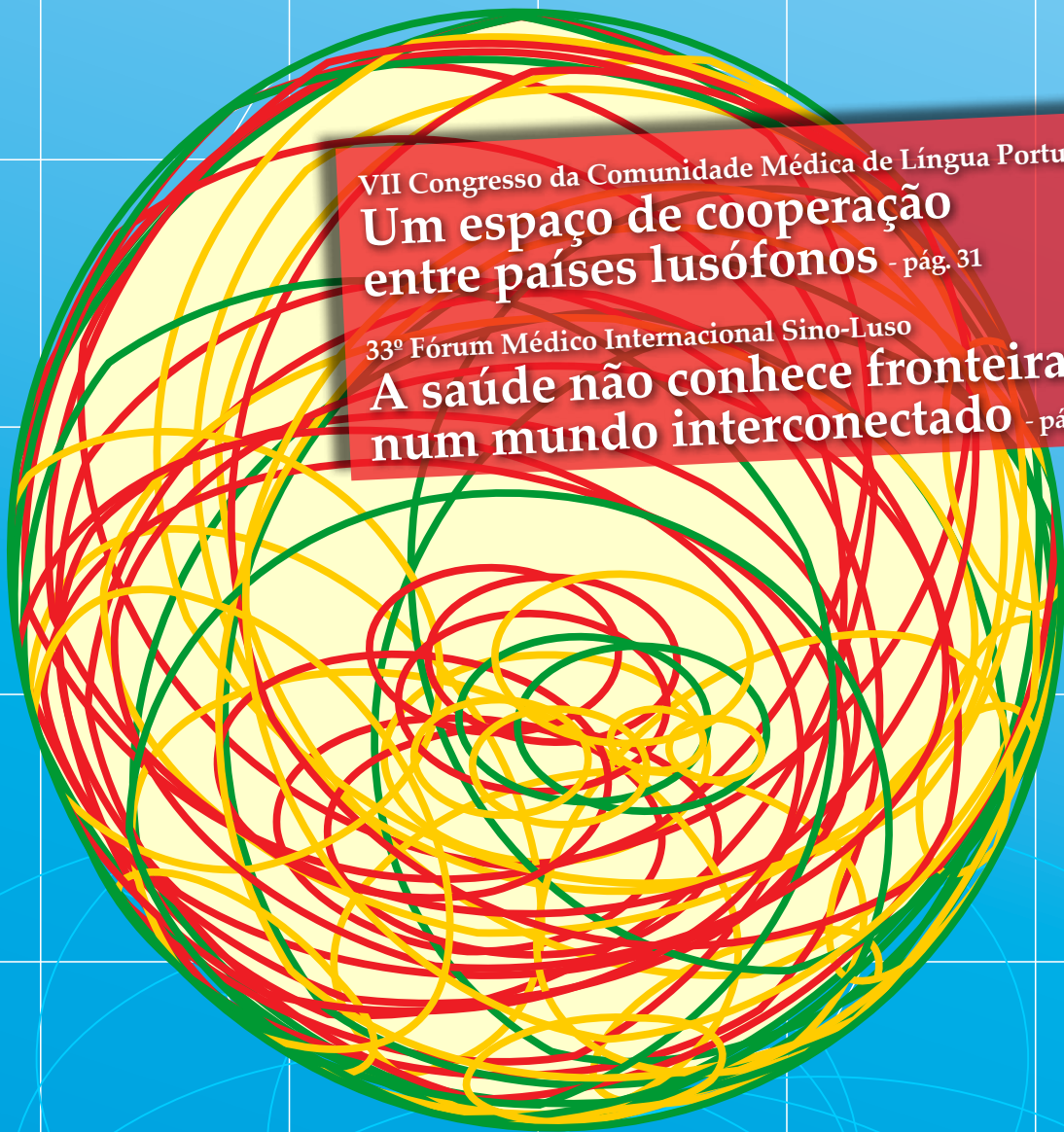


Revista

Ordem Médicos

ano 32 n.º 172 Setembro | 2016 Mensal | 2€



VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa
**Um espaço de cooperação
entre países lusófonos** - pág. 31

33º Fórum Médico Internacional Sino-Luso
**A saúde não conhece fronteiras
num mundo interconectado** - pág. 52

19º congresso
nacional
de medicina

3 · 4 · 5 Novembro 2016

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Pólo III)

7 Novembro 2016 · Pós-Congresso

10º congresso
nacional do
médico interno



Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 32
N.º 172
Setembro 2016

PROPRIEDADE:
Conselho Nacional Executivo
da Ordem dos Médicos

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

Capa:
2aocubo

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

Impressão:
A. J. Sá Pinto & Filhos, Lda
Viseu

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

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



Sumário

editorial

05 TNCs/IVA/SINATS/
Assembleia da República

informação

13 OM repudia recurso aos médicos
internos para suprir carências de
pessoal médico

14 Critérios mínimos para avaliação
dos Cursos de Gestão

15 Urgência Geral dos Internos de
Cardiologia do CHLO

16 Seguro de assistência hospitalar
exclusivo para médicos e família

18 Auditoria de seguimento
- desempenho de unidades
funcionais de Cuidados de Saúde
Primários

21 Despesas públicas em Saúde e
Orçamento do Estado para 2017

22 Podemos trabalhar?

23 Alteração ao Acordo coletivo
- descanso compensatório

23 Projeto "Histórias da Ajudaris"

30 Empresas na Urgência
de Ortopedia no Hospital de Faro

30 Não obrigatoriedade de colocação
de vinhetas nos atestados médicos
desportivos

actualidade

31 VII Congresso da Comunidade
Médica de Língua Portuguesa
Um espaço de cooperação entre
países lusófonos

49 Assinatura PPP Lusíadas
Saúde-Hospital de Cascais:
Reforço da contratação coletiva
e da carreira médica

51 Sessão de entrega dos certificados
a estudantes brasileiros do
Programa Doutoral em Bioética

52 33º Fórum Médico Internacional
Sino-Luso

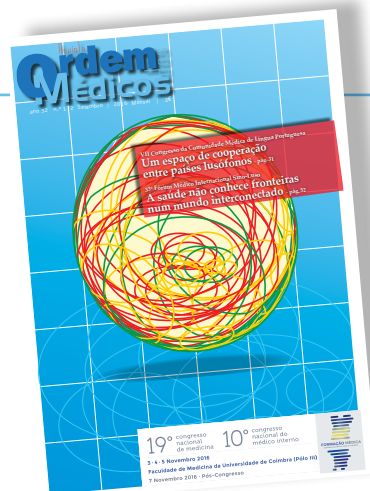
A saúde não conhece fronteiras
num mundo interconectado

SRC - informação

56 Se o SNS fosse um Banco...

58 V Congresso Nacional do Interno
do Ano Comum decorrerá em
Coimbra

60 Coimbra acolheu comemorações
nacionais dos 37 anos do Serviço
Nacional de Saúde



61 Carlos Cortes visita Maternidade
Dr. Daniel de Matos
e Maternidade Bissaya Barreto

SRN - informação

62 Síndrome de Burnout: que fazer para
evitar o esgotamento dos médicos?

64 CH Trás-os-Montes e Alto Douro
no vermelho devido à falta de
profissionais

66 1441 vagas para os cursos
de Medicina: mais uma
oportunidade desperdiçada

SRS - informação

68 Um bastonário que teve coragem
para assinar o Relatório das
Carreiras Médicas

71 PRÉMIO - Professor Jorge
da Silva Horta

72 "Saúde vai ser o segundo negócio
mais lucrativo a seguir ao das
armas"

opinião

74 João Ribeiro Santos: iremos sempre
reclamar a tua sabedoria

76 Contraceção de longa duração

77 Ética e transplantação em paragem
cardíaca

80 Sistemas Informáticos. Amigos dos
médicos e dos doentes?

83 Desperdício: arte médica e outras

86 Quem deve ser autor de um
trabalho científico?

88 Médicos a mais?
Não, médicos a menos!

90 As verdades que se impõe serem
ditas com prudência, coragem e
esperança

94 Desafios de uma lista multicultural

96 "O meu primeiro doente"

97 Sobre as "doações" da Indústria
Farmacêutica

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: Rui Henrique
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
NEUROCIQUIRURGIA: 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



TNCs/IVA/SINATS/ Assembleia da República

Como editorial reproduzo a carta enviada no dia 13 de Setembro de 2016 a todos os Grupos Parlamentares sobre esta polémica e complexa temática, que tantas vezes ultrapassa o absurdo, para procurar recolocar a discussão/debate das Terapêuticas Não Convencionais (TNCs) naqueles que consideramos como os caminhos da ética, da ciência, do progresso e do bom senso, em defesa dos interesses dos doentes e do respectivo direito a que, num país da Europa e no Século XXI, não lhes vendam 'gelatina de burro' como 'produto milagroso da medicina tradicional chinesa'!...

É lamentável que os Deputados não respeitem o artº 64º, nº 3, alínea e), da Constituição portuguesa, que obriga o Estado a "Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico". O que podemos esperar desta Assembleia da República?

Exmos Deputados,
A Ordem dos Médicos tem tido conhecimento da alegada existência de enormes pressões sobre o Governo e sobre a Assembleia da República relativamente a várias matérias do foro das Terapêuticas Não Convencionais (TNCs).
Como cidadãos e como especia-

listas na área da Saúde, não podemos deixar de nos dirigirmos a V. Exas., pois temos ouvido as manifestações mais bizarras sobre estas matérias, e solicitar uma audiência para debater e levar a nossa visão sobre questões que são particularmente sensíveis e potencialmente prejudiciais para as pessoas e para o país, caso não

sejam adequada e rapidamente regulamentadas e resolvidas em nome do interesse público e não de interesses particulares. Aliás, a regulamentação das TNCs já deveria estar terminada, faltando ainda as Portarias referentes aos ciclos de estudos da Medicina Tradicional Chinesa e da Homeopatia.

Um dos exemplos extraordinariamente preocupantes aconteceu neste programa de televisão, em que o Dr. Pedro Ribeiro da Silva representando a Direcção Geral da Saúde e, por inerência, o Ministério da Saúde, faz afirmações surpreendentes e graves: http://www.rtp.pt/noticias/pais/direcao-geral-de-saude-concorda-com-terapeutas-na-isencao-do-iva_v935518

Relativamente a estas afirmações não podemos deixar de questionar que “outro tipo de cientificidade” têm as terapêuticas não convencionais e qual é esse “tipo de cientificidade”? Fica fora da noção de eficácia *versus* placebo que é prática da medicina? Afinal, quantas “cientificidades” existem?! Pode o Estado sancionar a imagem de outras ‘ciências’, que foi transmitida e creditada pela DGS para a população? Se “não nos compete a nós analisar a cientificidade dessas áreas”, compete a quem? Aos próprios órgãos de classe das TNCs, com claros conflitos de interesse? Posição oposta tem o Governo, e muito bem, quando à medicina científica, que escrutina através de órgãos independentes da classe médica e da indústria farmacêutica. Porquê e qual a fundamentação da dualidade de critérios? Em nome da Saúde Pública, a Direcção Geral da Saúde e o Ministério da Saúde não têm a obrigação de avaliar cientificamente a segurança e eficácia de todas as actividades em saúde desenvolvidas em território nacional? Conforme consta do seu Portal, recordamos que a DGS “desenvolve a sua missão de acordo com o ... rigor Científico e Ético nas Decisões em Saúde - Decisões de Saúde tomadas com base nos melhores conhecimentos existentes

em termos científicos e de aplicação do conhecimento, e livres de quaisquer interesses que não sejam o serviço público em Saúde”; em que patamar de coerência se coloca o “rigor científico e ético” da DGS ao afirmar, e não desmentir, que “não nos compete a nós analisar a cientificidade dessas áreas”? Porque não compete?! São práticas somente reguladas pelo mercado – oferta/procura? **Está a DGS a actuar com “rigor científico e ético”, ou este protesto de “rigor científico e ético” por parte da DGS não é para levar a sério em nenhuma circunstância?** “Os terapeutas são equiparados aos médicos”? Todos os membros do Conselho Consultivo das TNCs reúnem condições, científicas, técnicas e curriculares para fazerem parte desse Conselho?

Muitas das questões relativas às TNCs e à sua alegada ‘cientificidade’ encontram paralelismo, salvaguardando as devidas distâncias e diferenças e sem meter tudo no mesmo saco, no programa de Derren Brown sobre os falsos pastores, os ‘fake healers’ e o seu negócio, cujo visionamento completo recomendamos intensamente! Também fazem ‘milagres’ e ‘curas espantosas’ e as ‘provas’, obviamente não científicas, são filmadas ao vivo, para que todos vejam!... <https://www.youtube.com/watch?v=iuP5uOI7Xwc>

Como demonstra Derren Brown, não basta ver para se dever ou poder acreditar. Não basta o efeito transitório da hipnose, adrenalina, sugestão. É preciso provar por métodos credíveis. A DGS discorda desta necessidade? Não é função do poder político, legislativo e executivo proteger os cidadãos de falsos curandeiros,

que usando e abusando do efeito placebo e hipnótico, conduzem florescentes comércios?

Qualquer pessoa que invente uma ‘terapêutica’, pode aplicá-la e comercializá-la livremente em Portugal, com a sua ‘cientificidade’ própria que ‘não nos compete a nós avaliar’?! As ‘práticas de Vilar de Perdizes’ e os “defumadouros para afastar os espíritos”, ‘medicina’ tradicional portuguesa, também vão ser isentadas de IVA?

Pelas questões acima referidas, compreende-se facilmente que o Conselho Consultivo das TNCs, coordenado pelo Dr Pedro Ribeiro da Silva, tem sido conduzido com extrema ineficiência e parcialidade, sem qualquer sentido de Estado, estando por perceber exactamente por que razões. Para o ilustrar objectivamente, só depois da veemente denúncia feita pela Ordem dos Médicos os seus membros aceitaram preencher uma declaração de conflito de interesses, ainda assim de conteúdo insuficiente. Sinal evidente do que está em causa! Um imenso comércio. São toleráveis leis e regras mais aligeiradas para as TNCs? Porquê?

Tal Comissão, sem qualquer competência para o fazer e cedendo a interesses particulares, entendeu igualmente pronunciar-se a favor da isenção do IVA para as TNCs, considerando-as equiparadas e sancionando, em causa própria, esse paralelismo ao exercício da medicina! Porém, a dura realidade é que não são, como é evidente.

O exemplo mais aparente que as TNCs têm para apresentar é o facto dos médicos terem isenção de IVA quando praticam acupunctura, mas quando um praticante de TNCs exerce a ‘mesma’

técnica não tem acesso a essa isenção, o que será 'injusto' e 'desigual'. Mas como se pode tratar de forma igual o que é diferente? Especificamente em relação à acupunctura, parece-nos extremamente abusiva e perigosa a equiparação entre a acupunctura praticada como técnica terapêutica por médicos, no âmbito da sua actividade médica, e a acupunctura exercida pelos profissionais das TNCs, baseada em filosofia própria, pois poderá induzir a população em erro. A Acupunctura Médica encontra-se assente numa premissa que é prerrogativa exclusiva dos médicos, que é a realização de um diagnóstico médico, para o qual se preparam com a mais longa preparação de todas as profissões, devido à sua complexidade e sensibilidade e ao tremendo risco de erros. Sem esse diagnóstico não seria possível equacionar a prática da acupunctura no âmbito da actividade clínica médica. Mais nenhum profissional tem a capacidade de efectuar um diagnóstico médico, e, sem esse diagnóstico, existe o risco real de uma situação clínica potencialmente grave ser diagnosticada tardiamente, com todos os riscos inerentes.

Para além desta diferença fundamental, a Acupunctura Médica baseia-se em conceitos de anatomia e fisiologia convencionais, que são totalmente diferentes dos conceitos da Medicina Tradicional Chinesa, que parou no tempo, na qual é baseada a prática dos profissionais das TNCs. A Acupunctura, nas suas variantes, não é uma técnica isenta de riscos, que são próprios da técnica terapêutica, sendo o risco de lesão traumática de órgãos internos, torácicos e abdominais, lesões do sistema nervoso, periférico e central, e lesões vasculares,

bem como eventos infecciosos, situações relatadas na bibliografia mundial. O risco de lesões traumáticas e transmissão de doenças infecciosas depende de vários factores, sendo o conhecimento detalhado da anatomia um factor determinante da incidência e gravidade destas lesões. A Acupunctura Médica é praticada ininterruptamente por Médicos em Portugal desde a década de 70 do século passado e a prática da acupunctura por médicos é reconhecida pela Ordem dos Médicos desde 2002, quando foi criada a Competência em Acupunctura Médica, na qual se encontram inscritos neste momento cerca de centena e meia de médicos. A formação em Acupunctura Médica está regulamentada desde 2002 tendo sido formados cerca de 400 médicos. A Acupunctura Médica encontra-se presente num grande número de Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e nos Cuidados de Saúde Primários, predominantemente nas Unidades Multidisciplinares de Dor. Circunstância diferente é anunciar a introdução da MTC nos Hospitais portugueses, querendo regredir em 2000 anos a medicina nacional!

Mesmo neste contexto, a acupunctura poderá ter apenas um efeito placebo, o que aumenta a delicadeza da sua utilização, a relevância de um diagnóstico prévio desprovido de qualquer falha, ter em consideração os problemas para os quais tem indicação e a necessidade de prosseguir a investigação numa técnica que continua controversa. Na realidade, o mais recente relatório do NICE coloca frontalmente em questão os efeitos da acupunctura, colocando dúvidas quanto aos seus efeitos em algumas patologias:

<https://www.nice.org.uk/news/press-and-media/V8rlxF6m-2NE.facebook>

O facto deste movimento pela isenção do IVA ser liderado sobretudo por uma associação levanta algumas questões quanto ao oportunismo e interesse dos seus dirigentes, que recorrem a falsos argumentos para se colocarem como equiparados aos médicos, que não são! Na verdade, de acordo com o artigo 2.º da Portaria n.º 207-F/2014, de 8 de outubro, que fixou a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de acupuncturista, esta terapia tem o "fim de prevenir e tratar as desarmonias energéticas, físicas e psíquicas", não visando concretizar nenhuma intervenção clínica concreta baseada num diagnóstico médico. Logo, não se pode, de forma alguma, equiparar à profissão médica. Querem os Senhores Deputados definir 'desarmonias energéticas'?

Vai o Estado tratar da mesma forma e isentar igualmente de IVA os Spas, ginásios, yoga, etc.? Logicamente, desde que aplicadas apropriadamente, está bem estabelecido o efeito benéfico que as intervenções de relaxamento, massagem e actividade física têm sobre as pessoas. Também são 'intervenções em Saúde'?

Deve o Estado estimular o regresso a práticas médicas da medicina tradicional ocidental de há 500 ou 1000 anos, regulamentá-las, equipará-las às restantes profissões da saúde e isentá-las de IVA? Alguém deseja voltar ao tempo em que Medicina, Filosofia e Religião se confundiam? Provavelmente quem pretendesse regredir 1000 anos na prática médica ocidental seria preso pelo Estado... Então qual a fundamen-

tação para um comportamento distinto relativamente a práticas milenares apenas porque são de outros continentes e outras culturas e a respectiva medicina se atrasou no seu desenvolvimento intelectual, crítico e científico? Não foi sem fundadas razões que Fernando Pessoa disse que se tivesse de escolher uma palavra para definir a mentalidade portuguesa seria ‘provincianismo’...

Em anexo seguem dois artigos publicados no JN, referentes à ‘Medicina’ Tradicional Chinesa, que explicam resumidamente toda a problemática envolvente. Vai o poder legislativo e executivo legitimar e isentar de IVA a prescrição da ‘milagrosa gelatina de burro’, alegadamente indicada para: *diarreia crónica, púrpura, fobias, obsessões compulsivas, excesso de ansiedade, insónia, vômitos de sangue, metrorragias, sangramento contínuo da mucosa uterina, hemoptises, hematúria, etc., e que promove o desenvolvimento das crianças, aumenta o número de células vermelhas, melhora a hipotensão, melhora o sistema imunitário, melhora a inflamação do rim, aumenta a pressão arterial*? Vai a Assembleia da República isentar de IVA a burla e a charlatanice? É esta a missão dos Senhores Deputados?

<http://ctcportugal.com/artigos-2/noticias-ctc/fitoterapia-chinesa-2/>

Como pode a Assembleia da República não se empenhar no controlo de ‘terapêuticas’ e na utilização de produtos duvidosos e, pelo contrário, legitimar e isentar de IVA práticas e afirmações mentirosas e perigosas para a saúde e para as pessoas? Um inequívoco exemplo, que pode ler-se no link abaixo copiado: “O

uso da Fitoterapia com os fármacos da Medicina do Ocidente é perfeitamente aceitável, uma vez que não há interação, até porque estamos a falar de plantas medicinais naturais, ou seja, não químicos.” Esta afirmação é bárbara, se é que não pode ser classificada de criminosa é bárbara, se é que não pode ser classificada de criminosa. As plantas não têm químicos?!?! Não há riscos de interações?!?! Estras afirmações, contrárias à mais singela honestidade e bom senso, vão ser acompanhadas e incentivadas pelos Senhores Deputados?

<https://www.clinicapedrochoy.com/index.php/fitoterapia>

É este nível de inteligência, formação, deturpação e comércio que a Assembleia da República quer promover, comparar à medicina e isentar de IVA? Os Deputados da Assembleia da República pretendem assumir a responsabilidade consciente de fomentar a “milagrosa gelatina de burro”? Para quem, para os portugueses, ou para os burros?!... E, já agora, para qual das indicações, diarreia, fobias, obsessões, vômitos de sangue ou para o desenvolvimento intelectual das crianças?!...

As interações plantas medicamentos são bem conhecidas, potencialmente perigosas e a bibliografia numerosa:

<http://www.oipm.uc.pt/home/>

Dos muitos que poderíamos citar, recomendamos a leitura de quatro artigos que se anexam [(Safety surveillance of traditional Chinese medicine: current and future. Liu SH, Chuang WC, Lam W, Jiang Z, Cheng YC. Drug Saf. 2015 Feb;38(2):117-28) (A Review of the Toxicity of HIV

Medications II: Interactions with Drugs and Complementary and Alternative Medicine Products. Stolbach A, Paziana K, Heverling H, Pham P. J Med Toxicol. 2015 Sep;11(3):326-41) (A review of potential harmful interactions between anticoagulant/antiplatelet agents and Chinese herbal medicines. Tsai HH, Lin HW, Lu YH, Chen YL, Mahady GB. PLoS One. 2013 May 9;8(5):e64255) (Herbal medicine in the United States: review of efficacy, safety, and regulation: grand rounds at University of California, San Francisco Medical Center. Bent S. J Gen Intern Med. 2008 Jun;23(6):854-9)]. **A Ordem dos Médicos não duvida que os Deputados da Assembleia da República são sensíveis à evidência científica.**

Por outro lado, como podem ser levados a sério “profissionais” que usam produtos que podem estar adulterados em 90% dos casos e que não exigem qualquer controlo de qualidade ou que o registo dos seus produtos passe da DGAV para o Infarmed?! O report abaixo é indisputável e aterrador:

<http://www.nature.com/articles/srep17475>

Os Senhores Deputados têm a obrigação ética, política e científica de evitar que, com enorme probabilidade e total descontrolo, estejam a ser vendidos em Portugal produtos das TNCs em que 50% podem ter constituintes de plantas e animais não declarados, incluindo espécies em risco de extinção (leopardo das neves), 50% podem ter medicamentos na sua constituição, incluindo warfarina, cortisona, diclofenac, ciproheptadina e paracetamol, e ainda metais pesados, inclu-

do arsénico, chumbo e cádmio. Qual, afinal, a missão dos Deputados da Nação?

É curioso como as próprias TNCs reconhecem a impotência dos seus produtos e por isso mesmo lhes adicionam medicamentos ocidentais para que possam ter alguma eficácia...

A Prof Maria da Graça Campos (Observatório de Interações Planta-Medicamento, Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra) afirma textualmente: *“No entanto, é importante neste contexto perceber-se que a realidade nacional e europeia, no que concerne à Medicina Tradicional, está muito longe do que se vive por exemplo, em África, na Ásia ou mesmo na América do Sul. Em Portugal temos um bom Sistema Nacional de Saúde, e o que acontece com frequência é que o doente sobrepõe os dois tipos de abordagem, ou seja, consulta convencional pelo SNS e tratamentos associados de Medicina Tradicional, sendo ou não de TNCs. Isso tem causado na generalidade mais problemas de saúde do que benefícios”.*

É interessante que a ‘Medicina’ Tradicional Chinesa esteja em decadência no seu próprio país mas a tentar exportar-se, por motivos meramente comerciais, para países mais desenvolvidos! Na China há, actualmente, 600000 praticantes de ‘medicina’ tradicional chinesa e 2900000 médicos chineses de medicina ocidental. Em poucos anos, os médicos chineses formados em medicina científica ocidental suplantaram em cinco vezes os praticantes das terapêuticas tradicionais chinesas, constituindo um inequívoco sinal das insuficiências, descrédito e declínio das práticas tradicionais.

Tal como aconteceu e continua a acontecer no Ocidente, naturalmente a China está a investigar as suas práticas tradicionais, de acordo com a metodologia científica, para procurar algo que possa ser translacionado para a prática médica efectiva. Um exemplo disso mesmo é a descoberta da artemisina entre as 2000 ervas chinesas testadas para descobrir um novo medicamento para a malária, o que nada tem a ver com MTC mas sim com ciência. Por isso a artemisina está hoje incluída na farmacopeia ocidental, como muitos medicamentos que estão em uso e que derivaram do estudo de plantas e outros produtos usados pelas medicinas tradicionais de todo o mundo, incluindo a medicina tradicional ocidental. Conhecidos os respectivos efeitos tendencialmente benéficos (embora normalmente de baixa intensidade), são investigados os princípios activos com reais efeitos farmacológicos, que são posteriormente purificados, concentrados e extensivamente testados para se confirmarem efeitos curativos/terapêuticos efectivos e perfil de segurança.

As técnicas usadas por alguns destes terapeutas são lamentáveis e desumanas e deviam ser proibidas, pois, para além de não poderem provar nenhuma das suas alegações, transferem para os doentes a culpabilidade de não se curarem e a vergonha de se queixarem! “Se morrer de cancro, a culpa é sua, diz o guru Chopra” (vide em anexo artigo do Jornal Público de 11/09/2016). Lembramos novamente o vídeo de Derren Brown e como uma jovem foi levada ao suicídio pelo sentimento de culpa que lhe foi assacado pela não cura de um familiar.

A Ordem dos Médicos tem cons-

ciência que também entre os praticantes de TNCs há uma grande heterogeneidade e que se encontram pessoas com boa formação, conhecimentos sólidos, espírito rigoroso e prática consciente, ansiosas pela construção de uma profissão dignificante fora dos poderosos interesses instalados, com as quais o diálogo deveria ser privilegiado.

A questão da isenção do IVA é particularmente importante pelo significado que encerra em si mesma, legitimando aos olhos da população que as TNCs são como a medicina, pelo que as pessoas poderão recorrer a uma ou a outra indistintamente ou a ambas em simultâneo com o mesmo nível de confiança, eficácia e segurança. As consequências para a Saúde Pública seriam dramáticas.

É chocante que as TNCs exijam globalmente a isenção do IVA, mas não exijam as mesmas regras aplicadas à medicina convencional: comprovação científica de eficácia (acham que não é necessário...), formação exigente e idónea (não querem cumprir as regras da A3Es e, pelo contrário, ultrapassando a lei, querem legalizar todas as escolas já existentes, que não passaram por nenhum filtro de qualidade e que, no mínimo, são de idoneidade extraordinariamente duvidosa! A A3Es apenas aprovou cinco cursos de Osteopatia), controlo de qualidade dos seus produtos (nem ousam falar no assunto!), passagem do registo dos produtos utilizados da DGAV para o Infarmed (não defendem...). Preocupantemente, o Conselho Consultivo das TNCs procura que as “qualificações profissionais das pessoas que estejam habilitadas a exercer atividades no âmbito das TNC” sejam nivela-

das por baixo, para continuar a permitir o negócio de escolas que já deviam ter encerrado há muito tempo e de pessoas sem competências apropriadas, ignorando qualquer cuidado em elevar os níveis mínimos de qualidade! Pode ser levado a sério quem apenas exige direitos e não pretende deveres? Então, afinal, as TNCs são apenas um comércio?!...

Logicamente, a questão da isenção do IVA pode ser uma discussão a ter lugar no futuro, mas antes desse futuro as TNCs devem aceitar as exigentes regras impostas, e bem, à medicina convencional.

Considerar que TNCs e Medicina são actividades 'similares' é esquecer deliberadamente que vivemos no século XXI e não na Idade Média. Confiamos que Portugal se possa orgulhar de uma Assembleia da República do século XXI.

Infeliz e surpreendentemente, o enquadramento em que a OMS coloca as Medicinas Tradicionais não tem em conta a diferente realidade dos Continentes e dos países no que se refere aos sistemas de saúde. Mas não admira, pois a presidência da OMS é exercida por uma chinesa, única razão pela qual foi possível a aprovação destes documentos...

Ainda assim, o que obviamente se compreende, a OMS não esquece as questões da qualidade e segurança e, por isso mesmo, defendendo uma rigorosa regulamentação, no que tem a concordância da Ordem dos Mé-

dicos, afirma que *"Traditional Medicine, of proven quality, safety, and efficacy, contributes to the goal of ensuring that all people have access to care"*. Naturalmente, todas as intervenções que demonstrem qualidade, segurança e eficácia pela metodologia científica são automaticamente incorporadas na Medicina Convencional, deixando de ser TNCs. Como não poderia deixar de ser, a OMS apenas suporta as práticas *"of proven quality, safety, and efficacy"*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf

Afinal, *surprise surprise* (...), a OMS sustenta que é imprescindível provar a qualidade, segurança e eficácia das TNCs, pelo que a afirmação do Dr. Pedro Ribeiro da Silva de que "não nos compete a nós analisar a cientificidade dessas áreas" contraria a própria OMS!

Mais ainda, a OMS manifesta a sua preocupação com os riscos associados às TNCs, conforme quadro que se transcreve adiante (box 5). Não deveriam ser estes riscos para a saúde dos portugueses a concentrar as atenções dos Senhores Deputados antes da questão comercial do IVA?...

Os riscos são bem conhecidos e tremendamente reais. Por exemplo, uma clínica no Baixo Reno tratou doentes com cancro com métodos alternativos ("medicinas alternativas") - dias depois

quatro pessoas morreram; As autoridades consideram que há um "risco concreto para a saúde" dos doentes (<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/krebs->

[mehrere-tote-nach-alternativer-behandlung-a-1106218.html](http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/krebs-mehrere-tote-nach-alternativer-behandlung-a-1106218.html)).

Neste momento o Heilpraktikers estão debaixo de fogo (http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/f-a-z-exklusiv-heilpraktiker-schwer-unter-beschuss-14406931-p2.html#pageIndex_2).

Há um paradoxo que alguém devia explicar e que a Ordem dos Médicos confia que os Senhores Deputados analisem e expliquem. À medicina convencional e científica exigem-se e impõem-se, e muito bem, todos os controlos, todas as regras, a máxima exigência todo o rigor técnico e científico. A criação do SINATS (Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde) vem exactamente nesse sentido. Já quanto às TNCs, os respectivos praticantes são tratados como os 'coitadinhos' que não precisam de provar nada, não necessitam de controlo nenhum, podem ter uma formação esotérica, filosófica e superficial e podem aplicar as técnicas que quiserem que ninguém se preocupa.

A Ordem dos Médicos propõe formalmente a criação de um SINATS para as TNCs. O que o Conselho Consultivo das TNCs e o seu Coordenador, o Dr. Pedro Ribeiro da Silva, com sentido de Estado, já deviam ter proposto!

A prova definitiva e irrefutável que as TNCs não são 'similares' à Medicina é o facto de não quererem sujeitar-se a regras 'similares'. Por conseguinte, provada a ausência de 'similaridade' entre TNCs e Medicina, não podem as primeiras usufruir de um tratamento similar, nomeadamente em sede de isenção de IVA.



Aliás, e para que não sejamos provincianos e queiramos misturar o que não é confundível nem miscível, outros países da Europa apenas participam as TNCs que são exercidas por médicos, com o bom senso de perceberem que um diagnóstico clínico correcto é imprescindível para a prescrição de qualquer terapêutica, seja qual for a sua natureza. Transcrevemos algumas partes do texto do acima citado relatório da OMS:

- "For example, many French doctors are specialists in acupuncture and homeopathy, both of which are reimbursed by the Social Security when performed or prescribed by a doctor".

- "In Finland, when provided by an allopathic physician, acupuncture and other complementary/alternative therapies can be covered by the Social Insurance Institution".

- "In Switzerland, the average prevalence of T&CM use (persons who have used T&CM) was 49% (47) after 1990. In 1998, the Federal Department of Home Affairs (DHA) decided that, from 1999 to 2005, five complementary therapies – anthroposophical medicine, homeopathy, neural therapy, phytotherapy and TCM (more precisely, traditional Chinese herbal therapy) – would be covered by the compulsory health insurance program (KLV), if the service was provided by a physician certified in CAM. Meanwhile, the Swiss government also set up a comprehensive programme to evaluate CAM (PEK), which was playing an ever-increasing role in the Swiss medical system, in order to determine its role and effectiveness."

Nos Estados Unidos a Osteopatia é praticada por médicos. "Today, more than 20 percent of medical students in the United States are training to be osteopathic physicians". A formação médica,

ESPANTO FILOSÓFICO-CIENTÍFICO!!!

No passado dia 23 de Setembro, já depois desta carta ter sido recebida por todos os Grupos Parlamentares e de termos reunido com o PSD, CDS-PP, PS e PCP, a Assembleia da República decidiu isentar de IVA, por maioria, a prática das TNCs. Lamentável. No dia 28/10 iremos reunir com o BE e o PAN.

Porém, ainda mais inacreditável, foi o facto do PAN ter proposto a incorporação das TNCs na Lei de Bases da Saúde, ou seja, no SNS, e, ainda mais, que o BE e o CDS-PP tenha votado a favor! O IVA é essencialmente matéria fiscal, mas a Lei de Bases da Saúde é um assunto sério, grave e de Saúde Pública. *Nestes 'práticos de TNCs' encontram-se indivíduos que são contra as vacinas, um dos maiores avanços da humanidade, da ciência e da medicina e que salvou a vida e a saúde a milhares de milhões de pessoas!*

Nesta foto divulgam-se os resultados desta votação, para a História da Saúde em Portugal. Afinal, para alguns partidos políticos a evidência e a ciência não existem e Portugal ainda não entrou no século XXI...

⇒ [Projeto de Lei n.º 252/XIII/1.ª \(PAN\)](#) – Enquadra as Terapêuticas não Convencionais na Lei de Bases da Saúde, procedendo à terceira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro e reforça a correcta interpretação da Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto e Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro;

Favor – BE, CDS-PP e PAN	
Contra – PSD e PCP	Rejeitado
Abstenção – PS e PEV	

Exige-se agora que estes partidos não se refugiem no silêncio e expliquem com transparência porque votaram favoravelmente esta proposta. Caso tenha sido em nome das 'liberdades', então espera-se que, em coerência, proponham o fim do Infarmed e do SiNATS e que qualquer pessoa ou empresa que apresente uma qualquer terapêutica a possa também incorporar no SNS.

Em nome dos portugueses, quero agradecer publicamente ao PSD e ao PCP terem impedido esta abstrusa aprovação e expressar o meu profundo pesar por aqueles que se abstiveram numa matéria tão importante, não demonstrando coragem para governar o país com *gravitas*.

Praticar medicina no século XXI como se praticava há dois mil anos, 'quando o sol andava à volta da Terra', é obscurantismo que irá ser completamente ultrapassado pelo conhecimento científico. É inevitável. O mesmo acontecerá com todas as TNCs sem base científica. Hoje já ninguém defende que a Terra é o centro do Universo, mas até há 400 anos atrás a tradição e a religião impunham a teoria do geocentrismo. Não queiram os senhores deputados regressar à era pré Galileu Galilei, considerado o pai da ciência moderna.

Cada vez mais me convenço que caminhamos para um futuro muito negro e que Portugal precisa de novos projectos políticos, de mais competências na Assembleia da República e de um rumo diferente.

científica, faz toda a diferença no diagnóstico e na terapêutica, para segurança do doente.

<http://www.aacom.org/become-a-doctor/about-om>

Finalmente, seria profundamente incompreensível que, quando o SNS está em acelerada degradação, sem capacidade de investimento, com instalações envelhecidas, com tecnologia chocantemente ultrapassada, com falhas permanentes de material, sem acesso a medicação inovadora, incapaz de contratar os profissionais de que necessita, sem meios para proporcionar apoios a tantos doentes de baixos recursos, sem capacidade para construir o novo Hospital 'de Todos os Santos', etc., etc., se fossem isentar de IVA práticas que se recusam a cumprir critérios de qualidade, exigência e segurança.

Se a Assembleia da República conseguir meios para reforçar o orçamento anual da despesa pública em saúde em mais 1400 milhões de euros, então também terá condições para se dar ao luxo de, politicamente, isentar de IVA práticas sem fundamentação científica.

Isentar de IVA as TNCs enquanto o SNS e os doentes sofrem dramaticamente com o subfinanciamento do SNS, seria um ilogismo e uma contradição incompreensíveis.

Aguardando uma resposta positiva ao pedido de audiência e debate,

Com os melhores cumprimentos,
Lisboa, 13 de Setembro de 2016

O Bastonário da Ordem dos Médicos
Professor Doutor
José Manuel Silva



16 vezes 24 horas

Como pode uma jovem médica no segundo ano da especialidade de Ortopedia, no Hospital do Funchal, estar 16 vezes escalada na urgência, no mesmo mês, sempre por períodos de 24 horas, ora de presença física, ora de prevenção, sendo 11 desses períodos em 11 dias seguidos? Impressionante, ilegal, desumano, impossível! Acontece em Portugal, em março de 2016. É por falta de ortopedistas? Não! Faltam ortopedistas no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM)? Sim! Estupidamente, o Serviço de Ortopedia do Funchal foi des-

A MADEIRA RECUSOU ORTOPEDISTAS E FEZ A VIDA NUM INFERNO A OUTROS

truído nos últimos anos devido a uma miserável gestão do SESARAM e a inaceitáveis perseguições políticas. A Madeira recusou a contratação de alguns ortopedistas e fez a vida num inferno a outros, empurrando-os para o continente e para o setor privado. Sei do que falo. Desejamos que o atual Secretário Regional da Saúde da Madeira queira e consiga resolver o problema, recordando um ditado: "não é com vinagre que se apamham moscas". Em 2015, em Portugal, reformaram-se 430 médicos, 1050 acabaram e 1560 iniciaram a especialidade. Portugal não tem falta de médicos, o SNS é que não os contrata dignamente. Por isso, mais de mil emigraram em 4 anos, incluindo ortopedistas. ■



Chuta chuta

É urgente modificar o Despacho 10430/2011, que impede os Médicos de Família (MF) de solicitar exames pedidos aos doentes nos hospitais do SNS e os médicos destes hospitais de pedirem exames para o mesmo setor convencional onde os doentes fazem os exames pedidos pelos Médicos de Família!
O que continua a acontecer? Por exemplo: o doente vai a uma consulta de cardiologia e precisa de um ecocardiograma, mas a lista de espera no hospital é imensa. Então, o cardiologista envia uma carta ao MF a pedir-lhe para pedir o

PARA O DOENTE TER O ECOCARDIOGRAMA, O MÉDICO DE FAMÍLIA VIOLA A LEI

exame, o que o MF está proibido de fazer, mas, pelo doente, acaba por pedir. Resultado: para o doente fazer e ter o ecocardiograma, o MF viola a lei, o doente tem de marcar duas consultas no MF, fazer duas viagens ao Centro de Saúde (CS) e perder dois dias de trabalho, enquanto a despesa do exame é imputada ao MF e não ao hospital.
O hospital, esse, é premiado, porque não tem de contratar mais um cardiologista e chuta o doente e a despesa do exame para o CS. Já o MF, se pertencer a uma USF modelo B, pode ser penalizado por ultrapassar os limites de despesa que lhe são impostos! É uma enorme hipocrisia herdada do anterior Governo, que espero que o atual corrija celeremente. ■

In "Correio da Manhã" - 24 de março de 2016

In "Correio da Manhã" - 7 de abril de 2016



OM repudia recurso aos médicos internos para suprir carências de pessoal médico

A Ordem dos Médicos escreveu ao director clínico do Centro Hospitalar de Setúbal repudiando a pretensão dessa instituição em recorrer aos médicos internos para suprir carências de pessoal médico. A OM recordou a obrigatoriedade do cumprimento do Regulamento do Interno no Serviço de Urgência, frisando que nunca aceitará “que os médicos Internos sejam coagidos a fazer horas extraordinárias noutra especialidade e contra a sua vontade” pois “o tempo extra que agora é exigido aos médicos internos irá prejudicar a sua formação na especialidade, o que levanta não só a questão da legalidade da escala mas também da idoneidade e capacidade formativa do estabelecimento”, a qual poderá ser revista caso a circular que originou esta carta seja aplicada.

