá orçamento para a saúde que aguarde, não haverá qualidade na prestação dos cuidados de saúde. Mas, infelizmente, haverá sempre fogo de artifício para fingir que tudo está a melhorar.

SRCOM e CHUC assinam Carta de Intenções no âmbito do Projeto “Saúde e Bem-Estar dos Profissionais de Saúde”

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, e o presidente do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), José Martins Nunes, assinaram uma Carta de Intenções no âmbito do projeto “Saúde e Bem-Estar dos Profissionais de Saúde”.

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, através do seu Gabinete de Apoio ao Médico, em parceria com o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, através do seu Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico (CPTTP), têm vindo a sensibilizar/estimular os profissionais de saúde e as suas instituições, no sentido de promoverem um maior investimento a prevenção da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (VCPSNLT) e de outros factores de risco psicossocial associados ao contexto laboral, a par com a criação/implementação de respostas promotoras da saúde e bem-estar dos profissionais de saúde (Projeto piloto: “Saúde e Bem-Estar dos Profissionais de Saúde”).

O CPTTP está integrado no Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. Este centro inclui, entre outras respostas às violências, o Gabinete de Prevenção do Assédio Moral/Sexual. O médico psiquiatra João Redondo (coordenador do Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico do CRI de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUC e membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos) também assistiu à cerimónia que incluiu a assinatura de protocolos entre o CHUC e instituições hospitalares da região Centro, Algarve e Região Autónoma da Madeira, e na qual marcou presença o atual ministro da Saúde, Adalberto Campo Fernandes.



Apresentação do estudo *burnout* nos médicos da Região Centro

Estudo inédito em Portugal da SRCOM revela que: **Exaustão afeta 40.5% médicos na Região Centro**

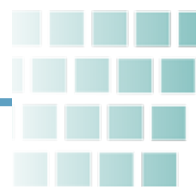
Um estudo da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) revela que a exaustão emocional afeta 40.5% dos médicos da região Centro. Este estudo, que pretendeu apurar os níveis de exaustão, de despersonalização e de não realização profissional (as três dimensões de Burnout) - e cujos resultados foram apresentados, em detalhe, a 14 de julho, na Sala Miguel Torga - é um trabalho inédito em Portugal, no qual ficaram registados 2330 profissionais, o que representa 29 % do número total de inscritos na SRCOM (8042 médicos). Dos 2330 profissionais, 1577 têm as respostas validadas, o que representa 20 % do total de inscritos. Da amostra dos 1577 médicos, 63.2% (996) são mulheres e 36.8% (581) são homens. A preocupação com o bem-estar dos seus associados e dos doentes levou a SRCOM

a procurar conhecer a realidade da incidência do Burnout nos médicos da Região Centro. Isso mesmo referiu Carlos Cortes, presidente da SRCOM, aquando da apresentação, seguida de debate.

O projeto "Saúde e Bem-estar dos profissionais de Saúde" envolve três áreas importantes: a prevenção do Burnout, a prevenção da violência contra os profissionais de Saúde em contexto laboral e a criação de um gabinete de mediação de conflitos na Ordem dos Médicos. "Se os médicos estiverem bem, conseguem prestar cuidados de saúde de qualidade", aludiu Carlos Cortes, acrescentando o envolvimento neste trabalho de outras organizações profissionais. Aliás, nesta sessão marcaram presença o presidente do Conselho Diretivo Regional da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, Ricar-

do Correia de Matos, e o presidente do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, Rui Gonçalves. "Desde o início desta campanha intitulada "Saúde e Bem-estar dos profissionais de Saúde" tivemos o cuidado de envolver outras ordens profissionais e também associações de doentes, fizemos visitas a hospitais e centros de saúde, percebemos que existem muitas adversidades", assumiu o presidente da SRCOM. O Estudo "Burnout na Classe Médica" foi efetuado entre janeiro e dezembro de 2015.

O resultado deste importante estudo evidencia o impacto negativo que a má organização do sistema de saúde tem tido nos seus profissionais. A pressão exercida sobre os profissionais de saúde, a falta de condições para o exercício adequado da



Eis os principais resultados:

- 7.4% dos inquiridos apresentam elevados níveis de Exaustão, Despersonalização e não Realização profissional) - 117 médicos
- 40.5% apresentam elevado nível de Exaustão Emocional - 639 médicos, dos quais 433 são mulheres e 206 são homens
- 17.1% apresentam elevado nível de Despersonalização - 269 médicos, dos quais 153 são mulheres e 116 são homens
- 25.4% apresentam elevado nível de não Realização Profissional - 400 médicos, dos quais 280 são mulheres e 120 são homens.

Os resultados revelam ainda que:

- 22.8% dos inquiridos apresentam elevadas duas das dimensões (Exaustão emocional / Despersonalização ou exaustão emocional / baixa realização);
- 44.3% dos inquiridos apresentam elevadas uma ou duas dimensões (Exaustão emocional e/ou Despersonalização).

O estudo indicou também que:

- São os médicos mais novos que mais sofrem de Burnout. Maior incidência em médicos com idades entre 26 e 35 anos;
- As mulheres estão mais exaustas e menos realizadas;
- Quem trabalha de noite apresenta maior exaustão emocional e despersonalização e menos realização profissional;
- Médicos que trabalham no Serviço Nacional de Saúde apresentam níveis superiores de exaustão emocional e níveis mais baixos de realização profissional;
- Médicos com cargos de gestão são mais realizados e estão menos exaustos;
- Médicos com filhos apresentam níveis superiores de realização profissional e menores níveis de despersonalização;



João Redondo, Cristiana Marques, José Augusto Simões,
Carlos Cortes e Ana Paula Cordeiro

sua atividade, a desumanização e a burocratização do sistema, bem como a falta de perspetivas profissionais levam cada vez mais profissionais à propensão para desenvolver síndrome de Burnout. "Os médicos são se-

res humanos, não devemos ter resistência em mostrar os resultados", sublinhou. "Este é um sério aviso para o Ministério da Saúde encontrar novos modelos de organização das instituições de saúde cujos responsá-

veis também se devem preocupar com os seus profissionais", apontou ainda o presidente da SRCOM. No entender de Carlos Cortes, "estes resultados são fruto da evolução do sistema de saúde em Portugal que tem

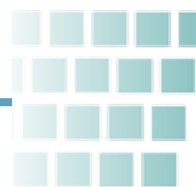
colocado uma pressão sobre os profissionais, sob o jugo da quantidade em detrimento da qualidade. ". Esta sessão contou com as intervenções de José Augusto Simões, responsável do Gabinete de Apoio ao Médico (Doutor, Medicina Geral e Familiar, USF Marquês de Marialva), Ana Paula Cordeiro (vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos), Fernanda Duarte, Psicóloga Clínica, (Consulta de Burnout,

Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) e João Redondo, Médico (Psiquiatra, Coordenador do Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico, Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra/Vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos). Expli-

caram metodologias, os conceitos e os objetivos. "A natureza do trabalho e ambiente de trabalho influenciam significativamente a nossa saúde; nós passamos muito tempo da nossa vida em ambiente de trabalho. Há um conjunto de riscos que podem conduzir à deterioração na saúde física e mental", lembrou o médico psiquiatra João Redondo.

Grupo de Trabalho Estudo "Burnout na Classe Médica" da SRCOM:

- **Carlos Cortes**, Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos
- **Ana Paula Cordeiro**, Médica (Medicina Geral e Familiar; Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar (USF) Fernando Namora; Vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos)
- **Fernanda Duarte**, Psicóloga Clínica, Mestre (Consulta de Burnout, Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)
- **José Augusto Simões**, Médico, Doutor (Medicina Geral e Familiar, USF Marquês de Marialva, Cantanhede)
- **João Redondo**, Médico (Psiquiatra, Coordenador do Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico, Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)
- **João Amílcar**, Médico (Psiquiatra, Responsável pela Consulta de Burnout do Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)
- **Catarina Pestana**, Médica (Internato de Medicina do Trabalho, Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)
- **Maria Isabel Antunes**, Médica (Medicina Ocupacional, Diretora do Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)
- **Joaquim Viana**, Médico, Doutor (Anestesiologista, Professor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior)
- **Pinto Gouveia**, Médico, Doutor (Psiquiatra, Professor da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra)
- **Sónia Pimenta**, Médica (Internato Complementar de Psiquiatria, Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)
- **Teresa Lapa**, Médica, Mestre (Anestesiologista, Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, aluna de Doutoramento da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior).



Livros na SRCOM

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



Fotografias, património de afetos. Poderá ser esta a síntese da apresentação do livro "Jorge Marçal da Silva MAIS cem fotografias de Portugal há cem anos", da autoria do urologista Manuel Mendes Silva que decorreu na Sala Miguel Torga da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Ao reunir o espólio do seu avô paterno, conceituado cirurgião, Manuel Mendes Silva fez muito mais do que preservar as imagens de elevado valor artístico, técnico e histórico.

