

Atualidade
Quero deixar o setor público!
pág. 19

ACTA MÉDICA
PORTUGUESA

ACTA MÉDICA
JGUESA

MED PORT.
1870-199X
1646-0758

ACTA MÉDICA
PORTUGUESA

ACTA MED PORT.
ISSN-0870-199X
e-ISSN-1646-0758

Entrevista
Rui Tato Marinho

Acta Médica Portuguesa: uma revista com impacto científico
pág. 30

ACTA MÉDICA
PORTUGUESA

ACTA MED

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 31
N.º 160
Junho 2015

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

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

Impressão:
A Regional artes gráficas e pub.,lda
Rua dos Congregados, 25/27
4710-370 Braga

Depósito Legal: **7421/85**
Preço Avulso: **2 Euros**
Periodicidade: **Mensal**
Tiragem: 47.000 exemplares
(10 números anuais)

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



S *umário*

05 *editorial*

informação

- 09 Natalidade: um problema de falta de visão estratégica
- 10 Regime jurídico do Internato Médico
- 11 Apoiar a mobilidade dos médicos no mercado de trabalho europeu
- 12 Relações dos médicos com a indústria farmacêutica
Oferta de aplicações informáticas de gestão médica

actualidade

- 13 Alguns exemplos de excelência médica
- 17 Conferências por Christopher J. Duffin
- 18 Participe no Núcleo de Poesia do ACMP
- 19 Quero deixar o setor público!
- 23 Cartas aos Jovens Médicos
- 26 Médicos Ilustres da Minha Cidade
- 28 Medicina e fotografia

entrevista

- 30 Rui Tato Marinho,
Acta Médica Portuguesa: uma revista com impacto científico

SRC - informação

- 36 O Fim da Humanização da Saúde: uma fatalidade?
- 38 Tributo aos médicos com 50 e 25 anos de carreira
- 41 'Clube do Livro' na SRCOM

SRN - informação

- 42 Humanização foi a palavra de ordem no Dia do Médico da SRN
- 45 A verdade dos factos
- 46 CRN contesta incumprimento dos descansos compensatórios e solidariza-se com os médicos do IPO Porto

SRS - informação

- 48 CHMT enfrenta défice de recursos e má organização
- 50 A fuga de cérebros
- 51 Auto das Barcas pelo Teatro Singular
- 52 Tempo do médico ou do enfermeiro a trabalhar isolados já acabou

opinião

- 54 Ser médico hoje...
- 57 Carta aberta sobre as DAV
- 58 Os jovens Médicos e o futuro
- 62 O sonho de desvendar o mistério da interação mente-matéria
- 64 Mudam-se os tempos... mudam-se as necessidades
- 66 Especialistas não se comparam... Formam-se!
- 67 Reflexões sobre a actualidade em Saúde
- 68 A Arte de não comunicar
- 70 *Hospital at home* – a realidade fora de Portugal
- 72 Medicina e escrita
- 76 O cerne e o borne

histórias da história

- 78 Literatura e Medicina: da Idade Média ao Séc. XVI
- 81 Amato Lusitano na história dos cuidados paliativos



Nota da redacção: Os artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores, não representando qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos. Relativamente ao acordo ortográfico a ROM escolheu respeitar a opção dos autores. Sendo assim poderão apresentar-se artigos escritos segundo os dois acordos.

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro
 CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: José Filipe Farelle Neves
 DERMATOPATOLOGIA: Esmeralda Vale
 ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão
 EEG/NEUROFISIOLOGIA: Maria Regina Brito
 GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: Jorge Amil Dias
 GINECOLOGIA ONCOLÓGICA: Carlos Freire de Oliveira
 HEPATOLOGIA: Luís Tomé
 MEDICINA INTENSIVA: José Artur Paiva
 MEDICINA MATERNO-FETAL
 MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge
 NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Helena Jardim
 NEONATOLOGIA: Daniel Virella
 NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira
 ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: Nuno Reis Farinha
 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: José Pedro Moreira da Silva
 HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira
 MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes
 MEDICINA FARMACÊUTICA: Ana Maria Nogueira
 MEDICINA HIPERBÁRICA: Oscar Camacho
 MEDICINA PALIATIVA: Isabel Galriça Neto
 MEDICINA DO SONO: Teresa Paiva
 NEUROLOGIA
 PATOLOGIA EXPERIMENTAL: António Silvério Cabrita
 PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL: Alberto Costa
 SEXOLOGIA CLÍNICA: Pedro Freitas



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Prevenção

A prevenção é a forma mais inteligente e barata de melhorar a nossa saúde e prolongar a nossa vida.

Se cada um de nós levasse uma vida saudável, seriam evitados 90% dos casos de Diabetes, 80% dos enfartes do coração, 70% dos AVC e 70% dos cânceros do intestino grosso. Por cada cigarro, cada fumador perde em média 11 minutos de vida.

Estima-se que descer a tensão arterial na população em apenas 2 a 3 mmHg, pela redução do consumo de sal, seria tão eficaz na diminuição dos riscos globais da hipertensão como a prescrição

O Governo fraquejou perante os poderosos lóbis da indústria agroalimentar e dos refrigerantes

de medicamentos a todos os hipertensos! As batatas fritas de pacote, pelo sal e pela gordura frita, são uma espécie de veneno alimentar empacotado.

Pelos efeitos fantásticos da prevenção, propusemos a implementação de uma política fiscal que penalizasse todos os alimentos prejudiciais à saúde, como já acontece com o álcool e tabaco e também é preconizado no relatório da Gulbenkian sobre o SNS e nas mais importantes revistas científicas, mas o Governo fraquejou perante os poderosos lóbis da indústria agroalimentar e dos refrigerantes. É pena.

In "Correio da Manhã" - 4 de Dezembro de 2014



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Desgraças

O Centro de Saúde (CS) Arnaldo Sampaio, de Leiria, tem 13 extensões rurais, com 51 000 utentes inscritos. Destes, 30% não têm Médico de Família (MF), 24% não têm acesso a consultas de Saúde Infantil e 44% não têm acesso a consultas de Planeamento Familiar nem a consultas de Saúde Materna.

Faltam nove médicos, nove enfermeiros e oito administrativos, com graves dificuldades em elaborar escalas de Consulta Aberta.

A culpa é do Ministério da Saúde, que transfor-

Os Centros de Saúde são repartições burocráticas

mou os CS em repartições burocráticas e desvalorizou de tal forma o trabalho médico que os médicos preferem sair para o setor privado, reformarem-se ou emigrar.

A culpa é do Ministério da Saúde, que não contrata enfermeiros nem administrativos, arrasta os concursos para médicos e não cria condições para recontratar transitoriamente os médicos de que necessitar dos 1400 Médicos de Família que se reformaram nos últimos 5 anos.

Os portugueses sofrem, mas o Governo prossegue com a satisfação de estar a "poupar" à custa dos doentes.

In "Correio da Manhã" - 15 de Janeiro de 2015



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Chocante!

Estou chocado com o estado do SNS, com várias mortes sem assistência nas urgências, tempos de espera anormalmente elevados e doentes internados em macas.

São os efeitos de uma profunda crise Social e na Saúde, consequência dos exagerados, insensíveis e mal avaliados cortes orçamentais.

A grave realidade é conhecida de todos e reproduzida na comunicação social.

É conflagrador assistir ao desmoronamento do Ministério da Saúde (MS), que, numa campanha dema-

O Ministério não tinha qualquer plano para o inverno

gógica e em plena crise, anuncia o estudo de medidas avulsas e desarticuladas, algumas patéticas e outras que não serão cumpridas, obras em urgências que só poderão ser feitas por um próximo Governo, reabertura de centenas de camas para as quais agora não tem profissionais, etc., etc.

A verdade é que o MS não tinha qualquer plano preparado para fazer face ao inverno!

A Ordem dos Médicos há muito tempo que avisava e está disponível para um debate construtivo.

Cortar é fácil. Gerir bem, em Saúde, é só para quem sabe.

In "Correio da Manhã" - 29 de Janeiro de 2015

CORREIO DA SAÚDE

● JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Falta de médicos?

O Primeiro-ministro afirmou que não é por falta de dinheiro que os hospitais têm menos médicos que os necessários. Tal afirmação é contrária à verdade, como é fácil demonstrar.

Na Saúde, como sabemos, falta dinheiro em todos os setores, inclusive para contratar médicos!

Faltou dinheiro para reduzir as reformas antecipadas, os pedidos de redução de horário dos médicos e as saídas para o setor privado.

Faltou dinheiro para contratar médicos reformados, que poderiam dar um Médico de Família a todos os portugueses.

O SNS não contrata mais por falta de financiamento

Faltou dinheiro para reduzir o imenso fluxo emigratório de médicos. Só em 2014 emigraram 387 médicos!

Faltou dinheiro para reforçar as equipas das Urgências com mais médicos, com médicos mais experientes e com mais horas de trabalho médico.

Portugal é o quarto país da Comunidade Europeia e o quinto da OCDE com mais médicos no ativo e forma quase 2000 novos médicos por ano!

Conclusão: o SNS não contrata mais horas de trabalho médico por falta de financiamento.

In "Correio da Manhã" - 12 de Fevereiro de 2015

CORREIO DA SAÚDE

● JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Hepatite C

Poderia e deveria ter acontecido mais cedo, mas finalmente foi conseguido um acordo entre o Ministério da Saúde e a Gilead para a comparticipação a 100% dos novos medicamentos da Hepatite C.

A Ordem dos Médicos e eu próprio queremos regozijarmo-nos pelo feliz entendimento, que vai permitir curar milhares de doentes que estavam, a breve prazo, condenados à morte, assim voltando a ser cidadãos válidos e, aqueles em que a doença ainda não estava muito avançada, completamente saudáveis.

Ficaria mais caro o não tratamento destes doentes

O tratamento é caro, mas devemos ter consciência que ficaria muito mais caro ao SNS e aos nossos impostos o não tratamento destes doentes, pois a evolução da doença para cirrose, cancro ou transplante desencadearia uma despesa muito superior.

É mais um êxito impressionante da investigação em medicina e dos médicos. A breve prazo poderá ser completamente erradicada mais uma doença infecciosa grave.

Em termos humanos e económicos, este acordo foi uma excelente decisão e um ótimo investimento.

In "Correio da Manhã" - 26 de Fevereiro de 2015

CORREIO DA SAÚDE

● JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Fixar médicos

Portugal é o quarto país da Comunidade Europeia com mais médicos e está a formar 1500 especialistas por ano, mas perdeu capacidade de fixar médicos no SNS, porque o Governo quer especialistas a 8 euros líquidos/hora! Muitos saem para o privado e só em 2014 emigraram 387 médicos.

Por isso, a Ordem dos Médicos, com a preocupação que todos os cidadãos tenham acesso a um médico especialista, em Medicina Geral e Familiar ou numa especialidade Hospitalar, recebe posi-

Começam a chegar notícias mais positivas para a saúde?

tivamente as recentes medidas do Ministério da Saúde para melhorar a capacidade do SNS atrair e fixar médicos, particularmente no interior do país.

Outras medidas construtivas em estudo são os concursos institucionais e abertos, começar-se a remunerar os jovens especialistas como especialistas quando terminam a especialidade e os hospitais poderem contratar médicos em regime de prestação de serviços, prescindindo de empresas fornecedoras de mão obra.

Começam a chegar notícias mais positivas para a Saúde?

In "Correio da Manhã" - 12 de Março de 2015

CORREIO DA SAÚDE



● JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

ADSE

O Ministério da Saúde apropriou-se da ADSE, que se tornou um verdadeiro saco azul, em cuja gestão tem óbvios conflitos de interesse.

Em 2014, a ADSE deu um lucro de 200 milhões de euros, que são dos seus beneficiários, não do Ministério da Saúde! Mas o lucro para o MS é ainda maior, pois os beneficiários, quando recorrem ao setor privado, estão a poupar ao Serviço Nacional de Saúde os atos que aí não consomem.

Além disso, os beneficiários da ADSE pagam a saúde duas vezes, pois

Os beneficiários da ADSE devem geri-la autonomamente

pagam as suas elevadas contribuições para a ADSE, que dá lucro, e pagam os seus impostos para o SNS, que pouco utilizam. Por isso, estão a sair da ADSE, que é opcional, a um ritmo contínuo, o que pode pôr em causa a sustentabilidade da própria ADSE.

A ADSE tem de ser gerida pelos seus contribuintes, para poderem beneficiar dos respetivos lucros e conseguirem muitos mais benefícios pelo mesmo valor da enorme taxa que pagam.

A Ordem dos Médicos considera que os beneficiários da ADSE devem organizar-se e geri-la autonomamente.

CORREIO DA SAÚDE



● JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Somos o que comemos

A SIC passou em 'prime time' uma excelente reportagem sobre os terríveis malefícios do açúcar e as múltiplas formas encaipotadas como somos quase obrigados e enganados com os alimentos processados que compramos, muitos deles com excesso de açúcar nos seus componentes.

Por exemplo, quantas pessoas sabem que numa lata de ice tea (chá gelado) há cerca de três pacotes de açúcar?

O problema da obesidade infantil em Portugal é gravíssimo, culpa da ili-

Uma lata de ice tea tem cerca de três pacotes de açúcar

teracia em Saúde e dos pais. Vai originar custos pessoais, nas crianças, e em saúde elevadíssimos.

Todavia, o Ministério da Saúde gasta apenas 4% do seu orçamento em prevenção e continua sem tomar qualquer medida concreta de penalização da fast-food, dos refrigerantes e afins, verdadeiros venenos alimentares e enormes consumidores do orçamento do SNS.

A sugestão que aqui deixo, pelo inestimável serviço público que pode prestar, é que o Ministério da Saúde financie uma série regular de programas do género daquele que a SIC, em feliz hora, efetuou.

CORREIO DA SAÚDE



● JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Aleitação

Ficámos chocados com a notícia de que os dois maiores hospitais do Porto obrigavam as mulheres a fazer prova de amamentação, mais preocupados com os resultados financeiros do que com a ética e o respeito pelas mulheres.

Dois pontos se levantam:

- As administrações violaram a Lei, mas, como foram nomeadas pelo Governo, ficarão impunes?

- Esta alegada intervenção NÃO faz parte das competências dos Médicos do Trabalho, que cometeram uma ilegalidade,

As administrações violaram a Lei. Ficarão impunes?

incumpriram o Código Deontológico e se transformaram em agentes da Administração.

Consequências: a Ordem dos Médicos comunicou a situação ao Conselho Disciplinar e todos os médicos envolvidos serão objeto de um competente procedimento.

Proposta: que todas as mulheres (ou o pai) com filhos até aos três anos tenham direito a licença de maternidade de 2h/dia, independentemente de amamentarem ou não.

O Governo tem aqui uma boa oportunidade para demonstrar que é consequente nas medidas de apoio à natalidade.

In "Correio da Manhã" - 26 de Março de 2015

In "Correio da Manhã" - 9 de Abril de 2015

In "Correio da Manhã" - 23 de Abril de 2015



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Isenção de taxas

Os jovens até aos 18 anos foram isentados de taxas moderadoras. Quero sublinhar que esta foi uma excelente medida do Ministério da Saúde, que se aplaude. Todas as medidas que desonerem as famílias das enormes despesas com os filhos são muito importantes.

O mais grave desafio que se coloca a Portugal é o demográfico. Portugal está a envelhecer a um ritmo que rapidamente o colocará como o país mais velho do mundo. O índice de envelhecimento de Portugal (o número de

São necessárias medidas para aumentar a natalidade

peças com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos) era de 44,9 em 1981 e é de 127,8 em 2011. Ou seja, temos muito mais idosos do que jovens, pelo que, em termos demográficos, Portugal é um país insustentável. São necessárias mais medidas, que se aguardam urgentemente, para aumentar a natalidade e diminuir a emigração dos jovens. Porque é que o Governo nada fez ainda no que concerne à dispensa do trabalho em duas horas diárias para todas as mães com crianças até aos três anos (pelo menos), amamentem ou não, e para impedir o seu despedimento?

In "Correio da Manhã" - 7 de Maio de 2015



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Sangue

As reportagens da TVI sobre o enorme escândalo de desperdício do plasma português são impressionantes.

Há muitas mãos manchadas de sangue neste processo, que só vem a público graças à comunicação social, que desempenha um papel essencial nesta democracia doente em que vivemos.

Não é tolerável que o presidente da ARS-LVT se recuse mostrar o contrato de arrendamento de um apartamento pertença de um homem-forte da poderosa Octapharma e no qual viveu longamente enquanto detentor de um cargo público.

Em qualquer país decente já teria havido processos

Não é tolerável que o secretário de Estado da Saúde, sempre tão pronto a comentar tudo, se refugie num estranho, assustador e comprometedor silêncio quanto a este escândalo. E o papel do IPST?

Senhor ministro da Saúde, seja consequente e não combata apenas alguma corrupção. Em qualquer país decente da Europa já teria havido processos e demissões dos principais atores políticos deste escândalo de desperdício e corrupção. Em Portugal, nada acontece?

In "Correio da Manhã" - 18 de Junho de 2015



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Morte

Foi arquivado o inquérito sobre a morte de uma jovem diabética de 20 anos, em agosto de 2012, na urgência do Hospital de Portimão, por provável enfarte do miocárdio. Não houve erro médico.

Porém, há óbvios responsáveis: as deficiências da Triagem de Manchester, aplicada por enfermeiros, e a espera de várias horas com a cor amarela, fruto dos poucos médicos escalados, para a Administração poupar dinheiro!

Espero que, no futuro, a IGAS tenha coragem e in-

Morreu uma jovem de 20 anos e culpa morre solteira?

dependência para apontar o dedo às responsabilidades da gestão do Ministério da Saúde, que impôs cortes exagerados ao orçamento dos Hospitais. Morreu uma jovem de 20 anos e a culpa também morre solteira? Em Portugal parece que sim, porque as Administrações são avaliadas só por critérios financeiros e não pela forma como os seus Hospitais tratam os doentes. Uma vergonha!

Para prevenir mais mortes evitáveis exige-se que as Administrações dos Hospitais sejam penalizadas quando os tempos de espera da Triagem de Manchester forem ultrapassados!

In "Correio da Manhã" - 2 de Julho de 2015

Natalidade: um problema de falta de visão estratégica

A Ordem dos Médicos considera que, estando o país numa gravíssima situação demográfica, que faz soar todos os sinais de alarme, e, ao mesmo tempo, enfrentando uma situação económica não muito favorável, devem ser implementadas medidas de incentivo à natalidade que possam ir para lá da simples atribuição de subsídios. Com o intuito de alertar e contribuir para a resolução desse problema, o Presidente da OM, José Manuel Silva, dirigiu uma carta a Assunção Esteves, Presidente da Assembleia da República, a qual passamos a transcrever.

Exm^a Senhora Presidente,

Dirijo-me a Vexa no sentido de apelar à sua sensibilidade feminina e devido ao facto de ser a mulher que ocupa o mais alto cargo público da nação.

Pretendo expor-lhe uma situação que preocupa profundamente a Ordem dos Médicos e, creio, tomou as proporções de todos conhecidas por manifesta falta de visão estratégica do País, para o médio e longo prazo.

Refiro-me à dramática diminuição da natalidade, talvez o mais grave desafio que Portugal enfrenta, ao apropriado direito à redução de horário para amamentação e à forma controversa de fazer a respectiva certificação, que carece de uma solução concreta.

O assunto já foi notícia de telejornais, encheu páginas de jornais, chocou a opinião pública e fez chegar à Ordem dos Médicos comunicações e denúncias diversas, expressando preocupação sobre como agir perante estes casos e relativamente ao alegado com-

portamento menos correcto de alguns Médicos do Trabalho. Foi aberto um inquérito no Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

Nada tendo sido alterado de substantivo, a Ordem dos Médicos continua a ser confrontada com as dificuldades e dúvidas de aplicação da Lei e com exigências absurdas por parte de algumas instituições, nomeadamente a apresentação de atestados mensais de amamentação!