“Exmo Sr. Dr. Nuno José Fernandes Pinto Fachada

MI Director Clínico do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Assunto: Circular Normativa 120/16 de 05.09.16

Fomos contactados por vários médicos internos de distintas especialidades devido à publicação da circular identificada em epígrafe.

Esta lamentável e inaceitável circular estará alegadamente relacionada, em parte, com o facto de, a partir de janeiro de 2017, não ser possível contratar Serviços Médicos por Empresas de Prestação de Serviços, tendo sido esta a ‘solução’ encontrada pelo Conselho de Administração para ‘resolver’ esta situação.

Desta sorte, as lacunas do Hospital acabariam por ser resolvidas pela substituição de Médicos Especialistas/tarefeiros por Médicos Internos de várias especialidades, não sendo certamente despiendo o facto de serem muito mais baratos para o Hospital...

Por outro lado, a publicação des-

ta Circular foi realizada apenas alguns dias antes de entrar em vigor e sem os principais envolvidos (Médicos Internos das Especialidades Específicas) serem convocados ou ouvidos, tendo apenas sido realizada uma reunião onde o Conselho de Administração ‘informou’ os Diretores de Serviço desta decisão. Relativamente a esta matéria, a Ordem dos Médicos, vem apresentar a sua total e fundada discordância. Efectivamente, de acordo com o n.º 1 do artigo 36.º do Regulamento do Internato Médico, “O horário dos médicos internos é estabelecido e programado em termos idênticos ao dos médicos integrados na carreira especial médica, tendo em conta as atividades específicas de acordo com o respetivo programa de formação”. O n.º 2 esclarece ainda que “a prestação de trabalho normal em serviço de urgência ou similar, deve ser compatível com as atividades dos respetivos programas de formação”.

O comunicado conjunto da Ordem dos Médicos e dos sindicatos médi-

cos é bastante esclarecedor quanto ao limite de horas extraordinárias exigíveis aos médicos internos – 8 por semana, com o limite de 208 por semestre, prerrogativa que todos os médicos Internos poderão utilizar, caso se revele essencial.

Por outro lado, a situação que nos é presente coloca também a questão da adequação da formação dos médicos Internos de Nefrologia, Cardiologia, Imunoalergologia e outras especialidades às funções tipicamente desempenhadas num serviço de urgência geral. Ora, o programa de formação destas especialidades apenas prevê um estágio de doze meses em Medicina Interna (Cirurgia geral, no caso de algumas especialidades cirúrgicas) – vide respectivas Portarias, o que nos parece totalmente inadequado para as funções agora exigidas.

Obviamente, o tempo extra que agora é exigido aos médicos internos irá prejudicar a sua formação na especialidade, o que levanta não só a questão da legalidade da

escala mas também da idoneidade e capacidade formativa do estabelecimento, que poderá ser revista caso a circular seja aplicada.

Como é evidente, nos casos de trabalho nocturno ou de fim de semana com o descanso compensatório com prejuízo de horário, o mesmo será realizado com dano do horário na área de Formação Específica, o que é particularmente gravoso nos estágios de curta duração. Por outro lado, o tempo de estudo e dedicação a trabalho científico elaborado será também afetado, pois é efectuado, como todos sabemos, fora do horário normal de trabalho, quando em teoria o próprio Serviço e o Hospital deveriam proporcionar esse tempo para dedicação ao mesmo.

Num futuro próximo estes médicos Internos estarão sozinhos a fazer bancos das respectivas especialidades, pelo que não será nestas horas extras na Medicina Interna que irão adquirir capacidades e conhecimentos para esse fim. Refira-se o cinismo da Circular nesta matéria... Aliás, estes jovens médicos já dão muitas horas a mais à instituição, que não são contabilizadas nem remuneradas, para desenvolverem trabalho útil e aprofundarem a sua aprendizagem nas competentes especialidades.

Sublinhamos que, ao contrário do referido na Circular, o recurso aos médicos internos para suprir carências de pessoal médico não é “uma lógica e normal fonte de recrutamento”, determinando antes a lei que as administrações nestas situações deverão recorrer ao regime de prevenção, chamada ou à contratação em regime de tarefa – vide artigos 9.º, 10.º e 11.º do DL n.º 62/79, de 30 de Março sobre esta matéria. Acresce que a contratação de serviços de saúde através da modalidade de prestação de serviços não está proibida, sobretudo em “situações de imperiosa necessidade”, como parece ser o caso – vide Despacho 3586/2016, de 10 de Março.

Por conseguinte, o que está em causa é o facto do CHS, EPE não ter acautelado devida e atempadamente as suas necessidades e tentar resolver o problema “em cima do joelho” e à custa da formação dos médicos Internos de várias especialidades, que serão prejudicados face aos colegas de outros hospitais, não sendo despiendo recordar que um dos critérios de contratação para a categoria de assistente é a nota de saída da especialidade. Em conclusão, a Ordem dos Médicos repudia completamente esta

Circular, exige a sua revogação imediata e informa que irá estar particularmente atenta ao que acontecer no Centro Hospitalar de Setúbal. Nunca aceitaremos que os médicos Internos sejam coagidos a fazer horas extraordinárias noutra especialidade e contra a sua vontade, ainda para mais não remuneradas como tal (!) (não sendo este o argumento), pela evidente ilegalidade e injustiça da situação e inequívoco prejuízo para a sua formação específica.

Reiteramos que o Regulamento do Interno no Serviço de Urgência é para respeitar escrupulosamente, sob pena de uma intervenção mais dura por parte da Ordem dos Médicos. Caso o CHS tenha alguma dificuldade no seu cumprimento, exigimos que tal circunstância e a inerente fundamentação nos seja comunicada por escrito.

Se o Regulamento for desobedecido e a isso formos forçados, actuaremos por todos os meios adequados, incluindo os disciplinares.

Com os mais cordiais cumprimentos,
José Manuel Silva”

Critérios mínimos para avaliação dos Cursos de Gestão

Conforme proposta da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde, o Conselho Nacional de 17 de Junho de 2016 (re)homologou os critérios de reconhecimento dos Cursos de Gestão para a respetiva Competência, que passamos a transcrever:

"Em 19 de Janeiro de 2013, decidiu a Direção da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde que qualquer Curso a Certificar necessitaria de obedecer aos seguintes critérios:

- carga horária mínima de 200 horas sujeitas a avaliação.
- responsáveis, docentes e auditores com currículo reconhecido.
- temas obrigatórios lecionados: direito em saúde; ética e deontologia; políticas de saúde; gestão estratégica; contabilidade financeira; economia da saúde; marketing de saúde; gestão de recursos humanos; análise e avaliação de investimentos.
- os estabelecimentos de ensino que se candidatam devem permitir a visita com a duração de um dia às suas instalações, por dois elementos nomeados pela Direção da CGSS e uma reunião com os elementos responsáveis pelo curso, docentes e auditores do mesmo.

A avaliação do curso será válida por um período de três anos e permitirá que a instituição publicite a atribuição automática da competência pela Ordem dos Médicos".



Urgência Geral dos Internos de Cardiologia do CHLO

Publicamos em seguida a carta que a OM dirigiu à directora clínica do CHLO, Rita Perez, com conhecimento dos internos de Cardiologia dessa mesma instituição, na defesa da qualidade da formação dos médicos Internos em que se faz um apelo “ao bom senso e ao integral respeito por parte do CHLO pelos respectivos programas de formação”, publicados em Diário da República.

"Assunto: Urgência Geral dos Internos de Cardiologia do CHLO
Depois da visita feita pela Ordem dos Médicos ao CHLO, precisamente pela problemática das escalas de urgência externa e interna dos médicos Internos de várias especialidades, recebemos uma reclamação dos jovens Internos da formação específica de Cardiologia, que, sem qualquer deliberação escrita, fundamentada e formalmente assumida por parte do Conselho de Administração do CHLO, são impositivamente escalados para a realização de urgência geral durante um período de dois anos e meio com necessidade de reposição dos meses em que fazem estágio de Cuidados Intensivos.

Da análise jurídica que fazemos à exposição dos internos de cardiologia do CHLO resulta que os mesmos têm inteira razão na sua reclamação.

Com efeito, para além do Programa de Formação, aprovado

pela Portaria n.º 45/2011, invocado expressamente no texto do documento, cumpre lembrar que, de acordo com o artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 86/2015, de 21 de Maio, na programação dos horários dos internos, a prestação de trabalho em serviço de urgência deve ser compatível com as actividades do respectivo programa de formação.

Ora, tanto quanto resulta do que é dito pelos Internos, tal não sucede no CHLO, o que é manifestamente ilegal.

Para além disso, apesar de reiteradamente, pedido, a Direcção Clínica recusa-se, porque será inexistente, em dar conhecimento formal aos Internos da deliberação que os obrigue a fazer urgência geral para além do que está estipulado no programa do internato, violando a Lei.

Por considerarem ilegal a programação dos seus horários no que concerne a serem escalados para a urgência de Medicina Interna, os médicos Internos

pedem, legitimamente, que lhes seja transmitida, por escrito, a deliberação ou o acto que esteja na sua origem. Tal como transparece na sua carta, os médicos Internos estão, neste momento, a dar cumprimento ao estabelecido no n.º 2 do artigo 177.º da Lei do Trabalho em Funções Públicas, aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, que se passa a transcrever:

Artigo 177.º

Exclusão da responsabilidade disciplinar

1 — É excluída a responsabilidade disciplinar do trabalhador que atue no cumprimento de ordens ou instruções emanadas de legítimo superior hierárquico e em matéria de serviço, quando previamente delas tenha reclamado ou exigido a sua transmissão ou confirmação por escrito.

2 — Considerando ilegal a ordem ou instrução recebidas, o trabalhador faz expressamente menção desse facto ao reclamar

ou ao pedir a sua transmissão ou confirmação por escrito.

3 — Quando a decisão da reclamação ou a transmissão ou confirmação da ordem ou instrução por escrito não tenham lugar dentro do tempo em que, sem prejuízo, o cumprimento destas possa ser demorado, o trabalhador comunica, também por escrito, ao seu imediato superior hierárquico, os termos exatos da ordem ou instrução recebidas e da reclamação ou do pedido formulados, bem como a não satisfação destes, executando seguidamente a ordem ou instrução.

4 — Quando a ordem ou instrução sejam dadas com menção de cumprimento imediato e sem prejuízo do disposto nos n.os 1 e 2, a comunicação referida na parte final do número anterior é efetuada após a execução da ordem ou instrução.

5 — Cessa o dever de obediência sempre que o cumprimento das ordens ou instruções implique a prática de qualquer crime.

Com a plena consciência de to-

das as consequências legais, a Ordem dos Médicos vem reiterar junto de V. Exa. o seu total empenho na defesa da qualidade da formação dos médicos Internos, pelo que apela ao bom senso e ao integral respeito por parte do CHLO pelos respectivos programas de formação.

Assim, ficaremos na expectativa de que a partir do dia 1 de Setembro de 2016 os médicos Internos de Cardiologia desenvolvam a sua actividade de urgência exactamente como preceituado no respectivo programa do Internato Médico, publicado em Diário da República.

Sabemos das dificuldades que os Hospitais enfrentam, como consequência da sua asfixia financeira. Porém, sobre esta problemática, remetemos para o que escrevemos no editorial da última revista da Ordem dos Médicos, de Julho/Agosto de 2016.

Assim, neste contexto, a Exma Colega terá duas opções, ou tem condições para colaborar na gestão do CHLO com respeito pela

Constituição, pelos profissionais e pelos doentes, ou deve demitir-se honrosamente do cargo.

Se porventura sente uma grande afinidade pelo cargo que desempenha e pretende cumprir o orçamento que lhe é imposto pela tutela à custa da violação dos programas de formação dos médicos Internos e da Qualidade do Internato Médico, entre outras medidas restritivas, então deverá assumir todas as inerentes consequências, pelo que será objecto de um processo disciplinar exemplar por parte da Ordem dos Médicos, que eu próprio desencadearéi.

A escolha é da Exma Colega, com a certeza que, dentro das suas competências legais, a Ordem dos Médicos não tolerará quaisquer abusos sobre os elos mais frágeis das Carreiras Médicas, os nossos mais jovens Colegas.

Com os mais cordiais cumprimentos,
José Manuel Silva”

Seguro de assistência hospitalar exclusivo para médicos e família



A Ordem dos Médicos celebrou um protocolo de cooperação com a Groupama, através do qual se pretende estabelecer, para os membros da Ordem dos Médicos e seus familiares, condições economicamente mais vantajosas através de um seguro de saúde que será exclusivo para estes destinatários. Para possibilitar a maior abrangência, fomentar o mutualismo e evitar a anti-seleção, as partes convencionam colaborar mutuamente na divulgação deste Seguro de Saúde. Trata-se de um seguro de assistência hospitalar que garante ao Médico e à sua família o pagamento de despesas de saúde decorrentes de um internamento hospitalar e/ou de uma intervenção cirúrgica em ambiente hospitalar, sem limite de idade de adesão e de permanência para o médico e cônjuge, sem período de carência em caso de acidente. Para mais informações: <http://www.segurosaudeom.pt/>



CALENDÁRIO ELEITORAL

- TRIÉNIO 2017/2019 -

2016

- Outubro 17** Data limite para afixação dos cadernos eleitorais (art.º 6º, nº 1, R.E.)
- Outubro 24** Data limite para a aceitação das reclamações aos cadernos eleitorais (art.º 7, nº 1, R.E.)
- Outubro 31** Decisão das reclamações
- Novembro 3** Afixação definitiva dos cadernos eleitorais (art.º 7, nº 2, R.E.)
- Novembro 21** Prazo limite para apresentação das candidaturas a Bastonário, à Assembleia de Representantes, ao Conselho Superior, aos Órgãos Regionais, Órgãos Sub-Regionais e Conselhos Médicos das regiões Autónomas dos Açores e Madeira (art.º 8, R.E.)
- Novembro 28** Prazo limite para a verificação da regularidade das candidaturas e a elegibilidade dos candidatos a Bastonário, à Assembleia de Representantes, ao Conselho Superior, aos Órgãos Regionais, Órgãos Sub-Regionais e Conselhos Médicos das regiões Autónomas dos Açores e Madeira (art.º 13, nº 1, R.E.)
- Sem data fixa** O prazo limite para a regularização das candidaturas a Bastonário, Assembleia de Representantes, Conselho Superior, aos Órgãos Regionais, Órgãos Sub-Regionais e Conselhos Médicos das regiões Autónomas dos Açores e Madeira é de 7 dias a contar da notificação do respectivo mandatário. (art.º 13, nº 4, R.E.)
- Sem data fixa** O sorteio das listas será feito até 5 dias após a aceitação definitiva das candidaturas. (art.º 14º, RE)
- Janeiro 4** Prazo limite para o envio dos boletins de voto, carta explicativa sobre o processo eleitoral, exemplar das listas concorrentes com uma síntese do respectivo programa. (art.º 16, R.E.)

2017

- Janeiro 19** Constituição das Assembleias e Secções de voto e acto eleitoral. (artº 1, nº 1, R.E.)
- Sem data fixa** Nos 5 dias subsequentes serão publicitados os resultados eleitorais no Site Oficial da Ordem dos Médicos (art.º 28, nº 3, R.E.)
- Sem data fixa** O prazo limite para a impugnação do Acto Eleitoral é de 7 dias a contar da data do apuramento final dos resultados eleitorais. (art.º 29, nº 1, R.E.)
- Janeiro 30** Prazo limite para anúncio da realização da 2ª volta para Bastonário da Ordem dos Médicos (art.º 27º, nº 1, R.E.)
- Fevereiro 1** Prazo limite para o envio dos boletins de voto, carta explicativa sobre o processo eleitoral, identificação dos concorrentes, tudo relativo à 2ª volta da eleição do Bastonário da Ordem dos Médicos. (art.º 27º, nº 2, R.E.)
- Fevereiro 16** Constituição das Assembleias e Secções de voto e acto eleitoral. (art.º 1, nº 2, R.E.)
- Sem data fixa** Nos 5 dias subsequentes serão publicitados os resultados eleitorais no Site Oficial da Ordem dos Médicos (art.º 28, nº 3, R.E.)
- Sem data fixa** O prazo limite para a impugnação do Acto Eleitoral é de 7 dias a contar da data do apuramento final dos resultados eleitorais da 2.ª volta. (art.º 29, nº 1, R.E.)

Auditoria de seguimento - desempenho de unidades funcionais de Cuidados de Saúde Primários

Divulgamos parecer do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar à auditoria de seguimento de recomendações formuladas no relatório de auditoria ao desempenho de unidades funcionais de Cuidados de Saúde Primários (UCSP E USF) pelo Tribunal de Contas.

“Da leitura e análise atentas do RELATÓRIO à AUDITORIA de SEGUIMENTO de RECOMENDAÇÕES FORMULADAS no RELATÓRIO de AUDITORIA ao DESEMPENHO de UNIDADES FUNCIONAIS de CUIDADOS de SAÚDE PRIMÁRIOS (UCSP E USF) pelo TRIBUNAL DE CONTAS a Direção do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar é da opinião de que se trata de um documento fundamental para se perceber a realidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e do exercício e desempenho da Especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF) em Portugal no período em apreço plasmado no Relatório.

Assim em:

I – SUMÁRIO

1. Conclusões e Observações de Auditoria

1.1. Utentes sem médico de família

É referido neste ponto, o facto real, de que “*Não foi ainda atingido o objetivo de atribuir médico de família a todos os cidadãos portugueses.*”, facto este devido, quanto a nós, a três vetores: à medida política populista, economicista e demagógica de permitir a aposentação antecipada de especialistas de MGF (numa altura em que uma faixa muito significativa da população portuguesa não tem o **seu** Médico de Família), ao citado na SINOPSE do Relatório “*da ausência de incentivos eficazes à adequada distribuição territorial*”, especialmente em zonas “*menos apetecíveis*”, e à ausência de uma política eficaz e transparente de mobilidade dos Médicos de Família (MF), não “*à falta de médicos de Medicina Geral e Familiar que resulta: de eventual cedência a interesses corporativos restritivos de condicionamento do acesso à formação pós-graduada*”, como é referido na SINOPSE do Relatório.

O Colégio da Especialidade de MGF, com um sentido de responsabilidade social e ciente do prejuízo para os cidadãos que é não terem ainda o **seu** MF, tendo em conta a importância reconhecida do exercício da MGF no Sistema de Saúde português e de modo particular no Serviço Nacional de Saúde, tem permitido a abertura crescente de vagas para o internato desta especialidade, contando com o grande empenho e sacrifício das Coordenações de Internato, Diretores de Internato e Orientadores de Formação no sentido de porem em prática o exigente Programa de Formação Específica de MGF. É essencial não esquecer que existem barreiras difíceis/impossíveis de transpor, como seja a dificuldade em efetuar os estágios obrigatórios e opcionais em muitos serviços hospitalares, imperativo fundamental para a formação especializada da MGF, no sentido de proporcionar um internato prático e de qualidade formativa, como lhe é reconhecido.

O Relatório aponta e bem, no ponto 5, a situação em “*que existem utentes sem médico de família nas USF, contrariando o princípio subjacente à criação deste tipo de unidade funcional*”, situação ilegal, é um facto, mas que os organismos responsáveis do Ministério da Saúde nada fazem para atempadamente suprir esta ilegalidade, sobrecarregando de trabalho os profissionais dessas unidades funcionais, pondo em causa a sua saúde e a qualidade assistencial dos seus utentes. Ainda por cima é uma situação preocupante, pois parece que “*apresenta uma tendência de crescimento*”.

1.2. Número de profissionais médicos nos CSP

São de louvar as várias medidas introduzidas pelo Ministério da Saúde do XIX Governo Constitucional para colmatar o défice de MF. No entanto, vemos com muitas reservas o aumento de listas não ponderadas para os 1900 utentes, pois somos da opinião que listas desta dimensão, não aferidas por unidades ponderadas, não garantem a qualidade assistencial e a acessibilidade dos utentes, podendo contribuir para a congestão das urgências hospitalares, e levam ao desgaste emocional dos médicos. Assim, consideramos que as listas de utentes devem ser constituídas apenas em unidades ponderadas, com o limite de 2226 a 2358, para um horário de 40 horas, e um valor base médio de 1.917 unidades (que correspondem a um universo padrão de 1.550 utentes). Relativamente aos *“incentivos à mobilidade geográfica”* não descortinamos a sua aplicação na prática, uma situação que a continuar a não ser implementada levará à não aceitação do preenchimento de vagas para MF e mesmo saída de Especialistas de MGF para o sector privado e para a emigração, sectores certamente mais atrativos do ponto de vista financeiro ou com condições de trabalho mais atrativas. Louvamos e sublinhamos a atitude deste Governo de não recorrer à contratação de médicos indiferenciados, como fizeram anteriores Governos, de triste memória, com a agravante de terem ludibriado as populações ao apregoarem que lhes estavam a ser atribuídos médicos de família, que efetivamente não eram.

Relativamente ao ponto 11, onde se refere o *“facto de o número de horas médicas disponíveis para o atendimento dos utentes poder ser maximizado, diminuindo a carga administrativa associada à atividade médica”*, naturalmente estamos totalmente de acordo com a diminuição da carga administrativa. Para tal é necessário reduzir os programas informáticos, bem como a sua complexidade e enervantes e recorrentes falhas, no sentido de diminuir o desperdício de tempo gasto pelos MF nas tarefas que requerem o uso de suporte informático, e abolir as tarefas que não fazem parte do âmbito dos CSP (cuidados essenciais prestados à população) como sejam: a emissão de atestados para a carta de condução de veículos, assim como para a carta de caçador, desportos náuticos, etc., outros certificados e declarações e, agora, a tão famigerada e desadequada avaliação da incapacidade funcional do utente para consulta e tratamento na área da Medicina Física e Reabilitação (MFR), obrigando os MF a utilizar uma classificação (Sistema de Classificação de Doentes de Medicina Física e Reabilitação de Ambulatório SCD-MFR-A) que está cheia de erros e é própria da MFR. Os MF utilizam a ICPC-2 (Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários), que pretendemos que seja a usada pelo MF para a referenciação para MFR, tal como é feito para a referenciação das outras especialidades dos Cuidados de Saúde Secundários.

Para tornar o horizonte do exercício futuro da MGF negro, presentemente a exercer num ambiente cinzento-escuro, está-se a preparar uma estranha proposta de Lei da Saúde Pública que prevê a criação de Serviços de Saúde Pública, cuja competência de atuação será nas áreas geográficas definidas conforme Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS I, II E III) em vigor, o que vai acarretar, certamente, um acréscimo de trabalho para a MGF (juntas médicas), pois com esta nova Lei, a ser aprovada, a Saúde Pública deixará de fazer parte dos ACEs.

Chamamos a atenção de que o horário do MF não deve ser só para a atividade assistencial aos utentes, mas também devem estar contempladas outras funções que exerça na sua unidade funcional, no ACEs, na ARS ou outro organismo respeitante à sua função de médico.

1.3. Utentes não utilizadores e não frequentadores

Não concordamos com as medidas tomadas pela tutela no sentido de utentes serem excluídos da lista do seu MF pelo facto de não contactarem o serviço num determinado período de tempo, no caso plasmado no Despacho n. 13795 / 2012, de 24 de outubro, de 3 ou mais anos.

Todo o cidadão deve ter a liberdade de ter o seu MF e recorrer aos serviços de saúde quando bem entender. Entendemos que é uma forma capciosa de mascarar a falta de MF e que vai contra os direitos dos cidadãos. Em qualquer altura, esses utentes que foram eliminados das listas das listas necessitam de cuidados de saúde do MF, indo sobrecarregar este na sua já tão sobrecarregada agenda diária.

1.4. Processo de atualização da lista de utentes por médico

Concordamos com o referido no Relatório de *“considerar inadequada a forma de atualização das listas de inscritos”* nos MF, pois que não devem constar por número de utentes, mas sim por unidades ponderadas, tendo em conta os grupos etários, efetiva taxa de utilização, patologias, etc., como já referimos no ponto 1.2, no sentido de uma cada vez melhor qualidade assistencial e das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

1.5. *A necessidade de maximização das horas médicas afetas ao atendimento aos utentes*

O ponto 36 aborda o “*enfermeiro de família*” e a “*implementação da sua atividade*”. É importante saber quais são as competências do enfermeiro de família no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, pois o estado atual pauta-se pela ausência dessas competências vertidas em diploma legal e a total ausência da criação do enfermeiro de família por parte da Ordem dos Enfermeiros, o que acarreta que qualquer enfermeiro possa exercer cuidados de enfermagem familiar e não um enfermeiro especializado nesta área de cuidados de saúde primários. Esta situação de indefinição cria territórios profissionais aos enfermeiros e aos MF, o que tem valido uma terra de ninguém que tem permitido a intromissão dos enfermeiros em áreas médicas e por lá ficarem, como seja na Saúde Materna, Saúde Infantil, Hipocoagulação, etc.

1.6. *Incentivos financeiros*

Os incentivos financeiros devem ser atribuídos a todos os MF, independente do sistema organizacional em que trabalham (UCSP ou USF), pois “*desempenham as mesmas funções*”.

1.7. *Unidades de Saúde Familiares – constituição e evolução temporal*

Pensamos que, com refere o Relatório no ponto 61 o “*processo de constituição de USF, baseado em candidaturas voluntárias dos profissionais, não é adequado à realidade atual, ...*”, pelo que somos da opinião, defendida também pelo Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em 2015, que todas UCSP sejam transformadas em USF.

Relativamente à formação das USF modelo C não pomos relutância em que devem avançar. No entanto, devem respeita o parecer do Colégio da Especialidade de MGF, de 18/12/2012, onde se refere:

- Todo o processo de implementação deve reger-se por princípios de rigor que salvaguardem o interesse público, assegurem a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos utentes.
- Devem ser implementadas apenas em locais onde for reconhecida e documentada a presença de utentes sem médico de família, isto é, em zonas especialmente carenciadas.
- Devem ser constituídas por equipa multiprofissional cujos médicos sejam especialistas de medicina geral e familiar.
- Devem estar integradas em rede com outras unidades de saúde do ACeS.
- Os critérios de contratualização devem ser nacionais, públicos e de modo a assegurar a qualidade do serviço a contratualizar, tal como para as USF Modelo A e B.
- O concurso para a implementação das USF Modelo C deve ser nacional no sentido de evitar eventuais favorecimentos.
- As USF modelo C devem ser sujeitas a monitorização periódica, avaliação e auditoria tal como o Modelo A e B.

1.8. *Tempos de espera*

Quanto a nós, a problemática associada aos tempos de espera e de acesso não se esgota nem se deve exclusivamente ou praticamente ao funcionamentos dos CSP, como parece dar a entender o Relatório, mas sim, e muito, à resposta não atempada e à “*dificuldade de acesso*” às consultas externas e às cirurgias nos Cuidados de Saúde Secundários (CSS), fazendo que os utentes consumam cuidados de saúde de uma forma que não fariam se os CSS respondessem de forma efetiva e eficaz.

1.9. *Processo de Contratualização – melhorias e condicionantes*

A existência de indicadores para avaliar a prática da MGF é importante. No entanto parece-nos que deviam ser reduzidos e mais focados nos resultados (ganhos em saúde, custo-efetividade, satisfação dos utentes e profissionais de saúde, etc), pois o atual conjunto de indicadores promove uma prática clínica excessivamente orientada para metas em detrimento de uma prática clínica centrada no paciente, apanágio da medicina praticada pela MGF. Além disso, salientamos a necessidade de que os indicadores não sejam meramente impostos, com base nem se percebe em quê quantas vezes, mas sejam antes fruto de um debate sério entre tutelas e profissionais, de modo a enquadrar-se cada necessidade a escrutinar em cada realidade própria.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 16 de agosto de 2016, A Direção do Colégio”



Despesas públicas em Saúde e Orçamento do Estado para 2017

Publicamos o comunicado em que a Ordem dos Médicos, "em nome da defesa da Qualidade do SNS, em representação dos cidadãos portugueses e como Provedora dos Doentes, particularmente dos mais pobres, e em respeito pelo artº 64º da Constituição Portuguesa, vem apelar a todos os partidos representados na Assembleia da República e desafiá-los para que exijam que o Orçamento Geral do Estado (OGE) para 2017 destine para as despesas públicas em Saúde uma verba correspondente a 6,5% do PIB, um valor sobreponível à média dos países da OCDE".

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem vindo a ser progressivamente destruído devido à contínua redução do seu financiamento, o que implica uma inevitável perda de Qualidade e capacidade de resposta e um consequente aumento das despesas privadas em saúde, agravando o já elevado esforço das famílias com este sector. Enquanto na média dos países da OCDE as despesas privadas em Saúde representam 27,1% do total das despesas em Saúde, em Portugal esse valor já vai em 34%, traduzindo um esforço acrescido para os empobrecidos portugueses.

Assim, em nome da defesa da Qualidade do SNS, em representação dos cidadãos portugueses e como Provedora dos Doentes, particularmente dos mais pobres, e em respeito pelo artº 64º da Constituição Portuguesa, a

Ordem dos Médicos vem apelar a todos os partidos representados na Assembleia da República e desafiá-los para que exijam que o Orçamento Geral do Estado (OGE) para 2017 destine para as despesas públicas em Saúde uma verba correspondente a 6,5% do PIB, um valor sobreponível à média dos países da OCDE. Recorde-se que se prevê que em 2015 este valor tenha sido apenas de 5,8% do PIB, mantendo-se semelhante em 2016, o que é tremendamente insuficiente.

Que fique absolutamente claro que sem um financiamento correspondente à média dos países da OCDE, em percentagem do PIB, não é possível prestar cuidados de saúde de qualidade aos portugueses. Mesmo assim, em valores absolutos e porque o PIB português é muito baixo, a despesa per capita em saúde

continuará muito inferior à média da OCDE, pelo que o SNS continuará a ser um sistema de saúde extremamente barato.

Se algum partido aprovar um OGE para 2017 que contemple uma verba para o SNS inferior àquele valor, estará a contribuir para a fragilização do SNS e para agravar as condições de assistência em saúde à população e incumprirá a Constituição, pelo que não poderá nunca afirmar que defende o SNS e que se preocupa com a saúde dos portugueses, particularmente dos cidadãos mais desfavorecidos.

Ordem dos Médicos, Lisboa,
16 de Agosto de 2016



Podemos trabalhar?

Perante o "inacreditável número de dias em que a PEM não funciona convenientemente, provocando enormes perdas de tempo e contribuindo para a desmotivação e o desnecessário cansaço dos médicos", a Ordem dos Médicos emitiu um comunicado que passamos a transcrever.

É de perder completamente a paciência.

A SPMS refere que são as "dores de crescimento" do sistema de prescrição electrónica de medicamentos (PEM) com a desmaterialização do receituário. Falácia, porque quem sofre as dores são os médicos e os doentes e não a SPMS!

As sucessivas falhas e erros da PEM colocam em causa a segurança dos doentes no acto da emissão e renovação de receituário e, muitas vezes, impedem a sua dispensa na farmácia, obrigando os doentes ou os seus familiares a efectuarem mais deslocações e a perder tempo e dinheiro.

A Ordem dos Médicos exige saber quem foi o responsável pelo acelerar da desmaterialização da prescrição médica, sem as adequadas condições estarem reunidas, com todo o cortejo de consequências negativas e intensas 'dores de crescimento' que daí advieram. É altura de dizer basta!

É inacreditável o número de dias em que a PEM não funciona convenientemente, provocando enormes perdas de tempo e contribuindo para a desmotivação e o des-

necessário cansaço dos médicos. São inaceitáveis as permanentes alterações da PEM, sem pré-aviso e sem informação nem formação dos profissionais. Cada alegada melhoria da PEM é precedida de um tremendo calvário. Os Médicos voltaram a ter de prescrever à mão, sem acesso ao histórico do doente e sem acesso a receitas triplas, agravando o trabalho e aumentando a possibilidade de erro! Por favor, não inventem mais funcionalidades, ponham apenas a PEM a trabalhar normalmente, ou então vão para casa e não infernizem mais a vida de quem quer cumprir a sua missão e ter tempo para os seus doentes!

Recentemente, um jovem especialista de Medicina Geral e Familiar que recusou concorrer a um lugar no SNS, optando por outra via profissional, afirmou que a razão residia na sua vontade em "não estar para aturar aqueles 'palermas'". Referia-se a todos aqueles que, no SNS e nas estruturas do Ministério da Saúde, têm transformado o dia a dia médico num inferno de burocracias, desmoralização, desumanização, falhas informáticas, perdas de tempo, faltas de mate-

rial, obsessão de indicadores estatísticos sem quaisquer ganhos em Saúde, indefinição quanto ao futuro, pressões de redução de tempos de consulta, falta de tempo para os doentes, persistência de problemas da rede informática da saúde em muitos locais (como a Unidade de Alcoologia de Coimbra, por exemplo, que tem uma situação dramática), trabalho extra sem remuneração, etc., etc..

Repare-se que os médicos apoiam a informatização da saúde, mas exigem que seja feita por gente competente e empenhada! Que facilite em vez de complicar! Que não dê passos maiores do que a perna! Que vise melhorar a resposta e a segurança do SNS e não apenas produzir estatísticas, policiar o trabalho dos médicos e bombardeá-los com janelas de pop-up a que já ninguém liga. Depois querem objetivos? Contratualização? Cumprimento no horário de consultas agendadas? Como?! Ontem mesmo os médicos receberam esta mensagem: "Desativação da funcionalidade de consulta das 'Prescrições Anteriores'; - Impossibilidade de envio de SMS aquando a emissão de uma Receita Sem Papel,

tendo obrigatoriamente de ser disponibilizado o Guia de Tratamento ao utente. O Guia de Tratamento será disponibilizado sob a forma impressa ou através do envio de e-mail. Mais informamos que as funcionalidades supra identificadas serão repostas mal nos seja possível garantir a totalidade da estabilidade dos serviços centrais.

Lamentamos todos os incómodos causados e encontramos-nos ao dispor para qualquer esclarecimento adicional." A SPMS não faz a mínima ideia do desastre que representa para uma consulta médica não ter acesso à informação anterior do doente?! É impossível trabalhar assim! Esgotada a paciência, a Ordem

dos Médicos reclama respeito pelos médicos e pelos doentes. Senhor Ministro da Saúde, basta! Exigimos que alguma coisa aconteça! Aguardamos com (muita) paciência. Ordem dos Médicos, Lisboa 21 de Setembro de 2016"

Alteração ao Acordo coletivo - descanso compensatório

Publicámos na área de legislação do site nacional (www.ordemosmedicos.pt) os avisos referentes a descanso compensatório dos trabalhadores médicos. Resumimos aqui o respetivo conteúdo:

Aviso n.º 9746/2016 - Alteração ao Acordo coletivo da carreira especial médica - "Cláusula 41.ª - 4 - No caso de trabalhadores médicos com funções assistenciais, sempre que devam exercer a sua atividade por mais de oito horas num período de vinte e quatro horas em que executem trabalho noturno durante todo o período referido no n.º 1, fica garantido, um descanso compensatório obrigatório, com redução do período normal trabalho semanal, no período de trabalho diário imediatamente seguinte, correspondente ao tempo de trabalho que, nas vinte e quatro horas anteriores, tiver excedido as oito horas."

Aviso n.º 9745/2016 - Deliberação da Comissão Paritária - "«Do n.º 4 supratranscrito decorre que sempre que o trabalhador médico, com funções assistenciais, execute trabalho noturno durante todo o período compreendido entre as 22 horas de um dia e as sete horas do dia seguinte, ser-lhe-á assegurado um descanso compensatório. Este descanso compensatório terá lugar nas 24 horas posteriores ao fim da prestação de trabalho noturno e corresponde ao tempo de trabalho que, nas vinte e quatro horas anteriores, tiver excedido oito horas."

Projeto "Histórias da Ajudaris"



A Ordem dos Médicos celebrou um protocolo de colaboração no âmbito do projeto "Histórias da Ajudaris", que tem como principal finalidade envolver as crianças de diversos estabelecimentos de ensino públicos e privados na criação de histórias, colhendo a inspiração em temas como a cidadania, a solidariedade, a partilha e os afetos, ingredientes essenciais naquela que é a missão da Ajudaris. Através deste projeto procura-se cultivar nestas crianças o gosto pela leitura, pela escrita, pela arte e cidadania elevando a sua autoestima e motivação para a leitura de outros livros. Este projeto com distinções e prémios, entre os quais o selo E+ Porto

pelo Instituto de Empreendedorismo Social, EDP Solidária 2013 e em 2014 pela Rede de Bibliotecas Escolares e Plano Nacional de Leitura. A Ordem dos Médicos irá, entre outras funções, colaborar na divulgação e sensibilização para o projeto e promover o envolvimento dos médicos para que, a título de voluntariado, divulguem o projeto na comunidade, bem como colaborem com ilustrações para a edição do livro que será resultado deste projeto.

- 08:30 Check-in
- 09:00 Abertura - José Manuel Silva, Miguel Guimarães, Rui Tato Marinho
- Sessão I: Big four** - moderação Rui Tato Marinho
- 09:30 Acta Med Port. Rui Tato Marinho
- 09:40 Rev Port Cardiol. Lino Gonçalves
- 09:50 Rev Port Pneumol. António Moraes
- 10:00 Acta Reumatol Port. Elsa Vieira de Sousa
- 10:10 Debate
- Sessão II: Clinical research** - moderação Luís Castelo-Branco, Pedro Câmara Pestana
- 10:20 Importância da investigação clínica/científica feita por estudantes - Adelino Leite Moreira
- 10:30 Gabinetes de apoio à investigação médico-científica - Guilherme Tralhão
- 10:40 Debate
- 10:50 Coffee-Break
- Sessão III: Investigação e publicação nos currículos do curso de medicina** - moderação Maria do Carmo Fonseca, Lino Gonçalves
- 11:10 Mesa Redonda - Maria Amélia Ferreira (FMUP), António Sousa Pereira (ICBAS) Margarida Correia-Neves (ECS-UM)
- Sessão IV: The trouble with medical journals** - moderação Maria Amélia Ferreira, João Eurico da Fonseca
- 11:50 Jornais médicos de estudantes e credibilidade científica - Pedro Alberto Escada
- 12:05 Predatory publishing - TBD
- 12:25 Fraude voluntária e involuntária no jornalismo científico - Débora Miranda
- 12:45 Debate
- 13:00 Working Lunch
- 14:00 **Small Working Groups**
- Critérios autoria: papel do estudante dentro da equipa de investigação - Ivo Álvares Furtado
 - Redes sociais e publicação científica - José Carona Carvalho
 - Como escolher um título e um bom abstract? - João Massano
 - Como manter o conhecimento up-to-date - António Vaz Carneiro
- 16:00 Conclusões SWG - moderação João Carlos Ribeiro, Bernardo Marques da Silva
- 16:20 Debate
- 16:30 Apresentações orais Medical Students
- 16:40 Encerramento - José Manuel Silva, Miguel Guimarães, Rui Tato Marinho

Comissão Científica e Organizadora:

Rui Tato Marinho, Helena Donato, João Massano, Miguel Guimarães, Bernardo Marques da Silva, Pedro Câmara Pestana, Joana Revés, Carla de Sousa

Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Rua Delfim Maia, 405, 4200-256 Porto



19º congresso
nacional
de medicina

10º congresso
nacional do
médico interno



3 · 4 · 5 Novembro 2016

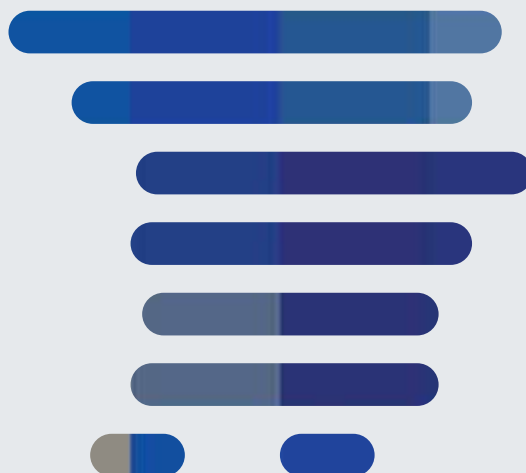
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Pólo III)

7 Novembro 2016 · Pós-Congresso



FORMAÇÃO MÉDICA

Crescemos juntos no saber e na prática.