Decidiu partilhar e divulgar a obra do avô paterno, com o apoio da Ordem dos Médicos e da sua Secção de História da Medicina. Na sessão de apresentação de "Jorge Marçal da Silva MAIS cem fotografias de Portugal há cem anos", Inês Mesquita, Vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, destacou a importância deste legado bem como a honra de acolher o lançamento desta obra, em Coimbra.

Os valores da venda dos seus livros - elaborados a partir das fotografias há tantos anos guardadas nos baús da família - revertem a favor da Associação Acreditar. Alfredo Mota, médico e professor de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, destacou "o entusiasmo [de Manuel Mendes Silva] na divulgação de um património familiar inestimável".



"Ortopedia Infantil - O Fundamental"

O lançamento do livro do médico ortopedista infantil Jorge Seabra, na Sala Miguel Torga da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, juntou à mesma mesa, para além do autor da obra (ex-responsável e Diretor de Ortopedia do Hospital Pediátrico de Coimbra (1983-2012), o presidente da SRCOM, Carlos Cortes; o Diretor

do Serviço de Ortopedia do Hospital Pediátrico, Gabriel Matos; Paula Estanqueiro, em representação da presidente da Associação de Saúde Infantil de Coimbra, Inês Balacó; e a presidente da Sociedade Portuguesa de Ortopedia Pediátrica, Cristina Alves. Carlos Cortes, anfitrião, destacou o perfil multifacetado do médico Jorge Seabra. "É um homem multifacetado, um homem com uma história de vida ímpar, um médico completo. Não é só o médico que percebe da técnica e de medicina. Também tem nobres preocupações e coloca os seus conhecimentos ao serviço dos médicos ao serviço dos doentes. Tem sido uma inspiração". O presidente da SRCOM assumiu, aliás, publicamente, que, nestes três anos de mandato, uma das grandes satisfações foi ter conhecido o médico ortopedista Jorge Seabra.

"Asma"

Asma é o título do livro de Ana Todo-Bom que apresentado, dia 22 de junho, na Sala Miguel Torga da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Para além das intervenções da autora e do presidente da SRCOM, Carlos Cortes, foram intervenientes o presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Martins Nunes, o subdiretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Américo Figueiredo, o presidente da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, Luís Delgado, e o Secretário-Geral da European Respiratory Society, Carlos Robalo Cordeiro, e a editora Lidel, Manuela Annes. José Martins Nunes elogiou a sistematização e o cuidados dos autores que "cuidaram do livro como se fosse um tratado", enquanto Américo Figueiredo, destacou o facto de Ana Todo-Bom ser "uma fazedora de redes". A obra, coordenada pela especialista em imunoalergologista Ana Todo-Bom, tem 56 autores.





Cláudia Margarida Silva
Médica Interna de Ano Comum

‘Peço desculpa... ele é hiperactivo!’

Surpreendeu-me a popularidade das consultas de Pedopsiquiatria, certo dia num Hospital do norte. Num só dia vi (demasiadas) crianças para as quais a tarefa de responder às questões clínicas colocadas sem dar uma reviravolta ao consultório parecia impossível... muitas vezes com auto-agressão, gritos e choro incontrolável à mais leve chamada de atenção... perante o olhar suplicante ou indiferente dos pais. Inesperadamente, os antecedentes em pedopsiquiatria acumulavam-se ao ritmo do lamento destes... ‘peço desculpa... ele é hiperactivo!’

No final deste dia dei por mim sem entender se devia atribuir a magnitude da necessidade de acompanhamento psiquiátrico à falta de informação ou acompanhamento pelos pais, vulgo falta de educação, ou a uma perturbação real com necessidade terapêutica. Por acreditar que qualquer opinião exige pesquisa, estudo e reflexão crítica decidi informar-me acerca da Perturbação da Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA). Fui estudar... Atolada em estudos clínicos, artigos científicos, de opinião, de revisão, investigações e notícias recentes, acabei por encontrar de forma consistente variados benefícios na prática de exercício físico por estas crianças, criando um póster que fortui-

tamente suscitou o interesse de um grupo de estudo.

A PHDA é insistentemente apresentada como uma das perturbações crónicas do desenvolvimento mais comuns na idade pré-escolar... Tanto quanto controversa e multidimensional.

As crianças afectadas apresentam, é sabido, dificuldade em prestar e/ou manter a atenção e completar tarefas. Para além das consequentes dificuldades académicas, criticismo pelos pares ou educadores e suas implicações no desenvolvimento emocional da criança, estima-se que mais de metade destas crianças tenha associadamente outras perturbações psiquiátricas severas e preocupantes, como comportamento anti-

-social ou suicida, conduta desordeira e abuso de substâncias na adolescência e vida adulta, quando não tratada eficazmente. Tem também sido associada a dificuldades motoras e défice em diversas funções sensoriais. Adicionalmente, estudos clínicos têm associado de forma consistente a “grande epidemia pediátrica do nosso século” - o excesso de peso/obesidade - com a PHDA.

Todas estas consequências físicas, educacionais, ocupacionais, económicas e sociais vão repercutir-se, claro está, no futuro destas crianças.

No verso da moeda temos a actividade física, que para além do papel comprovado na prevenção das principais chagas da nossa sociedade - diabetes,

hipertensão, dislipidemia (das quais nem as crianças se encontram livres!) e suas graves consequências cardiovasculares - tem sido relacionada positivamente com o sucesso escolar, por alterações estruturais a nível neuronal (com neuro e angiogénese, aumento do volume do hipocampo e conexões neurais) e libertação de dopamina, serotonina e norepinefrina.

No final do treino as crianças ficam eufóricas e cansadas, com posterior aumento da atenção e concentração nas tarefas escolares, com apoio das catecolaminas. Além disto, melhora o bem-estar e capacidade de lidar com o *stress* e frustrações.

É hoje consensual entre os autores que são cada vez mais evidentes os benefícios de vulgarizar a promoção da actividade física nas crianças - através de

jogos de recreio ou treinos organizados... - em oposição à necessidade inquietante de os manter quietos e calados, de olhos fixos num ecrã, naquele que é o período de maior crescimento orgânico e social da criança, essencial à sua percepção, integração e codificação da realidade.

De facto, foi curioso aperceber-me ao longo deste dia da impotência sentida pelos pais 'da minha geração' relativamente à inquietude (grave!) dos filhos, independentemente da sua causa.

Mas estaremos preparados para prescrever actividade física?... E os pais para aceitar uma prescrição sem a forma de um xarope?



Desenho de Matilde Cruz - 5 anos

informação

Codificação Clínica: admissão por consenso

O Conselho Nacional na sua reunião de 17.06.2016, homologou a proposta da comissão instaladora da competência de Codificação Clínica de abertura de um período excepcional de admissão por consenso para os médicos codificadores que não tinham a experiência curricular mínima para se candidatarem a esta competência em 31.03.2015 mas, com a actividade desenvolvida neste intervalo, satisfaçam agora o critério de "Experiência prática em codificação clínica de episódios de internamento em hospitais, com actividade continuada por um período mínimo de 4 anos, ou de 2 anos desde que em exercício na presente data".

A data limite para preencher esta actividade é até 31.12.2016

O n.º de processos codificados é, no mínimo, de 2000 episódios (incluindo o internamento e a cirurgia do ambulatório)

Todos os outros requisitos dos Critérios para admissão por consenso na competência em codificação Clínica, anteriormente aprovados, se mantêm.



Sofia Rodrigues

Médica Interna de Formação específica de Medicina Geral e Familiar
USF Novo Sentido – ACeS Porto Oriental

Uma outra perspetiva

Estágio de Medicina Geral e Familiar, na Ilha de São Miguel – Região Autónoma dos Açores

Partilha da experiência e opinião de um estágio opcional no âmbito de cuidados de saúde primários no Centro de Saúde da Povoação.



Mapa das freguesias do concelho da Povoação

No decurso do mês de fevereiro de 2016, tive o privilégio de realizar um estágio opcional no Centro de Saúde (CS) da Povoação (Ilha de São Miguel – Açores). Esta oportunidade teve na sua génese o objetivo de viver uma experiência profissional, inserida no internato médico, com especificidades bem distintas da minha Unidade de Saúde Familiar (USF) de formação, sita na cidade do Porto, em Campanhã.

Desde o início, o estágio nesta região insular mostrou-se gratificante e exemplar em acolhimento e integração, preenchido de modelos ímpares de dedicação e humanismo com os utentes. A par da excelente experiência profissional, vinhou-se a notória existência de assimetrias nacionais, no que diz respeito à desigualdade na acessibilidade aos

cuidados de saúde.

Naquele arquipélago, verifica-se uma inevitável dispersão das populações, pelo que, consequentemente, há dificuldades na acessibilidade ao respetivo hospital de referência. Para minimizar esta desigualdade de acesso, a organização dos cuidados de saúde primários (CSP) apresenta características peculiares, diferenciando-se em três tipos de CS: CS Básicos, Intermédios e Avançados. Os CS Avançados, situam-se tipicamente em ilhas sem hospital. A única exceção de um CS, classificado como Avançado, numa ilha com hospital, é o CS da Povoação na ilha de São Miguel, por apresentar maiores dificuldades na acessibilidade ao Hospital Divino Espírito Santo (H.D.E.S.), em Ponta Delgada – cerca de uma hora de viagem, em que parte

da mesma é em estrada regional, com piso em mau estado, muitas curvas e relevo acidentado. Já os CS Básicos e Intermédios apresentam boa acessibilidade ao hospital de referência ou ao CS Avançado.