Se o Médico de Família ou o Médico Assistente, por força da Lei e para que esta possa produzir os seus efeitos legais, necessitam de atestar, com base na verdade, que a mulher amamenta, e não sendo fácil a verificação presencial do acto de amamentar, restam-lhes uma das três seguintes hipóteses:

- a “expressão mamária”, que, garantindo que a mulher produz leite, para além de desconfortável do ponto de vista físico e psíquico, não garante, mesmo assim, que a mulher amamente;

- o recurso a análises químicas, que

têm custos económicos directos e indirectos e que também não garantem que a mulher amamente; - acreditar no depoimento da interessada.

Exma Sr^a Dr^a Assunção Esteves, MI Presidente da Assembleia da República,

A Ordem dos Médicos admite que, perante a imposição da Lei, possa haver abuso da parte de algumas mulheres e desfavor de outras, que, não querendo submeter-se a nenhum dos meios de prova preferem abdicar do seu direito. Desta forma, a situação actual consome recursos e pode ser injusta, pelo que urge modificá-la.

A Ordem dos Médicos considera que, estando o País numa gravíssima situação demográfica, que faz soar todos os sinais de alarme, e, ao mesmo tempo, enfrentando uma situação económica não muito favorável, devem ser implementadas medidas de incentivo à natalidade que possam ir para lá da simples atribuição de subsídios. Assim, sugerimos que Vexa possa ser agente da mudança, desenca-

deando as acções que estejam ao seu alcance para que seja posto em marcha um processo legislativo que conduza a que seja consignado em Lei o direito a 2 (duas) horas diárias de redução de horário a TODAS as mulheres com filhos até aos 3 (três) anos de idade.

Tal solução colocaria todas as mulheres em pé de igualdade, independentemente de amamentarem ou não, iria ao encontro das necessidades e expectativas dos pais e das crianças, e seria um forte estímulo para a natalidade, particularmente porque constituiria uma medida que contribuiria para reduzir um dos ónus que a penaliza. Para além disso, combateria os

custos e a pressão sobre os serviços de saúde, reduziria a imensa carga burocrática dos atestados, com consequente diminuição da despesa, e representaria um sinal importante, concreto e objectivo que a Assembleia da República daria ao País, no sentido de mostrar a sua disposição em ajudar a resolver o emergente problema da catástrofe demográfica para que inexoravelmente caminhamos, caso nada comece a ser feito desde já.

Exma Sr^a Dr^a Assunção Esteves,
MI Presidente da Assembleia da República,
Considere este escrito e a inerente proposta, que muito desejaríamos

que fosse concretizada, como um contributo empenhado de uma Instituição que vive e sente os problemas do País e das pessoas de forma especialmente sensível, que sobre eles reflecte e para os quais tenta encontrar e apresentar soluções.

Expostas as nossas razões e pretensões, competirá a Vexa julgar se têm merecimento.

Queira Vexa aceitar os nossos melhores cumprimentos,
O Presidente
Prof. Doutor José Manuel Silva
Cc ao Presidente da República, ao Primeiro Ministro e ao Provedor de Justiça

Regime jurídico do Internato Médico

Publicamos em seguida o comunicado sobre o Decreto-Lei 86/2015 em que a Ordem dos Médicos expressa publicamente a sua satisfação pelos resultados alcançados e saúda a publicação consensual deste DL.

Foi publicado a 21 de Maio de 2015 o DL 86/2015, que define o regime jurídico da formação médica especializada com vista à obtenção do grau de especialista e estabelece os princípios gerais a que deve obedecer o respetivo processo.

Depois de um longo e inicialmente difícil período de diálogo com o Ministério da Saúde, a Ordem dos Médicos quer expressar publicamente a sua satisfação pelos resultados alcançados e saudar a publicação consensual deste DL.

Foram introduzidas várias alterações de carácter estruturante nas condições de ingresso no internato médico, nomeadamente definindo novas regras de colocação, valorizando também o percurso académico dos candidatos, e a abertura de um único procedimento concursal, bem como, finalmente, a criação de um novo modelo de prova nacional de ingresso no internato médico, de acordo com as propostas da Ordem dos Médicos. O presente DL, visando a manutenção da qualidade da formação médica especializada em Portugal, uma das melhores da Europa, confirma o papel fundamental da Ordem dos Médicos em todas as fases do processo de formação pós-graduada, valorizando e reconhecendo assim aquela que tem sido a frutuosa colaboração entre a Ordem dos Médicos e o Ministério da Saúde nesta complexa e sensível matéria.

Salienta-se ainda o facto da autonomia passar a ser atribuída no final do Ano Comum, de ser salvaguardado que a prestação de trabalho dos Médicos Internos em Serviço de Urgência dever ser compatível com as atividades dos respetivos programas de formação e a constituição de um Grupo de Trabalho com o objectivo de avaliar o sexto ano “profissionalizante”, dependendo do seu trabalho a decisão quanto ao futuro do Ano Comum, que se manterá a não ser que seja publicado um diploma próprio que proceda à sua revogação.

A Ordem dos Médicos aguarda agora com expectativa positiva a publicação da Portaria com o Regulamento do Internato Médico, desejando que se mantenha o clima de entendimento que permita preservar a estabilidade e a qualidade da formação médica em Portugal.

Ordem dos Médicos, Lisboa, 22 de Maio de 2015



Apoiar a mobilidade dos médicos no mercado de trabalho europeu

Com o intuito de contribuir para alargar o leque de opções de carreira ao dispor dos profissionais de medicina membros da Ordem, apoiando em particular a mobilidade destes profissionais no seio do mercado de trabalho europeu e dar a conhecer as capacidades dos médicos portugueses a empregadores europeus, a Ordem dos Médicos celebrou um protocolo de cooperação com o Instituto do Emprego e Formação Profissional, IP.

A Ordem dos Médicos e o Instituto do Emprego e Formação Profissional, IP celebraram no dia 8 de Junho de 2015 um protocolo de cooperação com vista ao desenvolvimento de ações conjuntas no apoio aos médicos que pretendam trabalhar noutros países europeus.

Devido à sua particular especialização em termos de competências, a saúde - e, em particular, a medicina - é uma das áreas profissionais que gera maior número de oportunidades de emprego no mercado de trabalho europeu, como resultado de grandes desfasamentos observados, em cada país / região, entre as necessidades de recrutamento, a oferta educativa-formativa existente e os profissionais disponíveis, dando origem a um número significativo de oportunidades / necessidades de recrutamento transnacional todos os anos.

A globalização económica e a

mobilidade individual exigem uma contínua informação, uma permanente harmonização de práticas profissionais e um atento seguimento das tendências internacionais em assuntos relevantes para a defesa dos interesses profissionais dos médicos portugueses - que são hoje cada vez mais determinados em centros de decisão internacional. Por outro lado, a crescente mobilidade internacional dos médicos portugueses deve levar a Ordem dos Médicos a manter uma atenção especial nas intervenções dirigidas à proteção e promoção de novas oportunidades e de melhoria das respetivas condições de exercício profissional.

O IEFP, IP tem desenvolvido um conjunto de atividades e eventos de recrutamento, designadamente no âmbito da rede EURES, particularmente direcionados para profissionais de saúde, com bons resultados

em termos de colocação transnacional - sendo crescentes as solicitações, por parte de parceiros europeus, de divulgação de oportunidades de emprego na área da medicina.

Tendo em conta esse enquadramento, o Protocolo celebrado visa contribuir para alargar o leque de opções de carreira ao dispor dos profissionais de medicina membros da Ordem, apoiando em particular a mobilidade destes profissionais no seio do mercado de trabalho europeu; dar a conhecer as capacidades dos médicos portugueses a empregadores europeus e potenciar a divulgação de saídas profissionais na Europa na área da medicina junto do público-alvo relevante.

O protocolo pode ser consultado no site nacional da Ordem dos Médicos (www.ordemdosmedicos.pt)

Relações dos médicos com a indústria farmacêutica

Oferta de aplicações informáticas de gestão médica

Foi questionado o Departamento Jurídico sobre se é deontologicamente correcto os médicos aceitarem como oferta da indústria farmacêutica uma aplicação informática que faz a gestão de toda a área médica do seu consultório/clínica.

Nas palavras dos consulentes a “*aplicação funciona como uma solução de gestão médica total que controla a admissão dos pacientes, agendamento, sala de espera, fichas de pacientes, historial clínico, prescrição electrónica de medicamentos e facturação electrónica devidamente certificadas.*”

Vejamos o que diz o Código Deontológico da Ordem dos Médicos no Capítulo III do Título V, sob a epígrafe “Relações com a indústria farmacêutica”:

“Artigo 153.º
(Princípios gerais)

1 - O médico não pode solicitar ou aceitar ofertas de qualquer natureza por parte da indústria farmacêutica ou outros fornecedores de material clínico, salvo nos casos especificados no artigo 154.º. (sublinhados nossos)

2 - É considerado particularmente grave do ponto de vista ético qualquer forma de retribuição como contrapartida da prescrição.

3 - Nas apresentações científicas, na actividade docente e na comunicação de resultados de investigação deve o médico revelar os seus interesses e outras relações com a indústria farmacêutica e outros fornecedores de dispositivos médicos.

Artigo 154.º
(Excepções)

1 - Exceptuam-se as ofertas, por parte da indústria farmacêutica ou outros fornecedores de material clínico, que tenham valor intrínseco insignificante ou as de livros de referência ou qualquer outra informação ou material com fins especificamente formativos, desde que estejam relacionadas directamente com a prestação de cuidados médicos ou envolvam benefício directo para os doentes. (sublinhados nossos)

2 - Exceptuam-se ainda as ofertas, por parte da indústria farmacêutica ou outros fornecedores de material clínico:

a) De bolsas de estudo ou prémios científicos atribuídos publicamente por um júri independente de reconhecida idoneidade;

b) De fundos que possibilitem a participação dos médicos em estágios, congressos ou outras reuniões científicas, que contribuam para o aperfeiçoamento profissional dos médicos, desde que acreditados pela Ordem, e mediante a apresentação de comprovativo documental idóneo da participação no evento;

c) De fundos que possibilitem a organização por parte dos médicos de congressos, simpósios e outras acções de formação científica que contribuam

reconhecidamente para o aperfeiçoamento profissional dos médicos, desde que acreditados pela Ordem.

3 - Para os efeitos previstos nas alíneas b) e c) do número anterior, a Ordem é a única entidade que procede à avaliação da idoneidade científica dos eventos.

4 - A apreciação da idoneidade científica dos eventos é definida em Regulamento próprio.”

Da mera leitura dos preceitos deontológicos transcritos decorre, para nós linearmente, que a situação exposta pelos consulentes não se enquadra nas situações prefiguradas pela deontologia médica portuguesa.

Com efeito, o médico não pode aceitar ofertas de qualquer natureza por parte da indústria farmacêutica salvo se o seu valor for intrinsecamente insignificante ou tenha carácter formativo, o que não é o caso em apreço.

É este o nosso parecer.

O Consultor Jurídico
Paulo Sancho
2015-02-12
425/2014/CNE

Alguns exemplos de excelência médica

As áreas em que de alguma forma se distinguiram os médicos de que vamos falar são diversas como diversos são os seus feitos. Pequenos ou grandes, estes acontecimentos e/ou distinções representam a superação, o trabalho de excelência desses profissionais, a sua dedicação e humanismo. Em momentos em que os incentivos escasseiam, esperamos, pelo menos, contribuir para garantir que não escasseie o reconhecimento devido e a divulgação dos seus feitos.

Presidente da ALTEC homenageado no Brasil

O presidente da ALTEC, Carlos Mesquita, cirurgião dos Hospitais da Universidade de Coimbra e coordenador do respetivo Centro de Trauma, foi homenageado no Brasil, durante a II Reunião Ibero-Afro-Americana de Trauma e Cirurgia de Emergência, que reuniu em Abril de 2015 representantes de 11 países de língua espanhola e portuguesa, tendo-lhe sido conferido o título de Membro Honorário Internacional da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado. Carlos Mesquita coordena, ainda, o Grupo de Trabalho para a Formação Específica em Cirurgia de Emergência da Ordem dos Médicos e é membro da direcção da European Society for Trauma and Emergency Surgery, sediada em Bruxelas.

A comemorar o seu 10º aniversário, a ALTEC organizará em Coimbra de 11 a 21 de Novembro de 2015 o 8º Encontro Internacional de Trauma e Cirurgia de Emergência cujo programa - que inclui diversos cursos e um simpósio - está disponível no site nacional da OM.



Médico português no top do *American Journal Neuroradiology*

No final de 2014 o médico português Pedro M. Gonçalves Pereira, Médico Neurorradiologista, Hospital dos Lusíadas / Hospital de Vila Franca de Xira,



surge no TOP 100 de publicações na área da Neurorradiologia da Epilepsia do *American Journal Neuroradiology* com dois artigos publicados (<http://www.ajnr.org/site/specCol/SpecColl14TOC.xhtml>): “Apparent Diffusion Coefficient Mapping of the Hippocampus and the Amygdala in Pharmaco-Resistant Temporal Lobe Epilepsy” - *AJNR Am J Neuroradiol* 2006 27: 671-83 e “MR Volumetric Analysis of The Piriform Cortex and Cortical Amygdala in Drug-Refractory Temporal Lobe Epilepsy” - *AJNR Am J Neuroradiol* 2005 26: 319-32. Este médico português foi o único autor principal com 2 publicações selecionadas para integrar o TOP 100 do *AJNR*, publicação periódica médico-científica no âmbito da Neurorradiologia que é referenciada como a mais importante a nível mundial.

Psiquiatra português distinguido como Melhor Jovem Investigador

Tiago Reis Marques foi distinguido com o prémio de Melhor Jovem Investigador, galardão atribuído em Abril no decorrer do 15º Congresso Internacional de Investigação da Esquizofrenia, que decorreu nos Estados Unidos. O jovem investigador foi o primeiro português a vencer este prémio cujo propósito é "distinguir jovens investigadores que desenvolvem trabalhos de investigação básica ou clínica na área da esquizofrenia e também estimular o desenvolvimento de carreiras científicas focadas nesta doença psiquiátrica". Na nota de imprensa de Tiago Reis Marques o homenageado explicava que a sua investigação tenta perceber "de que forma o stress provoca alterações cerebrais na conectividade cerebral e a relação que isso tem com a resposta terapêutica". Tiago Reis Marques tem 38 anos e desenvolve a sua actividade no Instituto de Psiquiatria do King's College, em Londres, onde atualmente leciona.



Distinção de Mérito em Gestão dos Serviços de Saúde

Paulo Mendo foi eleito para a primeira Distinção de Mérito em Gestão dos Serviços de Saúde atribuída pela Ordem dos Médicos, um prémio criado em 2014, numa iniciativa da Competência de Gestão dos Serviços de Saúde. Além de uma vasta e muito importante intervenção política, na Medicina, Paulo Mendo foi um reputado neurologista que em 1964 fundou e passou a dirigir o primeiro serviço português de Neurorradiologia no Hospital de Santo António, no Porto, do qual foi director. Apenas algumas das razões, mais do que suficientes, para ser um justo vencedor desta Distinção de Mérito.



Melhor instrutora europeia de Anestesiologia



Mafalda Ramos Martins, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), foi distinguida, no início de Junho, com o prémio de "Melhor instrutora europeia de Anestesiologia", galardão atribuído no Congresso da Sociedade Europeia de Anestesiologia que decorreu em Berlim. Esta médica portuguesa é responsável pela formação dos médicos internos de Anestesiologia do CHUC e, em declarações a propósito do prémio sublinhou: "O prestígio do reconhecimento europeu pela excelência do ensino da Anestesiologia no nosso hospital coloca Portugal na liderança europeia da formação e ensino desta especialidade e facilita a internacionalização do conhecimento aqui gerado". Já a diretora do serviço de Anestesiologia do CHUC, Clarinda Loureiro, que também esteve presente na cerimónia de atribuição do prémio, não escondeu a sua "profunda alegria pelo reconhecimento internacional a uma destacada médica" da sua equipa.

Fausto Pinto assumiu Presidência da European Society of Cardiology



O cardiologista português Fausto Pinto assumiu a presidência da Sociedade Europeia de Cardiologia neste congresso. Para além das novidades reservadas aos congressistas, o presidente eleito da ESC aborda os desafios que se colocam atualmente à especialidade e as prioridades do seu mandato para o biénio 2014-2016. Trata-se de uma reeleição pois no mandato anterior, Fausto Pinto já havia conseguido esse feito inédito até então: a eleição de um representante português para o mais alto cargo da Sociedade Europeia de Cardiologia. Esta eleição para novo mandato não só reflecte o reconhecimento do excepcional trabalho científico desenvolvido nos últimos anos pelo médico português como reconhece o seu trabalho à frente da Sociedade Europeia de Cardiologia. A Sociedade, fundada em 1950, representa perto de 80 000 Cardiologistas em 55 Sociedades Nacionais de Cardiologia, 19 Grupos de Estudo, 5 Associações e 5 Councils, bem como 36 Sociedades Cardiológicas Internacionais Afiliadas.

Médica premiada pelo Centro Norte-Sul do Conselho da Europa



O Centro Norte-Sul do Conselho da Europa, com sede em Lisboa desde 1990, tem como principal objetivo promover uma cidadania mundial, assente no respeito pelos Direitos humanos e na responsabilidade dos cidadãos, através do diálogo entre a Europa, o Sul do Mediterrâneo e África, e criou um prémio honorífico em 1995. Um dos Prémios Norte-Sul 2014 foi atribuído à médica Maura Lynch, que, no dia 1 de Julho, recebeu esse prémio das mãos do Presidente da República, Aníbal Cavaco Silva. Maura Lynch é médica-cirurgiã e obstetra e dedicou a sua vida a promover e proteger os direitos humanos, em particular o restabelecimento da dignidade dos mais desfavorecidos. Ao serviço das Missionárias Médicas de Maria, passou 20 anos em Angola e mais de duas décadas no Uganda, onde ajudou a fundar uma clínica especializada na realização de cirurgias vitais para tratar a fístula obstétrica, no hospital de Kitovu no Sudoeste do país.



Jaime Milheiro homenageado no IX Colóquio “Psicanálise e Cultura”

O IX Colóquio “Psicanálise e Cultura” do Porto, organizado pelo Instituto de Psicanálise do Porto (Sociedade Portuguesa de Psicanálise) teve como temática central “Misteriosidade, Religiosidade, Religiões”, tema dedicado ao psicanalista português Jaime Milheiro, que desenvolveu os conceitos de misteriosidade e religiosidade, pretensamente universais, antecedendo as religiões, estas formalizadas e tendendo para o dogmatismo. Jaime Milheiro, além de ensaísta, teve uma importância ímpar no desenvolvimento da psicanálise no Norte do país e desempenhou os mais altos cargos no campo institucional da psicanálise e da psiquiatria em Portugal, facto que foi meritariamente destacado neste encontro.

Médica interna presta socorro durante um voo



Nádía Camate é uma médica interna do 5º ano da especialidade de Medicina Interna, a exercer funções na VMER do Hospital Amato Lusitano - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. Em Abril último, enquanto estava de férias nos EUA, durante um voo interno, uma passageira sofreu uma paragem cardíaca o que, no contexto específico de uma viagem aérea, representa sempre uma aflição sobredimensionada pelo facto de faltarem os recursos necessários que possam salvar a vida em risco. Do seu lugar, a jovem médica interna apercebeu-se que algo de anormal estaria a acontecer e uma hospedeira explicou que uma passageira havia perdido os sentidos. Acorrendo de imediato para junto da mesma, Nádía Camate iniciou as manobras de suporte básico de vida. Durante a manobra de reanimação, a médica tranquilizou quer a tripulação quer os passageiros circundantes, assegurando-lhes ser médica de profissão e com formação em emergência médica. Após uns minutos de reanimação, foi restabelecida circulação espontânea, encontrando-se a passageira estável, consciente, colaborante e orientada no tempo e no espaço. Foi contactado o serviço de emergência local, que aguardou pela chegada do avião afim de se proceder ao transporte da passageira para uma unidade de saúde, para realização de exames complementares de diagnóstico. Na sequência do auxílio prestado e do desfecho positivo desta situação, a médica recebeu a 4 de Junho de 2015 um agradecimento por escrito, por parte da companhia aérea norte americana, American Airlines.