SRCOM

SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS

www.congressonacionalmedicina.pcoleading.com

MENSAGEM DE BOAS-VINDAS

Exmos(as). Colegas,

Em nome da Ordem dos Médicos temos o prazer de vos convidar a participar no 19º Congresso Nacional de Medicina / 10º Congresso Nacional do Médico Interno, que se irá realizar nos dias 3, 4 e 5 de Novembro, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Este ano subordinado ao tema “Formação Médica”, o evento pretende ser um espaço de encontro entre os profissionais das várias especialidades médicas e reforçar a importância da formação contínua.

Mais ainda, este encontro pretende ser um fórum de eleição onde os médicos possam debater os seus problemas e, em resultado desse debate, procurar e propor soluções.

Neste sentido, e como já vem sendo hábito, além das sessões de debate promovidas ao longo dos três dias de evento, terão ainda lugar vários cursos de formação subordinados a diferentes temáticas.

Além das sessões, e na qualidade de comité organizador local do encontro, faremos ainda o nosso melhor para vos fazer sentir bem-vindos e desfrutar da cidade de Coimbra.

Com os melhores cumprimentos,



Prof. Doutor José Manuel Silva

Bastonário da Ordem dos Médicos

Presidente do Congresso

FORMAÇÃO MÉDICA

Caros Colegas,

Este ano cabe à Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos a honra de receber e organizar o 19º Congresso Nacional de Medicina / 10º Congresso Nacional do Médico Interno.

Sob o tema “Formação Médica”, este evento, além de possibilitar o encontro entre colegas das várias especialidades, em várias fases de formação e com diferentes responsabilidades na formação médica, pretende ainda reforçar a importância que a formação médica contínua assume para nós enquanto médicos e para a qualidade do serviço que prestamos.

Este ano pretendemos ir mais longe e organizar mais do que um congresso onde será debatido um tema. Neste sentido, e ainda nesta fase de organização do evento, contamos com participação de uma Comissão Organizadora e de um Conselho Consultivo com uma abrangência nacional e que envolve profissionais dos vários sectores da Medicina. Iremos também dinamizar grupos de trabalho sobre várias áreas da formação médica para poderem apresentar o seu contributo.

O resultado: um congresso no qual está contemplado o espaço para uma participação ativa de todos, estando, por isso, previstos espaços para apresentações livres, encontros com os Colégios das Especialidades ou ainda iniciativas culturais e sociais para todos os participantes e um espaço para debate com a população.

Mais ainda, serão disponibilizados resumos escritos das discussões e conclusões de todas as mesas, que certamente terão um impacto positivo para a nossa atividade profissional.

Um congresso de todos, para todos e com a participação de todos.

Este é um congresso de todos os médicos!



Dr. Carlos Cortes

Presidente da Secção Regional do centro da Ordem dos Médicos

Presidente Executivo do Congresso

19º congresso
nacional
de medicina

10º congresso
nacional do
médico interno



De 3 a 5 de Novembro, a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra FMUP (Pólo III) recebe o 19º Congresso Nacional de Medicina / 10º Congresso Nacional do Médico Interno.

Subordinado ao tema “Formação Médica”, o evento “pretende ser um espaço de encontro entre os profissionais das várias especialidades médicas e reforçar a importância da formação contínua”, como refere o Bastonário da Ordem dos Médicos e presidente do congresso, José Manuel Silva, na sua mensagem de boas-vindas. Objetivo reforçado por Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) e presidente executivo do evento que, na sua mensagem, destaca que este congresso “além de possibilitar o encontro entre colegas das várias especialidades, em várias fases de formação e com diferentes responsabilidades na formação médica, pretende ainda reforçar a importância que a formação médica contínua” assume para os médicos e para a qualidade do serviço prestado.

Ao longo dos três dias serão vários os temas em debate, sempre tendo por base a formação médica, tais como a “emigração médica e outras alternativas profissionais”, a “complexidade dos papéis do médico: como capacitar e avaliar?”, a “Autonomia e capacitação no Mestrado Integrado em Medicina e importância do Ano Comum” ou ainda a “Educação médica contínua: só ao alcance dos que têm tempo livre e bons recursos?”. A “Satisfação com o Internato médico (apresentação e discussão dos resultados do inquérito nacional)”, “a Investigação e Formação Médica em Portugal: onde estamos e para onde queremos ir?”, “Percurso de vida e literacia em saúde” são outros dos temas que servirão de mote para a discussão.

O programa fica completo com mesas sobre o “Planeamento de recursos humanos em Medicina e qualidade de formação” ou a “Felicidade con(s)ciência no exercício da Medicina - desafios do Médico no século XXI”, esta última é a derradeira conferência deste congresso.

Um congresso sobre formação que oferece formação

Sendo o tema a “Formação Médica”, não faltam – à semelhança do que tem vindo a acontecer nas anteriores edições – cursos de formação para os participantes.

Este ano, o leque de cursos é vasto e cobre várias vertentes da formação médica: Cursos de orientação de formadores ou formação de formadores; Suporte Avançado de Vida (SAV); Gestão de eventos críticos e simulação biomédica; bases de investigação clínica para médicos; estatística básica para investigação médica; ética, deontologia e direito médico; gestão de conflitos; técnicas de comunicação, gestão de equipas e liderança; ou neurolinguística e técnicas de fazer passar mensagem são alguns dos cursos disponibilizados.

Há, ainda, dois cursos na área da Medicina Intensiva (um curso de introdução e um curso avançado), um curso sobre a apneia obstrutiva do sono, um workshop de teatro ou um workshop sobre mindfulness, meditação e artes marciais na gestão do burnout, entre outros.

Os primeiros dois cursos (o curso de CCP - curso de formação de formadores e o curso de formação para orientadores - nível 1 - EURACT) já tiveram início este mês de setembro. Os restantes decorrem entre os meses de outubro e novembro. Os interessados em participar nos cursos disponibilizados podem aceder a todas as informações sobre os mesmos, através do site do congresso (www.congressonacionalmedicina.pcoleading.com) onde podem também efetuar a sua inscrição para os cursos e para o congresso e ficar a par de todas as novidades do evento.

Espaço para comunicações livres e sessões paralelas

Mas porque, tal como refere Carlos Cortes na sua mensagem de boas-vindas, se pretende que este seja “um congresso de todos, para todos e com a participação de todos”, há ainda espaço para várias comunicações livres e sessões de vários colégios de especialidade.

A submissão de comunicações decorreu até dia 18 de Setembro e apresentação das submissões selecionadas irá decorrer na tarde de 5 de Setembro.

Além das comunicações livres irão ainda ter lugar várias sessões paralelas a cargo de colégios de especialidade, sobre temáticas específicas a cada uma das especialidades, subespecialidades e competências presentes.

Em 2016 o Congresso Nacional de Medicina alarga-se ao público em geral

Entre as novidades da edição deste ano do Congresso Nacional de Medicina e Congresso Nacional do Médico Interno está a organização de um dia integrado no evento destinado ao público em geral.

A iniciativa tem data marcada para dia 7 de Novembro e vai decorrer no Convento de São Francisco. Do programa para este dia e vai incluir várias sessões de demonstração (sobre leitura de rótulos, amamentação ou sistemas de retenção automóvel, por exemplo), avaliações de saúde e palestras (sobre o sono do bebé, os papéis do pai e dos avós ou workshops sobre risoterapia). A iniciativa vai ainda contar com showcookings (sobre alimentação saudável, gastronomia molecular ou cozinha para crianças) e uma aula de zumba para idosos.

Em paralelo, na FMUC (pólo III) vão decorrer sessões para as escolas, mais concretamente para turmas do 9º e do 12º ano de escolaridade, que vão incidir sobre as temáticas da prevenção de dependências e sexualidade.



“Emigração Médica e Outras Alternativas”

“Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades, Muda-se o ser, muda-se a confiança: Todo o mundo é composto de mudança, Tomando sempre novas qualidades.” escreveu há cinco séculos Luís Vaz de Camões num dos seus mais conhecidos sonetos, hoje mais atual do que nunca! Ser Médico hoje é saber conviver de forma salutar com a radical mudança que caracteriza o exercício da nossa profissão: o tempo do médico como profissional reconhecido, bem remunerado, especialidade e trabalho garantidos chegou ao fim. Hoje em Portugal são formados mais médicos do que existem vagas de especialidade disponíveis, a profissão médica é diariamente denegrada nos meios de comunicação social, deterioram-se as condições de trabalho dos médicos internos e especialistas em unidades publicas e privadas bem como as respectivas remunerações e muitos internos procuram prolongar os seus internatos por receio do que os espera após a conclusão da especialidade.

Mas no meio desta aparente ausência de bonança, existem sempre novas oportunidades à espreita. Nesta mesa redonda sobre Emigração e outras alternativas profissionais, socorremo-nos do exemplo de colegas que, de forma criativa, muitas vezes inesperada, deram um rumo diferente à sua carreira, dando um novo uso aos conhecimentos aprendidos durante longos anos. Privilegiaremos a emigração médica, que adquiriu uma relevância nunca antes vista como saída profissional, com quase 500 médicos a emigrarem em 2015, e abordaremos outras alternativas profissionais remuneradas tais como associativismo, empreendedorismo, consultadoria, gestão, investigação e política, sempre na primeira pessoa e com a possibilidade de questões da audiência aos oradores no final da sessão.

Alberto Pais de Sousa - Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar; Membro do Gabinete de Apoio ao Médico Residente no Estrangeiro / Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos



“Complexidade dos Papéis do Médico: Como capacitar e Avaliar”

No exercício moderno da Medicina, o Médico é confrontado com uma complexidade crescente, não apenas referente às dimensões científicas e técnicas mas também à multiplicidade de papéis que é chamado a exercer: comunicador, gestor, formador, académico, advogado do doente, etc.

Como pode o Médico adquirir e manter todas estas competências? Como pode a Profissão, i.e. a Ordem dos Médicos, verificar e garantir que isso sucede?

Pensamos que as únicas respostas residem na integração formal destas competências nos programas de formação. Um tal processo afigura-se complexo e exigente. O Royal College of Physicians do Canadá desenvolveu e mantém, há muitos anos, um programa de elevado sucesso nesta matéria, conhecido internacionalmente por CanMeds. Vamos debatê-lo e pensar o futuro!

José António Pereira da Silva - Professor Catedrático de Reumatologia na Universidade de Coimbra



“Educação Médica Contínua: só ao alcance dos que têm tempo livre e bons recursos?”

A Educação Médica Contínua (EMC) constitui um imperativo ético e profissional, já que influencia directamente a qualidade da assistência clínica aos doentes. O problema reside no tipo de informação que os médicos querem e precisam, e o tempo e recursos para o conseguir.

Na mesa-redonda intitulada “Educação Médica Contínua: só ao alcance dos que têm muito tempo livre?” procuraremos apresentar modalidades e experiências de EMC.

Inicia-se por uma comunicação de um representante do BMJ (que é uma entidade com enorme experiência nesta área) que nos irá apresentar sistemas de informação. O Curso conclui com a intervenção do Colega Luis Filipe Gomes, que nos irá desafiar a fazer educação médica contínua sem recursos.

Como estão previstos 45 mn para discussão, vínhamos convidar todos para participarem, até porque o tema é ainda mais relevante quando se está falando em recertificação médica...

António Vaz Carneiro, MD, PhD, FACP, FESC; Diretor, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência; Diretor, Departamento de Educação Médica; Diretor-Executivo, Instituto de Formação Avançada



“Autonomia e Capacitação no Mestrado Integrado de Medicina e Importância do Ano Comum”, “A satisfação com o Internato Médico (apresentação e discussão dos resultados do inquérito nacional)”, “Planeamento de Recursos Humanos em Medicina e Qualidade de Formação”

Ainda era estudante de Medicina quando ouvi esta frase “Uma unidade de saúde sem formação está, inevitavelmente, condenada à extinção”. Por motivo desconhecido, tal frase ficou guardada nas gavetinhas da memória. Talvez fosse por ver naquelas palavras o reconhecimento da “minha capa de super-homem”: a pequena aluna vai fazer de uma unidade de saúde um mundo renovado e melhor. No sexto ano médico, ninguém vê em nós essa mui

nobre capa, a bata branca. Deixamos de andar em pacotes de doze e passamos a ser chamados de “Sr. Dr.”, mas ninguém vê a bata branca. Alguns dizem que somos todos iguais e que cada vez somos mais e piores. Dizem que isto está mau, mas

que em nada se compara ao aclamado tempo dos “Ps” onde se formavam médicos guerreiros. Será que ninguém vê a nossa bata branca? Essa bata desperdiçada quando não há vagas de formação específica para todos, quando centenas (tendencialmente crescentes) de colegas ficam fora do concurso?

E o que é a bata branca? Que conhecimentos e competências deve, afinal, um aluno de sexto ano ostentar para ser autónomo, útil e digno da bata branca? Será necessário passar pelo ano comum? Em jeito de mesa redonda, no XIX Congresso Nacional de Medicina, vamos perceber o estado da anastomose pré e pós graduado. Contaremos com elementos do grupo de trabalho que avaliou a profissionalização do sexto ano médico e com Susan Redward, principal responsável pela política educativa do General Medical Council, no que concerne ao programa de internato médico britânico.

Dada a cambalhota para o pós-graduado, ouvimos dizer que os serviços estão lotados, sobrelotados de “meninos Drs. “. Por outro lado, os registos biométricos chegam a marcar 80 horas semanais, não se cumprem ritmos circadianos para se respeitar as tenebrosas escalas de urgência. Neste paradoxo, onde está o planeamento? Os recursos humanos em saúde, contrapondo a perspetiva nacional com a europeia, estarão na ordem de trabalhos, sentando à mesma mesa ACSS, Ordem dos Médicos e Michael Van Hoegaerden (coordenador do grupo de trabalho com essa finalidade na União Europeia).

E se o comodismo é a pior característica do ser humano, não permitiremos que tudo fique por aqui no palco onde a Formação Médica estará em destaque! Recentemente o Conselho Nacional do Médico Interno lançou o Inquérito de Satisfação com o Internato Médico cujos resultados serão divulgados em primeira mão e comentados proactivamente neste Congresso. Não queremos só avaliação, queremos melhoria contínua da qualidade, garantida e assegurada.

Esperemos que no fim, mais pessoas (alunos, médicos e sociedade civil), vejam esta bata branca, respeitosa e digno símbolo da humana arte médica, como uma responsabilidade partilhada.

Inês Madanelo - Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, UCSP Vouzela; Membro do Conselho Nacional do Médico Interno - Ordem dos Médicos

CURSOS

Estatística Básica para investigação clínica

“A investigação na formação médica em Portugal, tendo tido, nos últimos anos, uma crescente importância, com elevado peso na valorização curricular dos médicos. Mas infelizmente, os trabalhos que não conseguem ser publicados ainda são imensos, principalmente porque têm erros básicos de metodologia, deitando fora horas e horas de trabalho. Falhas na recolha, organização e/ou descrição dos dados, testes estatísticos inadequados ou a má apresentação dos resultados, são os erros mais comuns.

Este curso, de 6 horas, tenta relembrar conceitos básicos de estatística necessários para a elaborar um trabalho científico válido, rigoroso e publicável, assim como, identificar os erros mais comuns de metodologia e como não os cometer. É um curso muito prático para um médico clínico que deseja fazer investigação e publicar trabalhos.”

Ana Bernardino (Coordenadora do curso)

BASIC - Curso de Introdução à Medicina Intensiva

“O BASIC (Basic Assessment and Support in Intensive Care) é um curso teórico-prático e muito dinâmico, de abordagem ao doente crítico, desenvolvido pela Universidade de Hong-Kong e com a chancela científica da ESICM. Destina-se a médicos da formação específica ou especialistas e a enfermeiros, que contactam com doentes críticos na sua prática clínica diária.

É, sem dúvida, uma excelente opção quando se pretende uma introdução a temáticas da Medicina Intensiva!”

Sofia Escórcio (Coordenadora do curso)

SAV - Suporte Avançado de Vida

“Por vezes é possível recuperar a circulação espontânea (RCE) após paragem cardio-respiratória (PCR) apenas com Suporte Básico de Vida e com desfibrilhador automático externo (DAE). Contudo, muitas vezes estas medidas não são suficientes, sendo necessárias manobras de suportes adicionais que optimizem a função cardio-respiratória, aumentando, a longo prazo, a taxa de sobrevivência.

O curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) vai ao encontro deste objectivo e tem como princípio criar uma linguagem e metodologias universais para o tratamento da PCR no adulto. São também objectivos deste curso o desenvolvimento de trabalho em equipa e a formação de profissionais capazes de integrar e perceber a liderança de uma equipa de SAV.”

Coordenadores do curso: Inês Mesquita / Liliana Paulo / Francisco Matos / Mafalda Martins

Para informações sobre todos os cursos do congresso, consultar:

<http://congressonacionalmedicina.pcoleading.com>

Empresas na Urgência de Ortopedia no Hospital de Faro

Divulgamos o comunicado emitido pela OM na sequência da notícia da comunicação social segundo a qual “três médicos ortopedistas de uma empresa ter-se-ão ausentado em simultâneo das instalações da urgência do Hospital de Faro, deixando sem assistência doentes do foro traumatológico, incluindo crianças”, em que a instituição declara a sua intenção de abrir um processo disciplinar.

A Ordem dos Médicos já se pronunciou distintas vezes sobre as urgências do Algarve, com problemas em várias especialidades, fruto da má gestão do anterior Conselho de Administração do CHA e do desinvestimento no SNS.

Com alguma surpresa, a Ordem dos Médicos verifica que o Governo em funções ainda não resolveu os problemas de base do SNS e das urgências hospitalares, não obstante algumas medidas pontuais, até agora pouco eficazes.

Lamentavelmente, continua o exagerado recurso às empresas intermediárias de mão de obra médica, às quais, eternizando a má gestão e o desinvestimento no SNS, o Ministério da Saúde paga valores muito

superiores aos médicos do SNS, com prejuízo da Qualidade, do atendimento aos Doentes, da fixação e disponibilidade dos médicos do SNS e, globalmente, do próprio SNS.

Desta vez, conforme notícia da comunicação social, que sabemos não ser destituída de fundamento, três médicos ortopedistas de uma empresa ter-se-ão ausentado em simultâneo das instalações da urgência do Hospital de Faro, deixando sem assistência doentes do foro traumatológico, incluindo crianças. O Governo e o Ministério da Saúde têm indelével culpabilidades na situação ocorrida, bem como em muitas outras de teor semelhante, e, infelizmente, a Ordem dos Mé-

dicos não tem competências estatutárias para obrigar o Ministério da Saúde a respeitar o SNS, a dignidade da profissão médica e os direitos constitucionais dos doentes.

Todavia, os médicos ortopedistas visados pela notícia, que aceitaram livremente as condições contratuais e alegadamente assim procederam, poderão ter violado gravemente o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, pelo que, no cumprimento dos seus deveres disciplinares e éticos, a Ordem dos Médicos irá abrir um processo disciplinar que poderá culminar na suspensão ou expulsão dos mesmos da Ordem dos Médicos.

Ordem dos Médicos, Lisboa,
3 de Agosto de 2016

Não obrigatoriedade de colocação de vinheta nos atestados médicos desportivos

Na sequência da questão colocada por um médico, passamos a transcrever a informação do departamento jurídico sobre o assunto mencionado em epígrafe:

“Salvo disposição especial a vinheta não valida nem certifica que um determinado documento foi emitido por um médico.

A vinheta tem como função essencial a conferência de determinados documentos médicos (receitas e requisições) para efeitos de controlo financeiro no SNS.

Da legislação consultada resulta existirem requisitos para este tipo de atestados, designadamente impressos específicos, mas não encontramos qualquer referência a que os atestados médicos desportivos necessitem de vinheta para serem válidos.

Para que o médico seja identificado num atestado basta que dele constem o número de cédula profissional, o nome profissional legível e a sua assinatura.

O Consultor Jurídico, Paulo Sancho”



VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa

Um espaço de cooperação entre países lusófonos

Durante os dias 1 e 2 de Setembro, o VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa reuniu dezenas de representantes das comunidades médicas lusófonas para reforçar laços de cooperação e formação entre esses países. Durante dois dias foram debatidos os seguintes temas: diagnósticos nacionais de saúde, saúde mental e violência, mobilidade e educação médica especializada, capacitação e desenvolvimento no espaço lusófono, saúde e economia e língua e pátria. O encontro decorreu no Centro de Cultura e de Congressos da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos de Portugal, no Porto.

O bastonário da Ordem dos Médicos de Portugal, José Manuel Silva, presidiu a mesa da cerimónia de abertura do Congresso da CMLP. José Manuel Silva declarou a sua “alegria e satisfação” por ver ilustres nomes da saúde internacional “reunidos nesta jornada”. No início do encontro, afirmou ainda que “seria um sonho que a CMLP pudesse ser o embrião de uma maior comunidade sem fronteiras, com livre circulação de pessoas e bens”.

Francisco Pavão, em representação do secretário geral da CMLP, leu a nota introdutória do evento. José Manuel Pavão, face à impos-

sibilidade de estar presente, deixou escrito o seu agradecimento: “aqui fica um programa à vossa inteira consideração. Para o efeito, desde o início procurámos saber sugestões e vontades junto de cada Ordem aqui representada”, lia-se nesse agradecimento.

Em nome da Câmara do Porto, Manuel Pizarro, acolheu os presentes com um discurso de boas-vindas e com o convite de, mesmo que por pouco tempo, procurassem conhecer “o único espaço do mundo onde se combinam dois espaços que são património da humanidade”, a cidade do Porto. Na voz da Presidência

da República, Mário Pinto, consultor para os Assuntos da Política de Saúde, olha para a CMLP como uma comunidade “inovadora e criadora de oportunidades científicas”, felicitando a organização por este tipo de congresso bem como os seus participantes. O presidente da União das Cidades Capitais de Língua Portuguesa, Vítor Ramalho, asseverou que este encontro é, sem dúvida, “uma oportunidade histórica”.

Desde 2005 que, com a assinatura de um protocolo entre a Ordem dos Médicos de Portugal e vários países da CMLP, os médicos licenciados em Angola, Guiné-



Capacitação e desenvolvimento no espaço lusófono

-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Cabo Verde, podem adquirir autorizações para a realização de estágios profissionais no nosso país.

Num encontro dedicado à lusofonia, à partilha da língua e à proximidade cultural tendo como pano de fundo a medicina e a partilha de conhecimentos, a mesa “diagnósticos nacionais de saúde” contou com as intervenções de Francisco George, Diretor Geral da Saúde, Fernando Almeida, presidente do Instituto Nacional de Saúde, José Manuel Prazeres da Ordem dos Médicos de São Tomé e Príncipe, Agostinho NDumba, bastonário da Ordem dos Médicos da Guiné Bissau, Carlos Corrêa Lima, do Conselho Federal de Medicina do Brasil e Milton Ussene Tatia da Associação Médica Moçambicana, que apresentaram em linhas gerais o retrato sanitário dos vários países, referindo as condicionantes como sejam o clima, a distribuição da população e seu envelhecimento, taxas de mortalidade infantil, recursos humanos insuficientes na área da saúde e as condicionantes económicas. A falta de algumas especialidades, o crescimento da população idosa e os estrangimentos do orçamento para a saúde são dificuldades comuns a vá-

rios países. O resumo desta mesa pode ser sintetizado nas palavras do representante do Conselho Federal de Medicina referindo-se ao Brasil, mas que é, de certa forma, aplicável a outros países lusófonos: “não existe solução fácil e simplista para a saúde pública. É um problema crónico e complexo que exige do poder executivo prioridades, planeamento, uma política de Estado e não de governo, luta contra a corrupção com efetivo e rigoroso sistema de controlo e avaliação. Como o Dr. Vítor (Ramalho) já citou e a ele me junto: precisamos estar unidos. (...) Os países lusófonos têm que estar unidos pela saúde, pela educação e pela segurança”.

Saúde Mental e violência

“Saúde Mental e violência” foi o segundo tema abordado neste congresso, e contou com a participação de Armando Leandro, presidente da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Ricardo Baptista Leite, deputado e coordenador da Unidade de Saúde Pública do Instituto Ciências da Saúde da UCP, Jorge Sales Marques, da Associação de Médicos de Língua Portuguesa de Macau, António Pacheco Palha, professor

jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, e Isabel Cardoso, diretora geral do Centro de Segurança e Saúde no Trabalho de Angola. “Por regra, a saúde mental é um parente pobre dos sistemas de saúde”, enquadrou Ricardo Baptista Leite, que moderou a mesa, salientando que muita da violência registada não se prende com a prevalência da doença mental mas antes o consumo e abuso de substâncias, particularmente o álcool e as drogas, referência com os restantes oradores concordaram, exemplificando com alguns casos. Referiu ainda estatísticas que comprovam que as pessoas que sofrem de doença mental são mais frequentemente vítimas do que agressores mas alertou que existe uma perceção errada por parte do público que não tem consciência desse facto. “Há uma falsa crença de que a doença mental conduz à violência”, imagem potenciada pelos meios de comunicação. Nesta mesa defendeu-se, com naturalidade, o combate ao estigma e à discriminação das pessoas com doenças do foro mental. Jorge Sales Marques apresentou a perspetiva pediátrica – vinda de Macau – falando do comportamento escolar, do problema do impacto das famílias carenciadas e de casos escondidos de maus tratos, da problemática do comportamento aditivo ligado ao jogo, entre outras questões. António Pacheco Palha fez uma reflexão em que referiu precisamente o problema do estigma que ainda persiste na nossa sociedade, sublinhando a relevância da autonomia. Referindo-se aos efeitos nefastos da crise na saúde mental da população deu alguns exemplos: “desemprego, baixa de auto estima, falta de condições de habitação, densidade populacional, etc.” –

explicando a importância dos desequilíbrios sociais na saúde mental. Um problema complexo que a psiquiatria enfrenta e que foi referido por este orador foi o pedido de “avaliação do risco” num doente mental e as dificuldades acrescidas com a falta de adesão terapêutica do doente mental. Isabel Cardoso falou da área específica do desinvestimento na saúde do trabalhador, que está a acontecer em Angola - com empresas a não investir nem na higiene nem na segurança do trabalhador e nas consequências futuras para a saúde mental dos trabalhadores e as incontornáveis consequências para a baixa produtividade e o aumento dos problemas sociais, violência conjugal e/ou contra idosos e dos suicídios.

Mobilidade e formação: capacitação do espaço lusófono

Daniel Silves Ferreira, Maria Amélia Ferreira, Carlos Cortes, Edson Oliveira, António Guterres e Carlos Pinto de Sousa, fizeram apresentações no âmbito de uma palestra sobre “Mobilidade e Educação Médica Especializada”. A palestra iniciou com as palavras do bastonário da OM de Angola, Carlos Pinto de Sousa, que deixou clara a esperança de este debate representar mais um “passo em frente” para a formação de médicos em todos os países da CMLP. Daniel Silves Ferreira moderou o debate, no entanto, não quis deixar de lado a oportunidade de reforçar as palavras do convidado anterior: “este é um painel que vai debater questões extremamente importantes nos dias de hoje para a comunidade, como é o caso da questão da mobilidade”. A presidente da Faculdade de



António Guterres
jovem médico timorense



Carlos Pinto de Sousa, bastonário da Ordem dos Médicos de Angola



Carlos Cortes, coordenador do Conselho Nacional da Pós-Graduação da Ordem dos Médicos



Daniel Silves Ferreira, bastonário da Ordem dos Médicos de Cabo Verde



Edson Oliveira, Conselho Nacional do Médico Interno



Francisco Pavão em representação da organização deste Congresso

Medicina da Universidade do Porto, Maria Amélia Ferreira, partilhou a sua crença que a CMLP reúne condições para facilitar os processos de educação. As faculdades de medicina do Porto estão a trabalhar em projetos de educa-

ção “à distância” através da plataforma *e-learning*, com o objetivo de melhorar a saúde de toda a população, sublinha. Antes de terminar a sua apresentação, Maria Amélia Ferreira, sustentou que o mais importante é “garantir, em



Mesa presidida por Miguel Guimarães, em que estiveram presentes Sérgio Guimarães, António Zacarias, Maria Hermínia Cabral, Paulo Freitas e Rui Capucho

cada país, a auto-suficiência da formação de quadros, criar mecanismos de reforço dos sistemas de saúde, promover a educação médica, promover a criação de redes e equipas de trabalho e usar inovação na formação”.

Após recorrer ao regulamento do Internato Médico, Carlos Cortes, garantiu que “cabe à Ordem dos Médicos tratar da idoneidade dos serviços”, referindo-se aos programas de especialidade em Portugal. Por outro lado, e enquanto coordenador do Conselho de Pós-Graduação da OM, considera os estímulos à mobilidade na formação “fundamentais”: “os estudantes portugueses podem - e devem - mobilizar-se pelas várias zonas de Portugal e, também, dos outros países”, sublinhou, referindo-se aos países da CMLP.

Ainda em relação aos estudantes de medicina, o presidente do Conselho Nacional do Médico Interno, Edson Oliveira, reconhece a importância das experiências “lá fora”. Nos restantes países da CMLP existem problemas que não se verificam no nosso país e que só poderão ser estudados pelos jovens médicos através do contacto direto com os mesmos: “esta cooperação é promotora de novos horizontes”, indica.

Enquanto jovem médico timo-

rense, António Guterres foi um dos estudantes que aproveitou as oportunidades da CMLP para estudar medicina em Portugal, na Universidade de Coimbra. Concluída esta experiência, o médico deixa uma mensagem a todos os colegas presentes: “o português é o caminho da afirmação”.

Na última mesa redonda do primeiro dia de trabalhos, presidida por Miguel Guimarães, estiveram presentes Sérgio Guimarães, António Zacarias, Maria Hermínia Cabral, Paulo Freitas e Rui Capucho. Este debate serviu de mote ao tema “Capacitação e Desenvolvimento no Espaço Lusófono”. Miguel Guimarães considera que este foi “um momento único para fortalecer a cooperação, centrada na partilha de conhecimento e experiências e no reforço dos vínculos no apoio à formação médica nos países da comunidade”.

Neste importante encontro, o presidente da SRNOM não quis deixar de reforçar “a importância de dar atenção às necessidades das pessoas”, afirmando que “a Ordem tem que dar uma colaboração mais estreita, tendo como base o novo Estatuto da OM e a Declaração do Porto que foi assinada, recentemente, em Novembro”.

Enquanto moderador do debate,

Sérgio Guimarães, fez uma pequena intervenção “de enquadramento ao tema” e deixou algumas notas “sobre aqueles que são os principais eixos (...) em termos de reforço de capacidades para o desenvolvimento médico” nas comunidades lusófonas.

António Zacarias, bastonário da OM de Moçambique, afirmou que a Ordem dos Médicos do seu país está empenhada em promover estágios em Portugal e no Brasil, particularmente a todos os estudantes que procurem “formação médica especializada”. Através da experiência com programas de mobilidade da Fundação Calouste Gulbenkian, Maria Hermínia Cabral, sublinhou que “a capacitação não pode ser entendida como um fim em si mesmo” com o intuito de explicar que é importante refletir sobre a importância da mesma em todos os países de língua portuguesa.

Ainda no contexto da capacitação e do desenvolvimento, Paulo Freitas levou ao Salão Nobre uma exposição dos avanços tecnológicos levados aos países menos desenvolvidos da comunidade pela Fundação Marques de Vale Flor. A ONG apoia, há cerca de 30 anos, a investigação científica, particularmente nos



Maria Amélia Ferreira, diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

“Defender a qualidade da saúde no espaço lusófono”

No último dia do congresso foram debatidos temas sobre a ligação entre saúde e economia (uma abordagem a esta mesa pode ser lida nas páginas da SRSul nesta edição da ROM), literacia e saúde e, por último, a pátria que é a língua (relativamente a esta última mesa reproduzimos integralmente no final deste artigo as intervenções dos oradores). O encontro “excedeu todas as expectativas”, segundo José Manuel Silva, pelas presenças importantes e, sobretudo, pela possibilidade de aprender e observar as perspetivas médicas de toda a comunidade. No final dos trabalhos, o bastonário da OM concluiu que o principal objetivo foi “defender a qualidade da saúde no mundo lusófono em benefício dos nossos doentes”. Adiantou ainda que a OM irá promover a criação de um fórum para a discussão de todos os problemas e, essencialmente, para fortalecer o diálogo com vista na criação de sinergias.

Germano de Sousa recordou, com emoção, a criação desta comunidade e sublinhou como estes encontros são importantes porque, acima de tudo, juntam médicos que se preocupam com o bem-estar mundial e que “acreditam

nos seus códigos de ética”.

O ministro da saúde angolano, Luís Sambo, reconheceu que foi possível estreitar “ideias comuns” para o interesse da população lusófona e deixou a proposta deste congresso “tirar maior proveito da capacidade de investigação e melhorar os indicadores de saúde”.

O Secretário de Estado da Saúde, Manuel Delgado, indicou que “são os atributos científicos, técnicos e humanos que ligam a comunidade”. Apesar das dificuldades que aponta a todos os países, mostra a sua admiração “pela constante tentativa da comunidade para a melhoria dos serviços de saúde em todos estes países”. Encarregue de representar a organização deste encontro e de dar as últimas palavras do evento à plateia, Francisco Pavão, mostrou-se confiante em relação ao futuro da medicina em toda a comunidade. O congresso que juntou médicos, professores universitários e vários dirigentes da área da saúde, encerrou com o convite para a VIII edição que se realizará em 2017, desta vez no Brasil.

Nota da redação:

a ROM agradece a colaboração de Maria Martins e Nelson Soares da revista NorteMédico que enviaram alguns dos materiais utilizados nesta reportagem.



VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa

Língua e Pátria

Reproduzimos em seguida as intervenções desta mesa que foi moderada pelo ex-bastonário da Ordem dos Médicos de Cabo Verde, Júlio Barros de Andrade.

Lusitanidade e lusofonia, um exemplo de paz

Francisco Carvalho Guerra,
Fundação Portugal África



Na Tribuna Lusófona de 8 de Dezembro de 2009, que relata o Fórum realizado na casa de Portugal em S. Paulo – Brasil, diz-se sobre a Lusofonia:

“a Lusofonia é um tema na ordem do dia. É a chave da articulação de um mundo multipolar que quer harmonizar os paradoxos da nossa civilização, instalando a unidade na Pluralidade. Pretende preservar a individualidade de cada cultura, articulando a diversidade enriquecedora, numa unidade superior que garanta a cooperação mútua, para a prosperidade e o bem-estar de todos os povos”.

Para os povos lusófonos, a lusitanidade é uma força motriz que dá suporte plural à lusofonia espalhada pelos quatro cantos do mundo. Os povos lusitanos ou lusófonos são (acima de tudo) povos de proximidade.

Após vinte anos de lutas sangrentas com o Império Romano de que saímos derrotados com a traiçoeira morte de Viriato, a Lusitânia recolheu-se ao silêncio e só reaparece com D. Afonso Henriques, 1.000 anos depois.

O espírito de Lusitanidade está consagrado nas obras de vários clássicos pensadores lusófonos,

como Camões, Padre António Vieira e Damião de Góis, ou dos modernos como Fernando Pessoa, Teixeira de Pascoas, Jaime Cortesão, António Quadros, Miguel Torga, Agostinho Silva, etc., ou ainda dos actuais, como Eduardo Amarante e Adriano Moreira e tantos outros. Mas dos clássicos, se Vieira é o patrono da Lusofonia, Camões é o patrono da Lusitanidade.

Padre António Vieira defende em toda a sua obra a dimensão universalista da lusitanidade. Em Roma, em 1670, no Sermão consagrado a St^o António dizia-nos: “Não seria verdadeiramente português se não fosse luz do mundo. Ser Português é ter uma visão e pensamento universalista. Os portugueses se chamaram lusitanos, para que trouxessem a luz, porque Deus os havia de escolher para luz do Mundo”. Também recordo as palavras de Leopoldo Senghor, no encerramento de aniversário dos 75 anos da U.P.: “Foram vocês portugueses que iluminaram a negritude, porque trouxeram a civilização greco-judaico-latina até aos confins da África”.

A grande missão de Portugal, que o Infante D. Henrique estabeleceu com a sua obra, foi dar novos mundos ao Mundo. Por mares bravios, por terras e civilizações desconhecidas, andaram os portugueses na sua aventura: “E se mais mundo houvera lá chegara” (Camões) “por isso nos deu Deus tão pouca terra para nascimento e

tantas terras para sepultura. Para nascer pouca terra, para morrer toda a Terra. Para nascer Portugal, para morrer o Mundo” (António Vieira).

No século II a.c., o paradigma da Lusitanidade residia no seu chefe Viriato que deteve o avanço do Império Romano na Europa.

Mas se para os portugueses a Lusitanidade é importante, a Lusofonia torna-a ainda mais importante, dado que veio enriquecê-la com a interpenetração de diferentes culturas, dando a todos uma maneira de ser e estar, reflectida na proximidade, que a língua em comum permite.

O mundo actual, porém, é o mundo do imediatismo, que leva ao consumismo, à demagogia e à perda do sentido de justiça. Entrou-se numa crise de valores que esqueceu Jean Monet, Robert Schumann, De Gasperi, Paul Henri Spaak, Conrad Adenauer, homens criadores da Europa da Solidariedade, da Liberdade, da Paz.

Infelizmente, no mundo de hoje, tudo o que não é material vai sendo descartado. No entanto, a luz que ainda brilha no fundo do túnel, pelo menos essa é a única esperança, há-de levar-nos à retoma Humanista. Espero e acredito que uma força crescente humanista aparecerá e retomará esses mesmos valores. Há um provérbio árabe que se aplica bem neste caso: “As estrelas não morreram só porque o céu está enevoado”. Bastará, pois, que um novo vento



afaste as nuvens e as estrelas lá estarão. O Humanismo foi, sem dúvida, a grande força dinâmica da Lusitanidade e, por isso mesmo, merecem parabéns os organizadores deste Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, porque tenho a certeza que querem ser luzes autênticas ou faróis desse mesmo Humanismo. É, de novo, retomar o passado, porque os portugueses de antanho construíram uma maneira própria de convivência na proximidade com os outros, fossem eles cristãos, muçulmanos ou hebreus. Também os Suevos e Visigodos, que foram invasores e aqui se radicaram antes dos Romanos, nos deram o mesmo exemplo. Os Lusitanos já eram cristãos embora Roma os considerasse hereges por serem cristãos arianos.

O bom princípio da Lusitanidade já era reunir para somar e para aproximar e nunca, como actualmente, dividir para governar e convém também, a propósito, lembrar o exemplo da ilha de Moçambique, onde, há mais de 5 séculos, europeus, africanos e asiáticos viveram e construíram aquela ilha maravilhosa. Eram moçambicanos, indianos e portugueses os protagonistas de então. E não se guerream entre si, antes deram as mãos e viveram harmoniosamente.

A Lusitanidade, reserva moral portuguesa, poderá vir a ser a grande reserva moral da Humanidade, se todos os lusófonos assim o entenderem. A lusitanidade, continuando presente na Lusofonia, ajudará a consolidar as marcas próprias de cada país Lusófono e assim passará a existir, tal como a Portugalidade, a Brasilidade, a Angolidade e Moçambiquidade.

Já hoje somos uma comunidade multinacional e multicontinental unidos pela mesma língua, a Língua Portuguesa, e compartilhando culturas similares. Essa comunidade engloba 260 milhões de pessoas, pelo menos, se somadas às diásporas das oito nações, chegaremos sem dúvidas a mais de 300 milhões falantes em Português.

Temos portanto características culturais e valores comuns que nos garantem uma Solidariedade real, que advém da mútua coesão social, radicada na Língua, na Arte, na Literatura e até na Culinária e nos Costumes. Como disse Pessoa: "A nossa Pátria é a Língua Portuguesa". Há, de facto, um património cultural, literário e artístico que convém destacar, preservar e aumentar. Nomes como Camões, Vieira, Antero, Pascoaes, Torga, Régio, Machado de Assis, Graciliano Ramos,

Manuel Bandeira, Drumond, Aleijadinho, Portinari, Pepetela, Guimarães Rosa, Villa Lobos, Gilberto Freire, Craveirinha, Luan-dino Vieira, Mia Couto, etc. são alguns exemplos entre centenas de outros que garantem esse património. E por isso mesmo, já há hoje quem pense que é preciso dar mais um passo em frente da CPLP, criando a união dos Povos Lusófonos - UPL, para mais tarde se tornar na Federação dos Povos Lusófonos - FPL.

Convirá, no entanto, reter no nosso pensamento as reflexões de Eduardo Lourenço sobre a Lusofonia: "Do ponto de vista da língua, é forçoso reconhecer não só a extrema diversidade da língua portuguesa no espaço lusófono, o que é um fenómeno legítimo e natural no contexto da apropriação vivida, que cada comunidade faz da língua que chama sua, como ainda, e sobretudo, o facto da língua lusa ter uma presença e uma importância muito diversa nos países da CPLP, podendo ir desde a situação do Brasil ou Portugal que a usam como a língua materna até a posição extrema de língua estranha, como é por exemplo em algumas faixas de população moçambicana, angolana e timorense".