O concelho da Povoação é subdividido em seis freguesias, e como a proximidade dos cuidados é uma prioridade dos CSP, o CS da Povoação, com uma equipa médica constituída por quatro médicos, integra mais quatro extensões físicas do mesmo, para uma população de 6327 habitantes (Censos 2011). Deste modo, o CS da Povoação, designado pelos povoacenses de “hospital”, situa-se no centro da Vila da Povoação, acessível aos utentes das freguesias da Povoação e Nossa Senhora dos Remédios. As quatro extensões localizam-se, res-

Vila da Povoação



petivamente, nas outras quatro freguesias do concelho – Água Retorta, Faial da Terra, Furnas e Ribeira Quente. O horário semanal de cada profissional de saúde (médico de família, enfermeiro e secretário) é repartido pelo CS Povoação e por mais uma ou duas extensões. Assim, o planeamento da atividade assistencial no concelho, privilegia uma atitude de verdadeiros “médicos João Semana”, de grande proximidade, muito estimada pela população.

A organização da consulta é distinta do modelo de organização e funcionamento das USF, como era minha expectativa. Pelo que se verifica, o modelo de gestão da consulta não é transversal à equipa do CS – tendo cada médico de família autonomia para definir a sua agenda, os seus blocos de consulta e o tempo que atribui por tipologia de consulta. A atividade do CS é, essencialmente, programada. Há uma centralização da consulta no grupo Saúde de Adultos, pelo que grupos de risco, como utentes com diabetes e hipertensão, são incluídos neste grupo de seguimento. Já os blocos de consulta



de Saúde Infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar são individualizados. A consulta não programada/urgente é orientada para o Serviço de Atendimento Permanente (SAP), que funciona 24 horas nas instalações do CS da Povoação, maioritariamente assegurado por médicos tarefeiros, com prejuízo da personalização dos cuidados. Não obstante, são agendadas “consultas do dia” não programadas, autorizadas pelo médico de família, em número variável, habitualmente, uma a três por dia.

De destacar, que os enfermeiros têm um papel, particularmente, fundamental neste modelo. Contrariamente à agenda médica, não há agendamento programado para enfermagem. Todos os utentes que solicitam consulta deste grupo profissional são

atendidas no próprio dia. Os enfermeiros são assim um elemento basilar, reforçando junto dos utentes, a necessidade de agendamento de consulta médica, nomeadamente para o seguimento adequado das crianças e grávidas; e no cumprimento do plano nacional de vacinação. As visitas domiciliárias solicitadas pelos utentes são, em primeira instância, asseguradas por enfermagem, que avalia a necessidade de cuidados médicos ao domicílio. Refere-se ainda, que a equipa abdica do binómio médico-enfermeiro fixo, optando por fixar os enfermeiros no CS da Povoação e/ ou nas respetivas extensões, para benefício da continuidade dos cuidados aos utentes.

A carteira de serviços do CS da Povoação é deficitária, relativamente à definição na qual está



inserido – CS Avançado, que além dos cuidados descritos, incluem recursos complementares, nomeadamente, consultas de especialidades hospitalares, telemedicina, recursos técnicos de saúde, análises clínicas (8 horas/dia), análises “point-of-care”, radiografia convencional (24 horas/dia) e urgência básica SAP (24 horas/dia), com estabilização das situações emergentes até à evacuação para o hospital de referência.

Da auscultação dos vários profissionais de saúde percebe-se uma opinião unânime e consistente, relativamente à perda de autonomia e recursos do CS da Povoação, resultante da centralização administrativa na Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel sediada em Ponta Delgada, com prejuízo do objetivo fundamental de preservar a proximidade e igualdade na acessibilidade entre as populações e a relação personalizada com o médico de família. O CS possui apenas consulta de Fisiatria, Psiquiatria (em regime de consultoria) e Estomatologia (restrita ao atendimento

de crianças e grávidas). Quanto aos recursos técnicos em saúde, têm profissionais de diferentes áreas: Fisioterapia (com ginásio), Psicologia, Nutrição e Terapia da Fala. Relativamente aos exames auxiliares de diagnóstico, a colheita de análises clínicas, transportadas para o laboratório do H.D.E.S., efetua-se dois dias/semana (das 8 às 10 horas); e a radiografia convencional dois dias/semana (em horário diurno). Como referido, o CS da Povoação possui SAP, mas o apoio dos exames auxiliares de diagnóstico é diminuto. Nas 24h de funcionamento do SAP, dispõe apenas de análises “point-of-care” (tropoinas rápidas, d-dímeros e Combur-Test®) e eletrocardiograma. O SAP é assegurado por um médico e um enfermeiro, pelo que nas situações de emergência, com critérios de gravidade e indicação para acompanhamento médico durante o transporte, é imperativa uma escala de prevenção, até à data inexistente. No que concerne à acessibilidade aos exames auxiliares de diagnóstico pela convenção com o Serviço Regional de Saúde, os

utentes dispõem de colheita de análises clínicas (e nem todas) em três pontos do concelho (incluindo o CS da Povoação); e radiografia convencional e eletrocardiograma no CS da Povoação.

Todos os restantes exames são realizados por referência à consulta do H.D.E.S. ou em clínicas privadas convencionadas, mas apenas situadas

em Ponta Delgada, implicando deslocações, absentismo laboral e custos adicionais. Tal facto, motiva a que os utentes ponderem o recurso às instituições privadas do concelho ou outras, para realização de exames auxiliares de diagnóstico e acesso à consulta de diferentes especialidades de âmbito hospitalar. Realça-se ainda, a inexistência de algumas análises laboratoriais, como o rastreio bioquímico do 1º trimestre, fluido da amniocentese, aldosterona, enzima conversora da angiotensina, catecolaminas e renina, que forçosamente são enviadas para laboratórios de Lisboa, sujeitas a extravio de amostras ou resultados.

Relativamente à cobertura dos CSP, regista-se que há cerca de 55 mil açorianos sem atribuição de médico de família. Em alguns concelhos da ilha de São Miguel, mais de um terço da população não tem médico de família, constituindo uma sobrecarga para o atendimento urgente (SAPs e Serviço de Urgência do H.D.E.S.). Apenas em dois concelhos – na Povoação e no Nordeste, os mais distantes

Rastreio Cancro da Mama



de Ponta Delgada – todos os habitantes têm médico de família. Quanto ao tempo de espera para o acesso à consulta hospitalar é variável por especialidade, sendo gritante em algumas áreas. Tal acontece, possivelmente, devido ao reduzido número de especialistas em alguns serviços, sabidamente inferior para as necessidades da população da ilha.

De lamentar, o fecho do serviço de Internamento que existe nas instalações do CS Povoação, com 16 camas disponíveis, que até há cerca de dois anos funcionava como internamento de agudos de apoio ao SAP; e para transferências do H.D.E.S., encurtando-se o tempo de internamento hospitalar após estabilização. De momento, funciona como Unidade de Cuidados Continuados, com apenas cinco camas atribuídas.

Salienta-se, primordialmente positivos, os programas de rastreio organizado do cancro colón-retal, cancro da mama e cancro do colo do útero. Os utentes são convocados e devolvem por carta a amostra da pesquisa de sangue oculto nas fezes; fun-

ciona uma carrinha móvel pela ilha para a realização da mamografia às utentes elegíveis para rastreio (45 – 74 anos); a citologia cervico-vaginal, em meio líquido, é colhida trienalmente pelo médico de família.

Para terminar, refere-se o envolvimento dos CSP em atividades na comunidade, dirigidas a problemas específicos, abordadas por equipas multidisciplinares, que integram médicos de família. São exemplos, a Equipa de Saúde Escolar, em parceria com a Direção Regional da Educação e Formação; e o Programa “Caminho para a Liberdade” em colaboração com entidades locais (Câmara Municipal e Santa Casa da Misericórdia da Povoação), direcionado para os toxicodependentes residentes no concelho, intervindo no diagnóstico, tratamento, acompanhamento e na sua reintegração psicossocial e laboral.

Sumariamente, apraz-me partilhar esta amálgama de emoção e experiências de humanismo, conhecimento e enriquecimento, que preencheu a minha vida de modelos pessoais e profes-

sionalismo, ao longo de um mês, alicerçando o meu percurso formativo. A dinâmica de deslocação das equipas de profissionais pelo concelho, até aos que precisam dos nossos cuidados, num gesto de verdadeira dedicação e entrega, motivou-me enquanto jovem médica de família. Já as desigualdades no acesso à saúde, relativamente, às dificuldades na realização de exames auxiliares de diagnóstico e na referenciação e articulação hospitalar, provavelmente muito semelhantes às que se vivem em regiões do interior do continente, foram aspetos preocupantes que marcaram a minha experiência e me levam a preconizar a determinação no desenvolvimento de um Serviço Nacional de Saúde mais igualitário, em constante progresso, assegurando a acessibilidade e a qualidade para todos.