Conferências por Christopher J. Duffin

Página dupla da obra *De Lapidibus* na obra *Ortus Sanitatis* (1491), fonte que fornece grande informação sobre elementos geológicos (Wellcome Library, London)

Christopher J. Duffin, geólogo e paleontólogo da Geological Society de Londres, Consultor do Museu de História Natural de Londres, galardoado com o Prémio Mary Anning da Associação Britânica de Paleontologia, em 2011, autor de numerosas publicações, entre as quais se destacam estudos sobre temas portugueses, como Pedro Hispano e a Pedra de Goa, esteve entre nós para proferir três conferências, numa iniciativa do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos em colaboração com o Museu Nacional de Arqueologia de Lisboa, e integrando o Ciclo de Cultura e Debate, Kerensia Sefardi, parceria entre Associação de Amizade Portugal-Israel, a Cátedra de Estudos Sefarditas Alberto Benveniste da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, a Universidade Lusófona de Lisboa e o Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos.

A conferência na Ordem dos Médicos, *Tales from the Apothecary's chest* foi presidida por João Granha, em representação de Jaime Mendes, presidente da Secção Regional do Sul, que patrocinou a sessão, e a quem agradecemos.

O investigador e organizador de dois congressos em 2011 e 2014, dedicados às relações da Geologia com a Medicina, praticamente desconhecidas entre nós, trouxe-nos informações que levantaram grande interesse e foram

alvo de interessantes debates, tendo descodificado e clarificado muito do que nos habitualmente surpreende quando deparamos com as terapêuticas médicas antes do século XIX.

Transcrevemos em seguida a tradução do resumo da conferência apresentada na Ordem dos Médicos, no dia 2 de Junho de 2015.

Histórias do armário farmacêutico

A transição do final do século XVII para o início do século XVIII constituiu um momento curioso no desenvolvimento da *Materia Medica*, tendo a abordagem “galénica” tradicional sido substituída progressivamente pela “química”, um precursor necessário





para farmacologia moderna. Da farmacopeia desta época, chegaram até nós cinco gabinetes britânicos completos ou parciais de *materia medica* que constituem o ponto de partida para um estudo das alterações no uso de matérias naturais ao longo deste período. Os gabinetes de trabalho e de ensino contêm espécimes

dos elementos originais e transformados de matéria botânica, zoológica e geológica. Destes, alguns foram diminuindo a popularidade (por exemplo, o *Scincius officinalis*, um réptil, usado em medicina, otólitos de peixes, escorpiões, chifres de unicórnio, nefrites (formas de jade), ardósia irlandesa, pirite e granadas,

pedra de carvão e azeviche), outros quase nunca foram utilizados (por exemplo, belemnites, espinhas de fósseis equinóides, Pedra de Goa, hematites, aetites (géodos), enquanto outros continuaram a ser usados, simples ou transformados (por exemplo, sangue de dragão, víbora, pérolas, âmbar, cinábrio, selenite, *terra sigillata*). As colecções, a partir do conhecimento actual, fornecem uma perspectiva única sobre este período dinâmico da história da terapêutica médica.

Texto e tradução de Maria do Sameiro Barroso

Nota: o resumo e a tradução das três conferências pode ser consultado no site da Ordem dos Médicos, na área dedicada à História da Medicina

Quando a noite perde o rosto,
Palavras que se recusam
Aos muros do teu desgosto.
De repente coloridas
Entre palavras sem cor,
Esperadas, inesperadas
Como a poesia ou o amor.
Lê-me de quem se ama
No mapa da revelação
No papel abanico da paixão
Palavras que nos transportam
Aonde a noite é mais forte
E o silêncio dos amantes

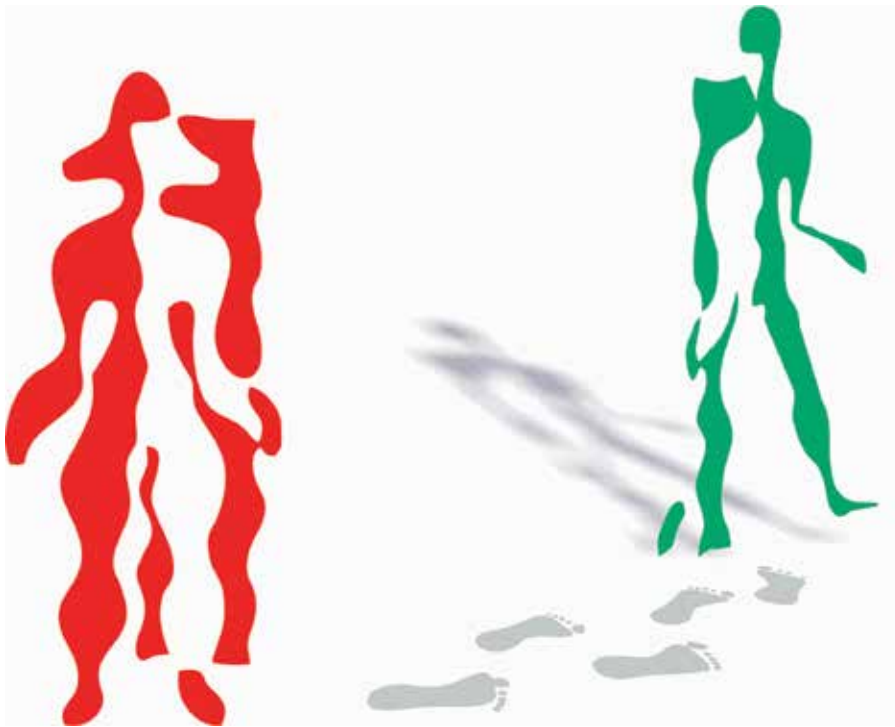
Participe no Núcleo de Poesia do ACMP

O Núcleo de Poesia do ACMP - Auto-Club Médico Português nasceu a 11 de Abril de 2012 e vai na sua 21ª reunião. Estas reuniões consistem no encontro de pessoas interessadas/apaixonadas pela poesia, e a participação está aberta a médicos e não médicos.

As reuniões do Núcleo de Poesia do ACMP têm lugar, regra geral, numa quarta-feira acordada entre todos os participantes (a cada reunião é agendada a seguinte). Os interessados podem simplesmente comparecer, levando poemas - de sua autoria ou de outros poetas, nacionais ou não -, para lerem ou declamarem. São aceites propostas de todos os membros para, por exemplo visitas a casa de poetas ou locais por eles frequentados em encontros onde, no local visitado, se poderá declamar poesia.

Mais que encontros de formalidade acentuada, estas reuniões do Núcleo de Poesia do ACMP traduzem-se em tertúlias com amigos que têm em comum o gosto pela Poesia. Os autores que tenham obra editada e que assim o desejarem podem inclusivamente deixar exemplares para venda no ACMP.

Para saber a data da próxima reunião contacte: ACMP, sito na Av. Elias Garcia, nº 123, 1º eq.; Todos os interessados estão convidados a participar. Para mais informações: 21 780 21 90



Quero deixar o setor público!

Entre Maio de 2014 e Maio de 2015 cerca de cinco dezenas de médicos denunciaram os seus contratos de trabalho com o Serviço Nacional de Saúde. Contactámos alguns desses médicos e pedimos que nos explicassem as razões que os levaram a deixar o setor público. Em todas as respostas encontramos sinais de desalento e cansaço, mesmo nos especialistas mais jovens, não só pela falta de reconhecimento do mérito individual, como pela falta de condições para evoluir profissionalmente.

Quarenta e nove pedidos de exoneração num ano é um número elevado. As razões de ser desses pedidos de exoneração são variadas e, em alguns casos, servem apenas o propósito de repetir a Prova Nacional de Seriação e concorrer novamente no concurso A ou simplesmente celebrar novo contrato noutra estabelecimento do SNS. Mas, mesmo que descontemos todos esses casos, ainda encontramos muitos médicos que, simplesmente, se desencantaram com o setor público ou cansaram-se da inflexibilidade, dos cortes no vencimento, das diferenças fomentadas pelos diferentes tipos de contratação que coexistem no setor público ou da falta de condições para um exercício de qualidade e de acordo com a *leges artis*. Nos últimos anos foram criados diversos tipos de contratação que coexistem no setor público (desde médicos pagos à hora através de empresas,

a contratos individuais de trabalho com condições remuneratórias mais aliciantes, contratos em regime de contratação pública - funcionários públicos) o que originou diferenças de tratamento entre profissionais numa mesma instituição, e, por vezes, numa mesma especialidade, categoria e serviço, diferenças essas que contribuíram para a desestruturação das carreiras, para a sensação de falta de reconhecimento e consequente desencantamento dos médicos. Alguns dos médicos com quem falámos referem precisamente a instabilidade provocada por certos tipos de contratação e a desestruturação das carreiras médicas como fatores que estão a “empurrar” os médicos para a emigração ou para o setor privado. Resumimos em seguida quatro testemunhos em que os entrevistados expõem as razões que os obrigaram a dizer “eu quero deixar o SNS”...

Em Portugal as perspetivas são um susto...

Isabel Lourenço Mira é especialista em Anatomia Patológica e denunciou o seu contrato de trabalho com funções públicas em Abril deste ano. “Vou abandonar o SNS e vou trabalhar para fora da Europa”, mais precisamente para um hospital público em Macau. No serviço onde trabalhava “já havia falta de patologistas e agora ficou ainda com menos um”. A saída do SNS, e de Portugal, teve múltiplas razões: “a falta de reconhecimento, as questões financeiras que todos sabemos (baixa de ordenado, subida de IRS...), a diminuição de condições de trabalho, a perseguição do ponto, etc.” Acresce que Portugal não é, atualmente, um país com grandes atrativos: “tenho duas filhas que acabaram a licenciatura: uma fez o mestrado inte-

grado de Medicina e candidatou-se à especialidade na Suíça tendo sido aceite. A outra licenciou-se em Publicidade e Marketing e tem poucas hipóteses de emprego cá por isso irá para a Austrália. A mais nova está no 10º ano e continuará os estudos na escola portuguesa de Macau que tem fama de ser muito boa". Mas em que momento é que a emigração se tornou uma inevitabilidade para esta família? "O que despoletou mesmo a saída de Portugal foi o facto do meu marido, engenheiro civil com uma experiência de 30 anos, ter ficado desempregado e sem perspectivas nessa área. E em Macau ele tem hipóteses". As questões económicas, tiveram, naturalmente o seu peso... "Obviamente que o salário em Macau é muito melhor, com impostos muito mais baixos e em que cada um desconta para a sua reforma (e o Estado desconta 14%)". Mesmo assim, "se as condições em Portugal fossem melhores, a minha família ficaria cá e toda junta. Como sabe as perspectivas para licenciados jovens são um susto", conclui.

Se as condições em Portugal fossem melhores, a minha família ficaria cá e toda junta. Como sabe as perspectivas para licenciados jovens são um susto...

Continuar em funções era ser cúmplice de uma situação de risco

Paula Teresa Carvalho é psiquiatra e trabalhou 28 anos no serviço

público antes de, em Fevereiro de 2015, ficar a trabalhar só no setor privado. No Centro Hospitalar do Oeste, onde trabalhava, "era a única psiquiatra do quadro", e desde o final do internato médico, sempre acumulou funções públicas e clínica privada. Sobre a saída não hesita em explicar: "saí por achar que a administração do meu hospital mantinha uma atitude de completa indiferença e de boicote aos problemas e dificuldades do serviço, em relação à insuficiência de resposta às necessidades dos doentes e à lista de espera, ignorando e desvalorizando todas as propostas e soluções apresentadas pelos médicos. Em meu entender estava-se numa situação de risco quer em relação aos doentes, quer para os técnicos do serviço. Continuar em funções, a partir de certa altura, era ser cúmplice de uma situação que já se arrastava há muito tempo". Não tendo ficado a ganhar mais "no total", esta especialista explica assim que não saiu por questões financeiras nem por causa das dificuldades do Serviço: "Sempre gostei muito de trabalhar no serviço público, pois acho que há muito trabalho a fazer a nível do SNS e por ter acreditado que é possível ter uma saúde de qualidade e de inovação, sem isso significar serviços mais caros. A minha área preferencial é a Psiquiatria Comunitária, de articulação entre serviço hospitalar e cuidados de saúde primários... E foi nessa área que mais apostei e investi a nível dos projetos que desenvolvi no setor público. Saí, não por causa das dificuldades, mas devido à recusa ativa da administração em apostar em boas soluções e no funcionar de um modo colaborativo no trabalho que deveria ser conjunto entre a parte clínica e a administração", conclui.

Saí por achar que a administração do meu hospital mantinha uma atitude de completa indiferença e de boicote aos problemas e dificuldades do serviço, em relação à insuficiência de resposta às necessidades dos doentes e à lista de espera, ignorando e desvalorizando todas as propostas e soluções apresentadas pelos médicos.

Não queria continuar a trabalhar em períodos incómodos

Gastrenterologista de 47 anos pediu exoneração e mudou para o sector privado, depois de 21 anos no SNS. Reconhece que com esta troca ficou a ganhar em termos económicos e explica que nunca deixou o SNS porque "não precisava do dinheiro e sempre achei que me sentia mais realizada com a medicina hospitalar, entretanto mudei completamente de opinião. Há atualmente uma possibilidade de escolha de emprego médico que não existia antigamente, onde dominavam os hospitais públicos", refere esta especialista, que desde há 1 ano começou a exercer clínica privada. Como motivações para o pedido de exoneração refere que "não queria continuar a trabalhar em períodos incómodos:

Não queria continuar a trabalhar em períodos incómodos: noites e fins de semana, estava muito cansada, tinha que fazer muitas urgências semanais contra vontade. Fui obrigada a alterar o meu contrato de trabalho para incluir 12 h de urgência no horário.

noites e fins de semana, estava muito cansada, tinha que fazer muitas urgências semanais contra vontade. Fui obrigada a alterar o meu contrato de trabalho para incluir 12 h de urgência no horário. Para além disso, a lei diz que de forma excecional podemos ser obrigados a 12 h extraordinárias por semana, ora isto é aplicado todas as semanas, ano após ano. Eram, portanto, muitas vezes, duas noites por semana". Acresce que o "ordenado é muito superior no privado", caracteriza o sistema público como "burocrático, ineficiente e avesso à mudança" e explica que trabalhou em vários hospitais públicos onde se sentiu bem tratada, mas que no último hospital onde esteve colocada sentiu que os médicos não são devidamente acarinados pela administração. Para se ter mantido no setor público considera que teria sido necessário "haver uma flexibilização dos contratos de trabalho, que permita a contratação em concorrência com os privados, em mercado livre". Relativamente à desestruturação das carrei-

ras médicas, esta gastroenterologista considera que não é uma questão relevante: "para mim é totalmente indiferente". Mas a criação nos últimos anos de diversos tipos de contratação que coexistem no setor público acarretou uma "sensação de falta de reconhecimento para quem tem contrato mais desfavorável, porque os contratos não se baseiam no mérito. Se os melhores fossem mais bem pagos, achava bem", afirma. O facto de haver profissionais com situações contratuais (e remunerações) distintas, sem se basearem no mérito, implica igualmente "desencantamento" pois "sente-se a injustiça" mas "é tudo escondido, o que causa um sentimento de desconfiança e instabilidade", conclui.

Nota da redação: esta médica preferiu não ser identificada pelo nome.

Quero trabalhar num Serviço mais diferenciado

Oftalmologista de 34 anos, trabalhava simultaneamente em ambos os setores mas pediu exoneração do SNS em setembro do ano passado e passou a exercer apenas medicina em instituições privadas e como prestador de serviços em hospitais públicos. Com uma área de referência com cerca de 300 mil pessoas, o hospital público onde trabalhou anteriormente tinha apenas dois 2 oftalmologistas, "um rácio claramente insuficiente". O Centro Hospitalar em causa tinha dois pólos e foi criada uma consulta de Oftalmologia em cada um desses locais. "Ou seja, havia um oftalmologista em cada hospital, a trabalhar isoladamente a maior parte da semana". Num desses pólos

a consulta nunca tinha existido e não havia qualquer exame de diagnóstico para esta especialidade... "Em resumo, não entendi qual a vantagem para a população, em termos de cuidados médicos", explica, referindo a falta de equipamento e o atendimento feito por "um oftalmologista sem possibilidade de trabalhar em equipa, ou de fazer qualquer exame ou procedimento cirúrgico *in loco*". "No fundo, senti que aquela consulta, e consequentemente a minha atividade profissional, estaria a servir outros propósitos, porventura políticos e de projeção pessoal, que não a melhor prestação possível de cuidados oftalmológicos", refere, analisando a decisão em criar essa segunda consulta da especialidade. Apesar de, com essa recusa, ficar mais longe de casa, este jovem especialista recusou-se a assumir a consulta no hospital que apresentava as referidas lacunas. Contudo, conforme nos explicou, não era só isso que lhe faltava: tendo em conta que o outro especialista tinha apenas mais seis meses de experiência, o entrevistado explicou-nos que não sentia ter como evoluir do ponto de vista profissional, pois faltava-lhe a possibilidade de partilhar dúvidas e experiências com especialistas séniores.

As razões que levaram este especialista a desejar sair do SNS foram múltiplas e incluem ainda a falta de flexibilidade por parte da instituição para a qual trabalhava: "toda a minha vida pessoal, familiar e profissional extra-hospitalar estava organizada em Lisboa mas vi-me obrigado a escolher uma vaga longe de casa uma vez que, no meu concurso, com 6 ou 7 candidatos, a ARS de Lisboa e Vale do Tejo apenas abriu uma vaga para esta cidade". Como

Dado que era inviável mudar a minha residência, pelo menos a curto prazo, via-me obrigado a fazer 200 km diariamente, com clara perda de tempo e financeira (40% do salário era empregue apenas em custos de deslocação).

este oftalmologista era o segundo na seriação, a vaga para Lisboa já não estava disponível. “Dado que era inviável mudar a minha residência, pelo menos a curto prazo, via-me obrigado a fazer 200 km diariamente, com clara perda de tempo e financeira (40% do salário era empregue apenas em custos de deslocação). Solicitei em reunião com o Conselho de Administração e com a Direção Clínica a redu-

A formulação ideal seria a estruturação da profissão em carreiras médicas, com progressão real através do mérito profissional, com incrementos salariais adequados a cada escalão. Globalmente a profissão médica deveria ser melhor paga e sem diferentes regimes de contratação.

ção de horário de modo a poder limitar estas perdas”. Mas o pedido não foi bem recebido e “a Diretora Clínica informou-me que preferia que me fosse embora do que autorizar a redução de horário, uma vez que tal seria difícil de justificar à ARS”. Perante essa posição, e como estava apenas há dois meses no hospital em causa, “a decisão foi fácil de tomar”...

Quando pediu a exoneração do SNS a sua intenção era exercer apenas no setor privado. “Contudo, surgiu a possibilidade de exercer sob a forma de prestação de serviços em hospitais do SNS de grande dimensão, com apoio de outros oftalmologistas e com apoio multidisciplinar, mais perto de casa e com a oportunidade de praticar uma Oftalmologia muito mais diferenciada”, uma oportunidade de evoluir que não quis deixar de aproveitar. Questionado se os fatores financeiros não tiveram influência, o jovem especialista explica-nos que não foi esse o caso: “Em termos pessoais, as minhas motivações primárias nunca foram financeiras, dado que logo após ter concluído o internato tive oportunidade de integrar uma unidade hospitalar gerida por privados, com uma remuneração extremamente aliciante e perto do meu domicílio. Mas prescindí dela por acreditar no trabalho desenvolvido no SNS”. Agora, com um vínculo contratual diferente, explica que “em termos financeiros, trabalhar como prestador de serviços é apenas marginalmente mais compensador do que fazer parte do quadro do funcionalismo público, dado que apenas

se é remunerado pelas horas de trabalho efetivamente realizadas, não havendo direito a subsídio de férias ou de Natal, ADSE e prescindindo da ‘segurança profissional’ assegurada pelo funcionalismo público”. Para se manter no SNS teria sido preciso que ocorresse uma das seguintes situações: “poder trabalhar perto do domicílio e não ter de me deslocar 200 km diariamente; em alternativa, se houvesse um apoio financeiro para os médicos que exercem no interior/periferia de modo a cativar profissionais para esses locais; (...) prescindiria de tudo isto se, simplesmente, me tivesse sido autorizada a redução de horário”. “Igualmente importante teria sido a possibilidade de trabalhar num Serviço mais diferenciado”, sublinha. Numa análise mais global, conclui: “a formulação ideal seria a estruturação da profissão em carreiras médicas, com progressão real através do mérito profissional, com incrementos salariais adequados a cada escalão. Globalmente a profissão médica deveria ser melhor paga e sem diferentes regimes de contratação. Mas isso será certamente utópico num futuro próximo. Tão importante como isso é poder contar com os melhores recursos disponíveis, e inverter a tendência de desinvestimento no SNS a que se tem assistido em prol do aumento exponencial de atos médicos realizados nos hospitais privados, muitas vezes financiados em grande parte por subsistemas de saúde como a ADSE ou a ADM”. Nota da redação: este médico preferiu não ser identificado pelo nome.