Ainda segundo Eduardo Lourenço: "O verdadeiro diálogo lusófono nem sequer começou. Todos dizemos falar a mesma língua mas até agora só estivemos a dizer coisas, sem comunicar verdadeiramente. Agora sujeitos históricos e políticos autónomos e independentes, angolanos, moçambicanos, guineenses, S. Tomenses, na nossa língua comum ou noutra expressão linguística, reconhecem-se sobretudo como actores da sua cultura fundamento da sua identidade. É no espaço cultural, não só empírico mas



intrinsecamente plural que os novos imaginários definem que um qualquer sonho de comunidade e de proximidade se cumprirá ou não. E não há razão para não sonhar a sério. Mesmo com os perigos de delírio que comporta, uma comunidade de raiz linguisticamente portuguesa, sonhá-la a sério, significa não ser o único sonhador dela e saber que os outros não a sonham como nós. E só assim é que estará certo porque não o será de outra maneira”.

Vai depender de todos nós lusófonos o querermos construir e organizar toda essa comunidade de povos lusófonos com a pluralidade necessária e na diversidade enriquecedora que arrastará consigo. Seremos uma gota de água de um processo longínquo mas essencial, em meu entender, que deveria levar a uma forte solidariedade entre continentes afins que se conhecem e que creio se começam a estimar mais agora que no passado colonial. Falo concretamente numa forte aliança entre a Europa e a África.

A actual situação económico-financeira mundial, produto duma profunda crise dos verdadeiros valores do Homem e de uma grande ausência de solidariedade entre os povos, obriga-nos a uma intensa reflexão sobre o que fazer, ou refazer, para consolidar a soli-

dariedade entre os povos, de molde a melhorar o diálogo entre as nações, única forma de preservar a Paz.

Se, no passado século XX, os desequilíbrios provocados pelo peso das políticas das duas superpotências mundiais em confronto tanto nos afectaram, perfilam-se neste século XXI outras superpotências Asiáticas, que não sabemos ainda se virão a diminuir ou a aumentar esses mesmos desequilíbrios. Nesse contexto, uma forte união política entre a Europa e a África, além das vantagens para o desenvolvimento dos dois continentes, tornaria com certeza menos vulnerável qualquer um deles, perante possíveis políticas menos solidárias.

Na encíclica “Caritas in Veritate”, Bento XVI cita Paulo VI dizendo que “Paulo VI tinha uma visão articulada do desenvolvimento. Com o termo desenvolvimento, queria indicar, antes de mais nada, o objectivo de fazer sair os povos da fome, da miséria, das doenças endémicas e do analfabetismo. Isto significa: do ponto de vista económico, a sua participação activa e em condição de igualdade no processo económico internacional; do ponto de vista social, a sua evolução para sociedades instruídas e solidárias; do ponto de vista político, a conso-

lidação de regimes democráticos capazes de assegurar a Liberdade e a Paz”.

Para o estreitamento das relações Europa-África, torna-se essencial uma forte aposta nos processos de desenvolvimento sustentado de alguns países africanos com subsídios comunitários a isso especificamente destinados.

Por outro lado, produtos essenciais à vida económica europeia produzidos nos países africanos podem ser importados com vantagens mútuas pela Europa.

As relações de Portugal com África, nomeadamente com os países de expressão portuguesa, mas não só, deveriam continuar a ter a importância que, felizmente, vêm merecendo de forma progressiva. Sem nos deixarmos tolher pelos erros cometidos no passado, que jamais se poderão repetir, deveríamos aproveitar o que de bom foi feito e, em consonância com os respectivos governos, implementar, renovar e inovar processos de cooperação tendentes ao desenvolvimento sustentado dos povos. Cícero dizia que “a História era a vida da memória mas também mestra da vida”. Creio que algumas instituições portuguesas têm procurado, em terreno africano, tirar partido da História como mestra da vida, e têm lançado alguns programas de cooperação para o desenvolvimento que têm tido algum sucesso, não deixando assim morrer a memória, que em nós continua tão viva.

Há um provérbio chinês que diz que “a distância mede os cavalos, mas o tempo mede os homens”.

Creio que chegou o tempo dos homens da Lusofonia demonstrarem ao mundo como é possível construir a Paz, dando o nosso exemplo da proximidade vivida e construída através dos tempos.

Alienação ou desalienação linguística: a língua portuguesa no epicentro do discurso identitário anticolonial ¹

Júlio Soares Sousa, professor universitário, CEIS20 - Universidade de Coimbra



Antes de mais, gostaria de agradecer à Comissão Organizadora do VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, em particular ao Dr. José Manuel Pavão, o convite que me endereçou para falar neste painel dedicado à Língua ao lado de tão ilustres oradores.

Na verdade quando o Prof. Adriano Moreira afirma na sua linguagem erudita que “a língua não é apenas nossa, também é nossa” ou quando Viriato da Cruz, célebre dirigente do nacionalismo angolano nos anos 60, afirmava, um pouco na linha de Adriano Moreira, que a “língua é como a pedra que David e Golias se lançaram um [ao] outro” estão sem dúvida a anunciar um princípio que deve orientar a nossa consciência, enquanto membros de uma comunidade (a CPLP) que nasceu tendo a língua portuguesa como denominador comum. A consciência de que a língua, que no fundo acabou por se confundir com o próprio papel que os chamados “3 mares da lusofonia” (o Atlântico, o Índico e o Pacífico) desempenharam no passado (e devem continuar a desempenhar no futuro) que é o de unirmos na diversidade. É assim que a língua portuguesa tem evoluído

com todas as suas vicissitudes, todas as suas derivações semânticas e fonéticas, desde que a partir do segundo quartel do século XV começou a penetrar em vários pontos da geografia mundial – do Atlântico ao Índico e do Índico ao Pacífico. Mas este processo de globalização da nossa (o sublinhado é nosso) língua, que irradia indubitavelmente do espaço peninsular ibérico para essas diferentes geografias não deve ser visto como a única (e exclusiva) herança que Portugal legou aos diferentes espaços da sua colonização como chegou a defender Amílcar Cabral, e já teremos a oportunidade de o revisitar um pouco mais adiante. Deixou como herança outros patrimónios materiais cultivados a partir do processo de assimilação e de socialização escolar que penetrou as veias da elite que protagonizou as lutas anticoloniais. Referimo-nos à ideia de consciência nacional; o sentido (ou o sentimento) de pertença à mesma comunidade nacional; à ideia da unidade nacional; a ideia de Pátria (*Pater*) e a ideia da conservação do *status quo* das fronteiras debuxadas pela Conferência de Berlim de 1884/85. Estes são, sem dúvida, a par desse grande e inelutável património que é a língua portuguesa, as maiores riquezas que devem orgulhar sobretudo alguns PALOP (Angola, Guiné-Bissau e Moçambique), outrora colónias, ou a África (continental) *lacto sensu*, onde ainda hoje, como é sabido a racionalidade territorial e étnica não coincidem como sustentaram sem subterfúgios autores como Gellner, Venâncio, Carlos Lopes e vários outros. Foram sem dúvida estas quatro ou cinco dimensões atrás referenciadas que, associadas a língua, germinaram como arquétipos para a elite africana destrabalizada que, depois da Segunda Guerra Mundial, chamou a si essa hercúlea cru-

zada anticolonial, servindo-se precisamente deste incomensurável património imaterial, de um lado, e do marxismo e do pan-africanismo, do outro, como ferramentas ideológicas operativas. Mas, a assunção destas dimensões como referenciais também não se fez sem dilemas, sem resistências e mesmo sem alguma pressão no sentido de alguma desalienação relativamente à língua portuguesa. É que resultava ininteligível para o setor nacionalistas mais conservador a manutenção e a preservação de uma língua – a portuguesa – que era tida como língua do colonizador e “língua do estrangeiro” contra o qual se vertia sangue nas matas de Angola, de Moçambique e da Guiné, territórios onde havia uma variedade de línguas nacionais que poderiam, do ponto de vista dos críticos, tomar o lugar do português. E mais! Por uma questão de racionalidade esses mesmos críticos não entendiam o porquê da defesa de uma língua que a grande maioria da população dos territórios de Angola, Moçambique e Guiné desconhecia. Vale a pena fazer aqui um parêntesis breve para dizer que hoje, a realidade do desconhecimento da língua portuguesa permanece idêntica à experimentada ou vivenciada pelos movimentos de libertação na década de 60. Há ainda uma grande franja das populações dos PALOP que não conhece a língua portuguesa ao contrário do que se pensa. Foi este equívoco (o de se considerar que toda a gente falava português no espaço africano de colonização portuguesa) que fez com que durante muito tempo, na fase pós-colonial, os PALOP tivessem sido designados erradamente de Países Africanos de Expressão Portuguesa, designação essa que rapidamente caiu em desuso, tendo sido substituída pela designação mais lógica, mais óbvia e mais

realista de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa que é o que efetivamente são e assim pelo menos se manterão caso não haja um efetivo interesse e esforço, com o fito de lograr a sua verdadeira expansão.

As críticas no seio dos movimentos de libertação acerca da opção pela língua portuguesa fazem-nos recordar, igualmente, a confusão que perpassava pela cabeça de muitos correligionários de Neto, Cabral e de Mondlane, que mal compreendiam como é que sendo os três casados com mulheres brancas (Amílcar Cabral e Agostinho Neto eram casados com portuguesas e Eduardo Mondlane com uma branca norte-americana) se comprometiam a lutar sem desfalecimentos pela independência dos respetivos territórios.

As críticas e as pressões para que a língua do colonizador também fosse substituída no processo de resistência cultural acabaram por gerar toda a retórica nacionalista em torno da questão linguística e colocar em antinomia a língua portuguesa e as línguas nacionais e engendrar, no seio das lideranças dos movimentos independentistas, discrepantes posições e perspectivas discursivas sobre a alienação ou desalienação linguística que importará dissecar. É, pois, nossa intenção analisar aqui, ainda que de forma telegráfica, a interação e evolução deste debate ao longo do processo revolucionário e pós-revolucionário, tendo sempre em consideração a promessa de transformação radical das estruturas coloniais que animava essas lideranças no processo de rejeição revolucionária da subalternidade colonial.

Por uma questão de economia do tempo não vamos entrar aqui no debate interminável sobre alguns conceitos operativos que são importantes reter na análise desta

temática. Assim, conceitos como nacionalismo, nação, consciência nacional que de alguma forma estão concatenadas com a questão linguística ficarão para uma próxima oportunidade.

Para a compreensão do posicionamento dos três movimentos de libertação (PAIGC, MPLA e FRELIMO) é fundamental deter-nos, ainda que sucintamente, na origem étnica dos seus líderes, até porque nos parece haver alguma ligação genética entre a origem étnica dos três dirigentes nacionalistas (Eduardo Mondlane, Agostinho Neto e Amílcar Cabral), o difícil desenraizamento cultural e étnico de alguns deles da cultura de massas/da cultura popular com a forma como diferencialmente trataram a questão linguística do ponto de vista analítico e discursivo.

Eduardo Mondlane nasceu em 1920 numa aldeia do distrito de Manjacaze (província de Gaza, sul de Moçambique), pertencia aos chope, um grupo étnico de Gaza. O seu pai foi mesmo um chefe tribal da linhagem Khambane.

Por sua vez Agostinho Neto nasceu em Kaxikane (1922) no Ícolo e Bengo. Pertencia do lado paterno aos quimbundos e do lado materno aos umbundos, dois dos mais influentes grupos de Angola.

Amílcar Cabral, apesar de ter nascido na Guiné em 1924 era de ascendência cabo-verdiana e, portanto, não podia ser (e nem estava) identificado com nenhum grupo étnico da Guiné. Isto significa, grosso modo, que relativamente aos líderes de Angola e de Moçambique seria, de longe, o mais destribalizado (culturalmente e etnicamente). Como já se disse num outro estudo² a posição de dúplice “neutralidade” (étnica e cultural) de Amílcar deixava-o num lugar privilegiado e confortável para se perfilar como artífice da nova consciência nacio-

nal em processo de construção revolucionária. Talvez essa “neutralidade” étnica e cultural do líder do PAIGC tivesse concorrido para as posições menos radicais assumidas no quadro do debate linguístico, como veremos mais adiante, marcando uma diferença substantiva, por exemplo, em relação aos seus companheiros de Angola, sobretudo no que tange aos dilemas de resistência cultural. Isto é, dito de outro modo, se essa resistência cultural deveria implicar, no imediato ou no médio ou longo prazo, além da resistência política, económica e armada, resistência linguística ou, se se quiser, a recusa da então considerada língua do colonizador vista por uma franja nacionalista como alienígena. Assim sendo, uma pergunta deve ser debuxada. Insistindo. Que língua adotar, então, neste processo de rejeição da subalternidade colonial?

A postura dispar dos dirigentes dos três movimentos de libertação (PAIGC, MPLA e FRELIMO) sobre esta questão ficou profundamente estigmatizada não só pela origem étnica de cada um dos líderes, mas também e subsidiariamente pela consciência que tinham das dificuldades de penetração da língua portuguesa nos espaços étnicos ou nos espaços rurais.

Na Guiné mesmo tendo consciência dessas dificuldades que algumas crianças que não falavam português tinham no processo de aprendizagem, Amílcar Cabral nunca hesitou na hora de escolher entre o português e os apodados por ele de dialetos e que como tais se situariam num nível infra do português, apesar de ser falado apenas por 10% da população. Isto significa que o líder do PAIGC nunca perdeu a noção da relevância da chamada “língua do colonizador” que percebia tendo em conta o seu valor instrumental e a



sua utilidade não tanto no que se refere ao papel que poderia desempenhar na consolidação da unidade nacional, no caso da Guiné com a sua “babel” ou “arco iris” étnico, mas pela sua utilidade, do ponto de vista dos aspetos da cultura humana, no quadro das relações com o mundo e com outros povos, e na transmissão de conhecimentos técnicos e científicos. E estes alicerces científico-técnicos e do humanismo as línguas nacionais e o Kriol (crioulo) não eram ainda capazes de assegurar na perspectiva de Amílcar Cabral. Afinal de contas era possível ensinar as pessoas a ler e a escrever nas escolas do PAIGC na língua dita do colonizador e, concomitantemente lutar contra esse mesmo colonizador.

Em Angola as identificadas dificuldades de penetração da língua portuguesa nos meios rurais e no processo de aprendizagem forçaram o MPLA sob a liderança de Agostinho Neto a ensaiar a alfabetização nas línguas locais. Essas dificuldades chegaram mesmo a criar uma perceção num setor importante do movimento de libertação de que a opção pelo português beneficiava mais as crianças citadinas do que as crianças das áreas rurais, pelo que era urgente pôr termo a esta discriminação e alinhar os objetivos ideológicos com os programas partidários. Neste sentido, o MPLA, apesar das promessas de “lançar no presente as bases da nação futura” do seu programa político de 1962, só em 1970 se veio

a revelar mais explícito em relação à questão das línguas nacionais que considerava esquecidas pelo colonialismo, prometendo mesmo trazê-las para a escola e admitindo que uma investigação filológica e a sua sistematização era indispensável para se poder introduzi-las no ensino. Em 1974, já em pleno fervor independentista, foi mais longe o MPLA ao admitir no seu programa que as minorias étnicas pudessem usar a sua língua e criar uma escrita próprio para elas. Isto é, algo idêntico ao que o PAIGC prometia em 1960. Com efeito, a irmã siamesa do MPLA defendia com um certo arrojo e ambição, no que concerne às línguas nacionais, para o caso da Guiné o desenvolvimento das línguas nativas e do dialeto crioulo; a criação de escrita para essas línguas; e para Cabo Verde, o desenvolvimento da escrita para o crioulo.

Não são conhecidas (implícita nem explicitamente) as posições da FRELIMO sobre esta matéria. Nem no programa de 1962, nem no de 1968. Porém, este último limitava-se a proclamar a unidade de todo o povo moçambicano, depreendendo-se da defesa que se fazia da igualdade, do respeito pelas particularidades regionais e da eliminação das divisões entre os diferentes grupos étnicos, a inevitabilidade de substituir também a cultura colonial por uma cultura e educação revolucionárias³.

Em 1968, Mondlane assinalava que o passado tinha sido caracterizado

por divisões linguísticas, culturais e históricas, mas que o futuro estava sendo estabelecido em bases de unidade ainda que considerasse como positivas as várias formas de expressão linguística, as danças, a música, as idiosincrasias regionais. Portanto, o dirigente moçambicano, Eduardo Mondlane, não via nenhuma incompatibilidade entre a existência de vários grupos étnicos e a unidade nacional⁴.

A verdade é que entre a teoria ou as promessas dos programas políticos dos movimentos de libertação à prática vai uma distância muito grande, pelo que esta última nem sempre encontrou correspondência nos princípios delineados naqueles. Além do mais é preciso ter em consideração as pressões endógenas no interior dos próprios movimentos de libertação, apelando para o regresso às línguas vernáculas, bem como as exógenas. É importante referir que em meados dos anos 60 surgiu em África uma corrente favorável ao regresso às línguas vernáculas. Ora, os movimentos independentistas e as suas respectivas lideranças não foram alheios a estas pressões e dos debates que geraram. Foi certamente em jeito de resposta a estas pressões (internas e externas) que, numa entrevista em 1966 à Radio Voz da Liberdade, da oposição portuguesa em Argel, Amílcar Cabral reiterou a importância da língua portuguesa e a notória influência da cultura portuguesa na sua formação. Vale a pena ouvi-lo:

Cá estou eu, falo português. Tenho formação e cultura portuguesa. Na minha terra toda a gente que sabe ler ou escrever, sabe ler e escrever português. Muita gente mesmo pensa, pensa em português. Portanto, sô se fôssemos doidos é que pretenderíamos que na nossa terra livre e independente, não é verdade, se pusesse de lado o português completamente⁵.

Três anos volvidos, no decurso do seminário de quadros do PAIGC realizado em Conakry, em Novembro de 1969, Amílcar voltou novamente à carga insistindo na ideia de que a preservação da língua portuguesa que ele defendia não estava associada a nenhum capricho pessoal. Citemo-lo novamente:

Em primeiro lugar, vocês vêm-me aqui a falar crioulo, que é quase português, camaradas. Em segundo lugar, aqueles que estão nesta sala, que sabem ler e escrever, é só em português que o sabem a sério a não ser um ou outro que estudou um bocado de inglês, talvez até, já depois da nossa luta, ou em francês⁶.

Punha a hipótese de abandonar a língua portuguesa apenas se fossem obrigados a isso⁷. E não deixa dúvidas quanto o rumo a seguir em termos de futuro:

Em toda a nossa cultura escrita, em toda a nossa administração escrita, nos primeiros tempos, terá que ser o português⁸.

Vale a pena enfatizar ainda o facto de Cabral se ter insurgido claramente contra o que designava de oportunismo cultural daqueles que exigiam que se ensinasse em crioulo, e já, e de outros que pretendiam que se ensinasse em fula, mandinga ou balanta. “Isso é muito agradável de ouvir, os balantas se ouvirem isso, ficam muito contentes, – replicava Cabral – mas agora não é possível”. E prosseguia? “Como é que vamos escrever balanta, agora? Quem é que sabe a fonética do balanta? Ainda não se sabe, é preciso

estudar primeiro, mesmo o crioulo. Eu escrevo por exemplo, n’ ca na bai⁹. Um outro pode escrever por exemplo n’ ka na bai. Dá na mesma. Não se pode ensinar assim. Para ensinar uma língua escrita”, rematava o dirigente histórico do PAIGC, “é preciso ter uma maneira certa de a escrever, para que todos a escrevam da mesma maneira, se não é uma confusão do diabo”¹⁰. Podemos ver neste registo de Amílcar Cabral que se acaso estivesse vivo não haveria dúvidas de que partiria seguramente em defesa do acordo ortográfico. Estamos apenas no domínio conjectural.

Em jeito de resposta aos correlográficos que queriam avançar com o crioulo, ou com as línguas nacionais, Amílcar Cabral usa a razão:

Nós vamos fazer isso, mas depois de estudarmos bem. Agora a nossa língua para escrever é o português. Por isso é que tudo vale a pena falar-se aqui, tanto o português como o crioulo. Não somos mais filhos da nossa terra se falarmos crioulo, isso não é verdade: Mais filhos da nossa terra é aquele que cumpre as leis do Partido, as ordens do Partido, para servir bem o nosso povo. Ninguém deve ter complexo porque não sabe balanta, mandinga, pepel ou fula ou mancanha. Se souber, melhor, mas se não sabe, tem que fazer com que os outros o entendam, mesmo que for com gestos. Mas se está a trabalhar bem no Partido, vai para a frente... Temos que ter um sentido real da nossa cultura. O português (língua) é uma das melhores coisas que os tucas nos deixaram, porque a língua, não é a prova de nada mais, se não um instrumento para os homens se relacionarem uns com os outros¹¹.

Servindo-se de certos “clichés” científicos interpelava mesmo: como é se diria em balanta ou mancanha “a Lua é um satélite natural da terra”¹² ou “raiz quadrada” de 36¹³? Era possível dizê-lo, segundo Cabral, mas seria necessário falar muito para exprimir essa ideia. “E

intensidade de uma força é igual a massa vezes a aceleração”¹⁴? Simplesmente não era possível dizê-lo em crioulo, só em português.

Ao enfatizar o papel instrumental da língua na comunicação e na expressão da realidade, Cabral também assumia que não seria a adoção do crioulo ou das línguas nacionais ou o uso do “bubu” a transformar-nos em mais guineenses ou mais africanos, mas aquilo que estava dentro da nossa cabeça. E prosseguia na sua análise:

(...) há pessoas que querem que ponhamos de lado a língua portuguesa, porque nós somos africanos e não queremos a língua de estrangeiros. Esses querem é avançar a sua cabeça, não é o seu povo que querem fazer avançar¹⁵.

Esta matéria, assim como a análise sobre o conceito de violência, separou Amílcar Cabral do radicalismo de Frantz Fanon que recusava o uso da língua do colonizador por parte dos movimentos de libertação nacional com o argumento de que “falar uma língua” era “assumir um mundo, uma cultura”¹⁶. E, por isso mesmo o revolucionário e anticolonialista martiniquenho escrevia que nada deveria ser poupado para “liquidar” as tradições e a língua do colonizador¹⁷.

Amílcar Cabral não foi, contudo, o único dirigente dos movimentos de libertação a reconhecer o carácter instrumental da língua. Identificamos posições mais ou menos idênticas em outros históricos dirigentes do MPLA. Por exemplo, Viriato da Cruz foi quem melhor sintetizou o verdadeiro papel paradoxal que a língua portuguesa podia desempenhar quer como língua ou instrumento de opressão e de destruição da cultura africana (quando utilizada pelo colonizador) quer como elemento de resistência e de libertação (quando o colonizado se apropria dela como forma de expressão)¹⁸. Escrevia ainda nos anos



60 o dirigente angolano:

A língua é como a pedra que David e Golias se lançaram um [ao] outro. Um se serve da funda; o outro, da mão. Um ataca e ofende; o outro se defende. A quem pertence a pedra? Se está no campo do adversário, a este; se está no meu, a mim.

Portanto, a postura de Viriato relativamente à língua portuguesa ia de encontro à célebre frase de Adriano Moreira que aludimos no início desta nossa comunicação: a de que “a língua não é apenas nossa, também é nossa”.

Julgamos que o realismo com que Viriato da Cruz e Amílcar Cabral encaravam a questão da centralidade da língua portuguesa no processo de aprendizagem e de resistência contra o próprio colonialismo não denegava espaço aos “dialectos” e até para o crioulo. Simplesmente considerava-se que a utilização dessas línguas deveria passar primordialmente por um processo de estudo aprofundado de regras gramaticais, de fonética e criação de alfabeto, admitindo que tal poderia ocorrer num longo prazo. Até lá, Cabral não divisava alternativa ao português:

Nós, Partido, se quisermos levar para a frente o nosso povo, durante muito tempo ainda, para escrevermos, para avançarmos na ciência, a nossa língua tem que ser o português. E isso é uma honra. É a única coisa que podemos agradecer ao tuga, o facto de ele ter deixado a sua língua depois de ter roubado tanto na nossa terra. Até um dia em que de facto, tendo estudado profundamente o crioulo, encontrando todas as

regras de fonética boas para o crioulo, possamos passar a escrever o crioulo. Mas nós não proibimos ninguém de escrever crioulo, se alguém quiser escrever uma carta ao Tchutchu em crioulo, pode escrever. Somente ele, na resposta que lhe mandar, vai escrever de maneira diferente, mas faz-se compreender. Mas para a ciência, o crioulo ainda não serve. Mesmo em balanta, lembro-me de um camarada nosso, infelizmente morreu, Ongo, nós escrevíamos em português, passávamos para crioulo e ele escrevia em balanta. Porque é possível escrever balanta, uma pessoa que sabe bastante português é capaz de escrever balanta¹⁹.

Por ter sido assassinado a 20 de Janeiro de 1973, não é possível saber nem acompanhar a evolução do pensamento do líder do PAIGC em torno da questão da descolonização linguística. No entanto não era de esperar uma mudança radical nas suas posições relativamente à opção pela língua portuguesa enquanto as circunstâncias o permitirem. Até porque quatro anos antes (em 1969) enfatizava o papel prejudicial que o crioulo poderia desempenhar na aprendizagem do português, quando não se conhece “a ligação que existe” entre ambas. Mas “se se conhecer a ligação que há” – asseverava Amílcar Cabral – isso poderia facilitar a aprendizagem da língua portuguesa²⁰.

Em Angola, ao invés, nas vésperas da proclamação da independência e mesmo na fase pós colonial, a ideia de promoção das línguas nacionais continuou a interpelar os dirigentes do MPLA.

Por exemplo, em 1974, o nacionalista angolano Mário de Andrade considerava que a situação linguística em Angola era transitória e que deveria ser modificada com o acesso à independência, deixando a possibilidade de desenvolvimento a todas as línguas nacionais²¹.

Num estudo recentemente publicado na revista *Mulemba* de Ciências Sociais, ao evocar o líder histórico do MPLA, Manuel Jorge, outro nacionalista angolano recentemente falecido em Paris onde vivia exilado, assegurou que Agostinho Neto queixava-se de que o “uso exclusivo da língua portuguesa, como língua-oficial, veicular e utilizável” ao tempo na literatura angolana não resolvia os problemas dos angolanos²².

Para Neto, no ensino (primário e médio e até mesmo no processo de alfabetização), era necessário utilizar as línguas nacionais. Tinha, porém, consciência das limitações que subsistiam, associadas, por exemplo, à diversidade linguística (ainda que com um fundo banto, mas não essencialmente como já assinalaram José Redinha²³ e, sobretudo, Victor Kajibanga²⁴) e étnica do seu país.

As posições de Neto, produzidas num contexto de independência, não eram muito distantes das do grande pedagogo brasileiro, Paulo Freire, e das da própria UNESCO, que defendiam a aprendizagem em língua materna. Acompanharam a evolução deste debate em África e no quadro de organismos como a UNESCO, o PNUD e da

- 1- Este texto é a versão resumida de um outro com o mesmo título a ser publicado pela Universidade da Beira Interior.
- 2- Julião Soares Sousa, "O fenómeno tribal, o tribalismo e a construção da identidade nacional no discurso de Amílcar Cabral", in *Comunidades Imaginadas. Nação e Nacionalismos em África*, TORRALBA, Luís Reis, PIMENTA, Fernando Tavares e SOUSA, Julião Soares (Coord.), Coimbra, Imprensa da Universidade, 2008, p. 163.
- 3- *Datas e Documentos da História da FRELIMO*. Organização e compilação de João Reis e Armando Pedro Muiuane, 2.^a edição, revista e aumentada, Imprensa Nacional, 1975, p. 106.
- 4- *Datas e Documentos da História da FRELIMO*. Organização e compilação de João Reis e Armando Pedro Muiuane, 2.^a edição, revista e aumentada, Imprensa Nacional, 1975, p. 149.
- 5- Amílcar Cabral, Entrevista à Rádio Voz da Liberdade, Argel, 1966.
- 6- Amílcar Cabral, Para a melhoria do nosso trabalho no plano exterior: 1 - A nossa guerra perante o Governo português. 2 - Em África. Aos camaradas participantes do Seminário de quadros, realizado de 19 a 24 de Novembro de 1969, fl. 6.).
- 7- Idem, ibidem, fl. 6.
- 8- Idem, ibidem, fl. 6.
- 9- "N' Kana bai" significa "Não vou".
- 10- Idem, ibidem, fl. 19.
- 11- Idem, ibidem, p. 19.
- 12- Idem, ibidem, fl. 20.
- 13- Idem, ibidem, fl. 20.
- 14- Idem, ibidem, fl. 20.
- 15- Amílcar Cabral, Análise de alguns tipos de resistência. 3. Resistência cultural. Aos camaradas participantes do Seminário de quadros, realizado de 19 a 24 de Novembro de 1969, p. 21
- 16- Frantz Fanon, *Pele Negra, Máscara Branca*, EDUFBA, Salvador, 2008, p. 50.
- 17- Frantz Fanon, *Os condenados da terra*, Prefácio de Jean Paul Sartre, Editora Civilização Brasileira, 1968, p. 9.
- 18- (1960), "Texto de Viriato da Cruz sobre o papel da língua como instrumento repressivo ou de libertação", CasaComum.org. Disponível HTTP: http://hdl.handle.net/11002/fms_dc_42630 (2016-5-31)
- 19- Amílcar Cabral, Análise de alguns tipos de resistência. 3. Resistência cultural. Aos camaradas participantes do Seminário de quadros, realizado de 19 a 24 de Novembro de 1969, p. 21
- 20- Amílcar Cabral, Análise de alguns tipos de resistência. 3. Resistência cultural. Aos camaradas participantes do Seminário de quadros, realizado de 19 a 24 de Novembro de 1969, p. 22.
- 21- Idem, ibidem
- 22- Manuel Jorge, "Evolução e estrutura da nação e do Estado nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)", Mulemba- Revista Angolana de Ciências Sociais, Novembro de 2013, Volume III, n.º 6, p. 119; e também António Agostinho Neto, *Ainda sobre o sonho...* (Discurso sobre a cultura nacional, António Agostinho Neto, edição alusiva ao 30.º Aniversário da Morte do Dr. Agostinho Neto, Ministério da Cultura, Luanda 2009, p. 21.
- 23- Referido por Pedro de Castro Maria, "Espaços socio-culturais, etnicidade e nação em Angola", *Mulemba- Revista Angolana de Ciências Sociais*, Novembro de 2013, Volume III, n.º 6, p. 130.
- 24- Idem, ibidem.
- 25- Dércia Eloísa Gonçalves de Freitas, *O combate ao analfabetismo em Angola desde o acordo de paz (2002)*. *Alfabetização e os seus constrangimentos no meio rural*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social apresentado ao Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra 2014, p. 37.
- 26- "A coeur ouvert avec Mário de Andrade", Jeune Afrique (s.d.), "Duas entrevistas a Mário Pinto de Andrade", CasaComum.org. Disponível HTTP: http://hdl.handle.net/11002/fms_dc_83581 (2016-6-21).
- 27- António Agostinho Neto, *Ainda sobre o sonho...* (Discurso sobre a cultura nacional, António Agostinho Neto, edição alusiva ao 30.º Aniversário da Morte do Dr. Agostinho Neto, Ministério da Cultura, Luanda 2009, pp. 21-22.
- 28- Idem, ibidem, p. 21.

própria Organização da Unidade Africana (OUA).

Em 1977, no rescaldo da independência, aquando do 2.º Festival de Arte Negro-Africana e num Colóquio que se realizou no quadro do festival em Dakar, o então Diretor Geral da UNESCO, Amadou Maktar M' Bow, defendeu o enraizamento da educação com base nas realidades culturais africanas e a descolonização do ensino. Pouco antes, os Ministros da Cultura africanos reunidos numa conferência em Accra em 1975, sob a presidência de Owusu Fordwouh, Ministro da Cultura do Gana, reafirmaram a urgência na promoção das línguas africanas no ensino. Os próprios Ministros da Educação dos países africanos reunidos em Lagos em 1976 reiterariam a urgência da renovação dos sistemas e a promoção do emprego das línguas nacionais nas escolas e nas universidades. Recordo ainda que, entre 1978 e 1992, estive em implementação um projeto intitulado "Desenvolvimento das Línguas Nacionais da República de Angola" apoiado pelo PNUD e levada a cabo pela UNESCO e que consistiu na identificação e seleção de algumas das mais representativas línguas angolanas (Kimbundo, Kikongo, Cokwe, Umbundo, Oshiwambo e Ngangela)²⁵ e passa-las da oralidade para a escrita e tentando aprovisioná-las de formas gramaticais e de alfabeto. Chegou mesmo a ser criado um Instituto das Línguas Nacionais. Não há elementos para que possamos fazer um balanço destas experiências. Mas, diga-se em abono da verdade que a manutenção subsequente do português como língua usada na administração, no ensino e por uma minoria na criação literária e na expressão política²⁶ e o facto de a própria Lei de Base do Sistema de Ensino (LBSE) de Angola, de 2001, no seu artigo 9.º, n.º 1, assegurar que a língua portuguesa seria a língua ministrada no ensino, não deixam dúvidas quanto ao falhanço das experiências anteriores.

Contudo, a substituição do português pelas línguas nacionais estava a ser de difícil concretização, pese embora a insistência dos líderes históricos angolanos em cumprirem com o desiderato de eliminar as consequências socioeconómicas da imposição da língua de conquista colonial (língua de uma minoria) e dos *guethos* a que foram reduzidas em sua opinião as línguas nacionais.

Pouco antes do seu desaparecimento físico Agostinho Neto acreditava ainda que apesar dos constrangimentos, mais tarde ou mais cedo, seria possível chegar a uma homogeneização cultural em Angola e a emergência da chamada cultura de massas, verdadeiramente democrática e não discriminatória, que aglutinasse "alguns dialectos, a fim de facilitar o contacto". Mas já não seria por imposição da classe política ou das instituições estatais. De acordo com o dirigente Angola seria o próprio desenvolvimento a encarregar-se de solucionar a questão do uso das línguas nacionais "na actividade normal do homem angolano"²⁷, graças: 1) à extinção de barreiras regionais e dos complexos e taras herdadas do colonialismo e imperialismo; 2) à consolidação da unidade e coesão nacionais²⁸; 3) à aliança dos operários e camponeses materializada num desenvolvimento dos transportes, dos meios de comunicação, do comércio, das indústrias e da coletivização agrária.

A África: que Futuro?

Manuel dos Santos Lima,
escritor e professor universitário



Em 1957, a Costa do Ouro inaugurava a era das independências africanas, tornando-se a República do Ghana, sob a presidência do carismático Kwame N'Krumah. A sua geração deu-se, entre outros objectivos, trazer o antigo Escravo e o seu irmão Colonizado, da Diáspora e da Exclusão, para o grande encontro com a História, libertando-se de jugos seculares.

O "1º Congresso Internacional dos Escritores e Artistas Negros", reunido em Paris, em 1956, sob os auspícios de Présence Africaine, fora a última chamada antes do hastear de bandeiras.

E a África foi-se tornando independente entre tempestades de aplausos e gritos de esperança.

A descolonização assumiu duas formas: descolonização de ruptura, liderada por chefes como Lumumba, N'krumah, Agostinho Neto, Amílcar Cabral e Eduardo Mondlane ou descolonização de continuidade, a mais expressiva, como praticaram Léopold Senghor, Modibo Keita, Houphouët-Boigny, Bouganda, Djibo Bakary, etc.

Decorridos quase sessenta anos, eis que por todo o continente se erguem dedos acusadores: o Africano, maioritariamente analfabeto, é cidadão menor, anão social, mendigo económico e emigrante clandestino em busca de certidão de nascimento como Pessoa.

Assim, por exemplo, a República de Angola, várias vezes referenciada negativamente nos relatórios da Human Rights Watch, a mesma Angola signatária da Carta Africa-

na dos Direitos do Homem e dos Povos (1981), da Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança (1990) e que foi eleita para o Conselho dos Direitos Humanos da Assembleia Geral da ONU, sob o compromisso de ratificar a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial (1970), essa mesma Angola oferece à curiosidade dos estudiosos a particularidade de, em pleno século XXI, utilizar o estigma da "Raça" no B. I. dos seus nacionais, enquanto que os filhos destes, que nascessem em Portugal, não eram racialmente definidos nos seus documentos de cidadania portuguesa... Isto sem esquecer no entanto que, no tempo colonial, sob pretexto de ordem estatística, havia que preencher a alínea "Raça", com a designação de "Parda", em todos os documentos e entre os próprios colonizadores havia os "Branços de 1ª", isto é os metropolitanos e os "Branços de 2ª", os nascidos nas colónias"...

Vividas que estão quase três gerações de hino e bandeira, já não basta culpabilizar o Ocidente se em várias sociedades africanas permanecem heranças e continuidades consuetudinárias pelas quais se identificam traços do sistema colonial. Hoje há que reconhecer a existência de comportamentos endogénicos que geram, nutrem e gerem o subdesenvolvimento na África independente.

Embora estas questões sejam de natureza multidimensional, encontramos inevitavelmente, na sua génese uma origem de carácter político, ligada ao desempenho do Estado pós-colonial, num contexto nacional e internacional.

As estatísticas internacionais referentes ao continente africano deixam-nos perplexos. Ano após ano, os relatórios apresentados pelo Programa das Nações Unidas para

o Desenvolvimento (PNUD) repetem, invariavelmente, que os países ricos estão cada vez mais ricos e os pobres cada vez mais pobres.

O continente africano alberga 12,6% da população mundial, estando à frente dos Estados Unidos (4,7%), do Japão (2,3%) ou da Rússia (5,4 %). Mas em termos de repartição de riqueza cabe à África apenas 2,5% contra 22,4% para os Estados Unidos, 13% para o Japão e 12,3% para a Rússia.

A importância comercial da África no mundo, com os seus 700 milhões de seres, é igual à da Bélgica, que conta cerca de 20 milhões de cidadãos.

Em matéria de desenvolvimento humano, a nível mundial, os dois países africanos melhor classificados são as Seychelles (47º) e as Maurícias (63º).

Quanto aos países da CPLP, Cabo Verde ocupa o 106º lugar, S.Tomé e Príncipe o 127º, Angola o 161º, Moçambique o 168º e a Guiné o 173º. Recorde-se que Moçambique e Angola já ocuparam os dois primeiros lugares como os países onde mais se sofria no mundo, figurando no grupo dos dez com a mais baixa taxa de esperança média de vida à nascença, isto é, 41 e 41,6 anos respectivamente. Cabo Verde é o melhor colocado, com a idade de 70 anos como cume de esperança de vida. A nível continental, o número de trabalhadores vivendo com menos de dois dólares é de 78% e os vivendo com menos de um dólar é de 46%.

Por outro lado constata-se que o crescimento demográfico desenfreado torna insignificante as pequenas conquistas da luta contra as carências endémicas dos diferentes segmentos populacionais, o que faz da pobreza uma patologia, sem terapia à vista e de consequências atarradoras quando se tem em conta que a criança africana, sub-

-alimentada, e por isso de saúde precária, além de que o seu cérebro funcionará com um défice de cerca de 30% das suas capacidades naturais e com sub-aproveitamento escolar, estará condenada a ser um sub-homem, cidadão precário, com esperança de vida inferior a 40 anos. Ora nós vivemos num mundo em constante competição e nessa corrida, o simples facto de parar equivale a recuar.

Mas se o desenvolvimento do continente parece não estar ainda programado, as acções predatórias há muito que o foram e vão actuando com a conivência dos poderes autocráticos instalados que não demonstram interesse em delimitar um quadro jurídico protector da riqueza nacional, não só para haver absoluta transparência na sua gestão, como para a sua protecção contra os ataques transnacionais, altamente organizados, em matéria de corrupção, manipulação ou

fomento de conflitos fratricidas e para garantia de paz social e progresso.

Constata-se por isso que os recursos naturais, em vez de serem factores de prosperidade, são antes factores de depauperação que acabam por ser uma fatalidade para os cidadãos dos países que deles dispõem. Aliados à má governação, eles favorecem desempenhos económicos viciados que estão na génese da corrupção tentacular generalizada, com o concurso de parceiros estrangeiros, a instabilidade política ou a longevidade escandalosa de regimes autoritários, o conformismo colectivo, fome, VIH-SIDA, reduzido acesso à água potável, criminalidade e prostituição, entre outras consequências nefastas, fazem com que o bebé africano já nasça endividado para além da sua esperança de vida e podemos imaginar que ainda no ventre da mãe já traz consigo uma tigela de

mendigo estendida à caridade internacional. A África parece não encontrar rumo, como se fora um continente-avião que rola, rola na pista sem conseguir descolar. Dos 53 países existentes actualmente, pelo menos 23 correm o risco de extinção por inviabilidade.