Agradecimentos

A toda a Equipa do CS da Povoação, em particular ao Dr. Adelino Dias, meu orientador de formação neste período, e aos utentes e habitantes do concelho da Povoação, pela forma como me fizeram sentir “em casa”. À minha orientadora de formação, e à Coordenação de Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte, por me terem permitido a vivência deste estágio curricular profundamente enriquecedor.



Sara Castro

Interna de Medicina Geral e Familiar; USF S. Miguel, ACeS Espinho/Gaia

Polimedicação no idoso – a importância da sua prevenção

O envelhecimento gradual da população e o aumento das patologias crónicas fazem com que os idosos sejam dos principais consumidores dos cuidados de saúde. Tendo em conta que Portugal, nas projeções do Instituto Nacional de Estatística, terá em 2050, 32% de população com mais de 65 anos e sendo a prescrição a partir desta faixa etária quatro vezes maior, é importante implementar medidas que promovam um envelhecimento ativo e previnam a iatrogenia.

Os idosos são um grupo etário que deriva de um contexto de polipatologia, sendo a polimedicação uma consequência imediata. Isto deve-se à existência de um desconhecimento sobre a sua patologia e a saúde, queixas vagas e inespecíficas e o *marketing* do medo, conduzindo a uma medicina com excesso de diagnósticos e polimedicação. A iatrogenia proveniente desta polimedicação pode ser grave e deve ser evitada.

Mas como podemos prestar a este grupo etário cuidados médicos que sejam cientificamente, medicamente aceitáveis e necessários com uma menor intervenção possível?

Apesar da heterogeneidade deste grupo etário, existem princípios orientadores de prescrição,

que podem servir como guias na abordagem do doente idoso, nomeadamente: a revisão periódica da terapêutica, a revisão das doses, optando-se por doses mais baixas que no adulto. Limitar a duração dos tratamentos e o número de fármacos prescritos; usar preferencialmente fármacos de semi-vida curta, alertando sempre para os possíveis efeitos adversos.

Claro que o nosso papel enquanto profissionais de saúde é fundamental, devendo haver sempre uma atualização de conhecimentos, com base na melhor evidência científica, que nos permita decidir com segurança e não cair no erro de medicar todos os sinais e sintomas. E não podemos esquecer que a melhor ferramenta terapêutica

disponível é a relação médico/doente. Uma relação que permita uma abordagem psicossocial do idoso e que não se limite à atitude de prescrever.

Talvez num futuro próximo possamos contar com ajuda dos sistemas informáticos, para alertar para estes detalhes, importantes na hora de prescrever.

Assim, prevenir a polimedicação implica promover o autocuidado nos idosos, o respeito pelas suas capacidades e a valorização do seu papel, desenvolvendo e fortalecendo a relação médico/doente ao longo de um processo dinâmico, que lhes permita ter um papel pró-ativo na gestão da sua saúde.



José Mário Martins

Médico Estomatologista
Membro da APCMG-Associação de Medicina de Proximidade

O Padre Fontes, a queimada esconjurada e as medicinas tradicionais - O que é nacional é bom!

A razão para escrever este texto deu-ma o Sr. Director Geral da Saúde que, em declarações prestadas em 4 de Julho, em cerimónia na cidade de Coimbra disse, a fazer fé em notícias publicadas e não desmentidas, que este era "...o tempo certo para avançar com a presença de secções de práticas tradicionais, incluindo a farmácia tradicional chinesa, nos hospitais portugueses". E terá acrescentado que isso se fundamentava no facto de "termos uma mente aberta".

Ora, sendo que, presunção à parte, me considero uma mente aberta, vinha dar uma sugestão à Direcção Geral de Saúde:

- convide-se o Padre Fontes (de Vilar de Perdizes) para consultor e faça-se uma clara aposta na Medicina Tradicional Portuguesa.

O Padre Fontes tem sido um dos grandes dinamizadores da utilização de práticas da medicina tradicional Portuguesa, lutando pela sua divulgação.

O Congresso Nacional de Medicina Popular, cuja organização gira muito à volta da pessoa do Padre Fontes, realizará este ano a sua trigésima edição! São três décadas a promover a medicina tradicional, onde rezas, ervas e produtos regionais convivem lado a lado, reclamando efeitos na prevenção e tratamento das mais diversas enfermidades. Em 2008, entre outros, debateram-se no Congresso de Vilar de Perdi-

zes os seguintes temas: Lava-pés e defumadouros; Saberes, sabores e aromas das plantas; Magia da hipnose na cura e o Aloé e a cura das úlceras varicosas. Na sua última edição (2015), houve temas como "As artes de curar: saberes científicos e populares" ou "Como neutralizar as ondas electromagnéticas para ter saúde", além do *workshop* "Aprender a viver sem dor".

Parece pois suficientemente provada a razão de ser do subtítulo deste artigo: - O que é nacional é bom!

Ao contrário do que algumas almas piedosas afirmam, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é um enorme negócio! Segundo o que se pode ler num artigo disponível em <https://aeon.co/essays/traditional-chinese-medicine-needs-its-own-revolution> só na China e Hong Kong a "in-

dústria" da MTC valerá qualquer coisa como 60 mil milhões de dólares. Porém, não é aí que reside o problema. Este encontra-se no facto de muito deste negócio assentar no comércio de produtos que se afirmam como capazes de curar "milagrosamente" o mais diverso tipo de doenças, sem que para isso tenham sido submetidos a controlo químico e a ensaios clínicos.

Pouco se poderia contestar caso estes produtos fossem devidamente escrutinados antes de serem postos à venda. Acontece que, frequentemente, não o são. E quando são, detectam-se situações perigosas, como as que estão relatadas no "press release" da *The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency* (MHRA) divulgado em 20 de Agosto de 2013 e que alerta para a existência de doses anormalmente elevadas de chumbo, mercúrio e ar-

sénico em produtos da MTC que podem ser comprados através da internet, nomeadamente Bak Foong Pills e Niu-Huany Chieh-tu-pein, sendo que este último viu a sua comercialização proibida em Macau, em 1998, tendo sido revogada essa proibição no ano de 2001. Já sob administração chinesa.

O Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos, em artigo intitulado “Medicina Tradicional Chinesa? (2)”, publicado no Jornal de Notícias de 08-07-2016, cuja leitura recomendo vivamente, apresenta outros casos igualmente preocupantes.

Os efeitos adversos de produtos da MTC estão descritos em diversa literatura e podem ser atribuídos a um incompleto estudo do produto em causa, a uma incorrecta preparação (nomeadamente por erro ou adição, intencional ou acidental, de contaminantes e/ou adulterantes) e/ou interações com outros produtos. Atentemos um pouco na lei 176/2006, vulgo Estatuto do Medicamento. No artigo 141, define-se o registo de utilização tradicional dos medicamentos considerados como “medicamentos tradicionais à base de plantas” como tendo que obedecer, cumulativamente, a uma série de requisitos, nomeadamente o que está plasmado na alínea e) “Sejam comprovadamente não nocivos quando utilizados nas condições especificadas, de acordo com informação existente e reputada suficiente”. Ora, é precisamente a comprovação, de forma cientificamente consistente, que deve ser exigida aos produtos da MTC antes de permitir a sua comercialização.

Não está só o Director Geral da Saúde na sua campanha em favor da MTC. A Universidade de

Coimbra (UC), pela mão do seu Magnífico Reitor, assinou a criação do Instituto Confúcio que, de novo fazendo fé do que se lê na imprensa, pretende “...assumir-se como um espaço para a promoção da medicina tradicional chinesa.”. Espero que a UC venha a criar um curso que tenha o mesmo rigor no currículo e no seu corpo docente que tinha o curso de Medicina, quando por lá estudei, nos idos anos 80 do milénio passado!

Homem de grande visão, Paulo Futre há anos que antecipou, numa famosa conferência de im-

prensa, que: “vai vir *charters* de chineses todas as semanas.”! O futuro feito presente. Parabéns, Futre!

E, porque nestas coisas fica sempre bem fazer uma declaração de interesses - que alguns membros do Conselho Consultivo para as Terapias Não Convencionais teimam em não aceitar - confesso que o subtítulo desta crónica foi slogan de uma campanha publicitária lançada no final 90 do séc. XX por uma empresa portuguesa à qual não tenho qualquer tipo de ligação, excepto, eventualmente, como consumidor.



**Ivone Mirpuri**

Médica Patologista Clínica; Especialista em Medicina Anti-envelhecimento pela World Society of Anti-Aging Medicine

Medicina Anti-envelhecimento (MAE) - O que é?