Cartas aos Jovens Médicos

O livro "Ser Médico - Cartas aos Jovens Médicos" da autoria de Carlos Ribeiro (Bastonário da Ordem dos Médicos 1996-1998) foi lançado no CCB, em Lisboa, no dia 21 de maio de 2015, perante uma plateia de centenas de pessoas. Trata-se de um livro dedicado aos estudantes de Medicina, aos jovens médicos e a todos nós que, desde o nascimento, somos e seremos acompanhados por médicos, cuidadores e zeladores da nossa saúde. Um livro escrito por um médico com alma de professor...

A obra da autoria de Carlos Ribeiro, médico cardiologista e professor catedrático jubilaço da Faculdade de Medicina de Lisboa, foi apresentada pela jovem médica Sara Madeira e pelo ex-ministro da saúde, António Correia de Campos.

Sara Madeira explicou que este é um livro sobre 60 anos de prática clínica de excelência: "encontrei neste livro a defesa da medicina que desejo praticar e a medicina que gostava de receber" descrita numa "escrita fluente e apaixonante num livro em que o autor, médico e humanista, defensor do Serviço Nacional de Saúde, com as suas cartas alerta os jovens clínicos para que coloquem os doentes

no centro das preocupações, assumindo sempre, ele próprio, esse "colocar da pessoa no centro dos cuidados", atitude particularmente importante numa época em que o ato médico passou a privilegiar o recurso à tecnologia de ponta na definição da doença, ignorando a complexidade psicossomática do doente. Sara Madeira resume o livro numa palavra: "comunicação", "uma competência que parece ter sido desvalorizada por nós em prol da tecnologia" mas "a sociedade encarregou-se de mostrar o erro que isso é: no mais alto grau de eficácia no combate à doença, o médico atingiu o mais baixo nível de reconhecimento social", subli-

nhou, concluindo com um agradecimento "ao Professor Carlos Ribeiro, pelo voto de confiança na nossa geração".

Correia de Campos começou por salientar o respeito científico, cívico e pessoal pelo autor, referindo-se a "Ser Médico - Cartas aos Jovens Médicos" como "um livro de intervenção" que "pode trazer um contributo muito importante, logo para começar, na rehumanização da relação", afirmou, lançando uma crítica ao excessivo recurso à tecnologia. Recordando que quem procura o médico é o doente e não a doença e que "não há camas, há doentes", salientou algumas das cartas contidas na obra, lendo passagens e referen-

ciando a sua análise dos relatos de Carlos Ribeiro: a abertura, compreensão, equilíbrio das regras sociais e “nenhum derrotismo, mas, ao mesmo tempo, nenhum idealismo”, “sinais de grande cultura”. O ex-ministro da saúde salientou igualmente como Carlos Ribeiro “ensina a



rios para extrair conclusões válidas (“moralmente necessários e necessariamente morais”). O orador terminou referenciando que este livro “não é um ajustar de contas com ninguém (...) Não há nenhuma exaltação do próprio ego, nunca referindo o que se fez mas antes salientan-



escolha da jovem médica Sara Madeira para co-apresentar o seu livro, porque além de fazer investigação detém 5 recordes nacionais em diferentes categorias, cerca de duas dezenas de internacionalizações e já foi nomeada atleta do ano várias vezes. Carlos Ribeiro referenciou



usar o tempo médico”, tornando este livro um auxiliar de gestão, e “os elevados padrões éticos que recomenda” nas suas cartas aos jovens médicos, nas quais referencia como escrever artigos científicos, a importância dos ensaios clínicos aleató-

do o que se deve fazer; (...) Este livro é um manual de comunicação médico/doente”. No início da sua intervenção, Carlos Ribeiro explicou que um médico “necessita de outros valores e outras atividades” e é essa consciência que levou à

alguns dos paradoxos atuais da medicina em Portugal: “nenhum doente precisa de ir ao estrangeiro para se curar porque no nosso país há cuidados de igual excelência... mas tratam-se com atrasos inaceitáveis algumas minudências como ce-



faleias, cáries, etc.; (...) há falta de médicos, mas usam-se estes profissionais para gerir ficheiros e listas clínicas; (...) quanto às carreiras médicas, que levaram Portugal a atingir patamares notáveis de qualidade e excelência reconhecidos internacionalmente, vemos os con-



ursos de progressão nas carreiras suspensos”, num processo que se traduz no desalento de “levarmos 25 anos para formar um médico humanista que, em 15 minutos, um administrador transforma num escravo”, afirmou. “É necessário reestrutur-

rar o *modus faciendi* do ato médico, desde logo, criando um médico novo”

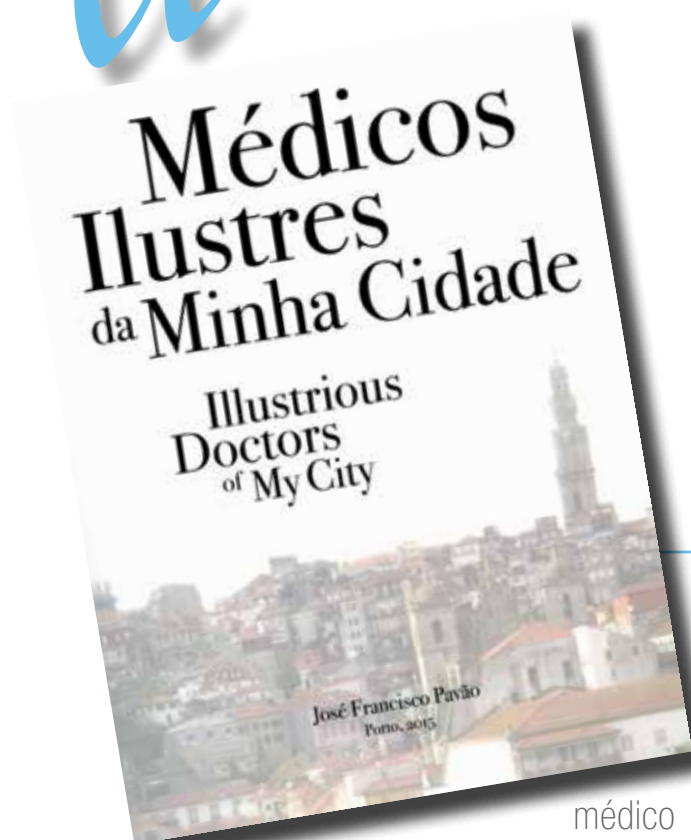
Nesta obra, Carlos Ribeiro critica diretamente o hospitalocentrismo e os entraves à criação das USF, assumindo a defesa do médico de família como maestro do sistema, desmistificando



o significado dos termos «auxiliares» ou «complementares» em exames de diagnóstico, deixando claro que, em nenhum caso, esses exames podem ser eleitos como o primeiro desígnio do ato médico e que o médico tem de se pautar por normas

éticas, técnicas e científicas exigentes no desempenho da mais bela mas, ao mesmo tempo, a mais difícil de todas as profissões.





Médicos Ilustres da Minha Cidade

Foi apresentado recentemente o livro “Médicos ilustres da Minha cidade” da autoria do jovem médico José Francisco Pavão. A obra homenageia nomes incontornáveis da medicina nacional que partilham uma ligação com a cidade do Porto mas onde o autor também não esquece os mestres com quem aprendeu na República Checa, onde fez o seu curso de medicina.

José Francisco Pavão médico, nasceu no Porto a 24 de Janeiro de 1985. Alguns anos depois, seria na República Checa que realizaria o seu sonho de se tornar médico, desejo que nutria desde menino, quando, pela mão do pai, cirurgia-pediatra, percorria os corredores do Hospital de São João e do Maria Pia. Foi ainda muito jovem, portanto, que se começou a cruzar com grandes figuras da medicina portuguesa que viriam a ser determinantes nas suas escolhas para o futuro. Em Setembro de 2006 foi admitido na Faculdade de Medicina em Pilsen da Universidade Carlos de Praga, República Checa, onde se integrou sem qualquer dificuldade. “Foram seis longos anos, que afinal passaram depressa, mas que muito enriqueceram a minha visão do mundo”. No seu percurso foi distinguido com duas bolsas de mérito, foi vice-presidente do International Student Medical Association of

Pilsen (ISMAP) e membro do Senado da Faculdade de Medicina, fundador e presidente da Associação Nacional de Estudantes de Medicina no Estrangeiro (ANEME) e tornou-se membro da Direcção da ONG - Mundo a Sorrir. Este médico Interno de Saúde Pública cita muitas vezes ensinamentos daqueles a quem é reconhecida a qualidade de mestres, como Nuno Grande, Daniel Serão, Cid dos Santos ou Abel Salazar. Com a obra “Médicos ilustres da Minha cidade”, o autor escolhe homenagear os mestres com ligação à cidade do Porto, a sua cidade, e, numa edição bilingue, apresenta-os aos mestres que teve na República Checa. O livro tem, assumidamente, essa intenção: uma partilha, além fronteiras, da admiração que o autor sente pelos médicos que escolheu para esta primeira obra. Reconhece que a escolha foi tão fácil quanto difícil: “são 12 nomes incontornáveis

e que não podia deixar de referir mas sinto que faz falta escrever o ‘Médicos ilustres da Minha cidade – II’ pois há sempre figuras que também mereciam estar no livro”. Além da oportunidade de homenagear 12 figuras médicas da cidade do Porto, através de descrições biográficas, sumárias, de médicos ilustres, Francisco Pavão conta neste livro alguns episódios da sua passagem pela República Checa, país que, desde os anos noventa, tem acolhido mais de um milhar de jovens portugueses que aí passaram os seus anos universitários.

O que o leitor pode esperar são mais do que apontamentos biográficos, pois as referências a cada médico são, por um lado, objetivas e informativas mas, por outro, transparecem “a emoção própria do jovem médico”, a admiração do autor por cada um dos médicos referidos, os afetos que só se desenvolvem por aqueles que nos

ensinam valores, além da ciência. Abel Salazar, Albino Aroso, Aureliano da Fonseca, Corino de Andrade, Daniel Serrão, José Amarante, Manuel Sobrinho Simões, Maria Amélia Ferreira, Maria Purificação Tavares, Nuno Grande, Paulo Mendo e Ricardo Jorge compõem a galeria de José Francisco Pavão, e, como se lê no prefácio escrito pelo bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, a escolha pode ser do autor mas estes são nomes “justamente consagrados”. Recordar-se ainda, nesse mesmo prefácio, o Juramento de Hipócrates e os deveres dos médicos: “na sua versão de 1983, aquela que é atualmente usada na cerimónia de admissão dos novos médicos, entre os vários compromissos livremente assumidos, os médicos aprendizes juram conceder aos seus Mestres o respeito e o reconhecimento que lhes são devidos. (...) Não é por acaso que o Juramento de Hipócrates sublinha a importância do respeito pelos Mestres, pelos Professores, por aqueles que foram uma referência para contemporâneos e vindouros. (...) Essa estima e saudável reverência pelos mais velhos é um sinal de agradecimento e respeito pela transmissão milenar de conhecimentos clínicos e científicos e traduz um carácter nobre e humilde entre os mais novos, ávidos de aprender e quiçá um dia eles próprios merecedores do mesmo tipo de deferência”, um contexto no qual se enquadra esta obra do jovem médico Francisco Pavão num livro que presta homenagem aos seus mestres portugueses intemporais, mas também aos seus professores de medicina checos a quem agradece: “por terem transmitido a sabedoria, estimulado o estudo e inspirado a relação com o doente onde o conforto, a palavra amiga



Apresentação em Lisboa

e a mão sobre a mão continuam a ser indispensáveis em tempos de extraordinárias tecnologias”. “Como seria de esperar, a minha passagem pela Faculdade de Medicina em Pilsen ficou marcada pelo convívio que tive com alguns professores com que nos cruzamos no percurso académico. Diga-se desde já que o ensino na prestigiada Universidade Carlos de Praga mantém uma grande qualidade e rigor nos seus métodos. Entre as muitas figuras com quem tive o privilégio de conviver e ouvir, infelizmente alguns já desaparecidos, recordo a elegância no trato, a simpatia e o talento em transmitir sabedoria do Professor Jaroslav Slípka um distinto mestre, convidado da Universidade de Oxford e responsável pela criação do departamento da Universidade de Bagdad, Iraque. Evoco o Professor Pavel Fiala, Professor Jirí Valenta e Professor Radim Cerny pela qualidade de ensino e a boa relação com os alunos. Seria injusto não incluir neste grupo o Professor Motán Jirí, uma fonte de sabedoria na medicina interna e cuja urbanidade e trato afável com os doentes nunca mais esquecerei e deixarei de imitar ao longo da minha vida. Evoco ainda com profundo respeito e saudade a memória do Professor Zdeněk Ambler, precocemente desapare-

cido e que numa espécie de contrato inédito em prova oral me obrigou a repetir esta disciplina, não obstante reconhecer a minha razoável preparação”, pessoas e ensinamentos que recorda neste livro de homenagem aos mestres da sua cidade e... da sua vida. A obra “Médicos ilustres da Minha cidade” foi apresentada no Porto por Henrique de Barros, Presidente do ISPUP e em Lisboa por Maria de Belém Roseira.



Apresentação no Porto



Medicina e fotografia

O Distrito Médico de Setúbal acolheu no dia 22 de Maio o encontro “Medicina e Fotografia”, a sessão que teve como ponto de partida a apresentação do livro ‘Jorge Marçal da Silva — Cem fotografias de Portugal há cem anos’, tendo sido efetuada a venda da obra da autoria do urologista Manuel Mendes Silva, cuja receita reverte totalmente para a Acreditar.



Manuel Rodrigues Pereira

Manuel Mendes Silva, o coordenador do livro que deu mote a este encontro, falou do seu avô, o também médico Jorge Marçal da Silva e do seu trabalho minucioso de registo do quotidiano em imagens, uma “obra meritória e talentosa do ponto de vista artístico” mas que, ao mesmo tempo,

“constitui um documento histórico, sociológico, etnológico, etc. O médico Manuel Rodrigues Pereira, que fez a apresentação da obra, salientou igualmente as duas formas possíveis de olhar cada fotografia: “por um lado a questão da técnica fotográfica, a análise de texturas e contrastes, enquadramentos e equilíbrios, profundidade, etc.”, por outro, o lado documental e salientou como alguns olhares e expressões de algumas fotos captaram a sua atenção. A mesa foi presidida por António Amaral Canelas, presidente do Conselho Distrital de Setúbal.

O especialista em Medicina Interna, José Barata, proferiu uma conferência sobre “fotografia e medicina”, tendo começado no primeiro momento, “a 1ª vez em que uma imagem foi feita através da luz” explicando que foram precisas 6 horas de exposição para a

produzir. “Por razões óbvias, só anos mais tarde surgiria o retrato”, comentou, salientando que “o narcisismo próprio do *Homo sapiens* fez com que a aceitação da fotografia fosse rápida”. “Não era qualquer pessoa que tinha hipótese de perpetuar a sua imagem para a posteridade mas a fotografia veio mudar isso”, explicou, referenciando a democratização da imagem e como até a realza aderiu a esta nova arte. “As fotografias autografadas pelo rei eram uma grande distinção”. Referiu as várias vertentes em que a fotografia ganhou força: como cartão de visita, como forma de promoção social, mas também como vertente documental e de comunicação, aspeto em que exemplificou com o nome de Cunha Morais, um dos primeiros fotógrafos portugueses a registar em fotos os costumes de África. A fotografia como denuncia dos dramas sociais, como



José Barata

celebração de grandes momentos e “a fotografia pela fotografia, desafiante, bela, difícil, insinuante e sedutora”, todas vertentes a que o palestrante fez referência. O potencial da fotografia para os médicos para documentar, partilhar e ensinar, também não foi esquecido tendo sido mostrados exemplos de fotos de patologias raras, exuberantes e originais. O orador referenciou alguns tratados de medicina com espólios fotográficos riquíssimos e explicou a evolução da fotografia clínica em Portugal, trazendo vários exemplos de excelência como as imagens de May Figueira. José Barata não esqueceu as novas tecnologias e a evolução da fotografia para o campo do diagnóstico, criando-se uma área em que a fotografia se situa entre a ciência e a arte. O Distrito Médico de Setúbal, que abriu as suas portas a este encontro e apoiou a sua organização, tem muitos médicos ligados a esta arte e organiza anualmente um concurso de fotografia.



Cabeça de Diogo Alves criminoso que atuava no aqueduto das águas livres e que acabou preso e enforcado



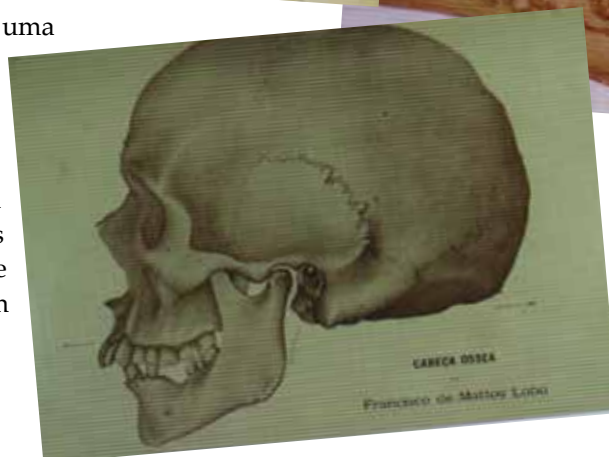
Esta fotografia, que é referida como sendo a primeira da história, precisou de seis horas de exposição (Joseph Nicéphore Niépce, 1826)



Nas fotos as lesões eram colorizadas para terem maior expressão



Fotografia de patologia original (alergia de contacto)



Primeira fotografia de caráter clínico em Portugal (Francisco Pulido e João José Simas, 1841)



Acta Médica Portuguesa: uma revista com impacto científico

A Acta Médica Portuguesa registou, pelo terceiro ano consecutivo, uma subida significativa do seu Fator de Impacto que, em 2014, subiu para 0,360 - o máximo em 35 anos desta publicação científica. Recorde-se que a Acta Médica Portuguesa optou em 2011 por uma profunda modernização de processos editoriais, sob o mandato do atual Editor-Chefe, Rui Tato Marinho, com quem a ROM conversou sobre as principais dificuldades na reorganização da revista, o trabalho desenvolvido nos últimos 4 anos e o seu reflexo no aumento consistente do fator de impacto. Para o futuro da revista científica da Ordem dos Médicos, Rui Tato Marinho deseja passar a uma periodicidade mensal, regressar à edição em papel e continuar a aumentar o fator de impacto.

Revista da Ordem dos Médicos - Quando é que foi nomeado Editor-Chefe da AMP?

Rui Tato Marinho - Fui nomeado em Junho de 2011. Senti-me muito honrado quando me convidaram. A Ordem dos Médicos (OM) e a Acta Médica Portuguesa (AMP) têm uma imagem de grande qualidade e em relação à AMP existe uma espécie de imagem mágica relacionada com o facto de ser uma revista com tantos anos e que está indexada nas grandes bases de dados internacionais desde 1979.

ROM - Quais as principais dificuldades que encontrou?