Mas será que ainda há Futuro para o continente africano ou já é demasiado tarde?

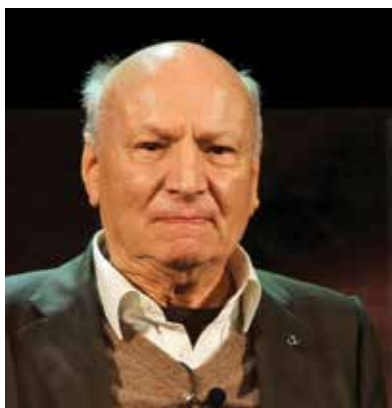
Tendo em conta que a vida parece ter começado no continente africano e que quem primeiro nasce deve, naturalmente, primeiro morrer, o futuro de África deixa-me profundamente céptico e apreensivo.

A minha geração bateu-se pela independência da África, por acreditar nela. Hoje, os sobreviventes dessa luta, refugiados em mil e um exílios, interrogamo-nos, com angústia: não fomos capazes ou não nos permitiram fazer melhor?

Língua e identidade

Albano Martins,
professor e poeta

Aceitar que um poeta ou alguém assumido como tal venha aqui, no fecho deste simpósio de medicina, falar da língua - a nossa língua - é, de algum modo, aceitar que ela se transforme, ainda que por um momento apenas, num instrumento ao serviço da imaginação, isto é, da linguagem cifrada, transfiguradora da realidade. Mas não: o



poeta que aqui veio e aqui está, por honroso convite, sabe que isso a que chamamos língua não é apenas um dos órgãos do aparelho fonador, mas beneficia de um largo espectro semântico. Não falamos, obviamente, das línguas-de-gato ou de-sogra, umas e outras afectas ao pendor gustativo e, por isso, certamente, à língua ela mesma, objectivamente considerada. Também não é ela, enquanto órgão da fala, que nomeamos quando a esta nos referimos por oposição aos outros órgãos do corpo humano. É dela, a língua, como instrumento de cultura, de comunicação e de diálogo que me pedem, julgo eu, venha falar aqui. Falar, digo, do latim *fabulare*, que significa, etimologicamente, entoar um pequeno discurso (a fábula, a rigor, não é outra coisa senão isso), contar uma pequena história, fazer uma curta exposição oral. O que, é bem de ver, se não compadece com a ver-

borreia de certos discursos como são, às vezes, os dos académicos, dos políticos e os da oratória parlamentar, das nossas e das alheias repúblicas. Serei breve, por isso, em obediência à etimologia.

Esta língua de que agora vos falo é um sistema organizado de signos representativos de sons que, aglutinando-se, formam aquilo a que damos o nome de palavras, portadoras dum sentido. É através delas, as palavras, que o conhecimento se transmite, se trocam experiências, se esboçam projectos, se abre portas à evasão e ao sonho. São elas, enfim, que nos permitem uma relação estreita e fecunda com os outros seres da mesma espécie, seja ela a relação de conformidade, de conflitualidade ou de simples conveniência - de comércio, digamos -, mas nos serve também de instrumento de trabalho no dia-a-dia das actividades produtivas - das desportivas também -, domés-

ticas e públicas. Como, neste caso, o dos simpósios, dos colóquios, dos congressos. Das reuniões culturais e científicas. Como esta, a vossa, inequivocamente é.

Mas donde nos vem esta língua que orgulhosamente falamos, que diariamente utilizamos no trato e comércio humanos e na qual nos exprimimos, nós, os Portugueses e todos aqueles que, nos países ditos lusófonos, a tomaram como sua, a assimilaram ao seu viver quotidiano e dela se servem para a expressão das suas vivências, da sua cultura, das suas necessidades e da sua visão do mundo e da vida? Ensina-o Camões, que, na estância nº 33 do Canto I de Os Lusíadas, pela boca de Vénus, durante o concílio dos deuses reunido no Olimpo para decidir da sorte dos navegantes portugueses que demandavam a Índia, invoca como suplementar razão de favorecimento esta:

“E na língua, na qual, quando imagina,
Com pouca corrupção crê que é a latina.”

Filha do latim, como todas as outras línguas ditas românicas, é, pois, e em verdade, a língua portuguesa. Dando passos inseguros nos registos dos cartórios notariais da Idade Média, despiu a breve trecho as vestes arcaicas e envergou as roupagens modernas que, com algumas variantes, lhe conhecemos: fixou a morfologia, adestrou a sintaxe, adoçou as consoantes, diversificou os timbres das vogais, multiplicou os ditongos, ampliou o vocabulário abrindo-se aos contactos com outros povos, outras línguas, outros falantes, isto é, outros interlocutores. Em tempo de armas, viajou na ponta da lâmina das espadas e das lanças, nos estribos dos cavalos e nas esporas dos cavaleiros, nos arca-

buzes dos guerreiros - os conquistadores, primeiro, os povoadores, depois. No chamado período da Reconquista cristã, percorreu os caminhos do centro e do sul, e lá, em frente ao mar algarvio, se deteve. Definidas as suas fronteiras terrestres e marítimas e perdida a companhia do seu irmão gémeo galego, iniciou o português uma viagem transatlântica que o levaria do Mediterrâneo ao Atlântico e deste ao Índico, passando por Marrocos, Cabo Verde, Guiné Bissau, S. Tomé e Príncipe, Angola e Moçambique, alcançando, por fim, a costa malabar. Voltou carregada de algas, cheirando a canela e com sabor a pimenta. Assim o confirma o poeta quinhentista português Francisco Sá de Miranda, que, na sua “Carta a António Pereira, senhor de Basto”, dá conta, nestes termos, dos seus temores:

Não me temo de Castela,
donde inda guerra não soa;
mas temo-me de Lisboa,
que, ao cheiro desta canela,
o Reino nos despovoa.

De “romance” ou “romanzo” em que se transformou após a queda do Império romano do Ocidente, o português alcançou-se, com o tempo, à condição de arcaico e, deste, à de português moderno, para a formação do qual foram determinantes, como sabemos, o papel de Camões e a publicação de Os Lusíadas. Ensaçou, entretanto, os primeiros voos literários nas cantigas de amigo, de amor e de escárnio e maldizer, para, outra vez com o apoio do latim, se abalançar a mais largos e ousados voos na prosa dum Fernão Lopes, dum João de Barros e de outros historiadores quinhentistas. Recebemo-la aperfeiçoada pela pena dos grandes autores nacionais, de entre os quais é justo salientar,

além de Camões, os nomes dos padres António Vieira e Manuel Bernardes, Eça de Queirós, Camilo Castelo Branco, Almeida Garrett, Alexandre Herculano, Raul Brandão, João de Araújo Correia, Irene Lisboa, Vergílio Ferreira. Outros naturais nossos que, por economia de tempo, não nomeio, mas usaram e usam a língua com denodo e mestria. Penso ainda em autores dos chamados países de expressão portuguesa aqui reunidos em conciliábulo científico, como é o caso, entre outros, de Jorge Barbosa, Manuel Lopes, Orlanda Amarílis, Germano Almeida, Luandino Vieira, Pepetela, José Eduardo Agualusa, Mía Couto, Luís Carlos Patraquim, João Paulo Borges Coelho...Enriquecida com novos termos e novas realidades, assim ela, a língua, se afirma, se propaga, se engrandece, se enobrece. E, às vezes, assim também ela se diferencia, ganhando, aqui e ali, matizes estilisticamente inovadores.

Recupero, neste passo, uma frase emblemática de Vergílio Ferreira de que algumas vezes me tenho servido em circunstâncias semelhantes, como esta favoráveis e de igual significado. Ao agradecer, um dia, um prémio que lhe fora atribuído, proclamou o autor de Aparição: “Da minha língua vê-se o mar”. Eis uma afirmação que, na sua singularidade, tem tanto de poético como de verdadeiro. É que ela, a língua (e a prova temo-la aqui, neste simpósio onde estão representados todos os países que usam o português como língua oficial), é que ela, a língua, ia a dizer, embarcada nas naus e caravelas de Quinhentos, atravessou os mares e entrou em contacto com os habitantes dos territórios “visitados”. Aí se fixou, ganhou raízes perduráveis, estabeleceu laços de duradouro e ponderado entendimento, contribuiu para a criação de alguns

crioulos e resistiu aos assaltos do tempo e da fortuna. Voltando, porém, ao autor de *Em nome da Terra: da língua, a nossa língua*, não se vê apenas o mar, com seus segredos, seus perigos, sortilégios e mistérios. Vê-se também o sal, que, servindo para temperar e conservar os alimentos, é, do mesmo passo, como num poema da Mensagem Fernando Pessoa deixou dito, o das lágrimas de Portugal. O das lágrimas de todos aqueles que, em qualquer latitude deste nosso conturbado planeta, no mar perderam os que diariamente da vida fazem uma aventura ou nele procuram o seu sustento e o das suas famílias. Mas da língua, dizia, vêem-se também os meandros, esconderijos e galpões dos territórios com os quais os marinheiros portugueses entraram em contacto. Vêem-se os instrumentos postos ao serviço da arte de navegar, as conquistas da ciência e da técnica obtidas com o domínio dos mares

e o conhecimento dos produtos e riquezas originários dos territórios “conquistados”. E vê-se, enfim, o homem, o homem novo, o autor das revelações e descobertas que acrescentaram o mundo do conhecimento e colocaram os seus autores no centro do universo, donde desbancaram o Deus das teogonias medievais. É, na entrada do Renascimento, o antropocentrismo a substituir o teocentrismo.

Digamos, enfim, que esta língua que nos une e compromete é, também ela, um factor de unidade nos países que a têm ou adoptaram como sua; que nela, por isso, como em *A Correspondência de Fradique Mendes* diz Eça de Queirós, “verdadeiramente reside a nacionalidade”. Não fora a língua portuguesa, o território do Brasil ter-se-ia certamente desmembrado em múltiplas e diferentes nações, o mesmo sucedendo provavelmente com Angola e Moçambique, atenta a variedade étnica das suas po-

pulações. Bem poderia dizer-se, neste caso, que língua e fronteira se constituem como sinónimos e valem como balizas contra a despersonalização.

De sentido próximo da do autor de *Os Maias* é a célebre frase de Fernando Pessoa “A minha pátria é a língua portuguesa”. Uma boa frase, penso eu, para, no termo deste Colóquio, deixar como emblema. E que, como no século XVI escreveu o nosso poeta António Ferreira, “floresça, fale, cante, ouça-se e viva / a portuguesa língua e, já onde for, / senhora vá de si, soberba e altiva”. E que, por último, leve consigo, como estandarte, o sentido de fraternidade obrigatoriamente inscrito em todas as constituições do mundo, em especial as daqueles países onde se canta, fala e escreve em português de lei.

Nota:

O Autor não segue a norma ortográfica estabelecida pelo A090.



SEMINÁRIO SOBRE
PLANEAMENTO EM SAÚDE
28 E 29 DE NOVEMBRO DE 2016
AULA MAGNA | IHMT-UNL

O Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade NOVA de Lisboa encontra-se a organizar um Seminário sobre Planeamento em Saúde, que se realiza nos dias 28 e 29 de novembro, no Instituto. A iniciativa tem como objetivo dar resposta a uma necessidade de aprofundamento deste tema, sentida quer no ambiente académico, quer no meio político e técnico. Por outro lado, visa analisar e comparar experiências de planeamento da saúde em diferentes contextos políticos, económicos e sociais. As mesas redondas contarão com intervenções de Paulo Ferrinho (presidente do IHMT), Jorge Simões (GHM, IHMT-UNL), Reinhard Naumann (Fundação Friedrich Ebert), Nigel Crisp (Câmara dos Lordes, Reino Unido), Jens Holst (University of Applied Sciences in Fulda), Fernando Cupertino (CONASS, Brasil) Constantino Sakellarides (Presidente da Fundação para a Saúde/SNS), Josep Figueras (European Observatory on Health Systems and Policies), Luís Sambo (Ministro da Saúde de Angola), Maria de Belém Roseira (Ministra da Saúde 1995-1999), Pedro Pita Barros, Berta Nunes (médica e presidente da Câmara Municipal de Alfandega da Fé), Dela Dovlo (Organização Mundial de Saúde, África), Maria da Luz Lima (Diretora Nacional de Saúde, Cabo Verde), Tomás Valdez (Presidente do Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde), entre muitos outros. A conferência de encerramento será proferida pelo Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes.

Entrada livre, mas sujeita a inscrição em www.ihmt.unl.pt/planeamento-em-saude



Assinatura PPP Lusíadas Saúde-Hospital de Cascais:

Reforço da contratação coletiva e da carreira médica

Jorge Roque da Cunha, secretário-geral do Sindicato Independente dos Médicos (SIM), considera que quer para os médicos, quer para o SIM, a titularidade dos meios de produção é indiferente, mas realça a assinatura da parceria público privada Lusíadas Saúde - Hospital de Cascais, em conjunto com a FNAM, como muito importante para a carreira médica e para o reforço do SNS e a contratação coletiva, o que se traduz em “estabilidade e previsibilidade para os colegas de Cascais”.

“Para o SIM a titularidade dos meios de produção é indiferente. Não temos preconceitos ideológicos desde que as entidades gestoras cumpram as regras e os acordos assinados com o Estado. Há que transmitir confiança aos investidores. Sabemos muito bem que o preconceito ideológico mina as relações de confiança, e sabemos do escrutínio sobre estas realidades organizativas - que tem de continuar exigente. O SIM quer é defender os médicos, a carreira médica e o Serviço Nacional de Saúde. Com a assinatura deste acordo reforça-se na prática (e não no discurso) a contratação coletiva”, afirmou o secretário-geral do SIM.

“Com este acordo de empresa os médicos do Hospital de Cascais

ficam plenamente integrados na Carreira Médica, tal como em Braga – Grupo Mello. Tudo estamos a fazer para que, ainda este ano, o mesmo aconteça em Loures e Vila Franca de Xira”. A razão pela qual Roque da Cunha refere existir “estabilidade e previsibilidade” explica-se de forma simples: “porque as regras são claras e públicas”.

“Os médicos estão obrigados a atualizarem-se, a sujeitar-se a concursos públicos com júris médicos e dessa forma poderem circular no sistema e não ficarem para vida escravos de uma entidade empregadora”.

O processo que levou à assinatura deste contrato de PPP “não foi fácil uma vez que estamos a navegar por mares praticamente nunca antes navegados, desde

13 de Março de 2012, com muitas reuniões, propostas e contrapropostas”, mas este é um acordo “que prova a capacidade de diálogo, de abertura e de negociação dos Sindicatos médicos”, a capacidade dos sindicatos médicos “aceitarem a inovação”. Roque da Cunha realça alguns pontos do acordo, “na **organização dos serviços**: Urgência – possibilidade de, por períodos de 3 meses, os médicos fazerem só serviço de urgência - 3 períodos de 12h de urgência compensados com mais um dia de férias e complemento salarial; possibilidade de quem neste momento só faça urgências com pré-aviso possa voltar ao regime das 40h com até 18 em SU; durante sábado e domingo, presença na enfermaria de forma voluntária (mediante adequada re-



muneração) passando a coexistir com a prestação de trabalho em serviço de urgência e urgência interna não podendo ser feita pelas mesmas pessoas em simultâneo;

Na **avaliação de desempenho**, onde os Sindicatos aceitam um período de dois anos renováveis para aplicar a proposta da entidade gestora;

Regime dos descansos compensatórios de forma correcta que recentemente o próprio governo aceitou integrar nos ACTs; Manutenção do **pagamento das horas extra** a 100% ao invés da indignidade que o Ministério da saúde continua a defender". Ninguém espera que agora seja tudo facilidades, mas o SIM espera que o diálogo e a negociação se mantenham também nos momentos em que for preciso 'limar arestas': "claro que haverá problemas de aplicação e de interpretação, mas estamos certos que os problemas que entretanto ocorrerem poderão ser ultrapassados... em negociação entre a entidade gestora e os sindicatos". "Com este acordo estão reforçadas as **capacidades formativas** de especialistas" e o representante do SIM salienta que "é fundamental que a Ordem dos Médicos dê a conhecer, com clareza, os constrangimentos que são necessários ultrapassar para a recuperação dessa possibilidade e que a entidade gestora garanta essas condições".

Errata

Contactos Centro de Apoio à Víctima de Tortura



Na edição de julho/agosto publicámos na página 37 uma informação onde referíamos a natureza da CAVITOP – Centro de Apoio à Víctima de Tortura. Por nos terem sido fornecidos dados desatualizados, a ROM cometeu alguns lapsos: o contacto de email correto da CAVITOP é: cavitop.geral@sapo.pt. O atual logotipo da instituição também não é o que vinha nessa página mas sim este que publicamos com esta notícia. Todos os restantes contactos que referimos na ROM nº 171 estão corretos.



Sessão de entrega dos certificados a estudantes brasileiros do Programa Doutoral em Bioética

A Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e o Conselho Federal de Medicina do Brasil (CFM) promoveram no dia 11 de julho, em Brasília, a sessão solene de entrega dos certificados aos estudantes brasileiros do Programa Doutoral em Bioética.

Neste evento estiveram presentes Miguel Guimarães, em representação do bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, Fátima Marinho, vice-reitora, em representação do reitor da Universidade do Porto, Sebastião Feyo de Azevedo, a diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Amélia Ferreira, e o diretor do Programa Doutoral em Bioética, Rui Nunes.

A Faculdade de Medicina da Universidade do Porto efetuou um protocolo em 2007 com o Conselho Federal de Medicina do Brasil, entidade que tutela cerca de 400 mil médicos brasileiros, com o objetivo de desenvolver um programa de intercâmbio técnico e científico na área da Bioética. Este programa encontra-se já na sua 6ª edição e conta com cerca de 170 estudantes de doutoramento inscritos. Carlos Vital, o presidente do

Conselho Federal de Medicina, classificou o momento como histórico, pois é absolutamente decisivo para a implementação da bioética no Brasil. Já Rui Nunes referenciou que “este projeto está carregado de enorme ambição e esperança dado que sendo já um dos maiores programas de doutoramento em bioética à escala internacional tem o potencial de contribuir para a criação de uma verdadeira Bioética Lusófona e assim

ajudar a afirmar Portugal e o Brasil no panorama global da Ciência e das Humanidades”.

Também o papel da Ordem dos Médicos foi especialmente reconhecido neste evento através da atribuição a Miguel Guimarães da medalha Institucional do Conselho Federal de Medicina à semelhança do sucedido no ano transato com a atribuição deste galardão ao bastonário José Manuel Silva.





33º Fórum Médico Internacional Sino-Luso A saúde não conhece fronteiras num mundo interconectado

Entre os dias 3 e 4 de Setembro, dezenas de médicos de vários países, debateram e aprofundaram conhecimentos sobre os desafios e os avanços da medicina global. O fórum conta já com 33 edições, porém, esta foi a primeira vez que o encontro aconteceu em Portugal.

O primeiro Fórum Médico Internacional Sino-Luso teve lugar em 2011 em Macau e, desde então, tem sido muito bem sucedido no objetivo da partilha de conhecimentos entre médicos que falam português e os médicos chineses para benefício de todos. Depois de cinco anos em Macau, o Fórum Médico Internacional Sino-Luso teve lugar, pela primeira vez, em Portugal. Subordinado ao tema "Resolving Emerging Global Healthcare Problems and Advances In Medicine", o referido Fórum decorreu nas instalações da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos e contou com a co-organização da Fundação Prof. Ernesto Morais. A cerimónia de abertura da 33ª edição foi dirigida por Manson

Fok, presidente do fórum Sino-Luso, professor na Universidade de Hong-Kong, cirurgião e gastroenterologista no Hospital Queen Mary, que partilhou a mesa redonda com o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva e José Manuel Morais, representante da Fundação Professor Ernesto Morais. Também estiveram presentes Miguel Guimarães, presidente da SRN/OM e Jaime Teixeira Mendes, presidente da SRS/OM.

Mason Fok confessou ter "grandes expectativas para esta cooperação" e, sobretudo, "muita esperança" para os avanços na saúde de todas as populações representadas neste encontro em que "representantes do Brasil, Portugal, Moçambique, Angola,

Guiné-Bissau, Cabo Verde, França e China estão todos aqui para falar sobre uma cooperação internacional mais próxima para o combate às doenças mais graves através da prevenção e do controlo."

Para o Bastonário da Ordem dos Médicos, este fórum "é uma oportunidade para reunir contactos, debater tecnologia científica e falar dos problemas e possíveis avanços na medicina". Não quis deixar passar em branco a "ajuda da China" na investigação de tratamentos oncológicos, nomeadamente do cancro gástrico, hoje utilizados em terapias feitas em Portugal.

A organização do encontro internacional ficou a cargo da Fundação Professor Ernesto Morais e

seu instituidor, José Manuel Morais, que agradeceu todo o apoio das Faculdades Médicas do Porto e, principalmente, da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. O médico, especialista em análises clínicas, aproveitou a ocasião para "prestar uma pequena mas sentida homenagem" a Ernesto Morais, enquanto "médico, professor e homem bom". O evento, que teve como principal objetivo a promoção da saúde global, incluiu no seu programa palestras de profissionais reputados na área da saúde de diversos países. Desde infeções e cancro gástrico, a perspectivas orientais de diagnósticos e cirurgias ou a testemunhos sobre os Sistemas de Saúde dos países envolvidos, foram dezenas as apresentações levadas ao Salão Nobre da SRNOM.

Sistemas de saúde e saúde global

O cancro gástrico (5ª patologia oncológica com maior incidência a nível mundial e a 3ª causa mais comum de mortalidade relacionada com cancro), patologia relevante tanto em Portugal como na China, foi um tema abordado por Céu Figueiredo, Investigadora no IPATIMUP no que se refere à patogénese e por Mário Dinis Ribeiro, do IPO Porto (que foi eleito presidente da Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal), que falou sobre o diagnóstico precoce e o tratamento do cancro gástrico exaltando os médicos a preocuparem-se com os seus doentes e referindo a necessidade de promover o ensino para que as endoscopias sejam feitas com a máxima qualidade técnica. Kent Man Chu, professor de Medicina e Cirurgia na Uni-



versidade de Hong-Kong, trouxe ao encontro a perspectiva chinesa sobre exames de diagnóstico e opções cirúrgicas numa área em que a vigilância dos doentes é fundamental, como foi frisado por estes especialistas. Inês Gonçalves, do I3S/INEB, falou sobre perspectivas e alternativas aos antibióticos (entre as quais as microesferas mucoadesivas glicosiladas) no controlo das infeções H. Pylori pois 20% dos casos que são tratados com antibióticos não têm uma resposta terapêutica satisfatória. Francis Megraud, professor da Universidade de Bordéus, falou sobre o estado atual da *legis artis* e sobre as inovações terapêuticas dos últimos anos no que se refere ao cancro gástrico. As doenças crónicas e cardiovasculares também foram abordadas neste encontro e, durante o segundo e último dia, foram debatidos os maiores desafios médicos do século XXI. "China, Portugal, Brasil - e outros países de língua portuguesa -, fizeram caminhos similares no passado, enfrentaram dificuldades mas aprendem com elas e vão continuar juntos na mesma estrada para o sucesso no futuro, e isto é o espírito do Fórum Médico Sino-Luso", referiu Billy Chan,

da Universidade de Ciência e Tecnologia de Macau e vice-presidente do Fórum, uma das intervenções deste segundo dia. Billy Chan usou alguns exemplos, como os jogos olímpicos e a forma como os atletas, nomeadamente os americanos como Michael Phelps, recebem massagens com ventosas (que promovem a cura, aliviam a dor e diminuem a toxicidade), técnica comum na medicina chinesa, durante os jogos olímpicos. Também sobre os tratamentos contra a malária, dada as resistências cada vez mais frequentes, há a necessidade de recorrer a outros medicamentos e/ou tratamentos, Billy Chan, que por diversas vezes foi votado como o melhor professor do ano na Universidade de Hong Kong, falou sobre a artemisia e as aplicações que se têm descoberto possíveis dessa planta contra a malária (que é neste momento o mais usado na China para tratar essa doença). Shirley Shi, directora do Departamento de Assuntos Estrangeiros, Associação de Médicos Chineses (que representa 7.900.000 médicos), falou sobre o sistema de saúde chinês, tendo referido o investimento do governo no sistema de saúde e em formação



Luís Sambo



Paulo Ferrinho

médica pré e pós-graduada. Shirley Shi explicou que dada a dimensão o país e as diferenças entre províncias há diversas dificuldades na promoção de novas políticas, razão pela qual a partilha de experiências com outros países pode ser tão enriquecedora.

A conferência de Zhang Junhua, director dos recursos humanos de saúde, do Ministério da Saúde da República Popular da China, incidiu sobre os desafios a nível dos recursos humanos em saúde na China, um país com uma vasta população (1.4 biliões de pessoas) em que o envelhecimento é um grande problema que os médicos têm que enfrentar: à semelhança de outros países, também na China a maior parte da população concentra-se nas zonas urbanas e, acima de 60 anos existem mais de 2 milhões de pessoas, acima dos 65 existe quase um milhão e meio de pessoas. A mortalidade infantil ainda é elevada mas tem diminuído nos últimos anos. Com 56 casos relatados em 2014, em 2020 o governo chinês espera ter eliminado a malária. Segundo o representante do Ministério da Saúde chinês, com uma despesa em saúde *per capita* muito inferior aos valores despendidos nos EUA, a China

tem uma esperança média de vida pouco mais baixa do que esse país.

José Fragata, professor na Universidade Nova de Lisboa/Dir. Hosp. Sta. Marta, falou sobre doenças cardiovasculares, a maior causa de mortalidade a nível mundial (um terço das mortes registadas). As doenças cardiovasculares estão a diminuir em países muito desenvolvidos mas a sua incidência está a aumentar nos países de desenvolvimento médio, explicou José Fragata. Embora quanto à distribuição da taxa de mortalidade, África, América do Sul e Ásia estejam no topo da lista, quanto a incapacidades resultantes de doenças cardiovasculares, a incidência na China é idêntica à dos países ocidentais. Nas conclusões, José Fragata falou da necessidade de ter uma abordagem em termos de saúde pública, que não só trate os doentes (“o que é uma estratégia limitada”, frisou) hipertensos, diabéticos, etc., mas também podemos e devemos ter estratégias de saúde que ‘ataquem’ os comportamentos sociais nocivos como sejam o consumo do tabaco, obesidade, alimentação pouco saudável, excesso de consumo de álcool, etc. “Estas duas formas devem ser combinadas para uma

abordagem eficaz”. José Fragata recordou que se fala muito de má-nutrição nos países menos desenvolvidos mas que em todo o mundo há um grave problema de má nutrição que se traduz em elevados índices de obesidade, uma questão de saúde de grande relevância.

Saúde global - sociedade, economia e solidariedade

Paulo Ferrinho, director do Instituto Higiene e Medicina Tropical e Diretor GHTM (Grupo GHTM: Population health, policies and services) apresentou o tema “A morte prematura, a qualidade de vida e os indicadores de saúde com relevo para a saúde global”, que serviria de mote ao discurso de encerramento dos trabalhos, dirigido pelo ministro da saúde angolano, Luís Sambo. No contexto da saúde global, Paulo Ferrinho refletiu sobre o conceito e como medir a saúde global, acabando por referir que é, ou deverá ser, um campo instrumental, o que se resume na expressão: “preocupo-me com a saúde global porque quero fazer algo para a melhorar”. A validação e comparação dos indicadores de saúde global é complexa



especialmente se não se recorrer a dados mensuráveis e úteis. "A qualidade dos indicadores é muito importante" e é necessário chegar a alguns consensos. "Embora a área de trabalho que me parece mais relevante para se obterem indicadores válidos seja um sistema vital de registo nos censos populacionais para eventos como morte, nascimento, etc.", sublinhou o diretor do Instituto Higiene e Medicina Tropical.

"Saúde Global - Sociedade, Economia e Solidariedade" foi o tema que concluiu os dois dias de discussão. O ministro da saúde angolano, Luís Sambo, utilizou os problemas africanos, e as repercussões que estes têm mundialmente, para explicar os desafios da promoção da saúde global.

A palestra, que começou com uma pequena definição de saúde global, incidiu sobre a "ligação direta entre saúde global, sociedade, economia, tecnologia, solidariedade e ambiente", explicou Luís Sambo.

O ministro falou da sua experiência com vírus como o Ébola - muito comuns no continente africano - e explicou que para os "controlar" é necessário "olhar aspetos demográficos e políticos" e incluir nas preocupações mundiais temas tão abrangentes como a saúde, a educação, a

proteção social ou sistemas de saúde. Os problemas dos países subdesenvolvidos, no caso Angola, afetam toda a população mundial: "Há pessoas a morrer, familiares que perdem os entes-queridos, a comunidade fica aterrorizada e toda a nação tem consequências com este problema", reitera.

Embora as doenças transmissíveis sejam o principal motivo para o mundo estar "aterrorizado", Luís Sambo, alerta ainda para os problemas de saúde causados pelo sedentarismo, pelo tabaco e pelo consumo excessivo de álcool. Estas são das principais causas de morte nas sociedades desenvolvidas.

O congresso terminou com uma mensagem do ministro Angolano: "A saúde não conhece fronteiras num mundo interconectado". Esta é a mensagem que motiva fóruns e debates internacionais, uma vez que para os países presentes, estes eventos terão sempre como principal objetivo a promoção da saúde mundial. À margem do encontro Luís Sambo salientou a importância destes encontros recordando que com a globalização os problemas de saúde, mesmo os dos países em vias de desenvolvimento, facilmente se tornam transfronteiriços. "Este facto requer cooperação global e ação coletiva", frisou.

De entre os muitos presentes, destaca-se ainda a apresentação de trabalhos científicos de Niv Patil, professor de medicina cirúrgica na Universidade de Hong-Kong; Gregory Cheng, professor na Universidade de Ciências e Tecnologia de Macau; Lai Yun Fee, cirurgião plástico no Hospital do Governo de Macau; Henrique de Barros, professor da FMUP e Miguel M. Saraiwa (Hospital CUF). Estiveram também presentes Alberto Vaquina, deputado à Assembleia da República de Moçambique, Agostinho N'Dumba, da OM da Guiné Bissau, António Zacarias, da Universidade de Mondlane/OM de Moçambique, Daniel S. Ferreira, bastonário da OM de Cabo Verde, José Coelho Tavares, vice-cônsul, representante do Consulado Geral de Angola no Porto, Manuel S. Simões, IPATIMUP e presidente do CC do Forum Sino-Luso, Maria Amélia Ferreira, Directora da FMUP, Florentino A. C. Filho, da Associação Médica Brasileira, Helena Alves, do Instituto Ricardo Jorge, entre muitos outros.

Nota da redação:

a ROM agradece a colaboração de Maria Martins e Nelson Soares da revista NorteMédico que enviaram alguns dos materiais utilizados nesta reportagem.



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos

Se o SNS fosse um Banco...

Se o Serviço Nacional de Saúde (SNS) fosse um banco, já há muito que teria sido resgatado

Se o SNS fosse considerado como uma mais-valia para os portugueses e essencial para o país, já teria tido uma injeção de capital de vários milhares de milhões de euros. Com a bênção da União Europeia, do Fundo Monetário Internacional e de qualquer outro ministro das Finanças europeu.

O problema é que o valor social do SNS é considerado residual perante o valor económico que qualquer banco português possa representar. Este é o exasperado pensamento político atual.

É o entendimento exíguo de quem nos anda a governar há décadas. E é o discurso dominante pretensamente correto que nos andam a impingir. De tal forma que, tornou-se banal ouvir dizer que o país tem de se

sacrificar, durante várias décadas, em nome da sobrevivência dos bancos, e, simultaneamente, tem de aguentar estoicamente perante a degradação do SNS.

Hoje, é tão normal ver um governante anunciar a injeção pública de milhões de euros num Banco, assim como outro ministro a dizer que o SNS não precisa de dinheiro, mas, antes, de organização e eficiência.

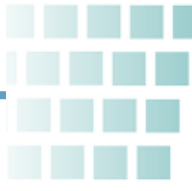
Banalizou-se a ideia de deixar o SNS moribundo. Que se aguentem!...

Nunca há dinheiro para a Saúde. Mas este aparece, como por milagre, sempre que um banco necessita de apoio financeiro. E não estamos a falar de migalhas. Nestes últimos anos, fomos surpreendidos com os resgates milionários do BPN, do BCP,

do BES, do BANIF e, agora, da CGD. A nossa geração (e as próximas) demorará a pagar a dívida criada pela incompetência, irresponsabilidade e negligência de banqueiros e políticos.

Em dez anos, os bancos portugueses receberam mais ajuda financeira do que todo o programa da Troika emprestou a Portugal! Quase 90.000 milhões de euros. Nesse mesmo período, o Estado português gastou 10% do seu Produto Interno Bruto no apoio à Banca.

Isto diz muito da importância que é atribuída aos setores de apoio social, nomeadamente à área da Saúde. Diz muito dos valores que hoje importam verdadeiramente para quem tem o poder de decidir o destino de Portugal.



Existe a ideia que não se pode deixar falir um banco ou sequer permitir que esteja subfinanciado.

Hipocritamente, também existe a ideia de que o país já não tem dinheiro para gastar com a educação, com os transportes ou com a saúde.

Há dias, o Diretor Geral da Saúde afirmou, com uma insensibilidade arrepiante, que podíamos “fazer mais com menos” dinheiro, demonstrando uma total despreocupação por um setor onde desempenha importantes responsabilidades, há já largos anos. Curiosamente, nunca ouvi nenhum responsável de um governo dizer que a Banca se deveria desenrascar com menos para

poder enriquecer mais.

Lentamente, este paradoxo está a fazer caminho. Tolera-se o inaceitável.

Recentemente, a Ordem dos Médicos veio pedir que, do Orçamento de Estado disponível para 2017, fosse alocada uma parcela maior para a Saúde. Não implica mais gastos, implica somente que se priorize este setor. De facto, o SNS não é um banco, mas os seus ativos são bem mais preciosos: as pessoas e, sobretudo, as que necessitam desesperadamente de cuidados de saúde. Investir neste setor teria um retorno inestimável, esse sim, reconhecido por muitas futuras gerações.

Nunca há dinheiro para a Saúde. Mas este aparece, como por milagre, sempre que um banco necessita de apoio financeiro. E não estamos a falar de migalhas.

Se o SNS fosse um banco...

Debate Serviço Nacional de Saúde
Carlos Cortes

Se o Serviço Nacional de Saúde (SNS) fosse um banco, já há muito que teria sido resgatado. Se o SNS fosse considerado como uma mais-valia para os portugueses e essencial para o país, já teria tido uma injeção de capital de vários milhares de milhões de euros. Com a bênção da União Europeia, do Fundo Monetário Internacional e de qualquer outro ministro das Finanças europeu.

O problema é que o valor social do SNS é considerado residual perante o valor económico que qualquer banco português possa representar. Este é o exasperado pensamento político atual. É o entendimento exigido de quem nos anda a governar há décadas. E é o discurso dominante pretensamente correto que nos andam a impingir. De tal forma que tornou-se banal ouvir dizer que o país tem de se sacrificar, durante várias décadas,

em nome da sobrevivência dos bancos, e, simultaneamente, tem de aguentar estoicamente a degradação do SNS.

Hoje, é tão normal ver um governante anunciar a injeção pública de milhões de euros num banco, assim como outro ministro a dizer que o SNS não precisa de dinheiro, mas antes de organização e eficiência.

Banalizou-se a ideia de deixar o SNS moribundo. Que se aguentem! Nunca há dinheiro para a Saúde. Mas este aparece, como por milagre, sempre que um banco necessita de apoio financeiro. E não estamos a falar de migalhas.

Nestes últimos anos, fomos surpreendidos com os resgates milionários do BPN, do BCP, do BES, do Banif e, agora, da CGD. A nossa geração (e as próximas) demorará a pagar a dívida criada pela incompetência, irresponsabilidade e negligência de banqueiros e políticos.

Em dez anos, os bancos portugueses receberam mais ajuda financeira do que todo o programa da *troika* emprestou a Portugal! Quase 90.000 milhões de euros. Nesse mesmo período, o Estado português

“Nunca há dinheiro para a Saúde. Mas este aparece sempre que um banco necessita de apoio financeiro”



não tem dinheiro para gastar com a Educação, com os transportes ou com a Saúde. Há dias, o diretor-geral da Saúde afirmou,

gastou 10% do seu produto interno bruto no apoio à banca.

Isto diz muito da importância que é atribuída aos setores de apoio social, nomeadamente à área da Saúde. Diz muito dos valores que hoje importam verdadeiramente para quem tem o poder de decidir o destino de Portugal.

Existe a ideia que não se pode deixar falir um banco ou sequer permitir que esteja subfinanciado.

Hipocritamente, também existe a ideia de que o país já não tem dinheiro para gastar com a Educação,

com uma insensibilidade arrepiante, que podíamos “fazer mais com menos” dinheiro, demonstrando uma total despreocupação ante um setor onde desempenha importantes responsabilidades, há já largos anos. Curiosamente, nunca ouvi nenhum responsável de um governo dizer que a banca se deveria desenrascar com menos para poder enriquecer mais.

Lentamente, este paradoxo está a fazer caminho. Tolera-se o inaceitável.

Recentemente, a Ordem dos Médicos veio pedir que do Orçamento do Estado disponível para 2017 fosse alocada uma parcela maior para a Saúde. Não implica mais gastos, implica somente que se priorize este setor.

De facto, o SNS não é um banco, mas os seus ativos são bem mais preciosos: as pessoas e, sobretudo, as que necessitam desesperadamente de cuidados de saúde. Investir neste setor teria um retorno inestimável, esse, sim, reconhecido por muitas futuras gerações.

Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos





Margarida Cruz

Presidente do V CNIAC - Médica Interna do Ano Comum no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

V Congresso Nacional do Interno do Ano Comum decorrerá em Coimbra

O Congresso Nacional do Interno de Ano Comum (CNIAC), que decorre entre os próximos dias 27 e 30 de Outubro, nas instalações do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), é um projeto iniciado em 2012 por um grupo de Internos do Ano Comum (IAC's).

O CNIAC vai este ano para a sua 5ª edição, e mantém como principal objetivo colmatar possíveis lacunas técnico-científicas existentes na formação dos jovens Médicos. Mas surge também um novo desafio: o de criar um programa plural que permita a formação em temas do interesse e/ou transversais a quarenta e sete especialidades médicas. Nesse sentido, ao longo dos últimos sete meses, trinta e dois Internos do Ano Comum, de diferentes hospitais, uniram esforços para operacionalizar esta iniciativa, tendo sempre em mente as expectativas e interesses dos seus pares. Tal tarefa foi facilitada pela constante proximidade e imprescindível colaboração de entidades institucionais, como a Ordem dos Médicos, a Secção Regional Centro da Ordem dos Médicos e o Conselho de Administração do CHUC. Mas também pela enorme disponibilidade demonstrada por parte de diversos serviços e de colegas que, graciosamente, não

só abraçaram o nosso convite como também contribuíram de forma significativa para o enriquecimento científico-pedagógico do nosso programa. Não podemos deixar de referir, também, o apoio fundamental dado pelos nossos patrocinadores.

Só assim conseguimos construir um programa atrativo e completo, composto por dezasseis cursos, três sessões plenárias, uma tertúlia, trinta e três workshops, um concurso científico e uma sessão de speed-dating dedicada ao contacto informal com as diversas especialidades médicas. Os temas abordados neste congresso passam ainda pelo Futuro da Formação Médica, as Medicinas Alternativas e Voluntariado e ações humanitárias (valorização curricular e abertura de horizontes no Internato Médico).

As inscrições estão abertas para Médicos Internos do Ano Comum, Médicos Internos de Formação Específica e Alunos do Mestrado Integrado em Medicina. Mais informações sobre o

nosso programa podem ser encontradas em www.cniac.org. De 27 a 30 de Outubro Coimbra é, mais uma vez, a cidade do conhecimento.

O CNIAC mantém como principal objetivo colmatar possíveis lacunas técnico-científicas existentes na formação dos jovens Médicos. Mas surge também um novo desafio: o de criar um programa plural que permita a formação em temas do interesse e/ou transversais a quarenta e sete especialidades médicas.