Não é de facto um nome bem conseguido, dado que “Anti-envelhecimento” pode parecer “não chegar a velho”, o que então quer dizer morrer novo! Daí que muitos lhe chamam medicina integrativa, regenerativa, etc., e outros, tão só apenas por causa do nome, “são contra”, não sabendo bem para o que são contra, mas apenas porque, talvez, por um qualquer desequilíbrio hormonal, o “ser contra” faça parte do seu dia-a-dia. Eu continuo a chamar-lhe Medicina Anti-envelhecimento pois penso que pouco importa o nome, dado que todos somos capazes de compreender que o termo se refere a um “envelhecimento saudável”, com mais energia e vitalidade, mais saúde e menos doença.

A medicina Anti-envelhecimento é uma medicina preventiva que tem como objetivo proporcionar-nos uma melhor qualidade de vida, atrasando sinais e sintomas relacionados com o envelhecimento. Não é o elixir da juventude, nem tem por objetivo acrescentar mais anos de vida.

O que a medicina faz atualmente muitas vezes, é prolongar a vida do utente à conta de prolongar a doença. Há que pensar-se “antes”, prevenindo e retardando o aparecimento das chamadas doenças degenerativas, e isto hoje consegue-se através de um equilíbrio do nosso corpo trabalhando os cinco pilares em que assenta a Medicina Anti-envelhecimento: nutrição, exercício físico, suplementação alimentar, modulação hormonal,

fundamental e de facto aquela à qual me dedico mais, e a manutenção de hábitos e estilos de vida saudáveis. É da sinergia destes elementos que podemos aumentar a nossa vitalidade, retardar o nosso envelhecimento e estender eventualmente a nossa longevidade.

Faria mais sentido investir em prevenir a doença desde cedo, para que os anos vindouros sejam produtivos e vigorosos. Não devíamos querer, um dia, ser um peso para a sociedade nem a família!

Não morremos por termos idade. Morremos por causa das doenças degenerativas associadas à idade: cancro, acidentes vasculares cerebrais, doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crónica, osteoporose. Estas 7 causas representam 70 % das causas médicas de morte em quase todo o mundo dito “civilizado”.

E se formos a pensar bem, em todas estas patologias, a obesidade por exemplo participa na génese de quase todas elas.

Saúde: “estado de completo bem estar físico mental e social e não somente ausência de afecções e deformidades” (definição da OMS)

A Medicina Anti-envelhecimento, até há pouco tempo tida como uma “fantasia”, uma especialidade “não científica” e pouco credível, é hoje uma realidade bem definida e cientificamente comprovada.

E a obesidade, tal como o tabaco, o álcool, os níveis altos de glucose, as dietas ricas em gordura trans ou baixas em ácidos gordos polinsaturados, ómega 3, frutas e vegetais, tal como a inactividade física, todos estes factores podiam ser modelados trabalhando os cinco pilares da Medicina Anti-envelhecimento. A Medicina Anti-envelhecimento, até há pouco tempo tida como uma “fantasia”, uma especialidade “não científica” e pouco credível, é hoje uma realidade bem definida e cientificamente comprovada. O interesse no Anti-envelhecimento hoje em dia estende-se a toda a população e é bom que os médicos estejam na vanguarda deste conhecimento para não serem ultrapassados, caindo na

estagnação e obsoletismo. Hoje o utente está bem informado, sabe o que quer, procura e discute connosco o seu diagnóstico. A medicina mudou, a forma de olharmos para ela tem de mudar! Não podemos “fechar os olhos” à realidade e fazer ou não fazer porque o “livro de texto diz”! São décadas até que muito do conhecimento actual se expresse nos livros de texto de Medicina! Não podemos “enterrar a cabeça na areia” quando a cada dia, temos a evolução do conhecimento a um nível difícil de acompanhar para quem estuda muito e diariamente. Quanto mais para aqueles que por força das circunstâncias não o fazem! Harvard, uma faculdade conceituada nos EUA tem um departamento de Medicina Anti-

-envelhecimento, dedicado à investigação. Em 2009, Elizabeth H. Blackburn, Jack W. Szostak e Carol W. Greider foram galardoados com o Prémio Nobel de Fisiologia e Medicina na sequência dos seus trabalhos a nível dos telómeros, telomerase e Anti-envelhecimento. Nós envelhecemos por diversos mecanismos, entre os quais o stress oxidativo, o encurtamento dos telómeros e a queda hormonal que se verifica com a idade. Estes 3 cientistas descobriram o mecanismo utilizado pelas células para impedir o encurtamento dos cromossomas através da enzima telomerase.

Enfim a ciência avançou e a medicina não mudou e tem de mudar. O próprio conceito de saúde que era definido pela OMS como “ausência de doença” há anos que mudou, sendo que atualmente a OMS define saúde como “estado de completo bem estar físico mental e social e não somente ausência de afecções e deformidades”.

Para a Medicina Anti-envelhecimento saúde é muito mais do que não estarmos doentes! É estar em sintonia com a vida, sentindo entusiasmo, alegria, energia e paixão pela vida! É estarmos felizes e isso só conseguimos mantendo uma mente sã num corpo são, tal como já diziam os gregos na antiguidade. Este ano em Portugal foi criado o Grupo de Estudos de Medicina Anti-envelhecimento (GEMAE), entidade que está a organizar o I Simpósio Português de Medicina Anti-envelhecimento (que tem o patrocínio científico da Ordem dos Médicos), a decorrer de 25 a 27 de Novembro em Lisboa. Mais informações em www.gemae.org.



Maria Mariana Fernandes Bettencourt Viana

Patologista Clínica no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

O Discípulo

Relato apresentado no Congresso de 2013 da União Mundial de Escritores Médicos em Locarno, sobre o tema "o Sonho... da Medicina Humanitária".

Era uma curta noite de verão na África austral, nas primeiras semanas de 1900. As brumas da madrugada prendiam-se nos flancos dos montes Drakensberg. Apenas o uivo lúgubre de um número inusitado de chacais, regressando fartos às suas tocas nos bancos do rio Tugela, tornava patente que se estivera desenrolando uma batalha. De fato, já haviam cessado as trocas de artilharia entre os indisciplinados comandos bóeres que punham cerco à cidade de Ladysmith e o exército inglês, que às ordens descoordenadas de dois generais desavindos, intentava há longos dias aliviar a pressão exercida sobre essa localidade tão cobijada, que em meio século crescera de um punhado de cabanas de adobe para um entreposto comercial estratégico.

Os últimos feridos do exército de Sua Majestade já haviam sido transportados até ao hospital de campanha montado entre dois cursos de água a uns 5 km da localidade, e que gozava de uma neutralidade legal desde que as repúblicas bóeres haviam assinado a Convenção de Genebra. E, nessas horas da madrugada, o jovem advogado Mohandas Gandhi, organizador do Corpo de Ambulân-

cias Indiano ao serviço do Império Britânico, velava um dos seus maqueiros, mal saído da infância, que morria. O dinamo que abastecia a máquina de raios X não estava operacional nesse instante, mas Gandhi sabia que quaisquer exames diagnósticos eram inúteis no caso do seu maqueiro. Apanhado entre o fogo cruzado, este tivera o abdómen rasgado por uma bala dum-dum. Disparada por quem? Ambos os exércitos faziam uso dessas coisas malditas!

Não havendo camas disponíveis, o menino maqueiro fora deitado sobre uma tela impermeável estendida no chão. A mortalidade no hospital já alcançara os trinta casos por dia. A tosse dos doentes afetados pela pneumonia (que naqueles planaltos era mais temível do que a própria malária, e no último inverno fizera razias) mantinha acordados aqueles a quem as dores, mitigadas pelas injeções de morfina, ainda permitiriam dormir. Os miasmas da disenteria, o cheiro pungente dos urinóis tintos do vermelho da bilharzíase, abafavam. A água potável tornara-se um bem precioso: no início do cerco, a água de um dos afluentes que enquadravam o hospital era esterilizada, restando ainda o mo-

roso labor de remover a lama em suspensão; ultimamente, tinham sido enterrados no leito de uma nascente próxima engenhos hidráulicos de limpeza. Apesar desse progresso, Mohandas apenas tinha, para proporcionar ao amigo uma mínima sensação de asseio e frescura, as escassas gotas do seu próprio cantil. A fim de que menino, que sabia dotado da fé ingénua dos simples, experimentasse ainda algum conforto espiritual, Mohandas teria querido oferecer-lhe água do Ganges: mas a água de qualquer rio transforma-se em água do Ganges, quando o coração é puro... E um coração puro habitava decerto no menino maqueiro... Mohandas não tardara a aperceber-se disso, embora inicialmente o tivesse impressionado a altivez disfarçada de humildade com que o menino se apresentara quando se oferecera para voluntário:

- Creio poder ser útil. Eu sou da casta dos Kahar, "os transportadores de fardos", com muita honra.