RTM - As principais dificuldades foram em termos de organização porque a AMP estava sem editor-chefe efetivo há muitos anos. A

diretora executiva, Paula Fortunato, e o consultor Prof. Fernando Fernandez-Llimós faziam o que podiam nas condições existentes e foi um excelente trabalho nomeadamente se referirmos um feito fantástico que alcançaram: terem conseguido que a Acta Médica Portuguesa fosse indexada no *Web of Science* em 2008 e que tivesse o seu primeiro fator de impacto (FI) em 2010.

ROM - Naturalmente que, esse primeiro ano, terá sido o mais difícil...

RTM - Sim porque, de facto, havia muito para organizar: a AMP tinha uma taxa de aceitação de mais de 90% o que originava um grande atraso na publicação dos artigos aceites. A equipa era insuficiente e a revista não estava

a ser publicada atempadamente.

ROM - Para recuperar o atraso, concorda que a modernização de processos editoriais e o aumento da equipa, que foram efetuados sob a sua direção, foram importantes?

RTM - Sim. O principal na vida são as pessoas e a equipa com que se trabalha. Felizmente a Ordem dos Médicos percebeu que uma revista científica é muito importante para os médicos e para os doentes, mostrou vontade e concedeu condições a mim - e à equipa que, atualmente, é composta por 15 pessoas (3 pessoas da estrutura da OM/ CNE em full time, eu próprio e 11 consultores e editores associados) - para podermos trabalhar melhor. Também foi importante co-

meçar a identificar em Portugal profissionais que sabiam muito da área da edição científica. Foi o que fizemos, acrescentando à equipa o Tiago Villanueva, a Helena Donato, e diversos outros editores/consultores.

ROM - Que estratégias considera fundamentais para manter os bons desempenhos quanto ao FI da AMP?

RTM - O essencial é aproveitar a boa imagem que a AMP e a Ordem dos Médicos têm, do ponto de vista científico. É fundamental que os médicos publiquem quer para efeitos de currículo quer para determinadas provas académicas, bolsas, etc., e existe uma certa ditadura do fator de impacto. Acho algo exagerada essa sobrevalorização de um único índice de qualidade, mas é uma realidade. Portanto, quando os médicos querem progredir na carreira, é quase um imperativo absoluto a publicação em revistas científicas com FI, o que coloca a AMP numa excelente posição porque somos a única revista portuguesa de carácter generalista que tem esse atributo essencial.

ROM - A AMP é, portanto, uma revista muito apelativa, quer a

nível nacional quer internacional. Recebem artigos de autores estrangeiros?

RTM - Sim, neste momento recebemos submissões provenientes de cerca de 20 países. O facto de termos autores estrangeiros a publicar na AMP também pode ser um caminho para aumentar o fator de impacto por causa das citações que podem gerar os seus artigos.

ROM - As contribuições que têm recebido de autores estrangeiros têm muita qualidade?

RTM - Quanto aos artigos que são submetidos espontaneamente, não. Comparativamente, Portugal tem muito bom nível científico e não é por acaso: em 2000 tínhamos o 12º melhor SNS do mundo e temos um ratio de médicos por habitante dos melhores da Europa; esses “médicos do ano 2000” têm neste momento 50 e tal anos e estão a formar os mais novos. E os mais novos são muito bons alunos! O que faz com que Portugal esteja a publicar muito e com muita qualidade.

Mas temos alguns bons autores estrangeiros que têm publicado na AMP por convite como é o caso de Lord Nigel Crisp, um dos responsáveis pelo “desenho” do

serviço nacional de saúde inglês e que de 2000 a 2006 foi o *Chief Executive* do NHS.

ROM - E a AMP tem contribuído também para o ensino dos mais jovens, nomeadamente com a realização dos simpósios...

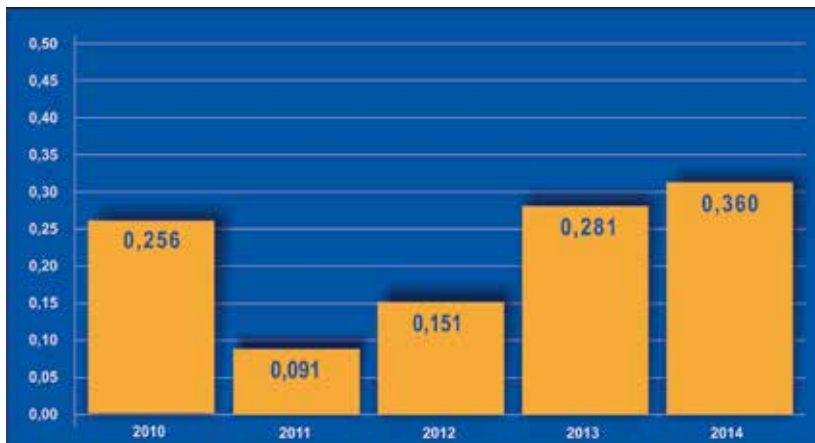
RTM - Verdade. Nota-se o aumento da qualidade na produção de artigos e temos uma grande massa crítica de médicos a publicar. Por exemplo, nos últimos 15 anos, em Gastreenterologia publicámos quase 1000 artigos no estrangeiro.

ROM - Embora continue a ser visto como mais prestigiante publicar no estrangeiro, a AMP está ao nível das melhores revistas internacionais...

RTM - Sim, tem o mesmo mérito e qualidade. Se os bons autores portugueses apostarem na AMP, a tendência é que a revista melhore ainda mais o seu fator de impacto, ou seja, ganhamos todos. Apesar de estarmos nos lugares mais baixos da “primeira divisão”, a nossa tática e técnica têm que ser iguais às dos campeões: temos que querer melhorar continuamente e nivelar sempre por cima. Temos que ser eficientes. E somos! A prova disso é a subida do fator de impacto, do *facebook*, do número de artigos submetidos...

ROM - Concorde que o fator de impacto das revistas onde publica seja usado como critério para determinar o prestígio de um autor?

RTM - Acho exagerado o recurso ao FI. Mas são os próprios autores que muitas vezes criticam essa preponderância excessiva do FI, que fazem questão de incluir nos seus currículos que publicaram em revistas de elevadíssimo fator de impacto... O que notamos é



Entre 2011 e 2014 a Acta Médica Portuguesa quadruplicou o seu Fator de Impacto

Editor Chefe da Acta Médica Portuguesa desde 2011, Rui Tato Marinho é um médico prestigiado na sua área de intervenção: especialista em Gastreenterologia e Hepatologia, terminou o doutoramento em Gastreenterologia com 20 valores em 2002. Foi presidente da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (2007-2009), editor da *homepage* da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia e editor-chefe do GE – Jornal Português de Gastreenterologia, atual vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, presidente do Comité Científico SOS Hepatites, membro do painel consultivo para a Hepatite C do Infarmed, presidiu ao Colégio da Sub-especialidade de Hepatologia; é membro eleito da Assembleia Geral da União Europeia de Gastreenterologia.



que metade das revistas aumentou esse índice e que as de grande prestígio internacional, como o *New England*, são as que mais aumentaram no último ano...

ROM – Porque razão revistas com grande FI continuam a aumentar esse índice?

RTM – Essas revistas apostam em todas as áreas de forma a fazer todo o “barulho” possível seja na comunicação social, seja no *face-book*, seja no *twitter*... Tudo vale para falar da revista e aumentar o FI (um índice que tem a ver com o número de vezes que os artigos publicados na revista são citados noutras publicações).

ROM - A AMP tem um âmbito científico alargado. No seu ponto de vista, essa é uma vantagem em relação às revistas de uma só especialidade?

RTM - Sim, essa abrangência faz com que exista uma procura grande por parte dos autores. Em certa medida, é benéfico.

ROM - A AMP é uma revista online, considera que essa circunstância teve alguma influência positiva na obtenção do fator de impacto?

RTM - Acho que foi positivo, sim. Embora, no meu entender, as particularidades da Acta Médica Portuguesa justifiquem a existência de uma versão – mais compacta – em papel porque nos permitirá aumentar a circulação da revista e chegar a públicos que podem estar numa biblioteca, por exemplo... Esse é um dos meus objetivos: ter uma edição em papel.

ROM - Que feedback tem recebido dos autores que publicam na AMP?

RTM – O *feedback* é muito positivo. Aliás, isso nota-se no número de artigos recebidos: em 2010 a AMP recebia cerca de 250 artigos por ano e agora recebe mais 600. Triplicámos o número de artigos rececionados. Não há muitas revistas científicas, mesmo no estrangeiro, que recebam

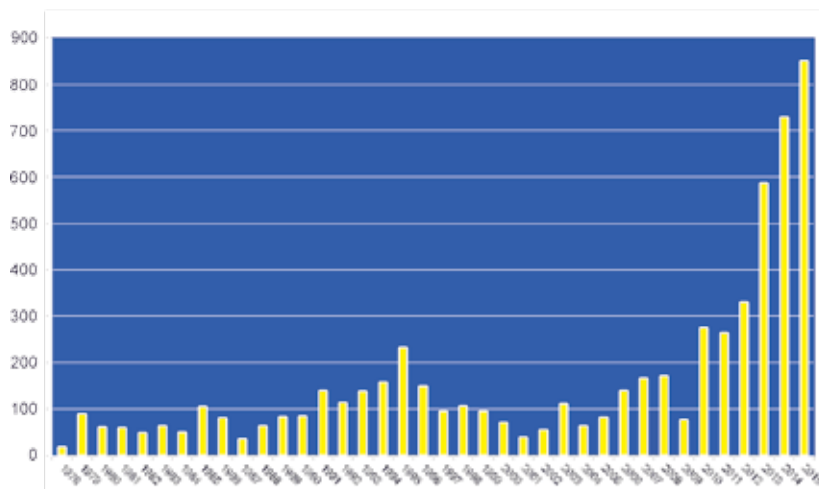
quase mil artigos por ano.

ROM - Sente que os autores valorizam o trabalho que está a ser feito?

RTM - Há um pequeníssimo número de autores que, ao ver os trabalhos rejeitados, fica “zangado”. Não conseguimos agradar a todos, infelizmente. A AMP está, neste momento, a receber cerca de 850 artigos por ano e temos que rejeitar 85%... É preciso trabalhar aspetos de cidadania científica: a rejeição de artigos é normal e acontece em todas as publicações.

ROM - E sem rejeição de artigos seria difícil manter o FI...

RTM - Ter uma taxa de rejeição elevada é um índice indireto de qualidade. Mas o nosso projeto é tornar a revista mensal, para conseguirmos publicar mais alguns artigos por ano. Neste momento publicamos cerca de 25 artigos por revista, seis vezes por ano.



O número de artigos submetidos para publicação na Acta Médica Portuguesa tem aumentado exponencialmente prevendo-se que atinja cerca de 850 em 2015

ROM – Referiu há pouco a “primeira divisão” científica. Pode explicar melhor?

RTM - Estamos na “primeira divisão” das revistas científicas generalistas a nível internacional: a Acta Médica Portuguesa está na posição 129 das 151 revistas classificadas na categoria *Medicine, General and Internal* (dados de 2010). Julgo que, nesta fase, isto pode funcionar a nosso favor porque um autor que queira começar a publicar em revistas com fator de impacto, poderá escolher começar “por baixo” ou seja, escolhem-nos porque já somos de “primeira linha” quanto à qualidade mas, ao mesmo tempo, ainda não somos tão seletivos como as revistas que estão nos lugares cimeiros, onde todos querem publicar.

ROM - Existem muitas vantagens em publicar na AMP...

RTM - Sim, uma delas é que não pedimos dinheiro aos autores, o que é política comum em muitas revistas internacionais. Este mundo das edições tem uma parte que é puro negócio: os autores recebem convites para escrever artigos e, depois, as revistas pedem um determinado valor para concretizar a publicação...

ROM - A AMP tem uma longa tradição em termos de qualidade, e foi durante muitos anos a única revista indexada no Medline e uma das pioneiras quanto ao fator de impacto...

RTM - É a tal “imagem mágica” de que falei. Neste momento já existem 4 revistas portuguesas com fator de impacto: as das sociedades de Cardiologia, Pneumologia e Reumatologia e a Acta Médica Portuguesa.

ROM - Se tivesse que aconselhar alguém sobre como aumentar o seu FI, quais seriam as suas principais sugestões?

RTM - Ter um processo editorial que funcione muito bem, com um sistema de gestão eletrónico; uma equipa editorial competente; assegurar que a revista saia atempadamente e desenvolver as vertentes de *marketing*, o que se chama em linguagem corrente “fazer barulho”, nomeadamente na internet: *facebook* e *twitter* são ferramentas incontornáveis nos nossos dias. O ideal é ter uma agência de comunicação para potenciar essa comunicação.

ROM - A AMP tem uma agência de comunicação?

RTM - Não. Mesmo assim, com muito empenho e *networking* já conseguimos ter dois artigos referenciados pela Lusa e pelo Expresso. Referências na comunicação social a revistas científicas são uma forma de “fazer barulho” muito eficaz e muito importante, e uma forma indireta de aumentar o fator de impacto porque dão visibilidade à publicação.

ROM - Têm que fazer uma espécie de tradução dos artigos científicos para potenciar o seu interesse para o público em geral...

RTM - Exato. Com a quantidade de artigos que a AMP tem em arquivo, cerca de 3300, não existe nenhum assunto de saúde em que não possamos ser citados: desde o traumatismo craniano à legionela. Há sempre um artigo na AMP que será um recurso útil para ser citado. Se acrescermos a isso o facto de assuntos de saúde serem o tema que mais vende jornais hoje em dia, a AMP passa a ser uma fonte quase inesgotável para temas relevantes para a comunicação social.

ROM - Mesmo com todo esse “barulho” ainda existem médicos que não conhecem a revista?

RTM - Já não acontece muito. Entre as referências que os artigos obtêm, as ações que comunicação que se vão fazendo, como por exemplo os anúncios na ROM, mantemos a AMP sob o foco de interesse dos autores. Mas entre os médicos mais novos, era frequente esse desconhecimento. O facto de termos convidado alunos para o corpo editorial ajudou a resolver o problema. Agora temos edi-

tores associados jovens e eles próprios publicitam muito nos grupos de estudantes.

ROM - Quais são os seus planos para o futuro desenvolvimento da AMP?

RTM - O plano é continuar a aumentar o fator de impacto. Para mim o principal é que a Ordem dos Médicos compreenda o potencial da sua revista científica e que continue a apostar na melhoria das condições para a produção de uma edição com a máxima qualidade, nomeadamente reconhecendo a relevância da existência do cargo de Editor-Chefe. É fundamental que esse cargo exista, que haja um contrato, idealmente de três anos, e que o Editor-Chefe seja remunerado. A forma de pagamento pode ser monetária ou por via da criação de uma bolsa de horas: o hospital ou a faculdade permitirem que, por exemplo, 6 horas do horário de trabalho semanal sejam alocados à AMP, que é um trabalho científico de inequívoca utilidade pública. Havendo um Editor-Chefe motivado será ele o principal motor da revista científica. Por um lado, qualquer pessoa que seja convidada para Editor-Chefe tem que perceber a honra que é estar associado à AMP e à OM e ver o potencial de aprendizagem que terá ao assumir o cargo, por outro lado o tempo do amadorismo já foi ultrapassado: é preciso profissionalizar a estrutura.

AMP: 35 anos a promover a produção científica portuguesa

A Acta Médica Portuguesa nasceu em fevereiro de 1979 e está indexada na PubMed/Medline desde o ano do seu surgimento. A partir de março de 1989, a AMP passa a ser a revista científica da Ordem dos Médicos.

Já apenas em versão electrónica, o que acontece a partir de 2004, a AMP consegue adaptar-se e não apenas manter as indexações que tinha, como passar a estar indexada - a partir de 2008 - no *Web of Science/Science Citation Index*, no *Index Copernicus* e no *Directory of Open Access Journals*. A *Web of Science/Science Citation Index* é a mais importante destas indexações, por ser uma das mais seletivas bases de dados do mundo e por ser aquela que permite alcançar o chamado fator de impacto.

Originalmente criado pela *Thomson Reuters* como ferramenta para ajudar os bibliotecários a escolher que publicações adquirir, o fator de impacto é atualmente aceite como um dos parâmetros mais importantes de qualidade de uma revista científica de âmbito internacional. O Fator de Impacto de uma revista para um ano corresponde ao número de vezes que nesse ano foram citados artigos dos dois anos anteriores, dividido pelo número de artigos publicados nesses dois anos anteriores. Em 2010, dois anos depois de conseguir a indexação, a AMP surgia pela primeira vez no *Journal Citation Reports* sendo-lhe atribuído o seu primeiro fator de impacto. A obtenção de fator de impacto só foi possível pela colaboração de um especialista na área editorial científica, Fernando Fernandez-Llimos (Ph.D., Pharm.D., M.B.A. - Assistant Professor - Department of Social Pharmacy - University of Lisbon) que, desde que a AMP se tornou uma publicação online, colaborou pro bono com a revista. É também em 2010 que a AMP entra para o *top* das melhores 150 revistas a nível internacional (na sua categoria).

Em 2011, com a entrada de um Editor-Chefe dedicado e exclusivo para a AMP - Rui Tato Marinho - inicia-se um processo profundo de reestruturação da equipa e dos processos editoriais com vista a dotar a revista científica da Ordem dos Médicos das valências necessárias para procurar a excelência, nomeadamente através do aumento dos recursos humanos adjudicados à revista. O resultado é uma equipa motivada em que o entrevistado é o motor mas conta com a colaboração de muitos mais colaboradores.

A melhoria exponencial dos processos de submissão e publicação trouxe mais autores e artigos, e o aumento da taxa de rejeição trouxe maior garantia de qualidade quanto ao conteúdo. Entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2014, a Acta Médica Portuguesa recebeu 747 submissões através da sua plataforma eletrónica de gestão do processo editorial (*Open Journal System*). Destes, 165 viriam a ser publicados numa das suas 6 edições regulares. No mesmo período, concluíram-se 614 processos de revisão por pares. Uma melhoria significativa em relação aos cerca de 300 artigos/ano que a AMP tinha até 2011 mas que, além de aumentar o trabalho de toda a equipa, implicou o aumento natural da taxa de rejeição, situação nem sempre bem entendida pelos autores, como explicou à ROM o Editor-Chefe, Rui Tato Marinho, durante esta entrevista.



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

O Fim da Humanização da Saúde: uma fatalidade?

Em 1989, Francis Fukuyama publicava um ensaio filosófico polémico sobre o fim dos processos históricos e o atendimento de um equilíbrio humano, social, político e económico: “O Fim da História?”. Mais tarde publicou um livro baseado no mesmo paradigma: “O Fim da História e o Último Homem”. Mas, a utopia do equilíbrio civilizacional, aí retratada, acabou por nunca acontecer. As turbulências da Guerra Fria, da luta pelos direitos sociais dos anos 60, 70 e 80 e das crises económicas decorrentes dos choques petrolíferos metamorfosearam-se no novo terrorismo internacional, no retrocesso do Estado-Providência protetor dos mais desfavorecidos e nas novas crises económicas e financeiras de impacto global, criadas pela mesma ganância da Grande Depressão do século passado. À instabilidade das sociedades do século XX seguiu o surgimento da moderna instabilidade do século XXI. Esta alomorfia trouxe novas dificuldades mas também

novos desafios, novas lutas e novas esperanças.

A 18 de Junho é celebrado, anualmente, o Dia do Médico. A ocasião é aproveitada para homenagear os médicos com 25 e 50 anos de inscrição na sua Ordem. Esta celebração ocorre nas várias sedes da Ordem dos Médicos, de norte a sul do país. É um momento para celebrar, mas também para meditar sobre o caminho percorrido e refletir sobre aquele que resta ainda percorrer. É um momento de ligação entre várias gerações e de expressão de múltiplas experiências. É um momento de recordação, de ligação entre o passado, o presente e o futuro.

Mas, apesar das diferenças individuais, mantém-se a mesma visão humanista da Medicina. Através das gerações, o Médico tem dedicado o seu esforço e entrega na melhoria da vida dos outros. Este princípio de vida é o maior ponto de interseção entre as várias gerações de médicos que são homenageados com a

entrega da medalha comemorativa. A definição do “Ser Médico” mantém a sua intemporalidade. Nessas cerimónias, as palavras da esperança misturaram-se às da desmotivação e da apreensão por um futuro incerto. Porém, a alegria e o orgulho de ser médico, de ter dedicado uma existência à entrega ao doente fizeram esquecer, por momentos, as nuvens escuras suspensas sobre a Saúde.