O ÚNICO CONGRESSO
EXCLUSIVAMENTE ORGANIZADO
POR INTERNOS DO ANO COMUM
#CNIAC2016

CONGRESSO NACIONAL **MÉDICO INTERNO DO ANO COMUM**
27 A 30 DE OUTUBRO - COIMBRA

27
08:30 - 17:30
CURSOS PRÉ-CONGRESSO

29
09:30 - 10:30 WORKSHOPS I
11:30 - 13:00 VOLUNTARIADO
E AÇÕES HUMANITÁRIAS
14:30 - 16:00 WORKSHOPS II
16:30 - 18:00 TERAPÊUTICAS NÃO
CONVENCIONAIS
18:00 - 19:00 CONCURSO
IAC INOVA

30
10:00 - 11:30 CONCURSO
IAC INOVA
EMIGRAÇÃO
MÉDICA
12:00 - 13:00 O FUTURO DA
FORMAÇÃO MÉDICA
14:00 - 15:30 WORKSHOPS III
16:00 - 17:30
17:30 - 19:30 SESSÃO DE ENCERRAMENTO

28
08:30 - 17:30
CURSOS PRÉ-CONGRESSO
17:00 - 19:00
SPEED-DATING
19:00 - 20:00
SESSÃO DE ABERTURA

**INSCRIÇÕES
LIMITADAS**
JÁ DISPONÍVEIS EM WWW.CNIAC.ORG

CURSOS PRÉ-CONGRESSO

- . ACESSOS ECOGUIADOS
- . GESTÃO DE EVENTOS CRÍTICOS
- . ABORDAGEM DA DOR
- . IMAGIOLOGIA
- . ELECTROCARDIOGRAFIA BÁSICA
- . ANTIOTERAPIA
- . CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE PEQUENA CIRURGIA
- . SOS - ESTOU DE URGÊNCIA!
- . MEDICINA DO SONO
- . INSULINOTERAPIA
- . URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS
- . PEDIATRIA DE AMBULATÓRIO
- . CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA
- . MEDICINA DESPORTIVA
- . ANTICOAGULAÇÃO ORAL
- . SUPORTE AVANÇADO DE VIDA - SAV

WORKSHOPS I

- . ATUALIZAÇÃO DA CONTRACEÇÃO
- . BIOPSIAS LÍQUIDAS: INOVAÇÃO EM ONCOLOGIA
- . DERMATOLOGIA NA PRÁTICA CLÍNICA
- . EXAME REUMATOLÓGICO SUMÁRIO: PRÁTICA E TRADUÇÃO CLÍNICA
- . FLUIDOTERAPIA
- . GUIA DO SU: ABDÓMEN AGUDO
- . GUIA DO SU: ABORDAGEM DA VIA AÉREA BÁSICA
- . MARAVILHAS DO EXAME NEUROLÓGICO
- . MOSTRA-ME COMO FALAS, DIR-TE-ÉI QUEM ÉS - PATOLOGIA DA VOZ
- . OPERAÇÃO NARIZ VERMELHO
- . SOS - ENTREI NO MERCADO DE TRABALHO!
- . URGÊNCIAS ENDOCRINOLÓGICAS

WORKSHOPS II

- . BIOPSIAS LÍQUIDAS: INOVAÇÃO EM ONCOLOGIA
- . CATETERISMO DE ARTÉRIA E VEIA
- . CLÍNICA DE ALARME PARA REFERENCIAR À REUMATOLOGIA
- . DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATORIA À MEDICINA DE CATASTROFE
- . DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E TRANSPLANTAÇÃO
- . ECOGRAFIA GERAL - ABORDAGEM INICIAL
- . ECOGRAFIA VASCULAR - ABORDAGEM INICIAL
- . GUIA DO SU: ABDÓMEN AGUDO
- . GUIA DO SU: ABORDAGEM DA VIA AÉREA AVANÇADA
- . GUIA DO SU: ABORDAGEM DA VIA AÉREA BÁSICA
- . GUIA DO SU: INTERPRETAÇÃO DE GASIMETRIAS
- . GUIA DO SU: VNI E OXIGENOTERAPIA, QUANDO INICIAR?
- . LESÕES MUSCULARES, UMA PRIMEIRA ABORDAGEM
- . MARAVILHAS DO EXAME NEUROLÓGICO
- . MOSTRA-ME COMO FALAS, DIR-TE-ÉI QUEM ÉS - PATOLOGIA DA VOZ
- . OPERAÇÃO NARIZ VERMELHO
- . SOS - ENTREI NO MERCADO DE TRABALHO!
- . URGÊNCIAS ENDOCRINOLÓGICAS

WORKSHOPS III

- . ABORDAGEM AO DOENTE INFETADO
- . ANAFILAXIA
- . ATUALIZAÇÃO DA CONTRACEÇÃO
- . BOAS PRÁTICAS EM UROLOGIA
- . COMO COMUNICAR? PSQUIATRIA
- . CONCEITOS BÁSICOS DE OFTALMOLOGIA
- . DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATORIA À MEDICINA DE CATASTROFE
- . EXAME FÍSICO OSTEOARTICULAR E RADIOLOGIA BÁSICA
- . FLUIDOTERAPIA
- . GUIA DO SU: ABORDAGEM DA VIA AÉREA AVANÇADA
- . GUIA DO SU: IMAGIOLOGIA
- . GUIA DO SU: SOS - ECG
- . GUIA DO SU: VNI E OXIGENOTERAPIA, QUANDO INICIAR?
- . INFECÇÃO DE FERIDAS - TRATAMENTO
- . LAPAROSCOPIA - PRÁTICA
- . MULTIDISCIPLINARIEDADE UM SÓ
- . SOS O MEU DOENTE PRECISA DE UMA TRANSFUÇÃO!

CONSULTA O PROGRAMA DETALHADO E TODOS OS CURSOS DISPONÍVEIS EM WWW.CNIAC.ORG



SRCOM
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS



ACTA MÉDICA PORTUGUESA
STUDENT



19^o e 10^o de Outubro
3-4-5 Novembro 2016 / Coimbra
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra





Coimbra acolheu comemorações nacionais dos 37 anos do Serviço Nacional de Saúde

No dia do 37º aniversário do Serviço Nacional de Saúde (SNS), Coimbra esteve em destaque uma vez que a cidade acolheu as comemorações nacionais da efeméride juntando grande parte dos responsáveis políticos da área da saúde desde a criação do SNS. Depois de um Conselho de Ministros exclusivamente dedicado à saúde, realizado no renovado Convento de S. Francisco, as cerimónias comemorativas ganharam ainda mais destaque pela homenagem que foi prestada ao antigo ministro dos Assuntos Sociais do II Governo Constitucional, António Arnaut.

"Este foi um dia bonito e comovente (...). É em nome do futuro que aqui estamos. É natural que daqui a 30 ou 40 anos, um passante ou um visitante neste hospital pergunte: 'Quem foi António Arnaut?'. Espero que ninguém pergunte: 'O que era o Serviço Nacional Saúde?', rematou António Arnaut, ao intervir na sessão comemorativa que decorreu no auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), referindo-se ao monumento estatutário ao SNS e em sua homenagem (situado junto à entrada do auditório dos HUC, uma das unidades que integra o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra). Momentos antes, o político e escritor enfatizara: "A verdadeira sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde está nos seus profissionais". O Primeiro-Ministro, António Costa, também prestou homenagem a todos os profissionais



a quem fica a dever-se, disse, "a dedicação, a qualidade técnica e humana". O governante deixou também o compromisso de desenvolver o Serviço Nacional de Saúde, "um dos maiores ganhos civilizacionais que a nossa Democracia nos deu". Neste dia festivo, o Ministério da Saúde lançou a aplicação para telemóveis My SNS, inédito na Europa, onde o cidadão pode interagir,





por exemplo, na marcação de consultas. Do Conselho de Ministros, entre outras medidas, resultou a aprovação de uma proposta de lei para regular a Registo Oncológico Nacional. Ao final da tarde, culminar as comemorações, cumpriu-se

o ritual da rega da Oliveira, plantada no Parque Verde de Coimbra. Ali, António Arnaut recebeu o diploma de Sócio Honorário da Liga dos Amigos dos Hospitais da Universidade de Coimbra em "reconhecimento pelas suas elevadas virtudes

sociais e humanas e pela sua dedicação em defesa da continuidade do Serviço Nacional de Saúde, "o seu melhor poema". O diploma foi entregue pela presidente da direcção da LAHUC, Isabel Garcia. A plantação e a rega da oliveira, recorde-se, é uma iniciativa da Liga dos Amigos dos Hospitais da Universidade de Coimbra (LAHUC) em parceria com a extinta LAHC (Liga dos Amigos do Hospital dos Covões). A partir das comemorações dos 35 anos do SNS (2014), a LAHUC teve o privilégio de contar com o apoio e a parceria da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Coimbra: Carlos Cortes visita Maternidade Dr. Daniel de Matos e Maternidade Bissaya Barreto

Escassez de recursos humanos e meios técnicos, enorme diferença entre as faixas etárias hiato do corpo clínico, indefinição quanto ao futuro em resultado do processo de fusão das duas maternidades existentes na cidade (no âmbito do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra), foram alguns dos temas discutidos durante as visitas do presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, à Maternidade Dr. Daniel de Matos e à Maternidade Bissaya Barreto.



Polo Maternidade Bissaya Barreto



Polo Maternidade Dr. Daniel de Matos

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

Síndrome de *Burnout*: que fazer para evitar o esgotamento dos médicos?



A exaustão potencia o erro médico e, no limite, um profissional em situação de *burnout* será obrigado a suspender a actividade clínica. Num sistema como o SNS a inacção política será então desastrosa.

A temática da síndrome de *burnout* está cada vez mais presente no contexto laboral dos médicos portugueses. Os motivos para esta crescente preocupação da Ordem dos Médicos com este assunto são vários, sobejamente conhecidos e acentuam-se quando nos deparamos com notícias que dão conta de mais um médico que foi “apanhado” a dormir no Serviço de Urgência durante a madrugada. Abstenho-me de comentar o gesto ilegal de quem preferiu filmar de forma abusiva este acto e divulgar pela comunicação social a “exaustão” do médico, sem qualquer respeito pela sua reserva de intimidade e dignidade.

Os médicos trabalham cada vez mais submetidos a uma burocracia informática que os leva a perder demasiado tempo com

a utilização de aplicações que, não raras vezes, funcionam mal ou nem sequer funcionam. A isto juntam-se os reduzidos tempos de consulta, as extensas listas de utentes no caso da Medicina Geral e Familiar, os cortes salariais sofridos nos últimos anos, as tremendamente injustas remunerações das horas extraordinárias, o atraso absurdo e falta de concursos para progressão na carreira médica, o incumprimento reiterado na aplicação prática dos descansos compensatórios obrigatórios, as dificuldades em otimizar os tempos de blocos operatórios por falta de recursos humanos ou de condições físicas adequadas. E por aí fora.

A escassez de capital humano no Serviço Nacional de Saúde (SNS) associado a uma exigência

de resposta cada vez maior para garantir o acesso a cuidados de saúde, é o mais grave dos problemas com que os profissionais de saúde e o SNS se debatem no momento atual. Faltam médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos e técnicos. E outros profissionais de saúde.

A realidade é que muitos médicos têm dificuldade em suportar as exigências excessivas e a elevada pressão dos números impostos pelas administrações que, em muitos casos, não respeitam a sua dignidade e os seus direitos, e trabalham diariamente desmotivados e com riscos reais de esgotamento.

Na dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina realizada em 2013, a investigadora Cátia Leitão verificou que



nos hospitais de Santo António e de São João no Porto, 21% dos médicos obtiveram um nível alto de exaustão emocional, 8% um nível alto de despersonalização e 19% um nível baixo de realização pessoal. A prevalência de *burnout* encontrada foi de 22%, enquanto 8% revelaram vulnerabilidade aumentada ao *stress*.

Como características sócio-demográficas que, de acordo com este estudo, tendem a estar associadas a níveis mais elevados dos componentes do *burnout*, a investigadora referiu o ser homem, ser interno de especialidade, ter vínculo laboral precário, a ausência de filhos e de passatempos e ter menos de 6 anos de profissão.

Num trabalho recente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos constatou-se que, entre a classe médica da região Centro, 40,5% revelou sinais de exaustão emocional, 17,1% apresentou despersonalização e 25,4% referiu não realização profissional. Sete em cada cem dos inquiridos apresentaram sinais de *burnout* elevado, com especial incidência na faixa etária dos 26 aos 35 anos.

Os resultados destes trabalhos são claros e inequívocos. E em breve deverão ser reforçados com as conclusões do Estudo Nacional do *Burnout* na Classe Médica que a Ordem dos Médicos está a promover, em colaboração com o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Mas há algo que estes dados permitem desde já inferir. Se nada for feito, os níveis de exaustão emocional e de baixa realização pessoal vão continuar a aumentar com prejuízos claros, desde logo, para os pró-

prios médicos e, em última análise, para os doentes.

Uma crescente desmotivação para o trabalho tende a dificultar as relações com os doentes e com os outros profissionais de Saúde, a torná-las mais tensas. A exaustão potencia o erro médico e, no limite, um profissional em situação de *burnout* será mesmo obrigado a suspender a sua actividade clínica. Num sistema de Saúde, como é o caso do SNS, que tem de lidar diariamente com a falta de clínicos, as consequências de ausência de acção dos responsáveis políticos serão desastrosas.

É vital que o ministro da Saúde reforce o capital humano do SNS, contratando não só mais médicos, mas também mais enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais. É urgente alterar as condições de trabalho no SNS para impedir o agravamento da situação, recuperar as pessoas com sinais de *burnout* e evitar uma desgraça maior para os profissionais de saúde e os doentes. É preciso reduzir as listas de utentes que cada médico de família tem a seu cargo. É essencial que os médicos tenham mais tempo para os doentes e possam participar na promoção da saúde e prevenção da doença. É obrigatório reduzir a pressão sobre os profissionais de saúde. É imperioso investir na melhoria e integração das aplicações e equipamentos informáticos, para diminuir o peso que a burocracia informática tem neste momento na assistência médica. É fulcral investir na modernização dos meios e equipamentos de diagnóstico e terapêutica. É mandatório retribuir os médicos de acordo com o elevado nível de responsabilidade que têm

na sociedade civil, remunerar o trabalho extraordinário a 100%, assegurar o justo cumprimento dos descansos compensatórios obrigatórios por lei. Estas e outras medidas, são fundamentais para melhorar o grau de motivação, satisfação, desempenho e segurança dos profissionais, e contribuir para diminuir o erro em saúde. Recuperar e valorizar as pessoas é a melhor forma de garantir a qualidade da medicina e diminuir a síndrome de *burnout*.

Num mundo cada vez mais conectado em formato virtual e informático, é emergente voltar é essência da profissão, humanizar a Medicina, dar mais tempo aos médicos para fazerem aquilo que sabem e aquilo para o qual estudaram mais de uma década: escutar, olhar, conhecer e falar com os doentes, entender as várias dimensões da saúde e da doença, para diagnosticar correctamente e definir a terapêutica adequada.

Este será também um passo decisivo para evitar que os médicos se sintam cada vez mais esgotados e desmotivados. Os doentes, e o país, só têm a ganhar com isso. E talvez assim, num episódio futuro, o cidadãojornalista opte por acordar o médico em vez de o filmar a dormir.

Nota:

Artigo de opinião publicado pelo presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, no dia 12 de Agosto de 2016, no Observador.



CRN e SIM-Norte em visita conjunta CH Trás-os-Montes e Alto Douro no vermelho devido à falta de profissionais

O Conselho Regional do Norte (CRN) e o Sindicato Independente dos Médicos-Norte (SIM-Norte) voltaram, no passado dia 2 de Agosto, ao Hospital de Vila Real - sede do Centro Hospitalar CH Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) - para conferir a grave carência de profissionais que afecta aquela unidade. Um ano depois da última visita o cenário piorou: mais de 30% das cirurgias estão a ser adiadas por falta de anesthesiologistas e há fortes constrangimentos em áreas como a urologia e a medicina interna.

Em Julho de 2015 o quadro clínico do CHTMAD era já gravemente deficitário. A situação motivou, na altura, uma visita do CRN e dos dois sindicatos médicos à principal unidade daquele Centro Hospitalar, ficando claro que era necessária uma resposta urgente por parte do Ministério da Saúde. Um ano depois, o CRN e o SIM-Norte, após novas denúncias, constataram *in loco* que nada mudou. Ou mudou para pior.

Essa foi a ideia que os vários ser-

viços transmitiram na visita que as duas estruturas promoveram a 2 de Agosto último. A anesthesiologia era apontada como a especialidade mais problemática, mas percebeu-se rapidamente que não era caso único: logo no primeiro serviço visitado - Urologia - o director recordou que, desde 2010, perdeu cerca de 50% de especialistas e viu fortemente diminuída a capacidade de prestar apoio permanente ao serviço urgência. De acordo com Filipe Rodrigues, seria necessário con-

tratar cinco novos urologistas para que o serviço cumprisse com as exigências que se colocam a uma unidade hospitalar polivalente como é Vila Real e que serve uma população superior a 400 mil pessoas.

Seguiu-se o caso crítico da anesthesiologia. Margarida Faria, a directora de serviço, confirmou aos representantes do CRN e do SIM-Norte que, em média, nos últimos quatro meses, mais de 30% das cirurgias programadas foram adiadas por escassez de



médicos disponíveis. Os 18 especialistas que neste momento compõem o quadro clínico de todo o CHTMAD - 13 dos quais em Vila Real - são manifestamente insuficientes para responder a toda a actividade cirúrgica. De acordo com a responsável e também presidente do Distrito Médico, seriam necessários, de imediato, 14 novos anesthesiologistas para que a instituição voltasse a responder com normalidade. Nos restantes serviços visitados pelo CRN e pelo SIM-Norte, as condições que os respectivos directores reportaram não se distanciavam muito dos anteriores. No caso da Medicina Interna, a responsável pelo serviço, Paula Vaz Marques, assumiu precisar entre oito a 10 novos especialistas para preencher uma escala

que só fica completa devido à “boa vontade” dos colegas. No caso da Cirurgia Geral, o CHTMAD precisa de 11 profissionais, de acordo com a direcção clínica.

Realidade “insustentável”

Concluído o encontro com os colegas, o presidente do CRN considerou “absolutamente insustentável” a realidade que os diversos serviços do CHTMAD têm de enfrentar. Em declarações à comunicação social, Miguel Guimarães colocou ênfase nos números da anesthesiologia, assumindo a preocupação por ver “um número excessivo de doentes sem acesso a tratamento cirúrgico e, por outro lado, uma parte muito significativa dos tempos operatórios ser assegurada

por médicos tarefeiros”, que não garantem “continuidade no trabalho desenvolvido”. Um ano depois de ter visitado o CHTMAD e ao constatar que a maior parte dos problemas estão por resolver, Miguel Guimarães considerou que os seus utentes estão a ser “considerados como uma população de segunda categoria”. Na opinião do dirigente, só a disponibilidade e o profissionalismo dos médicos tem mantido alguma capacidade de resposta no Hospital de Vila Real. “Se, porventura, os colegas que aqui trabalham respeitassem a lei em absoluto - designadamente em termos de trabalho extraordinário - o hospital entrava de imediato em colapso e os doentes deixavam de ter acesso a cuidados de saúde”, garantiu.



O CHTMAD teve direito a 37 vagas no último concurso para recrutamento médico, mas Miguel Guimarães entende que isso não vai beneficiar a instituição quando, ao mesmo tempo, decorrem contratações internas directas nos grandes hospitais centrais. “Tem de haver prioridades. É altura dos nossos responsáveis da saúde pensarem seriamente no que querem para o SNS, de forma a que haja mais equidade no acesso aos cuidados de saúde”, conclui o presidente do CRN.

“Um fio esticadinho”

A representar o SIM-Norte nesta visita, Manuela Dias sublinhou o “grito de desespero” que teste-

munhou em serviços como o de Urologia e Anestesiologia, deixando um elogio público aos colegas: “não posso deixar de sublinhar o enorme esforço que eles têm feito; não sabem quanto mais tempo é que vão conseguir aguentar esta situação e há uma angustia enorme no seu dia-a-dia de trabalho”. A dirigente recordou que a “maior parte dos médicos trabalha muitíssimas horas para lá do seu horário”, muitas vezes fazem-no “de forma graciosa” e “só assim é que se consegue que isto continue com o tal fio esticadinho, esticadinho e ainda não tenha colapsado de vez”. Pedindo respostas céleres à ARS Norte e à tutela, Manuela Dias considerou que “algum dia [essa situação] vai acontecer”.

1.ª Fase de Acesso
ao Ensino Superior

**1441
vagas**
para os cursos
de Medicina:
mais uma
oportunidade
desperdiçada

Nota de imprensa do CRN, publicada a 16 de Julho de 2016, relativa à divulgação das vagas para os cursos de Medicina no ano lectivo 2016/2017.



O presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) lamenta que “os responsáveis políticos, e nomeadamente o Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, continuem a não respeitar as capacidades formativas dos cursos de Medicina ao abrir 1441 vagas a que somarão mais de 15% de vagas específicas para licenciados e outros casos especiais”. “A redução global do *numerus clausus*, nomeadamente através da extinção do contingente especial de 15% de vagas para licenciados, constitui um imperativo moral para reduzir de forma significativa o número de jovens médicos que anualmente podem ficar sem acesso a uma vaga para formação especializada”. Apesar dos reiterados alertas feitos pela Ordem dos Médicos e pelas estruturas representativas quer dos jovens médicos, quer das associações de estudantes de Medicina, “o poder político prefere manter o número excessivo de vagas de anos anteriores sendo, por isso, o primeiro e único responsável pelo degradar das condições de formação nas academias portuguesas e pela criação de um grupo de médicos sem especialidade”, sublinha Miguel Guimarães.

O presidente do Conselho Regional do Norte comentava assim o anúncio do número de vagas colocadas a concurso para a primeira fase do acesso ao Ensino Superior, a decorrer até 10 de Agosto, e que estipula um total de 1441 vagas para os sete cursos de Medicina existentes em Portugal. “Todos os estudos universitários realizados

até ao momento são unânimes em afirmar que Portugal forma médicos em número claramente superior às necessidades do País e defendem que o *numerus clausus* global se deveria situar nas 1200 a 1300 vagas”, sustenta Miguel Guimarães.

Este responsável admite que “não cabe às Universidades assegurar emprego, mas uma das suas principais funções é garantir conhecimento e qualidade na formação pré-graduada”. “Como podemos esperar que isso suceda quando temos faculdades de medicina com centenas de estudantes nas aulas teóricas no mesmo espaço, ou cerca de uma a duas dezenas nas aulas práticas em enfermarias e consultas externas?”, questiona.

Num período em que se adensam as incertezas sobre a necessidade de aplicar novas medidas restritivas da Despesa Pública para evitar a derrapagem das Contas Públicas, o presidente do CRNOM lamenta ainda que “o Estado continue a desperdiçar milhões de euros na formação de médicos que depois, por falta de vagas para aceder a uma especialidade médica ou por falta de condições de trabalho, acabem por emigrar, muitas vezes com sacrifícios pessoais e familiares e prejuízo para o Serviço Nacional de Saúde (SNS)”.

“Será uma boa política formar centenas de médicos a mais para os exportar a custo zero para fora do país? E será que os responsáveis políticos não se preocupam com a qualidade da formação clínica dos estudantes de Medicina?”, são algumas

das questões colocadas pelo presidente do CRNOM.

Miguel Guimarães reitera ainda um desafio já feito ao Ministro em Março passado quando Manuel Heitor admitiu em entrevista ao Expresso que provavelmente até era necessário abrir mais vagas para Medicina pois faltam médicos no SNS. “Lamentavelmente o Ministro Manuel Heitor ainda não compreendeu as razões que levam milhares de médicos a optarem por não ficar no sector público. De resto, continuo disponível para o acompanhar numa visita a um hospital-escola e proporcionar-lhe a oportunidade de conversar com os estudantes e com os médicos para perceber as dificuldades que uns e outros sentem na formação pré e pós-graduada, e entender o que realmente se passa no SNS”, frisa o presidente do CRNOM.

“Não é mantendo ou até aumentando o *numerus clausus* que se resolvem as insuficiências e deficiências do SNS. É respeitando e dignificando os doentes e o trabalho dos profissionais de saúde, melhorando as condições de trabalho e centrando a Saúde nos doentes”, assevera Miguel Guimarães. “Um desígnio que o Ministro da Saúde defendeu para o seu mandato, mas que tarda em ser verdadeiramente cumprido”, acrescenta.

Conselho Regional do Sul (CRS) lançou Prémio Professor Jorge da Silva Horta



Um bastonário que teve coragem para assinar o Relatório das Carreiras Médicas

O Conselho Regional do Sul criou o Prémio Professor Jorge da Silva Horta, com o propósito de distinguir, de dois em dois anos, trabalhos de investigação clínica elaborados por médicos com menos de 35 anos e publicados em revistas com factor de impacto. A primeira edição já arrancou e as candidaturas estão abertas até 31 de Outubro próximo. O presidente do CRS destacou a personagem que dá nome ao Prémio, que teve a coragem, no início dos anos 60, de assinar o «Relatório sobre as Carreiras Médicas».

O Prémio Professor Jorge da Silva Horta, lançado este ano pelo Conselho Regional do Sul com o propósito de periodicidade bi-annual, traduz-se na atribuição de um primeiro e um segundo prémio, respectivamente nos montantes de 25 mil e 12.500 euros (ver regulamento numa das páginas seguintes e cartaz no verso da contracapa desta edição).

O Conselho Regional do Sul apresentou a iniciativa no dia 6 de Setembro, numa conferência de imprensa que contou também com a presença do presidente do júri, António Rendas, e de José da Silva Horta, um dos filhos de Jorge Horta.

Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, abriu a conferência de imprensa sublinhando a importância do patrono do Prémio no contexto da

Ordem dos Médicos de que foi bastonário.

“O nome do Professor Jorge da Silva Horta, para mim está sempre ligado à Ordem dos Médicos e às carreiras médicas. Não há dúvida que ele acolhe aqui, na Ordem dos Médicos, na sua casa, o movimento dos jovens médicos que se tinha iniciado em 1956 e até 1961. Estive a reler o «Relatório sobre as carreiras médicas» que é um livro que acho que todos os dirigentes da Ordem ou aqueles que querem vir a ser dirigentes da Ordem devem ter na mesa de cabeceira, porque realmente é um relatório extraordinário, feito numa época difícil que não era uma época de mudanças e que foi reconhecido, inclusivamente pelo ministro da Saúde da altura como o relatório mais completo possível de uma profissão”, recordou o presidente do CRS.

Jaime Mendes defendeu que, “infelizmente, desde que se instituíram os EPE, as carreiras médicas nos hospitais foram praticamente destruídas e, portanto, cada vez mais isto está actual”. Para além disso considerou “interessante” que o movimento pelas carreiras tenha começado nos Hospitais Civis de Lisboa e tenha havido mesmo uma fase em que se designavam como “as carreiras médicas da Secção Regional de Lisboa, porque antigamente a Secção não era Sul, era Lisboa, e o movimento, mais tarde, é que se estende ao Norte e ao Centro”.

Na sua intervenção, o presidente do CRS leu ainda um trecho do Relatório que se refere a Jorge da Silva Horta: «No seu acto de posse declarou o Bastonário da Ordem dos Médicos, o Professor Jorge da Silva Horta: “Todos nós estamos de acordo



num ponto, a medicina que exercemos está muito aquém da praticada nos países de civilização mais avançada. Teremos de procurar os meios de possuir quadros técnicos em número suficiente e qualidade. Em seu redor se habilitarão as futuras gerações de médicos e isto tanto no ramo da medicina curativa como da preventiva. Para tanto, é necessária uma organização estruturada desde a universidade. Teremos de possuir meios técnicos que nos garantam junto do doente e do homem uma acção perfeita e eficiente.»
 Recorrendo a um outro discurso do bastonário Jorge da Silva Horta, Jaime Mendes citou-o: «Temos de partir de um ponto fundamental de que devemos tratar os docentes com os melhores meios de que pudermos dispor e se não dispusermos dos melhores, fazer todos os esforços para os obter, para que assim se cumpra o mais integralmente possível a nossa missão. Estas são as directrizes gerais do presente relatório e sua justificação».

Recorde-se que o «Relatório sobre as Carreiras Médicas» foi assinado pelo Professor Jorge da Silva Horta, o que mereceu do presidente do CRS o comentário final: “Nos anos 50 e 60 era preciso coragem para um Bastonário da Ordem dos Médicos afirmar publicamente tudo isto e o pensamento dele viria a ser decisivo na reforma das carreiras médicas, dos hospitais e da saúde em Portugal”.

Jaime Mendes manifestou ainda o seu regozijo por ter sido o seu Conselho Regional do Sul a ter a

iniciativa e “a deixar esta marca, este prémio com o nome do Professor Jorge Horta, e muito justamente, nos anais da Ordem dos Médicos”.

António Rendas destaca “o Professor Horta” e a capacidade de ensino

António Rendas, Reitor da Universidade Nova de Lisboa, é o presidente do júri do Prémio. Na conferência de imprensa disse sobre essa circunstância: “O mérito é da Secção Regional do Sul e eu tive o privilégio de ser abordado e tenho um gosto muito grande em estar aqui juntamente com o grupo de colegas que fazem parte do júri”. Segundo António Rendas, “o Professor Jorge Horta era, para além de muitas coisas, sobretudo um anatomopatologista, um homem

de grande visão em relação à modernização da especialidade” e também um professor que revelava “uma grande dedicação aos mais novos”, “muito poucas disciplinas tratavam os estudantes de medicina como o Professor Horta tratava os seus estudantes”.

Para o Reitor da Universidade Nova, Jorge da Silva Horta “tinha um gosto especial pelo ensino, dava aulas teóricas que eram magistrais, no sentido mais puro do termo, procurava incutir nos estudantes de medicina uma forma de estar, de pensar e era um homem que trazia a sua formação de clínico e de investigador para as aulas. Ele apresentava aos estudantes, para além da sua formação global em anatomia patológica, temas dos quais ele era também um cultor científico e reconhecido internacionalmente. Era uma pessoa, nesse sentido, inovadora como pedagogo e como formador dos mais novos”.

António Rendas valoriza também um segundo aspecto, “o facto de ele ter doutorado um número muito significativo de pessoas”. “O Professor Horta foi talvez o elemento daquela geração mais motivador de muitas pessoas que fizeram muitas coisas mas que ficaram sempre com essa referên-

Júri do Prémio

Ana Abel considerou, na conferência de imprensa, o júri do Prémio “muito prestigiado”. São os seguintes os membros:

Prof. António Rendas, Reitor da Universidade Nova; Prof. Rui Tato Marinho, editor da Acta Médica e destacado hepatologista; Dr. Tiago Villanueva, jovem médico ligado ao British Medical Journal como editor; Prof. Maria do Carmo Fonseca, Directora do Instituto de Medicina Molecular; Prof. Helena Canhão, reumatologista e docente da Faculdade de Medicina na Universidade de Lisboa; Prof. Bernardo Correia, psiquiatria e docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e consultor da Fundação Champalimaud; Prof. João Eurico da Fonseca, Director do Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria.

Prémio para jovens, nacional e internacional “Estamos a investir no presente a pensar no futuro”



Ana Abel, membro do Conselho Regional do Sul responsável pela preparação e lançamento do Prémio, explicou que a iniciativa “surgiu de uma maneira justíssima, visto ser um prémio para jovens. Quase se podia pôr uma frase que é «estamos a investir no presente a pensar no futuro», não no prémio mas na promoção que isto pode trazer em termos de divulgação e na postura da

Ordem dos Médicos ao lado exactamente daquilo que interessa, que é o conhecimento e a qualidade de exercício da medicina, de uma maneira geral”.

A dirigente referiu que se tem “dedicado muito à parte de promoção da ciência dentro da Ordem porque, de facto, é uma coisa que une todos os médicos, uma coisa de que ninguém tem opinião divergente, o saber no sentido científico, no sentido de actualização”. E foi neste contexto que considerou ter surgido a ideia de criar um prémio com o nome do Professor Jorge Horta.

Respondendo a uma pergunta na conferência de imprensa, Ana Abel esclareceu que, apesar de o prémio ter sido instituído pelo Conselho Regional do Sul, “vai abranger todos os jovens investigadores que publiquem trabalhos a nível nacional e a nível internacional porque a única coisa que é exigida é que tenham regularizada a sua situação na Ordem”. Isto não significa que as quotas tenham que estar obrigatoriamente pagas, uma vez que há médicos no estrangeiro, por exemplo, que têm sua situação regularizada na Ordem e estão dispensados de pagar quotas.

O dinheiro para os prémios resulta de patrocínios, explicou Ana Abel: “Nós tivemos que fazer muitas reuniões com patrocinadores habituais e não habituais e conseguimos, de facto, uma verba para podermos promover este prémio com a dignidade que ele merece. Temos a noção que é um prémio com um valor suficientemente dignificante para os trabalhos”.

A dirigente agradeceu à família do Professor Jorge da Silva Horta e sublinhou que o patrono do prémio “merece”. Mesmo, como disse António Rendas, “de ser um homem do regime, foi um homem inteligente e que soube tomar posições e soube apoiar o Professor Miller Guerra no momento em que ele se demitiu por ter sido proibida uma Assembleia Geral dentro da própria Ordem. E pôs-se do lado do Professor Miller Guerra. Quem viveu essa época sabe que não era fácil fazer isso e isso podia até pôr em risco os lugares que as pessoas desempenhavam quando se tomava uma posição contra o regime.”

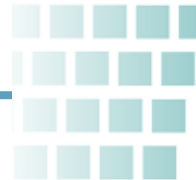
cia. Era um pedagogo muito competente, era um organizador de serviço. Era também uma pessoa muito rigorosa na maneira como abordava os assuntos e nós sabíamos que podíamos contar com ele se as coisas fossem dentro desse rigor”, considerou.

“Ele foi realmente, na sua época, um homem moderno, muito ligado à prática profissional com impacto internacional”, disse o Reitor da Universidade Nova, para quem “lembrar o Professor Horta foi uma grande iniciativa, porque realmente é uma figura de referência”.

António Rendas sublinhou ainda que “o Professor Horta era um homem do regime no sentido mais puro do termo, mas era um homem seríssimo, íntegro, que teve a inteligência e a visão de ultrapassar as situações, utilizando – e isso é importante que seja dito ao fim destas décadas – o seu prestígio, o reconhecimento que tinha no sistema para poder introduzir as carreiras médicas, o que não teria sido possível, que as carreiras tivessem sido publicadas desta forma, se o Professor Horta não fosse Bastonário da Ordem dos Médicos”.

José Horta, filho mais novo dos oito do Professor Jorge Silva Horta, saudou o Conselho Regional do Sul por ter dado o nome do pai ao Prémio e manifestou o apreço e o agradecimento de todos os seus irmãos “pelo facto de a Ordem dos Médicos se ter lembrado do pai”.

“O nosso pai é um grande referente para nós, além de pai, um referente de valores muito fortes que ele nos passou de seriedade, de trabalho, de dedicação, de tentar sempre fazer aquilo que nós achamos que podemos, de dar o máximo dentro daquilo que nos é possível naquilo que fazemos”, considerou.



PRÉMIO

Professor Jorge da Silva Horta

REGULAMENTO

Artigo 1º - Objecto

1. O presente Prémio é criado na data de aprovação deste Regulamento pelo Conselho Regional Sul da Ordem dos Médicos.
2. O prémio «Professor Jorge da Silva Horta» visa premiar o 1º Autor de idade não superior a 35 anos que tenha a sua inscrição na Ordem dos Médicos ativa e a quotização regularizada, por um artigo original de investigação clínica, publicado ou aceite para publicação em revista com fator de impacto atribuído pela Thomson Reuters.
3. As normas deste Regulamento visam definir o modo como as candidaturas ao prémio «Professor Jorge da Silva Horta» devem ser apresentadas sem prejuízo das fixadas pelo Júri no edital de lançamento do concurso, as quais passam a fazer parte integrante deste Regulamento.
4. Cada candidato só pode apresentar um artigo original.
5. O prémio «Professor Jorge da Silva Horta» é atribuído de dois em dois anos.

Artigo 2º - Documentos

1. Obrigatoriamente os candidatos apresentam o processo de candidatura por correio eletrónico para o endereço de mail indicado no edital de lançamento do concurso até à data limite ali mencionada.
2. A candidatura consiste na apresentação de 2 documentos:
 - a) Documento em suporte digital do trabalho sem qualquer referência identificadora dos autores ou do centro onde o trabalho foi desenvolvido. O documento deve ser apresentado em formato PDF.
 - b) Documento em suporte digital com referência ao título do trabalho e com a nomeação de todos os autores, incluindo endereço eletrónico, contato telefónico e declaração de aceitação de todos os autores à submissão do artigo ao Prémio.

Artigo 3º - Metodologia de avaliação e critérios

1. A seleção dos artigos premiados será baseada no carácter inovador e no potencial impacto na prática clínica.
2. Os prémios são atribuídos em Sessão Pública na sede da Ordem dos Médicos
3. Serão entregues prémios ao 1º e ao 2º Classificados.

Artigo 4º - Natureza e valor

1. Os prémios a atribuir aos dois primeiros classificados são sempre em numerário.
2. O valor do 1º prémio é de € 25 000,00 e o valor do 2º prémio é de € 12.500,00.

Artigo 5º - Composição e competências do Júri

1. O Júri do «Prémio Professor Jorge da Silva Horta» é formado pelos seguintes 7 elementos: Prof. Doutor António Rendas; Prof. Doutor João Eurico da Fonseca; Prof. Doutor Rui Tato Marinho; Prof. Doutora Maria do Carmo Fonseca; Prof. Doutora Helena Canhão; Prof. Doutor Bernardo Correia; Dr. Tiago Villanueva
2. A Presidência do Júri caberá nesta primeira edição ao Professor Doutor António Rendas.
3. O Júri reúne para estabelecer;
 - a) Os critérios de avaliação do concurso;
 - b) A data de abertura do concurso;
 - c) O prazo de apresentação das candidaturas;
 - d) As normas que devem reger o concurso, devendo as decisões tomadas ser tornadas publicas no site da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos.
4. Cabe ainda ao júri do concurso, na reunião enunciada no número anterior, fixar os critérios de seleção dos candidatos e de análise das candidaturas baseados no carácter inovador e no potencial impacto na prática clínica.
5. Cabe ao Júri do concurso a elaboração das listas.
6. Em caso de dúvidas decorrentes da análise das candidaturas, o Júri poderá notificar os candidatos para esclarecimentos.
7. Os membros do júri não podem candidatar-se nem ser coautores do artigo candidato ao Prémio.
8. As deliberações do júri, unânimes ou por maioria, devem ser lavradas em ata, assinadas por todos e envia

das ao Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, devendo ser publicitadas no site da Secção Regional do Sul.

9. O Júri decidirá sobre todos os casos omissos, não havendo recurso das suas decisões.

10. No caso de não atribuição do Prémio, competirá ao júri propor ao Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos a forma de utilização da verba do mesmo.

11. Este Regulamento estará disponível no site do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos

12. Os prémios serão entregues contra declaração de recebimento, sem encargos fiscais, conforme legislação em vigor.

13. O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos indicará ao Júri o nome de um funcionário que ficará adstrito ao concurso e a quem competirá tratar de todas as questões administrativas e dos processos de candidaturas e dar apoio aos elementos do júri.

Artigo 6º

Divulgação

O Concurso após o seu lançamento será divulgado:

- a) No portal da internet da Secção Regional do Sul
- b) No Boletim da Secção Regional do Sul
- c) Na Newsletter da Secção Regional do Sul
- d) No facebook da Secção Regional do Sul
- e) Nas redes sociais da Ordem dos Médicos e no portal da Internet da Ordem dos Médicos.

Artigo 7º

Disposições finais

1. A apresentação da candidatura, a participação nas etapas do procedimento de seleção e a aceitação do prémio representa a aceitação inequívoca e sem condições, pelos candidatos, do disposto no presente regulamento.
2. O presente regulamento poderá ser revisto de 2 em 2 anos.

Lisboa 26 de Julho de 2016

Jaime Teixeira Mendes

no VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa

“Saúde vai ser o segundo negócio mais lucrativo a seguir ao das armas”

Os interesses privados e de negócios instalaram-se definitivamente no sector da Saúde, que, recordou o presidente do Conselho Regional do Sul, será o segundo negócio mais lucrativo do mundo. Jaime Teixeira Mendes disse-o no VII Congresso da CMLP, na sua intervenção na mesa «Saúde e economia, uma agenda integrada» em que participou no segundo dia dos trabalhos.

O VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa decorreu nos dias 1 e 2 de Setembro, no Centro Cultural e de Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

Na sua intervenção, o presidente do Conselho Regional do Sul recordou: “Quando iniciei a minha atividade como médico fui educado a preocupar-me só com o meu doente e prestar-lhe os melhores cuidados existentes. Não entrávamos em consideração com os gastos em saúde.”

Contudo, continuou, “o grande aumento das despesas na saúde devido por um lado ao avanço tecnológico da Medicina e por outro aos preços astronómicos dos novos medicamentos começou a colocar limites ao tratamento dos doentes e dificuldade aos estados de suportarem o aumento em flecha dos custos de saúde”.