Na voz do menino transparecera uma leve inflexão de desafio, e a cor do seu rosto mostrara que não mentia. Os Kahar descendiam do povo antigo que tinha habitado as planícies aluviais da Índia antes de as hordas arianas lá haverem fir-

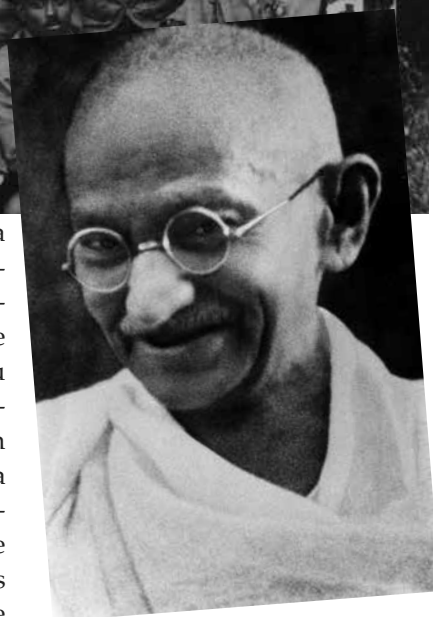


Gandhi com os maqueiros do Corpo de Ambulâncias Índiano

mado domínio e, como um deles, o menino era escuro, aliás mais negro do que muitos dos Bantos que executavam as mais rudes tarefas nos Serviços de Saúde do exército. Embora se tratasse de uma casta considerada por muitos pouco acima da turba dos “intocáveis”, os seus membros orgulhavam-se da sua insubmissão espiritual. Citavam gostosamente uma velha lenda segundo a qual um sábio brâmane sofrera a maldição de ter de aceitar um Kahar por seu guru. Assim, não olhavam como mestres, para lhes dirigir as almas na estrada da salvação, senão aqueles que lhes aproovesse. E o menino depressa se mostrara o discípulo mais empenhado em aprender, e em aplicar à prática os seus conhecimentos...

Em primeiro lugar, conhecimentos técnicos. Pela primeira vez numa situação de guerra, tinham sido distribuídas a cada soldado compressas de gaze esterilizadas, e bem depressa foi o menino quem ensinava aos combatentes o modo mais eficaz de fazer um penso compressivo e prende-lo com alfinetes de segurança, sem comprometer a assepsia do material. Dado a maioria dos ferimen-

tos afetarem os ossos, a destreza na imobilização de fraturas tornava-se crucial. Ninguém sabia aplicar uma daquelas talas feitas de lona reforçada com tiras de bambu mais rapidamente do que o menino, e recobri-la prontamente com gesso, sem deixar de confirmar a vascularização e o estado neurológico. Não recusava lições fosse de quem fosse: observava quer os gestos dos Mestiços do Cabo (que tão bem tratavam as bestas de tiro que puxavam as ambulâncias, nas quais os traumatizados craneo-encefálicos eram transportados para o hospital principal em Pietermaritzburg) quer a capacidade logística dos Judeus do Transvaal (que pela sua prática em tarefas de assistência social nos terrenos de prospeção, eram procurados pelos necessitados de qualquer dos campos). O oficial médico chefe, Major Hyslop, surpreendera-o a folhear as páginas de fotografias de preparações microscópicas no “Tratado de Doenças Tropicais” de Manson. E, querendo dar o exemplo aos lavadeiros do hospital seus patrícios, o menino apresentara o braço sem receio, quando lhe haviam proposto ser inoculado contra a febre tifóide: a medicina



inglesa causava-lhe menos desconfiança do que àquele Winston Churchill, o correspondente de guerra que declarara apenas estar interessado numa “vacina contra os balázios, se tal existisse!”

Contudo, na última conversa que Mohandas Gandhi tivera com o menino, a curiosidade deste não versara sobre uma questão técnica, e sim sobre um dilema ético. Como que prevendo o aproximar de uma batalha decisiva, o menino perguntara, mais uma vez:

- Mestre Gandhi, é mesmo verdade que devo tratar todos por igual? Por causa da Convenção de Genebra?

Com a certeza de que a sua cultura milenária nada tinha a dever à dita civilização ocidental, Mohandas sorria, exibindo um livrinho,

muito enxovalhado pelo uso, que lhe avultava no bolso da farda.

- Antes da Convenção, já o nosso Livro Sagrado, o Baghavad-Gita, nos ensinou: "Aquele que mostrar igual compaixão pelo amigo e pelo inimigo, esse é excelente..." Excelente aos olhos de Deus! Isso serás tu, por mais rasteira que seja a tua casta, se desempenhares desinteressadamente o teu serviço de maqueiro. Quem serve desinteressadamente ultrapassa o medo. E tendo superado o medo do desconhecido, considerarás como a tua maior recompensa saber que um dia se hão de sentar em redor do mesmo festim os filhos dos Brâmanes e os filhos dos Kahar, Hindus e Muçulmanos, Xosas e Zulus, Ingleses e Boéres... Deve ser esse o verdadeiro fim da tua luta, o teu sonho...

Contrastando com a seriedade com que anteriormente falara, o menino tivera um dar de ombros displicente:

- Mas se o festim vai ser só arroz com lentilhas, será que o sonho vale a pena?

Só então o ascético advogado notara um grumo de geleia ao canto da boca do seu discípulo: e deduzira que, por qualquer meio mais ou menos lícito, este conseguira uma lata de "chevril", aquele concentrado proteico preparado a partir das carcaças trituradas e longamente fervidas das cavalgaduras impróprias para outro serviço, e servido sob forma de caldo aos convalescentes. Experimentara então um imenso desgosto: aquele menino em quem a generosidade e a malícia infantis concorriam, tendo provado o pecaminoso sabor da carne, já não concebia a fraternidade entre as raças e as castas, sem a partilha de um prazer condenável!

Desfiando estas recordações, Gandhi tomou as mãos ásperas do me-

nino de baixa casta nas suas mãos finas de letrado... Dos lados de Spion Kop, a colina que estivera em disputa, soaram disparos de triunfo, das espingardes Mauser usadas pelo inimigo. Tirado do seu torpor, o menino entreabriu os olhos.

- Fui excelente? Cumpri o sonho? Sem ter plena consciência daquilo que fazia, Gandhi sacudiu brandamente a cabeça. Talvez interpretando o gesto como uma negação, o menino fitou-o, decidiu:

- Eu... Posso lavar os pratos! - os seus lábios, ainda luzidios da gordura do "chevril", quase esboçaram um sorriso vitorioso. Delirava, decerto...

Mas Mohandas compreendera: só muda deveras o mundo quem estiver, de bom grado, disposto a lavar os pratos, no dia bendito em que toda a humanidade se sentar à mesma mesa: e tanto para evitar a discussão que se poderia levantar a sobre a quem cabia esse trabalho servil, quebrando a harmonia alcançada, como para se limpar a si próprio de qualquer culpa, o menino estava-se oferecendo para tal... Onde tivera o Deus do Baghavad-Gita melhor discípulo? E esse verdadeiro crente, mais bravo do que qualquer dos príncipes com façanhas épicas referidas no Livro Sagrado, não teria uma pira de madeiras preciosas; nem sequer uma pira feita de canas e entulho como cabe a alguém de baixa casta, e que mal lhe queimaria os restos mortais antes que os necrófagos das margens do rio santo os devorarem. Os coveiros Bantos atirá-lo-iam para uma vala comum, com um balde de cal... Ainda se fosse um inglesinho, como os afoitos escuteiros que, em Mafeking, desempenhavam um trabalho parecido com o seu, talvez tivesse direito a ser embrulhado na "Union Jack", e a algumas



palavras de circunstância, resmoneadas com uma comoção mais ou menos sincera...

Mas olhando-o, Gandhi percebeu que nenhuma cerimónia ritual, nenhuma bandeira, eram precisas: tendo deixado o corpo destroçado pela bala como se só despi-se a farda ensanguentada, a alma do menino aninhara-se ao colo do seu Deus, cujos infinitos braços estreitavam toda a humanidade, e que o levava a descansar num paraíso, onde crianças de todas as cores chapinhavam juntas num largo rio de leite e mel que se despenhava, com um sussurro cantante, por entre fragedos de ouro.





Manuel J. Antunes

História da Cirurgia Cardíaca

No passado dia 18 de junho, a sede da Ordem dos Médicos de Coimbra recebeu mais uma conferência organizada pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos: o cirurgião cardiotorácico Manuel J. Antunes falou sobre a cirurgia cardíaca e seis décadas de história e evolução. Publicamos, em seguida, o resumo enviado pelo palestrante.

A história da Cirurgia Cardíaca é bem mais curta que a da cirurgia em geral, se excetuarmos o episódio único do nosso rei D Pedro I que, no século XIV, experimentou uma forma simultaneamente estranha e inovadora de colheita de órgãos, ao retirar aos algozes de D. Inês de Castro “a um o coração pelas costas e a outro pelo peito”. Não sabemos se tais operações tiveram lugar em Coimbra, mas terão talvez sido um presságio do que aqui haveria de ocorrer mais de seis séculos depois.

Mas também nesta especialidade a história não foi completamente vazia de obstáculos. Durante o último século, tinham havido vários episódios e tentativas de intervir sobre o coração. Paixão frequentemente incompreendida pelos pares, como se depreende da célebre sentença proferida em 1883 por Theodor Billoth, um dos grandes pioneiros da cirurgia moderna: “o cirurgião que ousasse

tentar suturar uma ferida do coração perderia o respeito dos seus colegas”.