Atualmente, as adversidades que atravessam a área da Saúde e as soluções e mudanças que lhe são inabilmente impostas, estão na origem de um dos seus maiores problemas: a perda progressiva da humanização e a destruição da relação médico-doente. O que, hoje, nos está a ser imposto é a noção do doente-doença, em substituição do doente-pessoa. Os responsáveis da Saúde estão, gradualmente, a substituir a humanização da saúde por um conceito de despersonalização. O médico passa a ser um número mecanográfico, o ato médico



No Dia do Médico, é bom recordar que essa continua a ser a nossa herança milenar e a nossa responsabilidade para com a sociedade.

um GDH (Grupo de Diagnósticos Homogêneos) e o doente um episódio de urgência, de consulta ou de internamento. Mas não é propriamente esta tendência que está a prejudicar a Saúde, é a forma extrema como está a ser encarada e aplicada.

A medicina moderna alicerçou-se no aprofundamento do conhecimento, no aperfeiçoamento da técnica e no desenvolvimento da tecnologia salvaguardando a ligação insubstituível existente entre o Médico e o seu Doente. Os médicos reconhecem o seu verdadeiro valor. Esta relação, quase íntima, sempre foi percebida e utilizada pelo médico como um precioso catalisador para o processo de compreensão do doente, diagnóstico das suas patologias, aceitação e adesão aos tratamentos e ajuda ao êxito do processo de cura.

Todas as decisões e iniciativas do Ministério da Saúde tendem a quebrar e enfraquecer esta ligação primordial.

Aponto alguns motivos:

- Desvalorização dos recursos humanos

Este é, provavelmente, o principal problema da saúde em Portugal. O papel dos profissionais de saúde foi desvalorizado e a importância das equipas multidisciplinares foi minimizada. O trabalho médico precário intensificou-se com a multiplicação de empresas de contratação de trabalho ao menor custo, esque-

cendo a qualidade e a capacidade destes profissionais para se ligarem à instituição e aos seus doentes. Mesmo os médicos contratados através de contratos de trabalho tradicionais deixaram de ver valorizadas as suas competências, diferenciação e a complexidade da sua atividade. O distanciamento entre o empregador-Estado e os profissionais de saúde prejudicou irremediavelmente a qualidade do trabalho médico.

- Pressão económica

Os dirigentes do Ministério da Saúde acreditaram que era possível fazer muito mais com muito menos. Isto é, aumentar os números de produção diminuindo recursos humanos, técnicos e formativos. Criou-se um sistema complexo de controlo da atividade médica sem nenhuma avaliação da qualidade desse trabalho, baseado única e exclusivamente na quantificação dos atos praticados.

- Informatização

Ao invés de ter sido criado um sistema de informatização da saúde para aliviar e complementar o trabalho médico, este revelou-se um dos maiores entraves ao seu desenvolvimento. Disfuncionalidade dos programas, inadaptação à rede informática e aos computadores, falta de integração dos múltiplos programas causam milhares de horas desperdiçadas semanalmente para a resolução de muitos problemas evitáveis.

- Estandardização dos processos médicos

Esta não é uma questão recente. Sempre foi resolvida com o recurso à decisão individual do médico em adaptar o tratamento considerado mais adequado à singularidade do seu doente. Mas existem pressões externas,

implícitas e explícitas, para esquecer a especificidade individual do doente.

Nunca antes a autonomia médica e a sua independência de decisão tinham sido tão condicionadas.

Face à Desumanização da Saúde contrapõe-se a Humanização dos Médicos que perceberam - desde há muito - o valor deste conceito para o bem-estar dos seus doentes. Os médicos compreenderam, há muito, que a Humanização na saúde não é nem um capricho, nem uma regalia, mas sim um fator inestimável de ganhos em saúde com poupanças financeiras incalculáveis.

O Fim da Humanização não é um diagnóstico de situação. Mas a Saúde está, claramente, em fase acelerada de desumanização. Há quem o deseje. Há quem se esforce para que aconteça. Infelizmente, somos todos testemunhas disso.

Mas o Fim da Humanização é o que poderá suceder se não lutarmos por uma Medicina que considere o Doente na sua singularidade e humanidade, se não pugnarmos pela preservação da relação Médico-Doente, se esquecermos o Doente em detrimento dos números de consultas/ internamentos/ cirurgias/ sessões de tratamentos..., se não contrariarmos a tendência frequente que exclui os profissionais e os doentes do centro das decisões.

O Médico é o principal defensor da Humanização da Medicina e da Saúde.

No Dia do Médico, é bom recordar que essa continua a ser a nossa herança milenar e a nossa responsabilidade para com a sociedade.



Placas evocativas homenagem 50 e 25 anos, Coimbra

Tributo aos médicos com 50 e 25 anos de carreira

Elogios aos médicos que construíram uma saúde de excelência e críticas ao poder político marcaram as cerimónias em Coimbra, Castelo Branco, Aveiro e Leiria. Humanização da Medicina e aposta na correta distribuição de recursos humanos foram o mote das intervenções.

A celebração do Dia do Médico, que decorreu na Sala Miguel Torga da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, em Coimbra, juntou os médicos homenageados pelos 50 e 25 anos de inscrição na Ordem dos Médicos.

O anfitrião, Carlos Cortes, destacou aqueles que, com "empenho e esforço", construíram o Serviço Nacional de Saúde, extraordinária e incomensurável herança que urge defender. O presidente da SRCOM fez um apelo à união em nome da humanização da Medicina. "Somos a última barreira na humanização da Saúde". Eis a intervenção de Carlos Cortes com mais detalhe: "Sinto grande orgulho em estar aqui convosco, orgulho porque me transmitem todos os vossos anos de experiência. Tenho imenso respeito pelo vosso trabalho, construíram algo muito importante para Portugal, para a sociedade, para os doentes: o Serviço Nacional de Saúde foi feito à custa do vosso esforço e empenho e eu tenho de estar agradecido. Foram anos difíceis, eu

sei". Dirigindo-se aos homenageados, Carlos Cortes enfatizou: "Celebramos os valores da ética, da deontologia, da relação do Médico com o doente. Todos estes valores, vocês, defenderam muito bem. A transmissão do conhecimento, de geração em geração, é a história milenar da Medicina. Transmitir conhecimento e transmitir os valores. Mas ser médico hoje não é a mesma coisa de há décadas. Hoje encontramos outras dificuldades e estes valores estão a ser postos em causa. Existem entraves e até ataques a esses valores e esta ligação importantíssima entre o médico e o seu doente. A classe médica vai ter de se debruçar, com muita profundidade, sobre o papel que nos é reservado na sociedade. Há pressões dos nossos dirigentes para atenuarem este nosso papel mas somos a última barreira para manter a humanização da Medicina. A nossa entrega ao doente é permanente". Para Carlos Cortes "este serão de alegria e de festa" merece ficar perpetuada na memória dos

homenageados.

A cerimónia de homenagem contou ainda com a intervenção do vice-presidente administrativo do Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra, Miguel Martins. O aluno do 5º ano de Medicina acentuou, aliás, o "profundo respeito" pelos médicos presentes nesta cerimónia que "construíram uma Saúde de excelência". Perante uma sala lotada, Miguel Martins disse: "Quero agradecer a todos os homenageados, pois só graças a eles estou aqui e só graças a eles cumpro um sonho de ser médico". Nesta noite especial, o Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, João Patrício, debruçou-se sobre o tema "Remédios de ontem - Ex-votos / Antropologia da Doença". Personalidade de enorme prestígio clínico e académico, João Patrício, recorde-se, foi o mentor do Laboratório de Investigação Experimental dos Hospitais da Universidade de Coimbra, o



Homenageados com 50 anos de inscrição na OM



Prof. João Patrício



Miguel Martins, NEM-AAC

que seria a génese de uma Escola Universitária de Cirurgia. Logo a seguir a esta intervenção, decorreu de forma festiva, a entrega das medalhas evocativas dos 50 e 25 anos de inscrição na OM e o descerramento das placas alusivas a esta data. Com apresentação de Inês Mesquita, membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos

Médicos, esta cerimónia começou com uma atuação do Coro da Ordem dos Médicos e culminou com o grupo "Quatro e Meia".

Elogios aos médicos: Aveiro, Castelo Branco e Leiria

A homenagem aos médicos pelos 50 e 25 anos de inscrição na Ordem dos Médicos contou também com as respetivas cerimónias nos distritos médicos de Aveiro, Castelo Branco e Leiria. Na 'cidade do Lis', o momento de júbilo contou também com a receção aos novos médicos, num encontro de gerações cuja importância o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos quis sublinhar. "Os médicos que agora recebem as medalhas de 25 e 50 anos ainda têm um contributo muito grande a dar à sociedade e aos colegas mais novos. A medicina milenar é

isso: os mais velhos transmitem o seu conhecimento e os valores aos mais novos. Os valores do humanismo, da ética, da deontologia, para dar a resposta adequada aos que dela necessitam. Esta ligação entre as gerações materializa-se nesta cerimónia que tem a particularidade, em Leiria, de contemplar, também, a receção aos médicos mais novos. Esta corrente, esta transmissão do saber, é muito importante sobretudo quando estamos em tempos mais difíceis.", disse Carlos Cortes. Nesta homenagem, a presidente do Conselho Distrital, Ana Barros, destacou, precisamente, o encontro entre as diversas gerações de médicos, desejando "coragem" aos que "estão agora a começar", pois "os tempos não estão fáceis".

Em Castelo Branco, o Bastonário da Ordem dos Médicos respondeu à questão: "como atrair médicos para o interior do País?". José Ma-



Homenageados com 25 anos de inscrição na OM



Medalhas Leiria



Medalhas Castelo Branco



Homenagem Aveiro



Dirigentes da OM em Leiria



Castelo Branco - homenagem



Dirigentes da OM em Aveiro

nuel Silva voltou a recordar que Portugal "é o quarto País da União Europeia com mais médicos", criticando, sim, a má distribuição dos recursos humanos. "Sempre houve uma discriminação negativa no interior. O interior tem de beneficiar de uma discriminação positiva. Neste momento, os salários médicos foram tão desqualificados que temos muitos médicos a emigrar para o resto da Europa". Segundo o Bastonário da Ordem dos Médicos, "o Serviço Nacional de Saúde deixou de ser atrativo, não só por questões salariais, mas, também, pela forma negativa como os profissionais de Saúde são tratados". Em seu entender deve ser criada uma "maior atratividade" para o interior do nosso País, "melhorando as condições para a fixação dos profissionais no interior do País". Até porque, "o

curso da Faculdade de Medicina da Covilhã também não foi suficiente para resolver esse problema. Não é formar mais médicos ou criar mais cursos que se consegue resolver o problema da falta de médicos". O anfitrião, Ernesto Rocha, presidente do Conselho Distrital de Castelo Branco, instado pelos jornalistas, fez alusão ao problema da formação de médicos internos nas zonas do interior do País. "A formação é fundamental para a continuidade de serviços nos hospitais do interior". A festa de homenagem decorreu no Hotel Turismo da Covilhã. Em Aveiro, na sede do Conselho Distrital, foi também em ambiente festivo que decorreu a homenagem e respetiva entrega de medalhas comemorativas - aos médicos com 25 anos e 50 anos de inscrição na Ordem dos Médicos, no Conse-

lho Distrital de Aveiro. Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), destacou o empenho e esforço dos colegas que construíram o Serviço Nacional de Saúde e cujo legado urge defender. Na sua intervenção, o presidente da SRCOM voltou a colocar o acento tónico na união de todos os médicos em nome da humanização da Medicina. "A classe médica tem atravessado, nos últimos anos, muitas dificuldades. Temos de unir esforços pois ser médico hoje é muito diferente de há 25 e 50 anos", disse. As distinções que assinalam os 25 e 50 anos de carreira médica foram entregues pelo presidente da SRCOM, Carlos Cortes, pelo presidente do Conselho Distrital de Aveiro, Beatriz Gusmão, e pelo presidente da Assembleia Distrital de Aveiro, Carlos Simões Pereira.



‘Clube do Livro’ na SRCOM



“Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica”, de André Dias Pereira

A apresentação da 22ª obra da coleção do Centro de Direito Biomédico - “Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica” – lotou a Sala Miguel Torga,

da Secção Regional do Centro da Ordem dos: O livro, escrito por André Dias Pereira (sob orientação dos Professores Guilherme de Oliveira e Jorge Sinde Monteiro), é baseado na tese de dissertação do autor que atualmente preside ao Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. O Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, que presidiu à sessão, ressaltou a importância da obra: “Nós, médicos, lidamos com as questões da responsabilidade médica e do Direito médico e sentimos, muitas vezes, que, apesar de haver da parte do Direito um entendimento construtivo daquilo que são as complexidades da profissão médica - e aquilo que deve ser entendido como responsabilidade médica por não se conseguirem os fins que o doente está à espera – o que nós, médicos, temos de garantir é que se usem os meios adequados para cada situação.” Nesta sessão – moderada por Catarina Matias, membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos - o Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Duarte Nuno Vieira, destacou o facto de este livro (mil páginas divididas em quatro partes e 15 capítulos), ser “uma obra que propõe e percorre caminhos novos em áreas das quais os avanços verificados nas últimas décadas têm sido particularmente intensos e impressionantes.”. Duarte Nuno Vieira concordou, aliás, com a análise proposta por André Dias Pereira - designando até de “expressão feliz” – segundo a qual devem existir “pontes de confiança” entre juristas e médicos, médicos e pacientes e outros profissionais”.



“Deus Natureza”, apresentação do livro Jaime Ramos

“As nossas causas, a nossa mensagem de Humanismo e de entrega aos outros, também se transmitem através da arte e da literatura”, disse o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos

Médicos, Carlos Cortes, ao elogiar Jaime Ramos o autor do livro “Deus Natureza”. Na apresentação da obra, que decorreu na Sala Miguel Torga, Carlos Cortes elogiou o médico Jaime Ramos “por se dedicar à causa pública, nas suas várias vertentes”, expressando, aliás, a “admiração” por ter fundado “uma notável obra social”.

Segundo o neurocirurgião Fernando Gomes, que também participou na apresentação desta obra na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, que confessou já ter lido o livro duas vezes, “a obra é tudo o que o Jaime fez ao longo da sua vida: as tarefas que desempenhou, mas, sobretudo a ‘menina dos olhos de ouro’ a Fundação ADFP”, acentuou o neurocirurgião. Nesta apresentação, Américo Figueiredo, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, aborda os “quatro ensaios” do livro do seu amigo e colega de curso. Contos para netos maiores, porque “o autor cede a narrativa aos netos”, é uma obra onde se plasmam os conceitos de felicidade, amizade, política como praxis, entre outros. “Esses netos existem”, destaca o professor de Dermatologia, e “são o exigente grupo a quem é dirigido este livro” classificando-o como “ensaio autobiográfico”.

O autor, Jaime Ramos, médico, assume a sua visão multicultural e universalista. “É um livro que desafio a lerem, a refletirem e a discordarem”, disse. Barbosa de Melo e António Arnaut são os autores do prefácio e posfácio, respetivamente.

Humanização

foi a palavra de ordem no Dia do Médico da SRN

A 18 de junho, a cerimónia do Dia do Médico na SRNOM contou uma vez mais com a atribuição do prémio que distingue o melhor aluno de medicina do Norte do país e homenageou os médicos que completaram 25 e 50 anos de inscrição na Ordem. Neste ano, em que pela primeira vez Daniel Serrão não pôde estar presente para entregar o galardão a que dá nome, o Bispo do Porto foi o responsável pela abertura da sessão, tendo discursado sobre “Humanização em Saúde”.

Foi com uma conferência inaugural sobre “Humanização em Saúde” que o Bispo do Porto, D. António Francisco dos Santos, abriu a sessão de comemoração do Dia do Médico no Centro de Cultura e Congressos da SRN, a 18 de junho último.

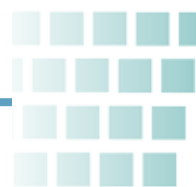
O convidado especial começou por abordar a Saúde humana, defendendo que “sem esta cen-

tralidade em quem recebe os cuidados de Saúde, dificilmente conseguiremos entender a missão do médico”.

“Cuide cada médico da sua humanidade e, se cada um o fizer, estaremos a humanizar a Saúde no seu todo”, continuou D. António Francisco dos Santos, apelando a que os clínicos sejam resistentes às “ameaças que tentam

desvirtuar a medicina e o seu carácter humanista” e enumerando algumas como o excesso de trabalho – “desgastante e exigente, muitas vezes no limiar das próprias forças”- e o processo continuado de especialização que, a seu ver, pode “retirar ao médico a capacidade de olhar o doente como uma pessoa inteiramente considerada”.





Em jeito de agradecimento à comunidade médica, elogiou a sua capacidade de ver a realidade e entender a alma humana. “A sociedade nunca saberá, nem poderá, viver sem a lucidez da vossa investigação, sem a presença da vossa missão e sem a entrega do vosso trabalho”, afirmou.

D. António Francisco considerou que é necessário encontrar “o rosto humano do médico, a sua voz serena, a sua mão que nos toca, o seu olhar que nos afaga e a confiança que nos cura”. O Bispo do Porto finalizou com a última encíclica do Papa Francisco - *Laudato si* - versando sobre o modelo do Cristo Médico e parábola do bom samaritano.

Inês Soares Carneiro vence Prémio Daniel Serrão

“O coroar de seis longos anos de formação médica básica”, com muito “trabalho, sacrifício e dedicação em prol da profissão”, foi assim que Inês Soares Carneiro, vencedora do Prémio Daniel Serrão, classificou a distinção que lhe trouxe grande satisfação, mas também “alguma surpresa”. A jovem médica concluiu em 2014 o mestrado integrado de Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) com média de 18 valores, recebendo assim este prémio de mérito, que distingue anualmente o aluno com melhor média das três escolas de Medicina da região Norte. “É, por outro lado, um enorme incentivo para continuar, com igual tenacidade, a longa jornada de formação médica que tenho pela frente”, acrescentou Inês Carneiro, interna que ao que tudo indica irá optar por uma especialidade médico-cirúrgica.

O diretor do ICBAS, António Sousa Pereira, felicitou a ex-aluna da instituição e mostrou-se convicto de que o seu “futuro augura uma carreira profissional de sucesso”, dadas as capacidades demonstradas em lidar com enormes “pressões e exigências”.

Como lembrou António Araújo, vice-presidente do CRN, “este foi o primeiro ano em que Daniel Serrão não esteve presente na atribuição do prémio”, deixando em nome da direcção votos de uma rápida recuperação. O exemplo do professor e bioeticista foi várias vezes referido ao longo da cerimónia, tendo Inês Carneiro sublinhado o seu “percurso brilhante”, “não só na medicina, mas também na ética e na cultura, que não deixa nenhum médico indiferente”. Mais tarde, o presidente do CRN, Miguel Guimarães, considerou Daniel Serrão um “exemplo” para todos os jovens médicos por representar “a excelência da medicina portuguesa”, “a nobreza de valores” e “a humanidade”.



Homenagem de 25 e 50 anos

Um dos momentos altos da cerimónia foi a tradicional homenagem aos médicos que completaram 25 e 50 anos de filiação na Ordem. Dirigente da SRNOM e, também ele, um dos médicos homenageados, Luís Medina destacou ao longo deste meio século de exercício da Medicina a “experiência, sacrifício e consistência” que representaram os desafios enfrentados.

De acordo com o médico e presidente da Associação Luso Galaica de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, “o SNS foi fruto de uma conjuntura político-institucional permeável aos princípios da medicina social”, “que também resultou da experiência acumulada de um quadro médico progressista, ciente da sua missão na sociedade e com conhecimentos da recente medicina preventiva”.

“A Ordem contribuiu para a construção deste sistema fundamental, com críticas construtivas, mobilizando para o debate das boas práticas em Saúde, da especialização” e reivindicando “melhores condições de trabalho para os seus profissionais”, acrescentou.