Para Jaime Mendes, “infelizmente, a economia suplantou



desde o fim do século passado todas as ciências sociais e na saúde assistimos em todo o lado uma plêiade de gestores que, espantosamente, apesar de ter sido concebida para fazer diminuir as despesas, só as aumentaram”.

O dirigente sublinhou, então, as diferenças no sector nos tempos de hoje: “Um fenómeno dos nossos tempos foi transformar a saúde no segundo maior negócio lucrativo a seguir ao das armas e isso devemos agradecer a Milton Friedman e à escola de Chicago”. Friedman, refira-se, foi conselheiro de Reagan e defendeu um sistema económico de mercado livre com intervenção mínima do Estado.

O modelo do *homo economicus*

O presidente do Conselho Regional do Sul recordou também o economista francês Daniel Cohen que criou o termo *homo economicus*. No essencial, considerou o orador, a sua tese “diz que o capitalismo se apoia sobre duas instituições com lógicas muito diferentes, os mercados e as empresas, os primeiros para organizar a competição, e os segundos a cooperação. A rotura que o capitalismo financeiro introduziu desde os anos 80 foi a de impor uma lógica de mercado nas empresas. Os prémios, os bónus, muitas vezes individualizados, criaram uma nova relação de trabalho. A consequência foi que a competição progride e

a cooperação recua”.

Jaime Mendes recuperou ainda a teoria de Cohen sobre os grandes pólos da sociedade pós-industrial, a educação e a saúde, que refere o seguinte: “Quando se experimenta dar incentivos financeiros aos professores e aos médicos, por exemplo em função dos seus resultados, depressa caminhamos para catástrofes pedagógicas ou sanitárias.”

Para o presidente do CRS, “vários sistemas de saúde existem; os mais conhecidos são os baseados num financiamento pelos impostos de todos os cidadãos, como o britânico, e outro pelas seguradoras, como o alemão”.

E continuou, citando palavras da ex-presidente da Confederação Helvética, Ruth Dreifuss, na introdução ao livro «*Dialogues sur la médecine de demain*»: «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 Teixeira Mendes continuou a sua primeira intervenção recordando a Constituição da República Portuguesa, designadamente o seu artigo 64, parágrafo 1, que refere: “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”.

Para o dirigente, “o sistema de saúde em Portugal traduz-se em três aspectos distintos: o SNS assegura uma cobertura universal; seguros de saúde voluntários privados; e subsistemas de saúde para áreas profissionais de actividades específicas, com regimes especiais de seguros públicos e privados”.

E terminou, dizendo:

“É apontado como um dos maiores gastos na saúde o preço das novas terapêuticas e aí os estados devem organizar-se para que a indústria farmacêutica diminua os seus lucros e por outro lado contribua para colaborar com os países mais pobres em vários programas de política de saúde. O exemplo conseguido pelo anterior Ministério da baixa do preço do medicamento inovador para o tratamento da hepatite C é um exemplo a seguir.

As políticas orto-liberais seguidas por diversos governos conservadores e sociais democratas na Europa, baseadas nas experiências de Reagan e Thatcher, tiveram como objectivo destruir o estado social e obviamente, com este, os Serviços Nacionais de Saúde, baseados na solidariedade de todos os cidadãos.

Estes políticos liberais acreditavam que o mercado regulava as desigualdades existentes numa sociedade. Mas, como sabemos por experiência própria, as desigualdades agravaram-se não só nos países desenvolvidos como entre estes e os países em vias de desenvolvimento”.



João Ribeiro Santos: iremos sempre reclamar a tua sabedoria

Ficámos mais pobres no dia 4 de Setembro.

O João Ribeiro Santos foi nas últimas décadas uma voz sem par na Nefrologia Portuguesa.

Os que o conheceram, os que com ele privaram e os que com ele participaram na atividade cívica e coletiva, jamais o poderão esquecer. Os que não partilharam com ele aquelas vivências deverão saber e reconhecer que, parte, senão toda a organização moderna da nefrologia Portuguesa passou pelas suas mãos.

Homem de convicções fortes e inabaláveis, dotado de uma inteligência arguta e abrangente; movido pela ideia de que só com uma intervenção atuante e participada é possível concretizar os objetivos, João Ribeiro Santos foi um permanente lutador e um constante e incansável pensador. A sua intervenção estendeu-se por todos os aspetos da sociedade fossem eles políticos, económicos, culturais, sociais, envolvendo e influenciando não só os aspetos profissionais e científicos mas também toda a dimensão ética, religiosa e moral da comunidade.

A amizade e a emoção podem toldar

a clareza do raciocínio mas não será demais considerar o João Ribeiro Santos como um Homem do Renascimento na nossa era.

Os membros da direção do Colégio de Nefrologia querem transmitir o afeto, a admiração e o respeito apenas possíveis de serem manifestados aos Mestres.

Quem com ele trilhou diretamente o caminho coletivo de tentar, criticamente, analisar e organizar o exercício da nefrologia, ficou indelévelmente marcado pela dedicação, inteligência e argúcia com que abraçou essa tarefa.

Pertenceu ao primeiro grupo de Nefrologistas em 1979; foi sócio fundador da Sociedade Portuguesa de Nefrologia em 1984 e fundador, no mesmo ano, do Gabinete de Registo Nacional do Tratamento da Insuficiência Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia;

Foi distinguido em 2015 com a Medalha de Mérito do Ministério da Saúde.

Liderou vários corpos diretivos do nosso Colégio e soube sempre enqua-

drar as diversas sensibilidades e opiniões conseguindo fazer prevalecer o essencial sobre o acessório.

Imprimiu sempre um inexcelável cunho de rigor na apreciação e conclusão dos múltiplos e importantes documentos que foram chamados à análise do Colégio.

Conseguiu agregar os nefrologistas em torno do Colégio e democratizar a informação e a discussão quando levou à casa de cada um os temas mais difíceis e controversos.

Soube, com a sua forte e afetiva personalidade, superar períodos de conturbada troca pública de opiniões.

Deixou um legado perene de fundações de princípios e de sedimentação de regras e normas que ao longo dos anos têm permitido navegar com coerência os mares agitados que temos atravessado.

Iremos sempre reclamar a tua sabedoria.

A Direção do Colégio de Especialidade de Nefrologia



Joaquim Neves

Especialista de Ginecologia e Obstetrícia, responsável das Consultas de Planeamento Familiar e de IVG do Hospital Santa Maria e Membro da Direção da SPDC

Contraceção de longa duração*

O autor relembra algumas premissas que considera tornarem “sensato” aumentar a sensibilidade dos médicos, e outros profissionais de saúde, para a necessidade acabar com os mitos e falsas conceções que subsistem a propósito dos métodos contraceptivos de longa duração.

Define-se como métodos de contraceção de longa duração aos que conferem eficácia contraceptiva por um período de tempo de pelo menos 3 meses e que a mesma seja independente do compromisso da mulher. Neste grupo incluem-se a injeção trimestral, os implantes subcutâneo e a contraceção intrauterina (dispositivos de plástico e metal, dispositivos libertadores intrauterinos de levonorgestrel) em que a probabilidade de falha está estimada para valores inferiores a 1% (1). Estes métodos são considerados altamente eficazes e similares à contraceção cirurgia, mas ainda com utilização pouco alargada. Em Portugal e no inquérito das práticas contraceptivas de 2015 das 4000 entrevistas realizadas apenas 0,5% nomearam a injeção trimestral, 11,8% das mulheres referiam a utilização da contraceção intrauterina e 5,4% apontaram a utilização do implante subcutâneo (2). Globalmente a utilização da contraceção intrauterina é relatada em 15,5% das mulheres e do implante subcutâneo em 3,4% (3).

A recomendação destes métodos é extensível a todas as mulheres e em qualquer idade (4), sobretudo quando existe a necessidade contraceptiva quer por parte da mulher ou por recomendação dos profissionais de saúde (por questões de saúde ou de promoção da mesma). Fará sentido se a mulher pretende adiar a respetiva da conceção por um período mais alargado e se requer assertividade da contraceção. Existem fatores, mitos, receios ou barreiras que podem ser enunciadas pela mulher ou ainda os profissionais de saúde podem não ter atualização sobre a pertinência dos métodos de longa duração. Estes constrangimentos podem e devem ser ultrapassados com o aconselhamento detalhado por parte dos profissionais de saúde ou ainda com a reciclagem regular da informação. Um bom planeamento familiar reduz a necessidade de aborto (nomeadamente quando realizado em condições ilegais), promove a prática de perspetiva adequada da fertilidade (quando engravidar) e de forma integral

proporciona bem-estar materno-fetal e infantil (5). Com as premissas anteriormente referidas será sensato aumentar a sensibilidade em particular aos profissionais de saúde, da necessidade de enaltecer os métodos contraceptivos de longa duração.

1 - Stoddard A, McNicholas C, Peipert JF. Efficacy and Safety of Long-Acting Reversible Contraception Drugs 2011; 71 (8): 969-980

2 - Avaliação das Práticas Contraceptivas das Mulheres em Portugal. Disponível em <http://www.spginecologia.pt/noticias-da-spg/avaliacao-das-praticas-contracetivas-das-mulheres-em-portugal.html>, acessado a 18 de Setembro de 2016

3 - Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: Increasing use of long-acting reversible contraception" Human Reproduction Update 2010; 17 (1): 121-137

4 - Mestad R, Kenerson J, Peipert J. Reversible Contraception Update: The Importance of Long-Acting Reversible Contraception Postgraduated Med 2009; 121 (4): 18-25

5 - Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, et al. Family planning: the unfinished agenda. Disponível http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_3.pdf, acessado a 18 de setembro de 2016

*Nota da redação: No dia 26 de Setembro assinalou-se o Dia Mundial da Contraceção.

**Rui Nunes**

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Ética e transplantação em paragem cardíaca

A colheita e transplantação de órgãos em pessoas que se encontrem em paragem cardiocirculatória é uma problemática especialmente sensível dado que a transplantação de órgãos em vida ou *post mortem* – em estado de morte cerebral ou em paragem cardiocirculatória – suscita questões de enorme complexidade ética. Desde logo porque se confrontam valores irreduzíveis da pessoa humana tal como o valor da vida, a integridade do corpo humano ou a disponibilização solidária e altruísta de células tecidos e órgãos para ajudar outros seres humanos que deles necessitam. Pelo que a reflexão ética, com vista à formulação de políticas públicas na área da transplantação, deve ter sempre como referencial último a dignidade intrínseca da pessoa humana.

Neste enquadramento axiológico, Portugal aprovou há largos anos legislação moderna sobre a transplantação de órgãos¹ permitindo que a estratégia nacional neste domínio tenha sido altamente eficaz, com indicadores de saúde que nos colocam na vanguarda dos países civilizados. Sendo de realçar, também, a excelência dos profissionais de saúde que trabalham neste setor, bem como a qualidade

das infraestruturas que suportam e operacionalizam aquele que é reconhecidamente um dos êxitos das políticas de saúde contemporâneas.

No plano ético-jurídico a transplantação de órgãos suscitou desde os seus primórdios a problemática da licitude da disponibilidade de bens que, não sendo propriedade da pessoa, necessitam de uma moldura ética adequada para que o interesse comum seja compaginado com o respeito absoluto pela autonomia da pessoa. Recorde-se que os órgãos – aliás tal como as células, os tecidos ou os genes – são considerados como património comum da humanidade estando, portanto, sob a esfera protetora da dignidade humana. Ainda assim, a legislação Portuguesa, e bem, considera que compete a cada indivíduo determinar o destino último dos seus órgãos, respeitando assim a sua liberdade ética.

Em vida o exercício da autonomia da pessoa manifesta-se através da obtenção de consentimento informado, na forma expressa, e apenas para células, tecidos ou órgãos regeneráveis, ou não vitais (tal como o rim). Já após a morte a liberdade pessoal exerce-se pela via do con-

sentimento presumido, existindo a possibilidade de o dissentimento ser manifestado através do registo prévio no RENNDA – Registo Nacional de Não Dadores.

Porém, e apesar dos resultados alcançados, importa otimizar o sistema de transplantação face às necessidades crescentes da população, às condicionantes sociodemográficas existentes e à evolução da medicina e das ciências biomédicas. Daí o enorme investimento à escala global em aprofundar o potencial inesgotável das células estaminais, ou mesmo na procura de alternativas a dadores humanos através da xeno-transplantação. No entanto, estas tecnologias encontram-se ainda e em laga medida no campo experimental pelo que importa explorar soluções viáveis para colmatar a falta de órgãos que atualmente existe em Portugal. De facto, em 31 de dezembro de 2015, 2234 doentes aguardavam por um transplante de órgão, sendo que 2032 necessitavam de rim, 89 de fígado, 59 de pulmão, 35 de pâncreas e 19 de coração.

Pelo que surge com natural expectativa a hipótese de se otimizar a transplantação de órgãos *post mortem* em pessoas que se encontrem em paragem cardiocirculatória. O

objetivo último é aumentar a disponibilidade de órgãos a doentes que deles necessitem bem como melhorar a qualidade biológica e, portanto, a probabilidade de êxito deste tipo de intervenção.

No que se refere especificamente à transplantação de órgãos em pessoas que se encontrem em paragem cardiocirculatória existe um conjunto de questões éticas e jurídicas que importa analisar de modo a que a necessária evolução neste domínio tenha em atenção os valores sociais e comunitários preponderantes. Note-se que é já hoje possível a colheita nestas circunstâncias de acordo com Despacho n.º 14341/2013. Assim, importa ter em atenção um conjunto de questões que se prendem essencialmente com a fase em que os órgãos são colhidos (tempo de isquemia quente), bem como com o exercício da autonomia pessoal do dador e o modo como esta é interpretada/respeitada durante o processo de colheita. Designadamente deve atender-se às seguintes premissas:

1. O conceito de “encarniçamento terapêutico” ou mais precisamente de “distanásia” é um conceito subjetivo e passível de diferentes interpretações em diferentes contextos. É obviamente questionável na perspetiva ética o encarniçamento terapêutico, sem qualquer resultado de recuperação, mas convirá salientar que a suspensão ou abstenção de meios extraordinários, mesmo desproporcionados, de tratamento deve envolver sempre que possível o doente seja diretamente através da obtenção de

consentimento expresso, seja indiretamente através de uma diretiva antecipada de vontade. Porém, em alguns contextos, a suspensão ou abstenção de meios de tratamento pode configurar uma violação das *leges artis*, se não for uma decisão individual do doente e se houver dúvidas quanto à alegada futilidade terapêutica. Podendo, portanto, ser considerado como uma violação do dever de auxílio que impende sobre qualquer pessoa e por maioria de razão tratando-se de um médico. Ou seja, se existem situações onde o consenso generalizado determina a abstenção de tratamento – como, a título de exemplo, as ordens de não reanimar – haverá seguramente outras onde o processo de decisão não é tão claro podendo existir diferentes interpretações (até por diferentes médicos) do conceito de “encarniçamento terapêutico”.

2. Apesar de se verificar uma evolução significativa no plano ético e sociológico da sociedade Portuguesa nas últimas décadas – evolução traduzida, por exemplo, através da legalização das diretivas antecipadas de vontade ou da institucionalização das ordens de não-reanimar – não existe evidência consolidada de que tenha ocorrido uma alteração estrutural no atinente à limitação, ou não, do esforço terapêutico. Pelo que dado o grau de subjetividade envolvido recomenda-se alguma prudência sobre a possibilidade de outras categorias de Maastricht poderem ser consideradas como o referencial ético-profissional em matéria de transplantação de órgãos em

pessoas que se encontrem em paragem cardiocirculatória.

3. A inscrição no RENTEV (Registo Nacional do Testamento Vital) é um ato formal com o qual se pretende registar uma diretiva antecipada de vontade, seja um testamento vital, seja a nomeação de um procurador de cuidados de saúde. Dado que uma diretiva antecipada de vontade tem como finalidade última permitir que a pessoa (capaz e maior de idade) efetue escolhas em saúde – de acordo com o princípio ético do respeito pela autonomia individual – e na exata medida que não colida com as *leges artis*, esta decisão deve ser individual, inquestionável, e por definição compulsória. Não compete, portanto, nem aos profissionais de saúde nem às autoridades públicas questionar os fundamentos das decisões individuais, mas apenas verificar se estão ou não em conformidade com a legislação em vigor e com as boas práticas médicas. Pelo que se deduz que um doente em fim de vida pode optar por medidas de não ressuscitação ou suporte de função, registando o testamento vital no RENTEV, e ao mesmo tempo poder ter o referido suporte vital com o objetivo de dação de órgãos. Desde que seja esta a sua vontade expressa.

4. Os médicos envolvidos neste tipo de procedimento devem ter especial atenção em verificar se existe ou não uma vontade previamente manifestada por parte do doente – através de uma diretiva antecipada de vontade registada no RENTEV ou em notário. E, dado que a vontade previamente

1 - Designadamente a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril que regula a colheita e transplante de órgãos, a Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho que transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Diretiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, alterando a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, a Lei n.º 12/2009, de 26 de Março que aprova o regime jurídico da qualidade e segurança relativa ao tratamento de tecidos e células de origem humana, a Lei n.º 36/2013, de 12 de Junho que aprova o regime de garantia de qualidade e segurança dos órgãos de origem humana e o Decreto-Lei n.º 168/2015, de 21 de agosto que estabelece o regime de proteção do dador vivo de órgãos em relação a eventuais complicações do processo de dádiva e colheita.

manifestada prevalece sempre eticamente sobre a vontade presumida, se existir contradição entre o registo no RENTEV e o do RENNDA é boa prática médica respeitar a escolha livre e informada do doente, nomeadamente a que conste numa diretiva antecipada de vontade.

Em síntese, a transplantação de órgãos em pessoas que se encontrem em paragem cardiocirculatória é

um importante contributo para a melhoria da qualidade de vida de muitos doentes que encontram na transplantação a única saída para um problema grave, incapacitante, por vezes mesmo letal. A par de uma aposta firme na qualificação profissional neste domínio – de médicos e outros profissionais de saúde – recomenda-se ainda a implementação pelas autoridades competentes de uma campanha de

sensibilização da opinião pública sobre a finalidade, os benefícios e as limitações desta modalidade de transplantação, sobretudo, a afirmação pública, clara e inequívoca, junto da sociedade Portuguesa de que a implementação desta modalidade de tratamento não significa, em caso algum, uma menor qualidade do atendimento médico a doentes em fim de vida.

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 - 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

História da
Medicina

Publicidade

Médicos de Medicina Geral e Familiar e Psiquiatria para a Suíça

Procuramos médicos de Medicina Geral e Familiar e Psiquiatria para um gabinete privado no Cantão de Vaud-Suíça (empresa: www.medicalhelp.ch)

Requisitos:

- Possuir Diploma de Medicina Geral e Familiar ou Psiquiatria
- Conhecimentos da língua francesa (nível B2)
- Experiência comprovada, responsabilidade e seriedade.
- Obrigatória participação em escalas de urgência (médicos) até aos 60 anos no Cantão de Vaud.
- Carta de condução de ligeiros.

Condições :

- 42,5 h / semanais (100%)
- Salário a combinar
- Oferece-se alojamento, viatura de serviço, combustível e telefone de serviço (médicos)
- 25 dias de férias/ano

Para qualquer informação complementar ou envio de currículos contactar - Dra. Sílvia Guidi

Mail: silvia.guidi@medicalhelp.ch e enviar número de telefone.



Alberto Costa

Especialista em Medicina Geral e Familiar; Mestre em Saúde Ocupacional;
Faculdade Medicina Universidade Coimbra

Sistemas Informáticos. Amigos dos médicos e dos doentes?

"Só conseguimos bons resultados com tempo e a sociedade não está a dar tempo, porque o tempo tem custos" – José Manuel Silva, Bastonário da Ordem dos Médicos

Muitos Médicos de Família em exercício, principalmente os menos jovens, lembram-se bem dos antigos processos clínicos em suporte papel. Recordamos ainda os modelos que tentavam organizar os registos, em folhas individualizadas, de modelos e cores diferentes, para Saúde Infantil, Planeamento Familiar, Saúde Materna, entre outros.

Cedo se percebeu que a Medicina Geral e Familiar, para evoluir como disciplina científica e afirmar-se como uma especialidade, teria de assentar num sistema de registo da informação, organizado e sistematizado.

A partilha de informação permite a partilha de cuidados, facilita a vigilância epidemiológica e torna possível a investigação nos Cuidados de Saúde Primários, condição indispensável para a melhoria contínua da qualidade. Os Sistemas Informáticos conquistaram todas as áreas do conhecimento, incluindo obviamente a área da Saúde, per-

mitindo uma evolução que seria impensável sem a sua utilização. De facto, estando a *internet* disponível na totalidade do território nacional, permitiu que as Unidades de Saúde tivessem ligação aos vários Sistemas de Informação.

O uso do computador na consulta permitiu benefícios inegáveis, mas ao introduzir um novo elemento na relação Médico-Doente, trouxe também alguma preocupação.

A Administração Pública, por exemplo na ARS Norte, já sentiu a necessidade de sensibilizar os profissionais para a importância crescente que o computador ocupa na consulta!

Não restam dúvidas que este terceiro elemento da relação Médico-Doente veio para ficar! Por isso, temos de conviver com ele da melhor maneira possível. Independentemente do tempo de prestação dos cuidados, o prestador de Cuidados de Saúde não deveria centrar o olhar, a atenção

ou a preocupação, nos registos informáticos dos indicadores de saúde.

Sendo certo que o computador constitui um elo importante para a Gestão das Unidades de Saúde, no planeamento, acompanhamento e avaliação das atividades, não pode e não deve transformar-se num elemento perturbador, ao tudo querer catalogar, por vezes de forma menos criteriosa, contribuindo para o cansaço e esgotamento dos profissionais.

Por motivos óbvios, os profissionais de saúde, com exercício efetivo de prestação de cuidados de Saúde, devem ser chamados a participar nos grupos de trabalho quando se pensa implementar ou modificar as plataformas informáticas. São eles que, no terreno, sentem, sofrem e melhor conhecem a realidade. Só por descuido ou razões menos claras não são ouvidas as suas propostas para práticas mais humanizadas e menos burocráticas.

A escassez de tempo disponível para os doentes vai conduzir ao distanciamento e desumanização dos cuidados de saúde, como recentemente foi reconhecido. (José Manuel Silva, Coimbra, Conferência “A relação médico-doente, Património da Humanidade”)

A Qualidade de Cuidados de Saúde está diretamente relacionada com o grau de satisfação e reconhecimento dos profissionais. Não adianta impor, é preciso transmitir as ideias que os profissionais aceitem. Este deverá ser o caminho a seguir, pela conquista, evidenciando as virtudes e a necessidade da mudança! Posteriormente serão os próprios profissionais a fazer exigências, se as coisas não estiverem a correr bem.

Os Sistemas Informáticos devem ser amigos dos médicos e dos doentes, e não o têm sido até agora!

Defendemos um Sistema Informático no SNS, que integre as plataformas em uso pelos profissionais da saúde, que sejam seguros, facilitadores das tarefas dos seus utilizadores e não elemento de perturbação e desgaste físico e psicológico, tornando as suas jornadas de trabalho frequentemente um desespero!

São raros os dias que os utilizadores dos vários Sistemas Informáticos, não sejam confrontados com mensagens do tipo:

“Ex. mos Srs.

Vimos por este meio informar que durante o dia de hoje, 04-07-2016, na aplicação PEM foram verificados constrangimentos na Receita Sem Papel.

Os constrangimentos verificados, ocorreram ao nível da autenticação forte, assinatura digital da receita e desmaterialização do receituário, sendo

apresentada a mensagem informativa da impossibilidade de validação do certificado digital (utilizado por motivos de segurança) associado à aplicação. No entanto, a ocorrência destes problemas deve-se a factos aos quais a SPMS é alheia, tendo a sua origem no CEGER - Centro de Gestão da Rede Informática do Governo, entidade esta que disponibiliza os mecanismos que permitem validar a autenticidade dos certificados digitais emitidos por esta entidade.□

As Ordens Profissionais e os Sindicatos do setor, dado estarem em causa a Qualidade e Segurança da prestação de cuidados, devem tomar posição também nesta área.

A Informática conquistou todas as áreas do conhecimento atual e os Gestores procuram servir-se dos dados que os sistemas fornecem para os aplicar na gestão das suas unidades, mas torna-se cada vez mais evidente que terá de haver bom senso! Os Sistemas Informáticos não podem ser perturbadores da relação Médico-Doente, mas sim facilitadores da mesma.

Atualmente estão em utilização pelo menos:

- Sistema de Informação para Unidades de Saúde – SINUS®

Este sistema representa a base de dados informatizada do SNS, contém todos os dados de identificação individual e familiar dos utentes inscritos, agora em integração com o Registo Nacional de Utentes – RNU. Este *software* tem ainda conexão com o sistema de informação – SClinico®

A sua principal limitação reside no uso do sistema operativo DOS® que para além de obsoleto, tem várias limitações em termos de informação.

- SClinico®

Em fevereiro de 2015, o SClinico® Cuidados de Saúde Primários, veio substituir os programas SAM® (*software*, anteriormente utilizado pela equipe médica, permitia o registo de informação clínica de forma simples) e SAPE® (era um módulo do programa SINUS®, utilizado anteriormente pela equipa de enfermagem para registos. Permitia a partilha de informação com o programa SAM®).

É um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pela SPMS® (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde), comum a todos os prestadores de saúde e centrada no utente. Tem sofrido atualizações, mas mantém limitações no registo de vários programas de saúde, não permite por exemplo a interligação do campo de rastreio de retinopatia diabética com o SiiMA Rastrearos®

- Sistema de Informação ALERT REFERRAL – ALERT® P1

Sistema informático que permite a referenciação dos utentes pelo Médico de Família para os cuidados de saúde secundários e a nível hospitalar permite a triagem e gestão e marcação de primeiras consultas.

- EAGENDA

Permite a marcação de consultas ou pedido de medicação crónica, pelos utentes através da *internet*.

- Prescrição Eletrónica Médica – PEM®

Introduzida em 2013, desenvolvida pelos SPMS®, destina-se a prescrição eletrónica de medicamentos e cuidados respiratórios domiciliários, visando a desmaterialização da receita em papel.

- Plataforma de Dados da Saúde – PDS®

Esta plataforma disponibiliza um sistema central de registo e partilha de informação clínica,

permitindo o acesso a informação clínica atualizada nas diversas unidades de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

- Sistema de Informação da ARS – **SIARS®**

Este sistema de informação da ARS Norte funciona como repositório de dados de todas as unidades de saúde da região norte. É uma ferramenta de gestão e monitorização cujas fontes de informação são o SINUS® e SCLINICO®

- Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais – **MIM@UF®**

Este *software* foi criado para extrair dados para tratamento estatístico do SAM® e SAPE® (atualmente SCLINICO®) e consulta de indicadores de desempenho. Permite a recolha de dados de forma simples e parametrizada, sendo uma mais valia para estudos epidemiológicos.

- Sistema de Informação para a Gestão de Programas de Rastreamento Populacionais – **SiIMA RASTREIOS®**

Programa informático introduzido em 2010 e serve de suporte a três programas de rastreio, retinopatia diabética, rastreio do cancro da mama e colo do útero. Revela-se pouco intuitivo e não tem interface direta com o SCLINICO®, sem transcrição automática dos resultados para o processo do utente.

- Gestcare CCI

Plataforma de gestão da Rede Nacional dos Cuidados Continuados, permite a referência e a consulta da informação dos doentes utilizadores da Rede Nacional dos Cuidados Continuados, mas não se articula com o S clínico.

- Sistema de Gestão do Transporte de Doentes – **SGTD®**

Este *software* suporta a gestão do transporte programado de doentes

- Sistema de Informação dos Certificados de Óbito – **SICO®**

Este sistema entrou em vigor em 2014 e tem como objetivo a articulação entre as entidades envolvidas no processo de certificação do óbito: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério da Defesa e Ministério da Administração Interna. Procura promover a desmaterialização e a segurança, no entanto exige uma ligação à *internet* e utilização de impressora, para emissão da Guia de Transporte.

- Sistema Nacional de Informação de Vigilância Epidemiológica – **SINAVE®**

Esta plataforma informática, disponível desde 1 de junho de 2014 e obrigatória desde 01 de janeiro de 2015, permite o registo informatizado das notificações de doenças de declaração obrigatória. Desmaterializou a notificação e tornou mais célere a implementação das medidas de prevenção e controlo das doenças.

- Medicina Física e de Reabilitação Ambulatório - **MFRA**

Sistema de Classificação para Doentes em MFRA (SCD-MFRA), desde 01 de Julho de 2016 de utilização obrigatória para a referência dos doentes para a especialidade de Fisiatria. Cientificamente este programa é um desastre e não permitirá extrair quaisquer dados credíveis, visando apenas objectivos financeiros. A prescrição deste tipo tratamentos deve ser da responsabilidade do Médico Fisiatra, o único que tem essa competência e conhecimento, pelo que faz todo o sentido que deverá ser ele a emitir as respetivas credenciais.

Estas são a maioria das plataformas informáticas utilizadas pe-

los prestadores de Cuidados de Saúde que, para além de estarem frequentemente inoperacionais por falta de rede, estão constantemente em atualização, não se encontram interligadas com o programa principal, obrigam os profissionais a ter de saltitar de programa em programa com a agravante de introdução de nova senha de acesso e *password*. Uma perda de tempo permanente e um constante desgaste para profissionais e doentes.

No caso dos Médicos de Família, percebe-se bem o esforço exigido na atividade clínica diária, que, aliado à escassez de tempo da consulta e à falta de reconhecimento social, poderão conduzir inevitavelmente à despersonalização dos cuidados de saúde e ao estímulo à emigração.

As considerações anteriores, aliadas ao uso de *hardwares* obsoletos, de redes sem capacidades adequadas e de muitas instalações físicas obsoletas e degradadas, permite perceber bem as condições de trabalho nos Cuidados de Saúde Primários.

Os profissionais e os utilizadores dos Serviços de Saúde, não podem continuar a ser encarados como números, mas sim como pessoas com deveres e direitos de serem tratados com consideração.

As consequências estão aí, o *burnout* dos profissionais de saúde e a despersonalização de cuidados.

Consideramos por isso urgente a implementação de medidas concretas, com o objetivo de se atingir desempenhos compatíveis com o novo conceito de Qualidade de Vida no Trabalho e de Qualidade na prestação de Cuidados de Saúde humanizados!

Porto, 26 de Julho de 2016



M. M. Camilo Sequeira
Chefe de Serviço de Medicina Interna

Desperdício: arte médica e outras

De uma forma geral não gosto da arte contemporânea.

Já li dezenas de análises aos múltiplos manifestos que durante o século passado se escreveram como suporte teórico da criação artística sendo para mim claro que, todos, se orientam para a crítica, politicamente comprometida ou não, ao gosto e à expressão da chamada arte clássica que associam aos pouco sérios poder e burguesia.

Após cada nova leitura interrogo-me sempre sobre o que haverá de comum nesses propósitos críticos que, depois, se consideram legitimados pelas peças que os seus seguidores inventam.

O que se contesta é uma forma de vida e uma expressão da civilização que, no entender dos artistas e dos teóricos desses movimentos, são alienantes porque anulam a capacidade do Homem de ver e analisar criticamente, as suas realidade e evolução. Quer sejam apoiantes quer sejam detractores. Mas qual é, para lá das diversas expressões da especulação, o facto comum a essa crítica e à criação artística moderna e pós-moder-

na? Estou hoje convencido que é o lixo.

A sociedade que se foi construindo depois do século XIX caracteriza-se por produzir lixo em quantidades astronómicas, quase todo constituído por desperdício potencialmente reutilizável. E a expressão artística respondeu a esta agressão criando arte que, com pedido de desculpa aos seus amantes, é outra expressão desse lixo. Sendo esta arte uma agressão consciente contra o mercado sem critério, contra o consumo pelo consumo, contra a normalidade das anormalidades relacionais, de crescimento e de progresso questionável.

Ao lixo que é desperdício responde-se, como suporte de contestação, com lixo que é criação. Até com o próprio lixo. Pretendendo-se que esta criação seja lida como lixo intencionalmente criado, como criação sem objectivo porque este, mesmo em termos teóricos, será desadequado ao tempo em que se cria.

Esta crítica dos artistas tem o seu sentido e está, provavelmente nos nossos genes. E não apenas por-

que sabemos que até ao final do século XIX os produtos e os materiais eram usados, reutilizados e reaproveitados até deixarem de ser o que quer que tenham podido ser, só nesta altura se deitando fora como lixo. Mas julgo que também pela nossa história animal. Basta pensarmos na caça como subsistência alimentar e outras e até no canibalismo como prática de sobrevivência que, muito provavelmente, usamos desde que nos começámos a organizar como grupos. Quando confrontados com a fome decerto caçávamos outros humanos porque era mais fácil caçar um homem do que, por exemplo, um búfalo. E tal como outros predadores nos caçavam a nós, porque éramos mais fáceis, também nós, pela mesma regra, caçávamos os vizinhos desprevenidos ou descuidados. E estudos arqueológicos mostram que aproveitávamos tudo. Quer como alimento quer como potencial utensílio o que é um bom exemplo de uma muito antiga profilaxia do desperdício. Genética.

As cidades dos nossos dias, com

toneladas de lixo disperso por todo o lado, confirmam que somos hoje muita gente. Mas também confirmam que todos, tendo muito ou pouco, somos “despedaçadores” profissionais que adoram criar lixo (e também que somos porcos o que não é despiendo) porque o associamos ao bem-estar da sociedade de abundância em que julgamos viver. A criatividade artística limitou-se a “seguir a onda” criando e teorizando sobre essa criação expressões pretendidamente nobres de lixo para mostrar, consciente ou inconscientemente, que este não pode (não deve?) ser a marca da vida feliz que a maioria deseja.

Arte médica

Curiosamente associar arte e desperdício coloca um problema aos Médicos.

Porque a prática assistencial, o exercício da clínica, por mais científica que a desejemos é, e em meu entender nunca deixará de o ser, uma das múltiplas manifestações possíveis da arte.

E como arte, nos dias que vivemos, est(ar)á tão contaminada pelos valores produtores de lixo, vulgo desperdício, como qualquer outra das suas companheiras de percurso.

Creio haver unanimidade quando se diz que vivemos um tempo em que todos devemos promover o fim do desperdício na actividade assistencial. No entanto parece-me legítimo duvidar desta unanimidade. Porque me interrogo sobre se falaremos todos da mesma coisa quando se fala de “desperdício” e também me interrogo sobre se saberemos do que falamos quando falamos do “fim do desperdício”.

Porque o desperdício está exactamente onde? - no tempo ex-

cessivo dos internamentos? - nos tratamentos mal fundamentados, escolhendo-se o último e não o melhor, por exemplo? - na investigação clínica sem adequada planificação em função dos condicionamentos de quem estuda? - na alimentação dos doentes? - na higienização das estruturas assistenciais? - nas condições hoteleiras? - na excessiva facilidade de acesso aos cuidados, mormente aos Médicos de Família que trabalham com o doente atrás da porta? - na competitividade sem suportes? - nos salários? - noutra qualquer razão? - ou nestas todas e em muitas mais?

Eu diria que o desperdício está, essencialmente, nos maus cuidados que se prestam a quem deles necessita. E que estes podem resultar de normativos que “impõem” um conjunto de metodologias de investigação de sinais e sintomas que, porque não são avaliados artisticamente na sua relevância como orientadores dessa investigação são, demasiadas vezes, inúteis.

Claro que ao Médico é útil, para a sua componente científica, afirmar que fez segundo a norma. E também lhe é mais fácil justificar uma decisão em função de um exame complementar objectivo, que afirma ou nega uma potencial patologia, do que através de uma bem estruturada justificação semiológica em termos de colheita da anamnese e complementar exame clínico que alguns considerarão hoje menos objectivo que num passado recente.

A discussão da semiologia é um exercício onde a ciência é fundamental. Mas onde a arte de interpretar os sinais é, pelo menos, igualmente importante. E onde, talvez mais nesta que na outra, a diferença de análise entre pares será uma exibição (no que este

conceito deva ter de positivo) da capacidade de interpretar, avaliar e decidir, nos inúmeros espaços de não saber ou de saber insuficiente que são expressão de sofrimento de muitos que nos procuram. Os quais constituem uma parcela importante, muito importante, do que tem de ser apreciado pelos Médicos seja qual for o seu local de trabalho.

Há aqui muito do que, adequadamente, se deve designar como arte médica.

Sem desqualificação da ciência. Antes assumindo que a dimensão da ignorância científica na nossa prática é elevadíssima e que a forma de a compensar é dar à arte o lugar que lhe cabe sempre que a ciência não conseguir soluções que aliviem, ou correctamente identifiquem, a causa de um sofrimento.

Desperdícios?

Esta mesma verdade (minha verdade) se aplica à apreciação da validade de um achado de circunstância em exame complementar que, por isso, se trata ou procura tratar sem cuidar da semiologia que lhe deveria estar associada. A qual, se não existir, em muitos casos deveria implicar apenas vigilância sem qualquer medicação imediata porque o Médico deve tratar a doença e não um seu sinal de significado potencialmente inespecífico.

E é óbvio que existem situações onde um achado ocasional pode ser suporte de tratamento até salvador da vida. A arte médica consiste exactamente em saber separar uns casos dos outros. Porque o valor tempo também deve ser interpretado de forma artística.

O tempo necessário do trabalho médico é o que cada doente exige, o que a competência comunicati-

va do Médico julga e o que a confiança entre ambos justifica. Todos estes valores em simultâneo. E é assim para que seja eficiente, eficaz, útil e satisfaça o seu propósito, por definição, de apoiar o outro.

Se este tempo for considerado como expressão de desperdício o doente corre sério risco de ser maltratado ou apoiado. E se assim for o encontro, único no mundo relacional, Médico-Doente terá sido adulterado com desperdício de uma oportunidade fundamental de criar bem-estar. E com quase certa criação de mais desperdício pois se o Médico não trata o doente com a palavra terá de o fingir fazer correspondendo às suas fantasias solicitando exames e mais exames.

Cujo destino, na muito grande maioria dos casos, é o lixo.

E voltamos à arte contemporânea. Esta questiona os valores da sociedade de mercado, oferecendo-lhe produtos consumíveis apenas por o serem. O juízo crítico do artista é reconhecer o valor do mercado como consumidor, como promotor do consumo do que quer que seja, como agente alienante que protege o seguidista e desqualifica o que tem opinião própria. O mercado compra? Então que se venda ao mercado.

Na prática médica esta sociedade de mercado quer vender a saúde como produto negociável. Mas também quer, para que pareça ser um interesse colectivo, que os “vendedores” Médicos se esqueçam dos princípios com que se comprometeram ao assumirem esta profissão e sigam os interesses dos consumidores.

Mesmo sabendo que isso acarreta gastos sem utilidade, ou seja, desperdício. Porque como este é produto do consumo,

identificando-se com a “máquina de produção” que têm como factor de progresso, já é tolerado como coisa boa.

É claro que uma interpretação como esta que estou a fazer tem um carácter redutor que não contempla a grande diversidade das experiências profissionais dos Médicos. Mas atenção: ter consciência desta limitação em nada altera o sentido da análise que proponho.

Amanhã

O desperdício, a criação de lixo na saúde, é consensualmente condenado. No entanto dificilmente seremos convencidos de que todos os que falam deste propósito têm o mesmo objectivo.

Porque há um óbvio conflito de análise, pelo menos para mim, entre o que é desperdício para o gestor da saúde, mesmo o que é Médico, para os Médicos e, de certo, para os doentes. Não sendo possível conciliar estas diferentes interpretações porque a contaminação da discussão por interesses alheios ao que se quer discutir é inevitável. Por razões políticas, de defesa corporativa de uma determinada perspectiva do social e por quererem individuais, as mais das vezes mesquinhos, mas que estão dentro de nós quando sentimos que o bem-estar que temos como direito inquestionável depende, de facto, de terceiros.

E até a apreciação depreciativa que se faz dos serviços públicos, tendo como contrapartida a boa gestão dos serviços privados, é uma expressão deste conflito.

Porque a consequência que mais devemos recear desta (pretendida) dupla forma de assistir os doentes é a progressiva e lenta valorização das acções de inves-

Na prática médica esta sociedade de mercado quer vender a saúde como produto negociável. Mas também quer, para que pareça ser um interesse colectivo, que os “vendedores” Médicos se esqueçam dos princípios com que se comprometeram ao assumirem esta profissão e sigam os interesses dos consumidores.

tigação e tratamento, marginais aos doentes mesmo que estes as julguem justificadas, com desvalorização da pessoa que procura os serviços.