Mas a verdadeira história da cirurgia cardíaca moderna iniciar-se-ia apenas em maio de 1953, com a realização, com sucesso, da 1ª cirurgia de coração-aberto com circulação extra-corpórea, efectuada por John Gibbon que, com a sua mulher, Mary Gibbon, trabalhara mais de duas décadas, com paixão, na invenção da máquina de coração-pulmão. Mas este ato pioneiro e corajoso não foi imediatamente recompensador e Gibbon viria a abandonar a cirurgia após cinco tentativas subsequentes falhadas. Apenas catorze anos depois, o mundo inteiro viria a ser despertado para esta especialidade pela notícia da primeira transplantação de um coração, realizada na noite de 2 para 3 de dezembro de 1967, em Cape Town, África do Sul, por Christiaan Barnard. Que outro motivo, senão a pai-

xão, o empurrou para esse salto que outros não tinham tido a coragem de dar? A transplantação cardíaca, posterior no tempo à transplantação renal, foi o contributo decisivo para o que René Kuss chamou, em 1991, “A Grande Aventura do Século”.

A nossa disciplina é um dos ramos mais glamorosos da medicina. Nós lidamos com o órgão mais vibrante e dinâmico do corpo humano. Temos o privilégio de tocar o coração, o coração de ricos e de pobres, os corações de todas as idades, tamanhos e cor, mas todos eles deficientes por nascimento ou por doença. Somos verdadeiramente abençoados com a arte de remendar corações danificados e mesmo a arte de mudar corações. O coração que até é, imaginem, o símbolo da paixão, certamente o símbolo mais difundido da história da humanidade. Esta é, de verdade, a mais apaixonante de entre todas as especialidades cirúrgicas.

Tal como as restantes cirurgias, a cirurgia cardíaca passa hoje por uma fase de grandes alterações no modo como se faz a abordagem do órgão-alvo. A cirurgia minimamente invasiva veio desafiar um dos princípios em que fui educado de “grandes cirurgiões, grandes incisões”, e já praticamente conquistou a exclusividade em vários tipos de intervenção noutras áreas cirúrgicas.

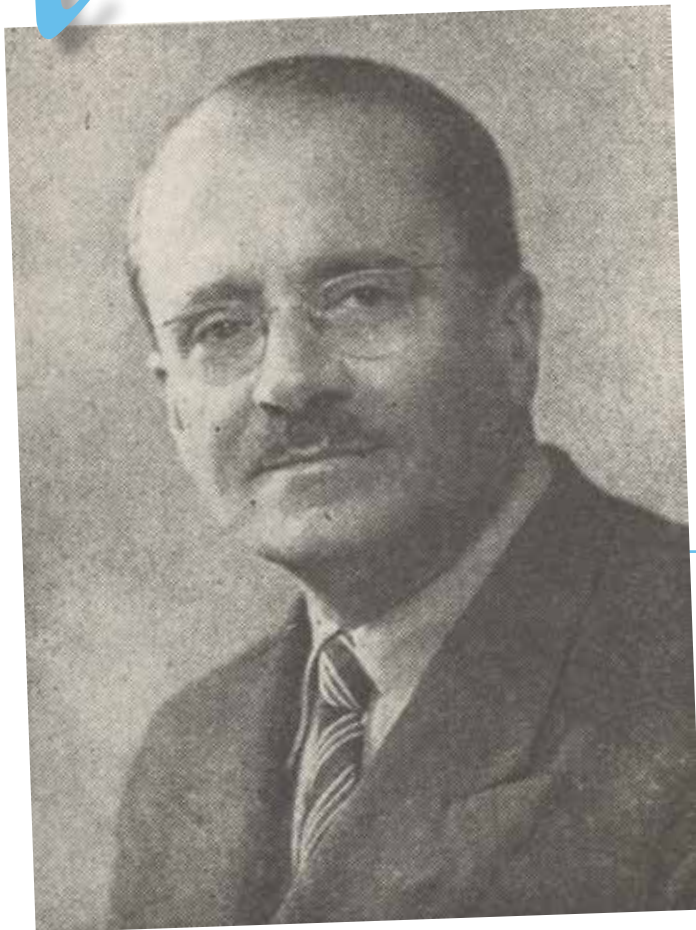
Um passo ainda mais adiante foi dado com a cirurgia roboticamente assistida, que tem como principal qualidade anular completamente o natural tremor das mãos humanas, especialmente desenvolvido nos momentos mais exigentes da cirurgia. E teoricamente per-

mite a um cirurgião operar um doente em qualquer lugar do outro lado do mundo, a partir de Coimbra.

Citando Bicha Castelo: “a inimaginável explosão que se antevê nos domínios dos saberes tem tal dimensão e a tecnologia irá oferecer meios tão sofisticados à ciência, que tenderão a conduzir o homem para domínios tão íntimos de conhecimento que poderão eventualmente levar à profanação da condição e dignidade humanas, que seria imprescindível evitar”. O ser humano não pode, nunca, vir a ser transformado numa máquina da qual podemos substituir, livremente, as partes avariadas. René Leriche dizia que “o segredo da vida está na capacida-

de de *savoir s'étonner* - *saber surpreender-se*”. É necessário que saibamos continuar a deixar-mo-nos surpreender pela vida, com as suas coisas superiores e belas, como são todas as paixões, que se pretendem reais, um pouco à semelhança da sociedade perfeita para a qual, na sua obra Utopia, publicada em 1516, Thomas More definiu costumes, leis e um código de ética, conducentes à perfeição. “A cirurgia, além de disciplina do conhecimento, é arte que deve ser cumprida com a ambição de fazer sempre mais e melhor, mas com a humildade de sabermos que as nossas capacidades são limitadas e que em primeiro lugar está o respeito pelo doente”. Por isso é que devemos ser fontes inspiradoras dos nossos alunos e formandos a prosseguir uma carreira nesta que é uma das disciplinas mais difíceis da medicina, mas, ao mesmo tempo, uma das mais apaixonantes.





M. Manuela de Mendonça

In memoriam Vítor Fontes (1893-1974)

Vítor Hugo Moreira Fontes licenciou-se em medicina há cem anos, em Julho de 1916. Dedicou-se simultaneamente à anatomia e à neuropsiquiatria mas foi nesta última que a

sua trajectória se evidenciou mais, conferindo-lhe marcado prestígio internacional. Durante quase três décadas foi diretor do Instituto António Aurélio, uma instituição pioneira numa especialidade ainda inexistente em Portugal, um exemplo de organização e um viveiro de formação dos primeiros técnicos vocacionados para o ensino especial e para a prática em equipa da futura neuropsiquiatria infantil. A autora, sua aluna de anatomia e, posteriormente, como sua colega de especialidade, recorda aqui o estudioso mas também o homem de bem que foi Vítor Fontes.

Em 2014 completaram-se 40 anos sobre a data do falecimento de Vítor Fontes - professor de anatomia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Como sua aluna de anatomia e, posteriormente, como sua colega de especialidade, em neuropsiquiatria infantil, venho recordá-lo nestas linhas, numa singela homenagem de quem muito o admira.

Vítor Hugo Moreira Fontes nasceu em 15 de Outubro de 1893, em Lisboa. Licenciou-se em Medicina, tendo terminado o curso em Julho de 1916, na Faculdade

de Medicina de Lisboa. Em Janeiro de 1917 casou com Maria Amélia de Abreu e Sousa Guerra, da qual teve uma única filha que não deixou descendência.

Vítor Fontes dedicou-se simultaneamente à anatomia e à neuropsiquiatria.

Na área de anatomia foi colaborador do Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa, Henrique de Vilhena (1879-1958). Com ele foi fundador do Instituto de Anatomia daquela Faculdade, bem como do Arquivo de Anatomia e Antropologia. Veio a suceder-lhe na cátedra de Anatomia,

mantendo o ensino tradicional baseado na dissecação minuciosa do cadáver e no estudo exaustivo e exigente dos quatro volumes de Testut. Dedicou particular atenção ao estudo anatómico da mão e do cérebro.

Foi, porém, na neuropsiquiatria que a sua trajectória se evidenciou mais, conferindo-lhe marcado prestígio internacional.

Discípulo do Professor Sobral Cid na década de 30, com ele alargou o saber de anatomista aos meandros subtis da vida psíquica, por ambos se interessando dentro de uma fusão neuro-psi-

quiátrica equilibrada e de bom-senso notáveis que sempre o acompanharam. O seu trabalho em neuropsiquiatria foi sempre dirigido à criança perturbada (“Crianças anormais”, como começou por designá-las em conjunto).

O interesse especial por essas crianças cedo lhe fora suscitado por António Aurélio da Costa Ferreira (1874-1922) seu antigo professor de ciências naturais no liceu, médico e pedagogo, com quem trabalhou desde 1912, na primeira escola para atrasados mentais do país – a Colónia Agrícola de S. Bernardino, em Peniche. E mais tarde, já médico (1918) com ele continuou a colaborar no Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia de Lisboa, destinado ao ensino especial de crianças com dificuldades. Ambas as instituições haviam sido criadas e organizadas por Costa Ferreira.