Nas palavras de Luís Medina, “a Ordem de hoje é diferente da de há 50 anos, com instalações mais adequadas e fundamentos mais sólidos”, pelo que o médico terminou o seu discurso deixando um apelo aos colegas para que participem ativamente nos eventos promovidos pela mesma.

“Só é vencido quem desiste de lutar”

Neste Dia do Médico, o discurso do presidente do CRN ficou marcado por um olhar crítico sobre a atualidade do setor da Saúde

em Portugal. Miguel Guimarães recorreu a vários estudos e relatórios recentes para dar conta de que estamos perante “um retrocesso sem precedentes na qualidade e humanização” da medicina praticada em Portugal. Um dos exemplos citados foi o estudo co-realizado pelo ISCTE e pela Ordem – “O sistema de saúde português no tempo da troika: a experiência dos médicos” – que concluiu que 80% dos clínicos no SNS entendiam que as reformas no sector público já afectaram a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Entre os vários dados citados no discurso, referia-se ainda que cerca de 40% dos médicos hospitalares já se tinha confrontado com a falta de medicamentos no tratamento adequado dos doentes, 30% estiveram envolvidos em cirurgias adiadas e 23% já deixaram de realizar técnicas invasivas por falta de material disponível.

Apoiado num estudo realizado entre 2011 e 2012 pela socióloga Marianela Ferreira, o presidente do CRN deu especial relevo à aposentação médica precoce, recordando que 78,1 % dos profissionais inquiridos, numa faixa etária entre os 55 e 65 anos, admitiam prolongar a sua actividade profissional, mesmo reunindo condições para a reforma. O que se tem verificado no terreno, no entanto, é uma tendência crescente para a aposentação antecipada: “na região norte, entre Janeiro de 2011 e Maio de 2015, aposentaram-se 401 especialistas em Medicina Geral e Familiar, dos quais 370 de forma antecipada”, sublinhou Miguel Guimarães. “O que mudou então para que desde 2011 tantos médicos tenham decidido aposentar-se antecipadamente mesmo com grandes penali-

zações pessoais?”, questionou o dirigente. A resposta, em seu entender, pode ser encontrada na “desqualificação e na forma indecorosa como muitos médicos têm sido tratados pela tutela”, bem como numa degradação geral das condições de trabalho. Perante este cenário, que não carece de “mais justificações”, Miguel Guimarães defendeu que “é urgente quebrar o ciclo vicioso que está a bloquear a Saúde em Portugal” e a necessidade de “romper com a visão de curto prazo” que tem dominado as orientações políticas no sector. Recorrendo a uma citação de António Arnaut, fundador do SNS – “só é vencido quem desiste de lutar” – o dirigente afirmou que, sem nunca desistir, têm de ser os médicos a contribuir para uma reforma na Saúde “consistente, estável e que se traduza num serviço público de excelência”, tendo como “imperativo moral” “a defesa dos doentes e do seu direito a cuidados de saúde qualificados”.

De acordo com Miguel Guimarães, é indispensável “uma nova agenda que seja mobilizadora de uma política diferente, independente da cor política do Governo”, para que haja mais proximidade entre os doentes e os profissionais de Saúde e para que “a sustentabilidade seja um meio e não um fim em absoluto”.

Toda a informação sobre a Cerimónia do Dia do Médico disponível em www.nortemedico.pt

*“Só quem se apaixona
pela vida e dignidade
humana consegue
ser médico”*

**D. António Francisco
dos Santos**



Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

A verdade dos factos

Artigo publicado pelo presidente do CRN, Miguel Guimarães na edição de 17 de Junho do jornal Público.

O artigo do secretário de Estado adjunto do ministro da Saúde, publicado no jornal PÚBLICO em 11 de Junho, intitulado “opiniões e percepções” em Saúde, legitima uma resposta com base na verdade dos factos.

Independentemente das percepções e opiniões divulgadas recentemente, com base em estudos ou inquéritos de reconhecido mérito, que de resto traduzem o sentir da sociedade civil que diariamente utiliza ou trabalha no SNS, o que é que leva o secretário de Estado a mais uma vez tentar desacreditar os resultados e as evidências justificando o injustificável? Senão vejamos:

1. Entre 2010 e Maio de 2015 aposentaram-se 3031 médicos a nível nacional.

2. Na região Norte, entre Janei-

ro de 2011 e Maio de 2015, aposentaram-se 401 especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF), dos quais 370 (92,27%) de forma antecipada (54,6% tinham entre 55 e 60 anos e 41,1% entre 61 e 65 anos).

3. Na região Norte, entre 2012 e 2014 emigraram 232 médicos (119 em 2014). Os especialistas que mais optaram pela emigração eram de MGF. A principal razão que levou os médicos a emigrar foi a procura de melhores condições de trabalho.

4. Dados publicados em 2011 pela OCDE/ Federação Europeia de Médicos Assalariados mostram que Portugal é um dos países da Europa em que os médicos têm salários mais baixos (apenas Grécia, República Checa, Polónia, Hungria, Roménia e

Bulgária ficam atrás de nós).

5. A despesa pública com a Saúde (Orçamento do Estado) representa 5,9% do PIB. Entre os parceiros europeus, apenas Hungria, Polónia e Estónia investem proporcionalmente menos dinheiro público nos cuidados de saúde.

O investimento feito directamente pelos doentes na saúde representava 27% da despesa total registada em 2014. Um valor que coloca Portugal como o sexto país da OCDE que mais despesa individual exige à sua população.

Entre 2012 e 2014, a contracção do orçamento público para a Saúde foi superior a dois mil milhões de euros.

6. Entre 2011 e 2013 (Pordata) já saíram da função pública cerca

de 250.000 pessoas e já emigram cerca de 350.000! Neste cenário, não é difícil imaginar os pequenos milagres diários que as instituições e os profissionais estão obrigados a realizar para manter um nível de resposta aceitável às populações.

O que mudou então para que desde 2011 tantos médicos tenham decidido aposentar-se

antecipadamente, mesmo com grandes penalizações pessoais? Ou para que a taxa de emigração tenha aumentado de forma exponencial? A resposta não é difícil e ajuda a entender as “opiniões e percepções” que parecem ter “irritado” o secretário de Estado.

A desqualificação e a forma indecorosa como muitos médicos

têm sido tratados pela tutela, o degradar das condições de trabalho, o aumento da pressão na relação médico-doente traduzido em tempos de consulta inaceitáveis, os sucessivos cortes salariais, a imposição de sistemas informáticos disfuncionais, o aumento dos casos de violência contra profissionais de saúde, a opressão insustentável e o

CRN contesta incumprimento dos descansos compensatórios e solidariza-se com os médicos do IPO Porto

O incumprimento da Lei dos descansos compensatórios obrigatórios em alguns hospitais do Norte do País levou o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRN) a assumir uma posição pública sobre a matéria e a questionar directamente a directora clínica do IPO do Porto, umas das unidades que não cumpre a determinação legal.

Numa nota de imprensa intitulada “A defesa da segurança e saúde dos doentes e dos médicos”, publicada a 19 de Junho, o CRN lamentou que, apesar do pedido expresso da ACSS às Administrações Regionais de Saúde, “alguns hospitais insistam em continuar a desrespeitar a legislação, os médicos e, naturalmente, os doentes”. O

caso do IPO Porto, acrescentava o documento, levou “mais longe” essa determinação ao inscrever no seu Boletim Informativo nº 9/2015, de 13 de Março, uma recusa formal da aplicação das regras dos descansos compensatórios. “O Conselho de Administração do IPO Porto procura impedir, de forma abusiva e ilegal, os seus

médicos de gozarem o descanso compensatório após uma jornada de trabalho que incluía 12 horas em período nocturno”, acentuou o CRN.

Lembrando tratar-se de uma questão de matéria sindical, o organismo presidido por Miguel Guimarães não deixou de “condenar publicamente a atitude das direcções hospitalares





clima de “medo e censura” instalado, as constantes transformações legislativas no que respeita ao acesso à aposentação e o incumprimento na aplicação prática das carreiras médicas ajudam a explicar a maioria daquelas decisões.

Serão precisas mais explicações ou estudos para entender por que é que a nossa percepção

(com base na verdade dos factos) é diferente da percepção do secretário de Estado? Será que ainda não percebeu porque é que cada português não tem ainda um médico de família?

Será que o secretário de Estado adjunto do ministro da Saúde ainda não percebeu porque é que cada português não tem ainda um médico de família?



que não estão neste momento a cumprir a Lei e saudar as posições já assumidas pelos sindicatos médicos”. Para o CRN, este atropelo legal das administrações hospitalares - e no caso concreto do IPO Porto - “prejudica a qualidade dos cuidados de saúde e aumenta de forma significativa a possibilidade de erro médico”, sendo cada vez

mais os casos conhecidos de burnout na classe profissional. Na nota de imprensa, o organismo da Ordem dos Médicos condenou as administrações hospitalares por apoiarem comportamentos “que podem conduzir a uma violação grosseira da Ética Médica e do Código Deontológico” e exortou todos os directores clínicos a “defenderem

e fazerem cumprir o respeito pelas boas práticas médicas, honrando a legislação em vigor relativa aos descansos compensatórios”. No caso específico do IPO, a directora clínica, Professora Rosa Begonha, recebeu um ofício do CRN a 20 de Março onde se apelava a “que sejam tomadas medidas efectivas com carácter de urgência, no sentido de ser cumprida legislação aplicável”, conforme a determinação efectuada pela ACSS.

O incumprimento dos descansos compensatórios no IPO Porto acabaria por precipitar uma greve de médicos no dia 18 e 19 de Junho. A paralisação, convocada pelo Sindicato dos Médicos do Norte, mereceu também a solidariedade do CRN numa nota divulgada no dia 16 de Junho. “Está em causa a boa prática médica e a segurança da prestação de cuidados de Saúde, valores dos quais o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos não abdica em momento algum”, sublinhava o comunicado.



CHMT enfrenta défice de recursos e má organização

Conselho Regional do Sul fez visita ao Hospital de Abrantes e verificou dificuldades

O Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT) vive numa situação permanente de instabilidade e está a prestar um mau serviço aos seus doentes, colocando-os em risco. Avultam os casos da falta de ortopedistas, de má prestação da empresa contratada para fazer as TAC, da inexistência de um neonatologista sequer no serviço com essa designação e de atrasos nos exames oncológicos.

Uma delegação do Conselho Regional do Sul, presidida por Jaime Teixeira Mendes, que foi acompanhado pela dirigente do Distrito Médico do Ribatejo Ana Rita Vicente, visitou o Hospital de Abrantes, uma das unidades do Centro Hospitalar do Médio Tejo, que inclui ainda os hospitais de Tomar e de Torres Novas.

A situação neste Centro Hospitalar, que resultou da fusão dos hospitais de Tomar, Abrantes e Torres Novas, arrasta-se sem que se vislumbre uma solução equilibrada que dê resposta aos naturais anseios das populações e ao seu direito a serem bem tratadas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). O presidente do CRS e a dirigente do Distrito Médico do Ribatejo

mantiveram uma reunião com a directora clínica do CHMT, Cristina Gonçalves, que deu as explicações possíveis para os problemas apresentados e dos quais tem sido dado conhecimento à Ordem dos Médicos.

Jaime Teixeira Mendes apresentou à directora clínica o rol de situações de que têm sido contestadas. Entre estas avulta o caso de atrasos inaceitáveis nas análises feitas aos doentes oncológicos, doentes graves que precisam de ser tratados com a maior rapidez possível.

Segundo queixas chegadas à Ordem, os resultados das análises têm frequentemente três meses de atraso e já foi relatado um caso ainda mais grave de atraso num doente operado em 2013 e que teve consulta de decisão terapêutica apenas seis meses depois.

A explicação que tem sido dada pelos médicos aponta para falhas de organização e défice de recursos humanos. Há algum tempo foi substituído subitamente o laboratório fornecedor e o Centro Hospitalar ficou ainda sem a colaboração de uma médica especializada em cirurgia da mama.

Leituras de TAC com erros grosseiros

No Centro Hospitalar do Médio Tejo vive-se também uma situação de risco para os doentes com o fornecimento de serviços de TAC. Foi entregue esse serviço a uma empresa externa, a S24 – uma decisão baseada em critérios exclusivamente economicistas –, que repetidamente fornece relatórios incorrectos dos exames, o que naturalmente pode conduzir a diagnósticos errados.

Um dos exemplos, entre muitos outros, que chegou ao conhecimento da Ordem é o caso de numa TAC não ter sido detectado um aneurisma da aorta abdominal, o que foi considerado por Jaime Teixeira Mendes “um erro grosseiro, inconcebível, que sujeita o doente a um enorme risco”.

Segundo as denúncias recebidas, estes casos têm sido relatados à direcção clínica, mas nada tem sido feito. A directora clínica admitiu à delegação do CRS que a resposta da S24 é “de qualidade baixa” e mencionou a possibilidade de essa questão ser resolvi-



da, contudo as informações mais recentes apontam para o alargamento de fornecimento de serviços por parte desta empresa.

Serviço de Neonatologia sem neonatologistas

O presidente do CRS alertou a directora clínica para “uma situação que tem que ser tratada também no domínio interno da Ordem, mas que deve ser denunciada”. A Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo mantém a funcionar o que designa como serviço de neonatologia no Hospital de Abrantes, mas a verdade é que este serviço não dispõe de um único especialista nesta área e funciona com o recurso a 4 jovens pediatras.

“Para além de se dar à comunidade que serve uma ideia errada, isto é uma ilegalidade, um serviço não pode funcionar sem um único especialista da área”, advertiu Jaime Teixeira Mendes. Segundo o presidente do CRS, “aumentam os riscos de não se tratarem da melhor forma os recém-nascidos e de não haver preparação para qualquer situação mais grave que ocorra; é preciso ter muita experiência para trabalhar em neonatologia e essa necessidade é desprezada pela Administração”.

De resto, neste domínio, o Centro Hospitalar “é uma confusão, porque a zona onde há maior natalidade é a de Torres Novas, onde está instalada a Pediatria, mas a maternidade é em Abrantes, uma solução que estabelece a confusão total”, concluiu.

Urgência não tem ortopedista às terças-feiras

A urgência médico-cirúrgica do Centro Hospitalar é em Abran-

tes, mas funciona deficitariamente. Por exemplo, uma vez por semana não há ortopedista de serviço à urgência. As restantes unidades de saúde são avisadas semanalmente de que não há ortopedista e indicam o Hospital de Santarém como destino dos doentes urgentes. Esta decisão representa, muitas vezes, uma deslocação que pode atingir mais 70, 80 ou mesmo 100 quilómetros. “Imagine-se o que é um doente com uma situação de traumatologia grave andar dezenas e dezenas de quilómetros para ser tratado. E não se esqueça que há uma autoestrada importante que cruza esta área, onde pode haver acidentes muito graves”, alertou o presidente do CRS.

De resto, já aconteceu com doentes que têm problemas mais ligeiros deslocarem-se a Santarém, ficarem um dia e voltarem a Abrantes no dia seguinte para serem tratados.

A directora clínica admitiu que há diversos problemas para resolver e considerou que “o hospital está refém das empresas prestadoras de serviços”, designadamente as de contratação de médicos, que falham muitas vezes com os compromissos.

Faltam internistas

Cristina Gonçalves, em resposta às questões que lhe foram colocadas, sublinhou que “faltam internistas, nomeadamente em Torres Novas e em Tomar, e também não há cirurgiões”. Isto porque “muitos profissionais se foram embora” e os concursos para contratação ficam desertos, como foi o caso do mais recente que visava a entrada de cerca de 40 médicos.

A directora clínica desabafou também, assumindo que, na generalidade, “os médicos estão cada vez mais cansados, cada vez mais sobrecarregados” e que há necessidade de proceder a “alguma arrumação” do Centro Hospitalar. Deu até o exemplo do serviço de saúde materno-infantil, que deveria ser centralizado.

Segundo Jaime Teixeira Mendes, “tudo isto se deve a falta de organização e de recursos. As populações daquela área tinham três hospitais que davam resposta aos seus problemas, agora têm o Centro Hospitalar, cuja criação representou uma drástica redução de recursos humanos e está a ser administrado com uma visão economicista que prejudica as populações em benefício não se sabe bem de quê”.





A fuga de cérebros

"Este parte, aquele parte e todos, todos se vão (...)"
(Cantar de Emigração)

Os mais velhos lembram-se ainda da magnífica voz de Adriano Correia de Oliveira que interpretou o *Cantar de Emigração*, com letra de Rosália de Castro e música de José Niza.

A saída maciça de jovens, sobretudo do Norte de Portugal e da Galiza, fugidos da fome e da guerra colonial, zonas castigadas pelo êxodo, regiões que ficaram sem homens "que podem cortar teu pão". Nos anos 60, Paris era considerada a segunda cidade do país com maior concentração de portugueses.

Uma semana antes de eu passar a fronteira a salto para fugir de ser preso pela PIDE, tinham atravessado de uma vez, por essa mesma fronteira, 30 jovens minhotos que seguiam clandestinamente para trabalhar em França, e em que condições: atravessaram a Espanha e transpuseram os Pirenéus!

Hoje, volvidos 50 anos, com a liberdade conquistada, a descolonização e o desenvolvimento do país, constatamos que o terceiro D da revolução de Abril nunca foi completamente realizado.

Assistimos ao êxodo de jovens com formação universitária que deixam

o país outra vez sem mulheres e homens *que possam cortar o seu pão*.

"A fuga de cérebros é uma emigração em massa de indivíduos com aptidões técnicas ou de conhecimentos, normalmente devido a fatores como conflitos étnicos e guerras, falta de oportunidade, riscos à saúde e instabilidade política nestes países. Uma fuga de cérebros é geralmente considerada custosa economicamente, uma vez que os emigrados obtiveram suas formações de maneira patrocinada pelo governo.

A fuga de cérebros pode ser estagnada, através do fornecimento de conhecimento científico para a sociedade para que ela tenha oportunidades de carreira iguais e dando-lhes oportunidades de provar as suas capacidades. O termo foi usado para descrever a fuga de cientistas no pós guerra da Europa para a América do Norte". (definição dada por Wikipedia)

Em Portugal, a saída indiscriminada de técnicos, entre os quais profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, deve-se às más condições de trabalho, falta de oportunidades, destruição de carreiras e baixos salários.

A troika impôs-nos despedimentos e cortes salariais e este governo foi muito para além das medidas impostas, o que levou a um aumento nunca visto de desempregados.

Um estudo coordenado por Tiago Reis Marques, ele próprio a trabalhar no King's College, em Londres, e publicado na *Acta Médica Portuguesa*, revista científica da Ordem dos Médicos, chega a resultados preocupantes que os nossos governantes devem levar em conta e não assobiar para o lado, como é costume.

Quatrocentos mil euros é quanto custa ao país formar um médico e cerca de 60% de estudantes admite emigrar, número que aumenta para 74% quando se interrogam os internos no último ano da especialidade.

Estes números vêm provar o que há muito a Ordem dos Médicos alertava. O número de pedidos de atestados para exercer medicina no estrangeiro tem vindo a subir; só na região Sul os pedidos atingiram, no primeiro quadrimestre de 2015, uma média mensal de 22 atestados.

Há muito que os médicos perceberam a política deste governo,



formação em massa de médicos indiferenciados para, numa lógica puramente economicista da lei da oferta e da procura, oferecer baixos salários.

A promessa do ministro de dar um médico de família a um milhão de portugueses, até ao fim do mandato, ficou nisso mesmo: uma *promessa*.

A contratação de médicos reformados revelou-se um fracasso porque as verdadeiras causas das reformas antecipadas, a degradação dos serviços médicos, não foram compreendidas.

Este período pré eleitoral faz lembrar outra canção também cantada por Adriano, *O Sr. Morgado*. Para quem não conheça, cito uma das estrofes: *“Topa um influente, sou um seu criado./ Eleições à porta, seja Deus louvado,/ Seja Deus louvado,/ Seja Deus louvado.”*

A fuga de cérebros não se limita apenas aos médicos e aos enfer-

meiros, com agências estrangeiras a vir ao nosso país para proceder ao seu recrutamento. A porta da emigração estende-se a outros profissionais com habilitações superiores.