O que, a acontecer, é um primeiro passo, mas enormíssimo, para descaracterizar a actividade assistencial dos Médicos. Quer na sua expressão científica quer na artística, que aqui pretendo salientar, porquanto a aparente actual desvalorização desta já é andar nesse (indesejável) caminho.

E convém que saibamos que depois de assim avançarmos dificilmente poderemos fazer mais do que olhar para trás e ver o que se perdeu. Definitivamente.



Diogo Costa

Interno de formação específica de Medicina Geral e Familiar, USF Santa Clara

Benedita Moura

Médica assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Santa Clara

Quem deve ser autor de um trabalho científico?

A autoria é um problema frequente e nem sempre abordado da melhor forma pelos colaboradores de um trabalho científico. Este artigo pretende apresentar e discutir as orientações atuais para a autoria de trabalhos de modo a clarificar questões que frequentemente suscitam debate na comunidade científica.

A incerteza reside em questões hierárquicas, éticas, curriculares e de coautoria. Frequentemente observam-se trabalhos realizados em formação pós-graduada durante o internato médico cuja lista de autores engloba o(s) orientador(es) de formação e/ou diretor de serviço, sendo mais evidente nas especialidades hospitalares. O enriquecimento curricular é também facilitador da publicação de trabalhos com múltiplos autores, potenciando o benefício curricular pela rotatividade dos elementos como primeiro autor. Neste âmbito, existem princípios éticos que são violados e pressupostos de coautoria que não se cumprem.

Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (artigo 137º), “é vedado ao médico ser autor ou coautor de artigo ou comunicação para a qual não tenha contribuído diretamente ou com a qual não concorde”.¹ Este princípio confere duplo estatuto. Por um lado, reconhece autoria a quem contribui de forma determinante e demonstra mérito. Por outro, pro-

tege possíveis envolvidos de se associarem a trabalhos com os quais não concordam.

A autoria de um trabalho é importante visto que dá reconhecimento e continua a ter importantes implicações académicas, sociais e financeiras. Tem como objetivo assegurar que alguém com contribuições intelectuais significativas para um estudo recebe o mérito de ser autor. Implicitamente deve garantir que os colaboradores certificados como tal compreendem o seu papel, assumindo a responsabilidade por aquilo que for publicado. No entanto, cada vez que um manuscrito é enviado para publicação numa revista, é comum que os autores não comuniquem o tipo de contribuição que cada coautor teve para ser integrado na lista de autoria. Atualmente, alguns jornais pedem e publicam essas contribuições.^{2,3}

O *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) é um grupo de trabalho de editores de revistas médicas generalistas (como o *British Medical Journal*, *Journal of the American Medical Association*, *New*

England Journal of Medicine e *The Lancet*) que se reúne anualmente e emite recomendações sobre a redação, edição, submissão e publicação de trabalhos científicos. Em dezembro de 2015 foram atualizados os critérios de autoria e todos devem ser preenchidos.⁴ Um autor deve: contribuir de forma substancial para a conceção e delineamento do trabalho e recolha, análise e interpretação dos dados; redigir o esboço e participar na revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectual importante; aprovar a versão final a ser publicada; responsabilizar-se por todos os aspetos do trabalho assegurando que todas as questões relacionadas com a precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho são devidamente investigadas e resolvidas. Estes critérios pretendem dotar de estatuto de autor aqueles que merecem o reconhecimento e que podem assumir responsabilidade pelo trabalho. Não têm como objetivo desqualificar outros colaboradores que participaram em fases importantes do trabalho, mas que não preenchem os quatro cri-

térios. Aqueles que cumprem um critério devem ter oportunidade de participar nas fases descritas nos restantes.³

É da competência dos colaboradores envolvidos determinar quem são os autores, idealmente na fase de planeamento, podendo ser mutável ao longo das restantes fases do trabalho. Se não houver entendimento quanto à designação dos autores, poderá ser solicitado parecer à instituição em que o trabalho foi desenvolvido para que estes sejam definidos.⁴ Os autores, e não os editores da revista para a qual se submete o manuscrito, são responsáveis por garantir que, eles próprios, cumprem os critérios. Cada um deve saber explicar quais coautores são responsáveis por que outras partes do trabalho, confiando na integridade das suas contribuições. No caso de se tratar de um grupo de autores, ao submeter um estudo original o autor responsável pela correspondência deve indicar claramente a citação preferencial, nomear todos os autores individualmente e referir o nome do grupo de trabalho (se existir).^{3,4} Apesar disso, presume-se que todos sejam capazes de assumir publicamente a responsabilidade pelo trabalho.⁴

A ordem pela qual surge o nome dos autores não está definida. Existem autores que advogam que o primeiro autor deve ser aquele que escreve o primeiro rascunho.² Pretende-se que seja uma decisão partilhada e decidida por consenso entre todos os coautores ou, em última instância, pela instituição em que o trabalho foi desenvolvido. Tradicionalmente, o último autor é o elemento mais graduado da equipa, mas é variável.

Todos os colaboradores do trabalho que não cumprem os quatro critérios podem ser reconhecidos individualmente ou como um

grupo numa secção de agradecimentos. São exemplos os apoios financeiros, logísticos e administrativos, na supervisão e redação, na edição técnica ou linguística e na revisão do trabalho. Visto que os resultados/conclusões podem ser endossados aos colaboradores, deve ser-lhes pedido consentimento informado por escrito antes de serem mencionados nos agradecimentos.⁴

Segundo o regulamento do internato médico, é da competência do orientador “proceder à orientação personalizada e permanente da formação”,⁵ devendo conhecer e acompanhar os trabalhos em que o(s) seu(s) interno(s) está(ão) envolvido(s).⁶ Caso o orientador cumpra todos os critérios de autoria, deverá ser considerado autor. Este deve ser sempre informado da existência de coautores, especialmente quando se trata de um relato de caso de um doente seu. A propósito desta tipologia de trabalho, a Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte adverte para a necessidade de pedido de consentimento informado ao doente sempre que o trabalho implique a consulta de registos clínicos não efetuados pelos autores.⁶ Deve também ser pedida autorização ao diretor de serviço, ao orientador e ao profissional responsável pelos registos. Em todo o caso, a publicação de um relato de caso deve ser precedida de um parecer favorável da comissão de ética local.

A autoria de trabalhos continuará a ser alvo de debate. A existência de critérios de autoria objetivos e aplicáveis a qualquer trabalho científico permite uniformizar procedimentos, porém estes não são imutáveis e carecem de ponderação e consenso entre os envolvidos. Os princípios éticos deverão ser respeitados e orientadores na decisão final.

Referências bibliográficas:

1. Diário da República, 2.ª série, n.º 8. 13 de Janeiro de 2009 - Regulamento n.º 14/2009 - Código Deontológico da Ordem dos Médicos. 2009 [Acedido a 27-02-2016]; Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2009/01/008000000/0135501369.pdf>.
2. YAPHE J. Who is an author? A freshlook at the rules and ethics of scientific authorship. *Rev Port Clin Geral*. 2011;27:331-332.
3. *British Medical Journal*. Authorship & Contributorship. *BMJ*. 2016 [Acedido a 29-02-2016]; Disponível em: <http://www.bmj.com/about-bmj/resources-authors/article-submission/authorship-contributorship>.
4. International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. Updated December 2015. *ICMJE*. 2015 [Acedido a 29-02-2016]; Disponível em: <http://www.icmje.org/recommendations/>.
5. Diário da República, 1.ª série, n.º 146. 29 de julho de 2015 - Portaria n.º 224-B/2015 - Regulamento do Internato Médico. 2015 [Acedido a 29-02-2016]; Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/69909875>.
6. Comissão de Ética para a Saúde (ARS Norte), IP. Parecer n.º 1. 2009 [Acedido a 27-02-2016]; Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Parecer_CES_01_09.pdf.



João Semedo

Médicos a mais? Não, médicos a menos!

Só ontem – 19 de julho – li as quatro páginas da Revista da Ordem dos Médicos (número de Maio) que o bastonário dedica a um pequeno texto meu publicado na Visão sobre a problemática da falta de médicos, ao qual, aliás, José Manuel Silva (JMS) já tinha respondido no JN.

Não considerasse eu a Ordem dos Médicos (OM) uma importantíssima organização para a definição das políticas de saúde e não perderia um segundo sequer a regressar a esta polémica. O bastonário está de saída, já pouco conta o que diga ou faça. Importante, importante, são as ideias e por elas vale a pena escrever as linhas que se seguem.

O bastonário no seu estilo habitual deturpa, distorce, insulta, fuge ao assunto e, pasme-se, até delira. Não direi uma palavra sobre isso, os colegas conhecem-nos, podem ler o que cada um escreveu e saberão ajuizar por si próprios. Vamos ao que interessa, começando por dois esclarecimentos prévios, dois assuntos de que falo no texto da Visão e sobre os quais JMS nada adianta.

Sim, questiono a forma como a OM define idoneidades e vagas de especialidade, tão evidente, insistente e escandalosa é a relação estabelecida pelo bastonário entre a necessidade de reduzir os *numerus clausus* nas Faculdades de Medicina e a ausência de vagas para todos os internos. E não sou o único, o próprio ministro ordenou uma auditoria ao processo desenvolvido pela OM.

Sim, questiono o exercício pela OM das responsabilidades públicas a que legalmente está obrigada, sobretudo na “defesa da saúde dos

cidadãos e dos direitos dos doentes”, como diz JMS a actuação da OM como “Provedora dos Doentes”. E o problema não está na dedicação dos médicos nas múltiplas actividades que desenvolvem na Ordem dos Médicos, nos colégios, comissões e órgãos da OM. A questão é saber se o volume e complexidade de responsabilidades públicas atribuídas à OM encontram correspondência nos meios de que ela dispõe para lhes dar resposta e andamento e se sucessivos bastonários e direcções fizeram as opções mais acertadas na utilização dos recursos financeiros da OM no que respeita à profissionalização de certos serviços da OM. De uma forma mais simples: não há amadorismo a mais na OM, não falta profissionalismo para agilizar decisões e resolver problemas? Ou será que o bastonário não tem noção da lentidão com que a OM responde – quando responde, claro - aos cidadãos que a ela se queixam e o quanto isso descredibiliza a OM? Será que JMS desconhece o que os cidadãos pensam sobre a forma como a OM trata as queixas que apresentam?

O texto de JMS tem, no entanto, uma novidade: reconhece que, de facto, há falta de médicos. Recorro ao que escreveu: “Porque há, então, esta percepção de que não há médicos suficientes em Portu-

gal? Muito simples. Porque esta percepção se deve ao facto dessa realidade existir actualmente, na verdade, no SNS, em algumas especialidades e em alguns locais”. Finalmente, sr. bastonário, ainda bem que é, como escreve, “uma pessoa de ciência, que não gosta de falar sem evidência e, muito menos, contra a evidência”.

No entanto, sobre a falta de médicos, o bastonário faz três exercícios para lhe reduzir a dimensão e o impacto. Primeiro, é só em “algumas especialidades e em alguns locais”, quando não há unidade ou serviço, de norte a sul, do litoral ao interior que não se queixe da falta de médicos. Se é o próprio governo a querer contratar 732 especialistas hospitalares para cobrir “necessidades prioritárias” então, podemos ter como certo que faltam muito mais médicos no SNS. Segundo, só faltam médicos no público, no privado os médicos são em número suficiente, o que é inteiramente verdade, mas exige que se diga que os que não faltam no privado são os que faltam no público que, como é evidente, é o único lugar onde há médicos para recrutar. E, terceiro – e o mais importante, as causas que JMS identifica como responsáveis pela falta de médicos. E este, sim, este é que é o ponto que vale a pena analisar e discutir.

Diz JMS que a falta de médicos se

deve a quatro factores: as “reforma antecipadas”, as “saídas para o sector privado” e a “emigração”, tudo consequência ou potenciado pelo principal factor, a degradação do SNS em virtude do seu “sub-financiamento crónico”, das sucessivas políticas para “o seu emagrecimento”, “da degradação das condições de trabalho no SNS” e uma “contratação de médicos pelo SNS extraordinariamente desigual”.

Alguém pode dizer que JMS está enganado, que não tem razão? Julgo que ninguém se atreverá a fazê-lo, porque JMS está mais que certo no que diz.

O engano de JMS é outro, o engano é admitir que reduzindo o número de estudantes e, em consequência, de médicos, resolve o problema da falta de médicos e da falta de vagas para a especialidade. Pergunto: é por reduzir o numerus clausus que vai acabar o aliciamento para emigrar para o “primeiro mundo” - como lhe chama JMS - e as propostas tentadoras dirigidas aos jovens médicos formados em Portugal? É por reduzir o numerus clausus que os privados vão abandonar a estratégia predadora e de assalto ao SNS? É por reduzir os numerus clausus que os médicos vão deixar de antecipar a sua reforma?

A resposta a todas estas perguntas é só uma: não, claro que não. Não é por cortar no número de estudantes e de médicos que deixaremos de ter emigração médica, saídas para o privado ou reformas antecipadas, todos esses factores continuarão a exercer uma influência negativa sobre o corpo médico disponível para o SNS.

E mesmo que tenhamos uma atitude optimista sobre a evolução futura do SNS, no curto e médio prazo - e eu tenho essa expectativa - temos de reconhecer que demorará muitos anos a recuperar as condições de trabalho no SNS, a substituir a política de emagrecimento

por uma política de expansão e crescimento, a impor uma política ajustada de contratação de médicos e a recuperar níveis de financiamento e investimento no SNS. Pergunto: que influência pode ter o corte no número de estudantes e de médicos sobre cada uma destas questões relativas ao futuro do SNS? Zero, como são bons de ver.

Como diz JMS - e bem - qualquer alteração que incida sobre o acesso às Faculdades de Medicina só faz sentir os seus efeitos doze anos depois. Isto é tão válido para o aumento como para a redução do numerus clausus. Se baixarmos hoje esse número, o impacto dessa decisão só acontece daqui a uma dúzia de anos, não tem influência sobre qualquer problema que queiramos resolver agora. Reduzir hoje o número de estudantes que anualmente entram em Medicina - em 2016 serão 1441 - não resolve o problema da falta de vagas para os internos de especialidade, nem coloca mais especialistas no SNS para assegurar a formação a todos os internos. Acresce que convém ser prudente num tempo e num mundo em que tudo evolui e muda muito depressa, num tempo e num mundo carregados de incertezas. Nada nos garante que daqui a doze anos, num quadro completamente diferente, não seja muito maior do que é hoje a necessidade de médicos. Já se viu como a realidade fez implodir todos os cenários, estudos e previsões ela-

boradas nos últimos anos sobre o número de médicos de que precisávamos em Portugal.

Procuremos responder ao que sabemos, ao que vemos, ao que é certo. Não faltam vagas de especialidade porque há médicos a mais. É exactamente pela razão contrária: não há vagas por que faltam especialistas para formar os internos. É este problema que temos de resolver e, como é lógico, ele não se resolve reduzindo ainda mais o número de médicos.

Hoje vivemos um contexto muito diferente daquele que marcava esta discussão há 15, 20 ou 25 anos. A capacidade formativa hoje deve responder às necessidades do SNS e do privado, sectores que ainda não estão numa fase de estabilização, ainda têm desafios de crescimento. Precisamos de mais médicos e por isso precisamos de mais estudantes, de mais internos, de mais especialistas.

A alternativa é continuar a assistir de braços cruzados à predação asfixiante dos hospitais privados sobre os recursos médicos do SNS ou insistir em manter os médicos com um pé no privado e outro no público enquanto não põem os dois no privado.

Uma palavrinha sobre isto não teria ficado mal ao sr. bastonário. Pelo menos teria sido bem mais útil do que andar pelo Parlamento a anunciar a imortalidade e a prometer-nos vida eterna.

Porto, 20 de julho 2016

Nada mais preciso de comentar

Já falei e escrevi suficientes vezes sobre esta matéria e sei que não há argumentos lógicos, nem estatísticas, nem estudos, nem realidades que convençam a demagogia, o enviesamento e o fundamentalismo. Os médicos que estão no terreno, particularmente os jovens, conhecem a dura verdade, as enormes dificuldades e as suas causas. **Em 2016 iniciaram medicina, em Portugal, 1807 alunos.** Todos ficamos a saber o que pensa o Bloco de Esquerda: ainda mais vagas para medicina, porque daqui a doze anos pode haver uma ‘implosão’... Nada mais preciso de comentar.

José Manuel Silva



José M. D. Poças

Médico Internista e Infeciologista; Diretor de Serviço de um Hospital EPE, em regime de CIT sem exclusividade

As verdades que se impõe serem ditas com prudência, coragem e esperança – Parte I

“Num tempo de engano universal, dizer a verdade é um ato revolucionário” (George Orwell, escritor inglês, 1903-1950)

“O homem prudente não diz tudo o que pensa mas pensa tudo o que diz” (Aristóteles, filósofo grego, 384-322 a.C.)

“A coragem é a primeira das qualidades humanas, porque garante todas as outras” (Aristóteles, idem)

“A esperança seria a maior das forças humanas, se não existisse o desespero” (Victor Hugo, escritor francês, 1802-1885)

I)- Introdução

“O homem vive da razão e sobrevive de sonhos” (Miguel Unamuno, pensador espanhol, 1864-1936)

É vulgar dizer-se que o Mundo está em crise. Que o nosso País está também em crise. Que o setor da saúde está numa crise cada vez mais profunda. Tão vulgar, que o seu sentido vai progressivamente perdendo os contornos identitários originais e a tonalidade afetiva de um sinal de alerta inicial foi-se esfumando de seguida, pouco a pouco, na voracidade do tempo. No fundo, é como se uma indiferença paralisante nos anestiasse a alma e nos obnubilasse a razão. Tudo se passa, assim, como se essa mesma realidade fosse pacífica e progressivamente aceite como inevitável e estivesse permanentemente indexada ao nosso quotidiano pessoal e coletivo. Compreensível, mas certamente muito perigoso e contraproducente.

Não fora o real desespero de muitos dos doentes com que alguns de nós, profissionais de saúde, nos confrontamos amiúde, ou mesmo, a constatação de que um número

crescente desses mesmos profissionais estão a sofrer, eles próprios, de idêntica e tão maléfica “enfermidade”, e tudo isto talvez não fosse mais do que um efêmero, mas incómodo pesadelo. Porém, para uns quantos de nós, deixou definitivamente de ser possível abstermo-nos de clamar bem alto pela denúncia deste estado de coisas. É que o “Rei” já não vai propriamente nu como outrora. Já lhe tiraram mesmo a pele e se esvai lentamente, sangrando de morte à vista de todos, embora poucos tenham a coragem de o afirmarem pública e explicitamente, ou estejam prontos a deitar-lhe a mão em seu socorro. Algo que, com algumas eventuais exceções, nem mesmo alguns licenciados na arte da ciência médica, sobretudo os que nunca tiveram qualquer atividade clínica no seu registo biográfico, jamais o poderão compreender com a profundidade que advém da prática de tão inolvidável mister e da proximidade quotidiana com o Ser Humano sofredor.

A sensação que existe, de forma apenas latente para uma larga

maioria, mas que assume uma clarividência bem mais patente para aqueles que, de entre nós, tentam afanosamente compreender a verdadeira gênese destes fenómenos, é que ninguém quer (ou quis) deliberadamente destruir o SNS. O que existe, é uma política meio oculta e sub-reptícia que dura há vários anos que, sendo transversal a muitos governos e políticos, se caracteriza essencialmente pela sua progressiva asfixia. Como se as raízes de uma planta fossem secando lentamente por lhe terem exaurido o oxigénio, secado a água e sonogado os imprescindíveis nutrientes e, assim, a sua vitalidade se fosse perdendo ao ponto de deixar irremediavelmente de ser viável. Isto, para que um destes próximos dias, alguém do alto da sua eloquente cátedra venha clamar, de forma cínica e vertendo “lágrimas de crocodilo”: O “doente” já não é reanimável, apesar das denodadas tentativas dos melhores “especialistas”, pelo que não resta outra alternativa que não seja a de lhe passar o correspondente “atestado de óbito”...

Às vezes, é mesmo preciso que experimentemos a dolorosa sensação de perda para darmos o devido valor ao que tínhamos como certo, sobretudo para os que se comportaram com tão acintosa, nefasta e permanente “indiferença” face aos grandes problemas que nos afetam coletivamente! Vejamos, pois, de seguida, alguns exemplos daquilo que acabo de aludir, para melhor se poder compreender das razões que estão na base desta reflexão. A metodologia seguida visou privilegiar, sobretudo, a autenticidade do pensamento e das emoções, no intuito assumido de fugir aos estereótipos tão idolatrados no momento presente e segundo os quais as pessoas se vão aparentemente parecendo cada vez mais umas com as outras, mas em que, paradoxalmente, cada um aparece antes como um verdadeiro estranho perante si próprio, integrado numa sociedade que, sendo edificada pelos Homens, cada vez faz dos Seres Humanos algo de supérfluo e dispensável!!!

II)- Os Doentes

“O maior pecado para os nossos semelhantes não é odiá-los, mas sim tratá-los com indiferença” (George Bernard Shaw, ensaísta inglês, 1856-1950)

Ser doente não é mesmo nada fácil. Costumo dizer aos meus doentes, a este propósito, o seguinte: Talvez eu faça uma ideia mais aproximada do que é estar no lugar deles, do que estes fazem, do que é estar no meu (médico e diretor de serviço de um hospital público), tal é a magnitude das graves disfunções provocadas pela enorme burocracia e pela gritante ineficiência dos meios tecnológicos que, levadas aos limites do absurdo, literalmente nos submergem e revoltam, fazendo-nos desesperar nos bastidores, uma vez, ou em plena con-

sulta, na frente do próprio doente (e do computador!), noutras. No entanto, não deixo de acrescentar sempre que, pela minha vontade, jamais inverteria a posição. Essencialmente, porque tenho a efetiva consciência de duas coisas. Em primeiro lugar que, por mais que nos contrarie exercer a atividade clínica nas circunstâncias que nos têm vindo a ser impostas, sou médico por vontade própria e por vocação, sendo pois um verdadeiro privilégio e uma enorme honra sentir-me constantemente útil aos doentes, aos demais cidadãos e à sociedade. É que este tipo de sentimentos, no decurso do exercício de uma qualquer outra profissão é, nos dias de hoje, uma absoluta raridade, sendo também condição imprescindível de realização profissional e pessoal. Em segundo lugar, porque só se sabe efetivamente o que é estar doente, sendo-se doente, e que ser-se doente é, certamente, integrar a parte mais vulnerável desta complicadíssima “equação”, o que, naturalmente, de todo, jamais invejarei.

Por muito que nos queiram “pintar o quadro” de modo diferente, a realidade dos factos é que a atual crise económica teve (e continua a ter) implicações terríveis na vida de muitos doentes. Alguns deles deixaram de estar isentos do pagamento de taxas moderadoras, para passarem a estar dispensados, o que, justificadamente (!!...), interpretaram como sendo o primeiro passo para, um dia destes, passarem a pagá-las mesmo na consulta de especialidade onde se tratam da sua principal doença. Tal foi o caso dos infetados por VIH, que passaram a ter de pagar sempre que são referenciados a outras consultas ou ao próprio serviço de urgência para resolverem os demais problemas de saúde que frequentemente acompanham o seu estado de

imunodeficiência, a não ser que preencham os critérios definidos para a denominada “insuficiência económica”, digo, “indigência”. Noutros, como no caso dos infetados por vírus hepatotrópicos, que antes estavam isentos, passaram a ter que pagar todas as taxas moderadoras (incluindo consultas, atendimentos no serviço de urgência e exames auxiliares de diagnóstico, independentemente da especialidade) com a mesma exceção anteriormente referida. O mesmo se aplica ao transporte que frequentemente têm que utilizar para se deslocarem ao hospital. É pois lícito relembrar que o preceito Constitucional de o SNS ser “gratuito”, passou a ter a eufemística redação de “tendencialmente gratuito” e, depois, foi o que todos constatámos. As taxas moderadoras foram instituídas e os seus valores foram subindo, ao ponto de deixarem de ser um alegado desincentivo ao denominado “consumismo” dos cuidados de saúde, para serem um verdadeiro co-pagamento, o que muitos sentem que desvirtua completamente a intenção inicial... Aquelas realidades, a par da forte diminuição dos apoios sociais, da enorme taxa de desemprego, da grande precariedade dos vínculos contratuais de trabalho, dos ordenados cada vez mais exíguos, da emigração em números só comparáveis à registada nas décadas de 50 a 60 do século passado, da crescente dificuldade em conseguir um seguimento clínico adequado no país de destino (apesar dos múltiplos acordos bilaterais ou, mesmo, ao nível comunitário, oficialmente celebrados no âmbito da CEE, que supostamente o deveriam garantir), da acentuada desestruturação da instituição familiar e do tecido social de suporte, das enormes dificuldades na deslocação para o hospital onde alguns dos cuida-

dos médicos têm que ser prestados (seja pela distância, seja pela quase inexistência de transportes públicos às horas mais convenientes, ou pelos custos inerentes, etc.), tudo isto contribuiu, decisivamente, para piorar os índices de bem-estar, mesmo que tal não seja efetivamente extraível das respetivas estatísticas oficiais disponíveis.

Basta escutar os seus permanentes lamentos e angústias, ou assistir às sucessivas tentativas de solução, muitas vezes infrutíferas, das assistentes sociais ou das denominadas ONGs! É frequente darem-nos conta que têm, por vezes, de optar por tomarem, além dos antivíricos (gratuitos), apenas uma parte da restante terapêutica (para profilaxia de certas complicações oportunistas, ou para tratamento de outros problemas de saúde concomitantes, bastante frequentes e com eventuais implicações muito nefastas no seu prognóstico vital e funcional também), como seja o caso dos medicamentos para a hipertensão arterial, para a diabetes, para a dislipidemia, ou para a osteoporose, etc. Pagar do próprio bolso uma prótese dentária ou auditiva, fazer um tratamento estomatológico, comprar uns óculos, adquirir um apoio ortopédico fica, muitas vezes, completamente fora da capacidade económica de alguns doentes, mesmo dos que não são classificados no patamar que oficialmente define a condição de indigência. O que não deixa de ser irónico é que lhes é fornecida gratuitamente terapêutica que custa ao erário público muitos milhares de euros, e depois não se consegue que adquiram o que é muito menos oneroso, quando isto poderá, pelas aludidas complicações decorrentes, anular, parcial ou integralmente, todo o vultuoso investimento já efetuado.

Um notável exemplo que corpori-

za precisamente toda esta contradição diz respeito ao caso de um doente que esteve internado na enfermaria do Serviço que dirijo em Setúbal até há muito pouco tempo, com alta clínica há mais de um ano, que sempre qua saía do hospital, com a sua imunodeficiência bem controlada, logo tinha que reentrar através do Serviço de Urgência, porque simplesmente era impossível assegurar a regularidade necessária da toma da sua medicação, pois apresentava uma conjugação “explosiva” de três fatores que quase não encontram resposta cabal na realidade atual do nosso País: Estar infetado por VIH, ter doença psiquiátrica e ser um denominado “problema social” sem qualquer suporte familiar minimamente estruturado. Quanto não terá custado este internamento ao orçamento da instituição? Quantos doentes poderiam ter beneficiado destes mesmos cuidados, se a cama que ele ocupou (indevidamente...) tivesse ficado vaga logo que o mesmo teve alta clínica? Quantos doentes poderiam ter deixado de estar incomodamente deitados durante dias a fio, em macas no corredor do Serviço de Urgência, à espera de uma cama a que tinham pleno direito? Quem será verdadeiramente responsável por este enorme prejuízo? Por mim, na qualidade de médico e de diretor de serviço, enquanto não fosse encontrada uma solução digna para o cidadão, estaria na disposição de o manter internado o resto da sua vida. Jamais imaginaria, sequer, mandar pô-lo à porta do Hospital. E, por isso, uma dúvida inquietante me assalta o espírito, sempre que penso em casos semelhantes (que não são tão raros assim, embora quase nunca com esta tão grande dimensão): Será, de futuro, sempre assim? Não assistiremos, tal como noutros países “mais evoluídos”,

um dia destes, à alta compulsiva e administrativa deste tipo de doentes, a mando de um qualquer “assético” e “competentíssimo” burocrata?

A percentagem de doentes que não aderem regularmente aos cuidados de saúde, na realidade do Serviço que dirijo, orça os 30%, o que implica que, segundo os modelos matemáticos credíveis que nos permitem conhecer e antecipar adequadamente a evolução epidemiológica das doenças transmissíveis, como no caso da infeção por VIH, as mesmas não irão ser tão facilmente controladas quanto seria possível e desejável (e é apontado pela ONUSIDA como uma meta para 2020, ou seja, 90% de doentes identificados, 90% destes em tratamento, e 90% dos quais com virémia indetetável, estratégia a que Portugal aderiu sem reservas...), esbatendo-se assim, grandemente, o impacto positivo do muito vultuoso investimento realizado com as terapêuticas bastante eficazes de que hoje em dia dispomos. Demonstrou-se também, inequivocamente, as vantagens, quanto à custo-efetividade, de passar a ter políticas verdadeiramente consequentes de identificação precoce (e por vezes, mesmo, sistemática) dos infetados (quer para o VIH, quer para os vírus hepatotrópicos e outras DTSs). Mas onde estão elas, pergunto? Será que não se entende que os serviços hospitalares de especialidade não são, eles mesmos, suficientes para ultrapassarem sozinhos tamanhas adversidades, por mais imaginativos e eficazes que possam ser, sem a ajuda de outras estruturas de apoio, quer na comunidade, quer internas à própria instituição?

Nota: 1ª de 4 Partes. Continua no nº 173 de Outubro com o capítulo III)- Os Médicos

Diogo Q. Magalhães

Médico interno de formação específica de Medicina Geral e Familiar

Rita de Almeida Rebelo

Médica interna de formação específica de Medicina Geral e Familiar

Linda Rosa Pinto

Assistente de Medicina Geral e Familiar



Desafios de uma lista multicultural

Com as atuais exigências do trabalho diário do Médico de Família, com listas cada vez mais numerosas, maior número de consultas diárias em tempos recorde, a utilização de vários programas informáticos em simultâneo (e a sua lentidão inerente), como podemos abordar as diferentes situações clínicas dos doentes com outras nacionalidades e culturas?

Existem algumas regiões do nosso país nas quais, por diversas razões, os Médicos de Família têm inscritos na sua lista de utentes, indivíduos provenientes de outras nacionalidades, com diferentes costumes sócio-culturais. Torna-se imperioso fazer um esforço adicional nestas consultas, para ultrapassar as barreiras linguísticas e culturais que nos possam impedir de prestar os melhores cuidados a estes doentes. No nosso caso em particular, enumeram-se vinte e uma nacionalidades representadas na mesma lista. Muitas vezes o domínio de outros idiomas por parte dos médicos não é suficiente, pois o doente utiliza apenas a sua língua de origem ou dialeto e a comunicação

torna-se não verbal, recorrendo a gestos e imagens, nem sempre com sucesso. Além disso, deve conhecer minimamente as culturas e abordar os diferentes temas clínicos sem desrespeitar as várias crenças e costumes, procurando simultaneamente não descurar a vertente científica necessária. Mostra-se árduo o caminho a percorrer com estas famílias, sendo inconcebível realizar o mesmo em quinze ou vinte minutos quando, por vezes, o doente nem consegue explicar o motivo que o trouxe à consulta ou as nossas tentativas de comunicação não são eficazes, originando frustração em ambas as partes.

A título de exemplo, recordamos o caso de uma grávida prove-

niente do Bangladesh que veio a uma consulta de seguimento. Nesse dia por decisão clínica foi-lhe entregue uma carta com destino ao SU de Obstetrícia. Na consulta seguinte, a doente devolve a mesma carta destinada aos cuidados hospitalares! Ficou dolorosamente claro que não entendeu que o objetivo era ir ao SU. Outras situações frequentes englobam a presença de um familiar ou acompanhante como tradutor, comprometendo a relação médico-doente.

Apesar dos desafios, é um enorme privilégio contactar com esta multiculturalidade, com as suas diferentes tradições, diferentes crenças sobre o corpo, a saúde e a doença ou a experiência prévia com um sistema de saúde dife-

rente. A cada consulta saímos mais enriquecidos, não só do ponto de vista profissional, mas também pessoal.

Após esta breve reflexão, permitam-nos questionar: será legítimo continuar a exigir que se faça medicina ao ritmo de um relógio apressado? Prontidão nas consultas com comunicação rápida, eficaz e excelentes registos em 15 ou 20 minutos? Torna-se claro que obstáculos como os previamente descritos prolongam o tempo de consulta. Qual a solução nestes casos? Mais tempo para poder consultar o Google tradutor? Recurso a material audiovisual? Melhor formação na área de comunicação não verbal? Uma vez mais se demonstra que não se podem tratar as listas

de utentes de todos os Médicos de Família por um padrão único e com cifras fixas e iguais porque, somos realmente flexíveis e facilmente nos adaptamos às circunstâncias mas, também somos seres humanos.

Com a globalização crescente,

torna-se necessário um maior foco sobre este tema, com a discussão de políticas de saúde e intervenções na comunidade que minimizem as dificuldades existentes, permitindo prestar cuidados de excelência a todos os cidadãos.



Concurso de fotografia digital da OM 2016

Vai realizar-se mais uma edição do Concurso de fotografia digital da Ordem dos médicos – 2016. Trata-se de uma iniciativa de âmbito nacional, organizada pela Sub-Região de Setúbal que tem por objetivo fomentar, reconhecer, premiar e difundir a criatividade dos médicos apaixonados pela fotografia enquanto modo de expressão artística. O concurso é de tema livre e é aberto a todos os inscritos na Ordem dos Médicos com as quotas regularizadas. Os trabalhos não podem ter sido premiados noutros concursos e poderão ser a cores e/ou a preto e branco, sendo autorizada a edição digital de imagem. Se deseja participar, terá que enviar os trabalhos em formato jpg com um mínimo de 2000 pixels no seu lado mais pequeno, por correio eletrónico, como anexo, para o endereço foto@gmail.com, sem assinatura ou qualquer outra forma de identificação. No mesmo e-mail, deverão constar nome, cédula profissional, morada, endereço eletrónico, contatos telefónicos, título da fotografia, local e ano em que a imagem foi captada. A impressão dos trabalhos seleccionados ficará a cargo do autor, sendo que deverá ter a dimensão de 30cmx40cm. O prazo de entrega é até ao final do dia 15 de Novembro de 2016. O primeiro prémio corresponde à impressão de 20 fotografias e exposição das mesmas no ano seguinte; segundo e terceiro classificados receberão livros sobre fotografia ou vales-oferta. Serão ainda seleccionados vinte trabalhos para participar numa exposição a inaugurar no dia 07 de Janeiro de 2017 em Setúbal. É obrigatória a consulta do regulamento completo, disponível em: www.ordemdosmedicos.pt (bastando pesquisar por “Regulamento do Concurso de fotografia digital da OM 2016”).



Joana Filipa Reino Freire
Interna de 1º ano de MGF UCSP Santa Maria II Bragança

“O meu primeiro doente”

Com este artigo, a autora pretende transmitir o sentimento de uma interna de 1º ano que logo no seu primeiro doente se depara com uma verdadeira montra do que poderá ser a vivência da Medicina Geral e Familiar no seu dia-a-dia.

A minha chegada ao mundo da Medicina Geral e Familiar...

Foi com entusiasmo e alguma ansiedade (nervosismo também) que aguardei a chegada do grande dia. Desde que escolhi esta fantástica especialidade várias perguntas me foram surgindo... como será, o que me esperará, irão gostar do meu trabalho? Assim, com uma enorme vontade de começar uma nova etapa da minha vida profissional, entrei no Centro de Saúde cheia de expectativas. Jamais esquecerei aquele dia 4 de Janeiro! Após uma receção acolhedora, calorosa e desde logo muito familiar, teve início uma manhã de consultas. Entrou então no gabinete, um senhor de 83 anos de idade com múltiplas co-morbilidades (síndrome metabólica, cardiopatia isquémica, insuficiência venosa periférica, hipertrofia benigna de próstata, divertículo vesical, bexiga de esforço, DM tipo 2, adenocarcinoma invasivo do reto, hérnia inguino-escrotal direita, lipossarcoma da coxa esquerda recidivante, coxartrose exuberante à direita e patologia degenerativa lombar). Um senhor que apesar

de todas as dificuldades na vida, entrou no consultório com um sorriso nos lábios e ansioso por desejar um bom ano ao seu médico de família, que mais que um médico, era e é um amigo.

O “meu primeiro doente” permitiu-me, de imediato, ver o vasto leque de patologias que fazem parte desta maravilhosa e ao mesmo tempo “assustadora” especialidade. Assustadora pela responsabilidade, dedicação e pelos vastos conhecimentos que exige, sendo que frequentemente é vista com descrédito por parte de muitos colegas de outras especialidades.

Com este artigo, o que pretendo é transmitir o sentimento de uma interna de 1º ano que logo no seu primeiro doente se depara com uma verdadeira montra do que poderá ser a vivência da Medicina Geral e Familiar no seu dia-a-dia.

Assim, vemos que a MGF é um reino magnífico, onde não se vê apenas uma doença mas um todo, onde orientamos, tratamos e acompanhamos cada doente e toda a sua envolvente.

Este caso reflete o dia-a-dia de

muitos de nós, que nos deparamos com pacientes sem apoio familiar nem ajudas ao domicílio e aos quais devemos proporcionar o melhor conforto possível.

Também é importante nunca esquecer que o nosso primeiro dever é promover a saúde, um direito ao qual nem sempre todas as pessoas tem a mesma possibilidade de aceder e cabe-nos a nós, diminuir essas diferenças e ajudar todos sem esperar nada em troca.

Um das coisas que mais me fascinam em MGF é o facto de podermos seguir e conhecer toda uma família desde o pequenino benjamim até aos avós e que cada consulta e cada doente que entra no nosso consultório é um “novo mundo”.

Portanto, e em modo de conclusão, MGF é uma especialidade muito bonita e muito vasta, que merece o reconhecimento devido e onde o céu é o limite para os nossos sonhos e objetivos. Todos merecem o nosso carinho e respeito e é fundamental olhar para os utentes como pessoas e não apenas como doentes.

**José Aleixo Dias**

Director Médico Pfizer Biofarmacêutica Lda

Sobre as “doações” da Indústria Farmacêutica

Surgiram recentemente notícias em vários órgãos da Comunicação Social sobre os patrocínios que a Indústria Farmacêutica (IF) tem facultado a associações, sociedades científicas, universidades, hospitais, centros de saúde, centros de investigação e profissionais de saúde, com base nos dados acessíveis através da Plataforma de Comunicações, Transparência e Publicidade do Infarmed.

Muitas dessas notícias referem que os Laboratórios “deram” no primeiro semestre de 2016 cerca de 36 milhões de euros. A forma como estas notícias são tituladas e veiculadas, o desconhecimento da realidade do país e das relações institucionais existentes, bem como, a pouca divulgação que a indústria faz junto da população das acções que desenvolve, levam frequentemente, a uma leitura enviesada, desvirtuada e até injusta, sobre a realidade das acções desenvolvidas.

Importa clarificar que a grande maioria dos patrocínios concedidos, resultam de pedidos directamente efectuados à IF, destinados a apoiar a formação complementar e actualização dos profissionais de saúde (participação e apresentações em congressos, jornadas, colóquios, encontros, workshops, etc...) no âmbito da investigação básica e clínica, do diagnóstico e do tratamento da doença.

Apoia-se também a formação em novas técnicas e metodologias (investigação, epidemiologia, bioestatística, farmacoeconomia, etc) e de soft skills (liderança, gestão de tempo, técnicas de apresentação, entre outras) e estimulam-se as boas práticas e a excelência, através de bolsas e prémios. Ao apoiar a frequência destes cursos, estágios e experiências e ao premiar o trabalho de qualidade, a IF presta um contributo relevante à comunidade científica, aos profissionais de saúde e à população que não pode ser escamoteado.

E os donativos? Sim! Existem mas, em volume muito menor do que o apregoado. Segundo a Plataforma de Comunicações e Transparência do Infarmed, terão sido concedidos durante o primeiro trimestre de 2016 cerca de 36 milhões de euros. Desse valor, apenas cerca de 600 mil € resultaram de donativos a associações de doentes,

ligas, universidades e sociedades científicas. Muitas destas instituições que lutam pelos direitos dos doentes e os apoiam como às suas famílias e cuidadores, só o podem fazer porque recebem esta ajuda. Quanto aos profissionais de saúde, muitos deles só através do apoio da IF conseguem actualizar-se, apresentar os seus posters e papers em congressos e publicar o resultado das suas investigações. Os profissionais da IF regem-se por códigos de ética, de boas práticas, de transparência, por regulamentos extremamente exigentes e estão sujeitos a auditorias internas muito frequentes. É justo que se reconheça o trabalho que a IF realiza em prole do desenvolvimento, da ciência e da saúde da nossa população.