Vítor Fontes viria a dar continuidade e desenvolvimento à sua obra, nomeadamente a partir de 1935, data em que assumiu a direcção do Instituto e nele empreendeu uma remodelação total, desde a arquitectura e infraestruturas à organização funcional. O Instituto reabre em 1942 como instituição estatal em homenagem ao mestre, passa a designar-se por Instituto António Aurélio da Costa Ferreira.

Vítor Fontes foi seu director durante 28 anos. Ali empreendeu um labor contínuo e notável de investigador e formador, dotando o Instituto de todos os requisitos necessários à observação das crianças, à pesquisa laboratorial, à terapia, à medicopedagogia, à formação de técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, as-

sistentes sociais) e de educação (educação especial para as ‘classes especiais’).

Substituiu o velho *Boletim* do Instituto pela prestigiada revista *A Criança Portuguesa*, de publicação regular mantida até à sua jubilação, ao longo de 21 anos. Nela se encontram publicados muitos dos seus inúmeros trabalhos, bem como os melhores artigos internacionais produzidos na literatura científica sobre a criança. A permuta desta revista com as congéneres estrangeiras, permitiu-lhe enriquecer sobremaneira a excelente biblioteca especializada, e única no país, por ele criada no Instituto. Foram ainda publicados, na sua direcção, nove volumes de *Monografias*.

O Instituto António Aurélio foi uma instituição pioneira numa especialidade ainda inexistente em Portugal, um exemplo de organização e um viveiro de formação dos primeiros técnicos vocacionados para o ensino es-

pecial, e para a prática em equipa da futura neuropsiquiatria infantil.

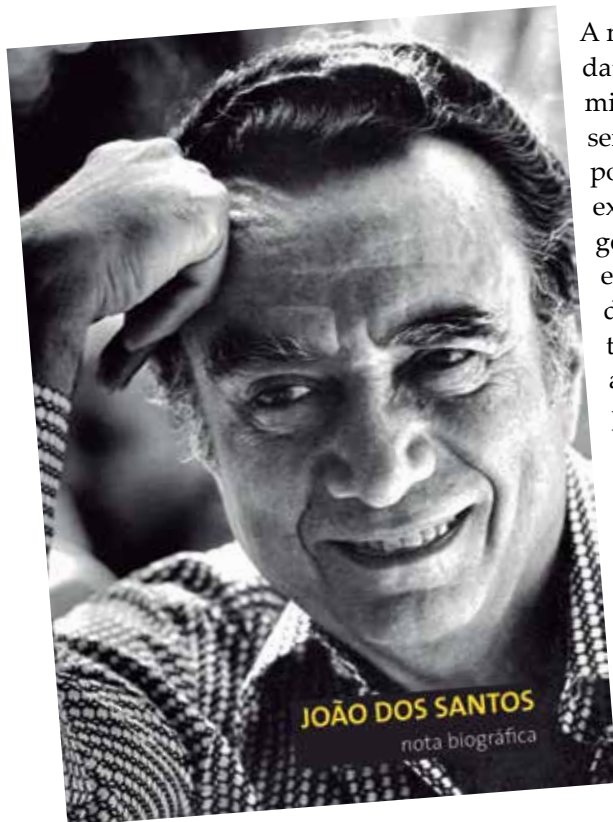
Vítor Fontes escreveu e publicou muito, fez conferências pela Europa e Brasil, esteve sempre presente em congressos de pediatria, saúde mental, psiquiatria infantil, como relator, organizador, vice-presidente ou presidente (IV Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil, Lisboa, 1958). Foi reconhecido internacionalmente pelos colegas como “grande mestre da neuropsiquiatria infantil” (G. Heuyer). O seu labor continuado e entusiasta muito contribuiu para firmar esta especialidade, com autonomia em relação à neuropsiquiatria de adultos, nos países europeus.

No nosso país foi, sem dúvida, o seu prestígio que permitiu a realização em Lisboa, do referido IV Congresso Internacional, o que impulsionou a Ordem dos Médicos a reconhecer a especialidade de neuropsiquiatria infantil, em 1959.

Vítor Fontes recebeu ao longo da vida numerosas distinções de que seleccionaremos:

- Em 1919 o grau de Cavaleiro da Ordem de Santiago da Espada (pela sua acção na observação e recuperação dos mutilados da guerra de 1914-18)
- Em 1949 membro do Comité permanente da Associação Internacional de Psicotecnia
- Em 1950 Presidente da Secção Regional de Lisboa da Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Em 1954 foi agraciado com o Prémio Pestalozzi (medalha de ouro), da Pestalozzi Foundation de Nova-York pela sua acção em prol da higiene mental infantil.





- Em 1963 foi eleito Presidente de Honra da União Européia de Pedopsiquiatras.

- Após a jubilação, em 1964, a *Acta Paedopsychiatrica* publica um número em sua honra (vol.31, fasc.2-3) e a *Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance* dedica-lhe o artigo de fundo do primeiro número desse ano.

- Em 1970 ocupou a cadeira nº4 de sócio efectivo da Academia das Ciências de Lisboa.

O seu trabalho dedicado, continuou para além da jubilação, mantendo o seu interesse pela permanente actualização nos campos da genética, bioquímica, psicologia, psicossomática, sociologia, higiene mental.

A sua curiosidade e interesses nunca se esgotaram na medicina. A jardinagem, a música, as antiguidades e a poesia camonianiana, constituíam os seus hobbies preferidos.

A minha relação com ele data das aulas de anatomia descritiva que cursei em 1951. Era temido por todos nós, por ser excessivamente exigente no conhecimento exaustivo do tratado de Testut. Não hesitava em reprovar um aluno que não correspondesse ao que ele considerava indispensável para qualquer médico. Outras vezes dava-lhe uma nota baixíssima que iria marcar esse aluno para todo o curso. Não sei como, tive a sorte de me dar um 16! O que era raro. E nunca me esqueceu.

Depois das anatomias, nunca mais o vi.

Acabado o curso e o internato dos Hospitais Civis de Lisboa, resolvi especializar-me em psiquiatria, para trabalhar com crianças perturbadas. Entusiasmei-me muito com uma conferência de João Augusto dos Santos, acabado de chegar de Paris, trazendo ideias novas sobre a forma de tratar as perturbações mentais infantis. Aos métodos biológicos, seguidos por Vítor Fontes opunha a psicanálise. Vítor Fontes e João dos Santos (que fora seu discípulo, antes de ir para Paris), incompatibilizaram-se.

Apesar disso, e de eu ter preferido o ensino do seu discípulo dissidente, um dia fui pedir-lhe autorização para utilizar a sua biblioteca, exclusiva para os seus discípulos. Reconheceu-me logo, lamentou a minha preferência por João dos Santos, e deu-me autorização para utilizar a sua biblioteca, a título

absolutamente excepcional! O segredo ficaria entre nós, sem o divulgar a mais ninguém, pondo-se à minha disposição para qualquer dúvida que eu tivesse. Passei a entrar e sair daquela extraordinária biblioteca sempre que queria, com porteiros e bibliotecários já avisados por ele. Achei isto um espanto!

Desde então, voltámos a encontrar-nos em congressos e reuniões científicas em que ele, ou eu, apresentávamos comunicações. Sempre me felicitou e passou a enviar-me separatas dos trabalhos que ia publicando, com dedicatórias exprimindo amizade e admiração! E eu retribuía-lhe da mesma maneira, enviando-lhe as minhas separatas. Por tudo isto, não posso esquecê-lo, como um estudioso, um valor, um homem de bem.

Referências bibliográficas

- ATHAYDE, J.S. – O Professor Vítor Fontes e a pedopsiquiatria. *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 33 (1965) 15-22.
- ATHAYDE, J. S. – *Elementos de Psiquiatria da Criança e do Adolescente*. Lisboa:Ed do Instituto de Assistência Psiquiátrica, 1977.p.493-494.
- FERNANDES; H.J. Barahona – O Professor Vítor Fontes. *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa*. 14 (1970) p.219-233.
- FONTES, Vítor – Escola de País. *A Criança Portuguesa*. 18 (1959) p.239-252.
- FONTES, Vítor –Vinte e oito anos na Direcção do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira. *A Criança Portuguesa*. 21 (1962) p. 7-30.
- FONTES, Vítor – La collaboration de A Criança Portuguesa. *A Criança Portuguesa*. 21 (1962) p. 31-35.
- FONTES, Vítor – À memória de António Aurélio da Costa Ferreira. *A Criança Portuguesa*. 21 (1962) p.6.
- HEUYER, G. – Hommage jubilaire au Professeur Vítor Fontes. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance*. 3 (1964) p. 2-12.
- MENDONÇA, Manuela de – *Mais Vale Prevenir. Memórias de uma Época e de um contributo para a Saúde Mental Infantil*. Coimbra: MinervaCoimbra, 2002.p.48-52.
- NUNES, H.G.Silva - O Professor Vítor Fontes e a Pediatria Portuguesa. *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 33(1965) p.9-11.