O Conselho Nacional das Ordens Profissionais (CNOP), que representa 16 Ordens Profissionais e mais de 300 mil profissionais, redigiu em 9 de Junho de 2015 uma carta dirigida ao primeiro-ministro dando conta das remunerações de profissionais qualificados oferecidas pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) e consideradas ofensivas da dignidade destes jovens.

Assim, a carta dá conhecimento de um anúncio publicado no jornal Diário de Notícias, em 16 de Abril deste ano, que diz:

“Um engenheiro mecânico que aceite um trabalho na zona de Anadia vai ganhar 515 euros mensais ilíquidos. A oferta, publica-

da no site do IEPF, insere-se no programa *Estímulo Emprego*, que financia empresas para contratar desempregados (...)”.

A esta notícia, similar a outras, somaram-se referências à subcontratação do Estado a valores que rondam os 4 euros/hora para profissionais qualificados.

E desiludam-se aqueles que pensam que a maioria destes jovens vai retornar ao país. Com as péssimas condições de trabalho oferecidas, os nossos concidadãos irão fixar-se noutras regiões e aí, casam, têm filhos e irão contribuir para o desenvolvimento de outras nações.

Há países, como a Irlanda, que também sofreram o êxodo de profissionais qualificados devido às medidas de austeridade impostas pela Troika, mas tentam agora reverter a situação oferecendo salários mais justos.

Este é o caminho que os nossos governantes devem seguir.

Auto das Barcas pelo Teatro Singular

O Teatro Singular, companhia do Ginásio Atlético Clube, estreou a sua nova peça, *Auto das Barcas*, na Ordem dos Médicos, no dia 17 de Junho.

No amplo Salão de Eventos, a peça encenada por Abílio Apolinário encontrou um espaço em que os actores se puderam mover muito livremente e estabeleceram um contacto muito próximo com o público. Seguindo o texto original de Gil Vicente, a dramaturgia do Teatro Singular contou também com diálogos de Carlos Alberto Correia e um naipe de 28 actores, entre os quais o dirigente do Conselho Regional do Sul Mário Durval.





Tempo do médico ou do enfermeiro a trabalhar isolados já acabou

Presidente do CRS no encontro sobre Cuidados de Saúde Primários

O presidente do Conselho Regional do Sul (CRS) considera que "a época do médico ou mesmo do enfermeiro isolado, onnipotente e conhecedor de tudo ficou enterrada há muito no século passado". Jaime Teixeira Mendes disse-o na abertura de um encontro sobre Cuidados de Saúde Primários.

Cuidados de Saúde Primários, Desafios com Futuro é a designação do encontro que reuniu médicos e enfermeiros, no dia 29 de Maio, no auditório da Ordem dos Médicos, organizado em parceria pelo CRS da OM e pelo Conselho Directivo da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros.

Na abertura dos trabalhos, Jaime Teixeira Mendes assinalou a importância de um encontro conjunto para tratar de matérias importantes para ambas as profissões.

O presidente do CRSul disse ainda: "Finalmente temos uma sessão sobre Cuidados de Saúde Primários e, quando há uma, há sempre duas. A ideia da realização conjunta com a Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, a que a sua direcção logo aderiu, teve todo o nosso apoio e penso que de outra maneira não poderia ser. Os cuidados de saúde fornecidos às populações e aos cidadãos têm de ser multidisciplinares e, como disse na minha toma de posse há ano e meio, mesmo transdisciplinar, no sentido que lhe deu Piaget.

(...) Recordemos a questão das car-

reiras médicas, cujo relatório foi publicado na altura em que era bastonário o Prof. Miller Guerra, e já aí se dizia que se tinha de tratar o cidadão no meio do seu ambiente – eram estas mais ou menos as palavras que vêm no documento – e não isoladamente como muitas vezes se tem feito. O caminho para a multidisciplinariedade não quer dizer que apaguemos completamente o

O clinical leader não deve ser imposto mas sim escolhido e respeitado pelos seus pares.

indivíduo. Não queremos, portanto, destruir o papel do indivíduo e a sua realização nem tão pouco do que se fala agora do *clinical leader*, o qual não deve ser imposto mas sim escolhido e respeitado pelos seus pares.

Diria que a crise económica conduziu a uma destruição dos valores em que a maioria de nós foi educada. A ruptura que o capitalismo financeiro introduziu desde os anos 80 impôs uma lógica de mercado no seio das empresas incluindo escolas e estabelecimentos de saúde. Os prémios, os bónus, muitas vezes individualizados, criaram novas relações de trabalho. O número cada vez maior de tarefas conduz a uma pressão adicional. A solidariedade

entre pares dá cada vez mais lugar à competição.

O paradoxo do período que vivemos é que a economia tende a ditar o seu modelo, numa fase em que a evolução das necessidades sociais vai noutra direcção. Os grandes pólos da sociedade pós-industrial, que são nomeadamente a educação e a saúde, não podem entrar no quadro da sociedade mercantil. Os incentivos financeiros tão propalados, dados aos professores ou aos médicos e enfermeiros em função dos seus resultados, originam depressa uma catástrofe pedagógico-sanitária. Há dois exemplos que eu daria: o do professor que vai receber incentivos conforme o número de alunos que passe o 12º ano faz muitas vezes com que ele fique só com os melhores alunos e que deixe para trás os outros. Muitas vezes, como foi o caso anedótico no Canadá, a compensação foi feita pelo número de cirurgias que se efectuaram. Por um lado, a formação dos internos passava a ser completamente deficiente e chegou a haver casos que quase havia lutas de boxe à entrada do bloco para ver quem é que operava para ter mais umas benesses ao fim do mês".

No final, o presidente do CRS lançou o desafio de alargar o diálogo "a mais profissionais de saúde, como psicólogos ou educadores, porque fazem todos parte da nossa equipa de trabalho."

Cuidados de Saúde Primários Que Futuro?

- Diferentes Realidades, um Objetivo Comum
- O Internato da Especialidade de MGF
- Sustentabilidade dos Sistemas de Saúde
- UCSP e USF - Prós e contras Condicionantes Geográficas na Qualidade Assistencial
- Referenciação - Pensar o Futuro
- Telemedicina do Futuro

Hotel Meliã Madeira Mare



Daniel Pereira da Silva

Ginecologista, Coimbra

Ser médico hoje...

A Secção Regional do Centro, em boa hora, lançou o repto para a reflexão sobre a actividade clínica contemporânea. A propósito de uma alocução na sessão de abertura do XIII Congresso Português de Ginecologia que teve lugar 5 de Junho passado em Espinho, desenvolvi o tema que venho colocar à reflexão de todos. Nota: agradeço a colaboração do meu irmão - José António Pereira da Silva.

Estou em crer que as **motivações** mais profundas que levaram a maior parte de nós, a escolher a medicina e fazer dela um modo de vida, são as mesmas que presidem às escolhas actuais – o prestígio, a complexidade e exigência da nossa actividade, e, acima de tudo, a nobreza de servir o bem-estar e saúde das pessoas.

Se atentarmos na **evolução** que o exercício da medicina tem tido, temos de concluir que a aceleração do progresso científico e tecnológico nos faz assistir a mudanças vertiginosas, o que torna virtualmente impossível vislumbrar o que está para vir.

Durante décadas a prática da medicina fundamentou-se no conhecimento do que imaginávamos serem os mecanismos fisiopatológicos de doença e na tentativa, essencialmente empírica ou pretensamente científica, de os contrariar. A evolução científica tornou claro o quão superficiais e incompletos eram esses fundamentos, assim como a evolução futura tornará seguramente claro, o quão infundadas e vãs, são as nossas convicções na solidez dos

conhecimentos de hoje.

A nossa prática fundamentava-se na experiência clínica pessoal, experiência casuística não-sistemizada, sujeita a uma leitura pessoal - inevitavelmente tão enviesante quanto a força da convicção de que partia. Era, contudo, considerada suficiente para os *standards* de conhecimentos sobre diagnóstico, esquemas terapêuticos e avaliação prognóstica. A combinação do treino clínico tradicional com uma certa dose de bom senso chegava para avaliar a validade e importância das inovações diagnósticas e terapêuticas. A competência técnica, combinada com a experiência clínica, isto é, a opinião pessoal, quanto muito colectiva, mas ainda pouco mais que opinião, permitiam por si só a elaboração de protocolos de actuação.

A elaboração do **processo de decisão clínica** assentava essencialmente em dois níveis: num primeiro nível, nos conhecimentos da anatomia, fisiologia, fisiopatologia, selecção de exames auxiliares de diagnóstico e esquemas terapêuticos; num segundo nível, mais alto, estava o conhecimento

adquirido pela experiência clínica, que dava a quem dela se julgava detentor, o direito de ser crítico ou ignorar quase em absoluto a pouca ciência de que se dispunha. A enorme dificuldade em aceder à ciência actualizada aumentava esta tendência - alguém se lembra da vida médica antes da *internet*?

Naturalmente que a teoria e a prática são processos interdependentes e quando se associavam à argúcia e a algum bom senso, eram suficientes para exercer uma prática clínica considerada respeitável e eficaz.

Essas eram as verdades de então.

A introdução do ensaio clínico aleatorizado veio alterar substancialmente essas convicções. Os princípios fisiológicos, a dedução lógica ou a exploração especulativa, foram substituídos pela análise concreta de resultados obtidos por intervenções bem definidas, sobre patologias específicas, em condições controladas. Foi colocado maior ênfase nos métodos e nos resultados, coligidos de forma rigorosa, ao invés do carácter aleatório da experiência pessoal.

Esta mudança revelou-se decisiva.

Em certos casos obtiveram-se resultados absolutamente surpreendentes, completamente inverosímeis à luz das convicções pessoais vigentes até então, impondo o abandono de atitudes clínicas que se apresentavam como absolutamente racionais na sua concepção, mas cuja eficácia quando bem estudada não correspondia ao esperado e afirmado!

Hoje, as verdades não dependem de quem as diz. Hoje a verdade, exige evidência.

A **medicina baseada em evidência (MBE)** ocupa os nossos dias. Considera-se que a MBE diminui a importância da intuição e da experiência clínica, assim como do raciocínio fisiopatológico, como bases decisivas da prática clínica. Aceito que lhe diminua a importância... contudo jamais as poderá substituir. É essencial reconhecer os limites da evidência. É essencial desenvolver sobre ela um salutar exercício de reserva, uma atitude de cepticismo construtivo, uma convicção quase certa de que a verdade científica actual terá vida curta.

Não esqueçamos que, partindo de meta-análises de ensaios clínicos aleatorizados ou destes isoladamente, estamos a extrair ilações obtidas de um colectivo tão vasto e logo tão impessoal, para as aplicar a um indivíduo estrito, um doente na sua singularidade.

Teremos sempre de fazer essa ponderação, porque nenhum ensaio clínico representará o nosso doente na sua individualidade, nas particularidades da sua resposta, do seu enquadramento cultural, das suas convicções e valores, que entre muitos outros factores, condicionam a relação com a doença, com o médico com o procedimento ministrado e até com a cura.

Os médicos combatem doenças mas tratam pessoas.

A MBE constitui, em todo caso, um pilar reforçado para a eficiên-

cia, um novo paradigma da prática médica, na medida em que aborda os problemas clínicos com base em questões respondíveis e selecciona a evidência científica aplicável segundo critérios e regras de avaliação crítica muito res- tritos e rigorosos.

Significam estes pressupostos que **estamos mais longe de incorrer- mos no erro?** O erro que tanto nos assusta e com que temos tanta dificuldade em lidar?

É natural que os médicos tenham essa dificuldade: temem a censura inter-pares, receiam as consequências na comunidade e nas instâncias judiciais.

Mas esta cultura tem de mudar. É imprescindível que assumamos que o erro é e será sempre inerente ao exercício da nossa actividade..., aliás de qualquer actividade!

De forma sumária, podemos considerar que **as razões do erro radicam em 3 vectores fundamentais: no médico, no doente e no ambiente assistencial.**

Os factores inerentes ao paciente prendem-se basicamente com o seu grau de capacidade de informar sobre os seus sintomas de modo preciso, e de entender e cumprir o tratamento e posologia propostos pelo médico, o que nem sempre é tarefa simples. A educação da população é fundamental para que esta esteja apta a partilhar decisões e responsabilidades sobre os procedimentos propostos.

Os factores inerentes ao ambiente envolvem basicamente a presença de recursos humanos para apoio multidisciplinar, organização e monitorização de procedimentos, e acesso aos meios técnicos necessários. Cabe também aos médicos, se possível com ou junto dos poderes constituídos, reivindicarem e procurarem melhorias na organização da sua actividade, nos recursos tecnológicos e condições de trabalho.

O médico está e estará no centro

da questão. Para o bem e para o mal, aí reside a sua mais valia, que não pode desvalorizar e da qual não pode prescindir. Os factores inerentes ao médico englobam características da sua personalidade, os níveis da sua formação técnica e prática, a integridade da sua postura profissional e ética.

É de extrema importância que os médicos adquiram e pratiquem de forma continuada uma autoconsciência crítica sobre a sua prática, a fim de detectar e aprender com os erros, e adoptar estratégias correctivas, progredindo em ciclos sucessivos de qualidade, almejando níveis cada vez mais altos de excelência. Merece-lhe esse esforço, a sociedade que serve. Merece-lhe esse esforço a sua própria satisfação profissional, a sua própria felicidade – que não poderá deixar de sofrer perante a consciência de uma eventual incompetência continuada – seja ela técnica, ética ou profissional.

O controlo do erro é um significativo avanço da medicina moderna. Temos de evoluir no sentido de esclarecer todo o processo de decisão e identificar as lacunas da nossa actuação, e dos sistemas em que a exercemos, sem estigmas pré-concebidos, de modo que novos erros sejam evitados com as medidas mais adequadas, fora da praça pública.

Chegado aqui permitam-me que **questiono os novos rumos que a estruturação dos nossos cuidados de saúde tem privilegiado de uns anos a esta parte:** contratos individuais, contratos por tarefas..., grandes desafios à estrutura funcional dos serviços.

A desejável evolução para uma prática médica integrada e multidisciplinar, centrada no doente, está posta em causa.

Saliento o **risco de promover o individualismo**, quando a evolução do conhecimento e das necessidades sociais impõem a exigência de uma abordagem cada vez mais multidisciplinar.

Com uma **organização cada vez mais empresarial dos cuidados de saúde, onde os critérios de natureza económica e de rentabilidade são imperativos, o Médico está a ser empurrado para a condição de mero prestador de serviços ao seu “patrão”, mais do que ao doente,** à semelhança dos electricistas, canalizadores e outros reparadores de coisa inanimada, sem nenhum menosprezo para estes.

Os doentes deixaram de ser considerados pessoas necessitadas de cuidados e passaram a ser utentes, clientes, consumidores de cuidados de saúde.

Isto não é semântica, não é jogar com as palavras, esta é... uma linguagem matricial, reflete a natureza intrínseca das coisas, afastando-se da “alma” da profissão que cultivámos, para se aproximar do conceito de “área de negócio”, como agora se diz.

Cabe a nós médicos, dignificar a nossa actividade, defender os seus valores nucleares. Temos de ser nós a fazê-lo, sendo exigentes conosco e com outros protagonistas dos sistemas de saúde. Temos de ser rigorosos no nosso exercício e na nossa avaliação, colocando a doente no centro da decisão.

Temos de assumir e exigir que reconheçam que ser médico implica dedicação, humanidade, compaixão, altruísmo e que exige uma aprendizagem permanente.

A evolução científica acontece a um ritmo vertiginoso. Não se é médico ou especialista para toda a vida porque se adquiriu um título. A **recertificação** é, sobre este ponto de vista, uma necessidade que temos de encarar com naturalidade.

O foco da nossa actividade é o doente com todas as suas dimensões, por isso continua a ser fundamental: tempo, cuidado na comunicação verbal, logo na anamnese, e cuidado na observação (exame físico). Ao procedermos assim iniciamos o elo da relação médico-doente, que não podemos desvalorizar.

Este processo implica disponibilidade e atenção, que, como sabemos, se encontram prejudicadas pela pressa, impaciência e demanda financeira, impostas não só pelos novos tempos, mas também por cada um de nós.

Segundo alguns autores a medicina é uma arte baseada em ciência. Eu diria que **a medicina deve ser cada vez mais ciência, mas nunca perderá, nem deve perder a sua faceta de arte, onde o relação médico-doente é crucial.**

Ai de nós, ai dos princípios que devotamos ou devíamos devotar à nossa vida profissional, se sobrepujarmos uma em detrimento da outra, ou se quisermos disfarçar as nossas insuficiências numa com o uso abusivo da outra.

A análise crítica da evidência, o escrutínio dos métodos, o bom senso na avaliação da sua aplicabilidade ao caso concreto, continuam e continuarão indispensáveis.

Cito de Andrew Moore, do Oxford Centre for Medical Evidence: **“O papel do Médico reside em transformar informação em conhecimento e, depois, conhecimento em sabedoria. A MBE só o pode ajudar na primeira metade do caminho”.**

A segunda metade, digo eu, exige um Médico empenhado e experiente, reflexivo e crítico na sua acumulação de experiência racionalizada. A segunda metade, acredito eu, exige um ser humano verdadeiramente interessado em servir o outro.

A **reflexão crítica** sobre a informação que nos chega, ainda que das mais respeitáveis fontes científicas, tal como a reflexão crítica sobre a nossa vivência continuarão a ser absolutamente indispensáveis. Sem avaliação crítica da evidência, sem reflexão crítica da experiência, poderemos acumular informação, talvez mesmo algum conhecimento, mas não teremos, não atingiremos a **sabedoria** necessária para fazer face aos imprevistos, às intercorrências, à expressão in-

dividual da doença em cada indivíduo, à fascinante variabilidade individual da relação deste com a doença e com a vida.

Só a combinação entre a evidência proveniente da investigação científica com a experiência, a diferenciação individual do médico (a sua “expertise”) permitirão uma prática clínica mais racional e eficaz. Juntemos a isto uma dose substancial de humanismo e respeito pelo outro se quisermos, finalmente, ter a prática Médica mais eficiente no nobre serviço de aliviar o sofrimento, prolongar a vida e maximizar a felicidade. Tudo isto na perspectiva individual que cada doente tem e detem!

Não podemos perder de vista que o serviço humanitário é o mais alto e valioso alvo da nossa actividade, mas a nossa mais valia para o doente depende nuclearmente do nosso conhecimento técnico – daí a obrigação de nos actualizarmos de manter viva a curiosidade, de aperfeiçoar o conhecimento para o poder transformar em sabedoria, isto é, em melhores cuidados.

Nesse trajecto o médico deverá almejar foros de excelência, deverá ser exigente consigo e com tudo o que diz respeito ao exercício da sua nobre profissão.

Não deve assumir-se como DEUS, mas não pode aceitar ser um mero prestador de serviços.

Nesse empenho, não precisará ser tão despojado que desvalorize a justa recompensa financeira, mas deve assumir que é no esforço de servir que, em si mesmo, residirá a sua compensação máxima, a sua própria felicidade, a sua realização como profissional, como pessoa.

A medicina do século XXI tem de se afirmar cada vez mais como ciência, como conhecimento partilhável e aferível, se possível mesmo nas suas facetas de arte.



Rosalvo Almeida

Carta aberta sobre as DAV

Prezado Professor Vilaça Ramos, Permita que, com todo o respeito que me merece a sua figura de pessoa prestigiada, sabedora e moderada, comente brevemente na Revista da OM o seu artigo sobre “As diretivas antecipadas de vontade” (DAV), publicado no número de abril e chegado a nossas casas no início de junho.

O que me move é mostrar aos nossos leitores que as coisas podem ter aspetos diferentes consoante o ângulo de que são vistas e isso não é sempre mau. Na verdade, pode ver-se, claramente visto, que a sua perspectiva é a do profissional e eu, sem deixar de o ser (ou o ter sido), gostaria de pronunciar-me como cidadão que já inscreveu as suas DAV no RENTEV (registo nacional do testamento vital).

O mais importante reparo que pretendo apresentar relaciona-se com alguma inconsistência que noto na mistura de vontades que os cidadãos podem indicar: uma coisa é “recusar”, outra é “pedir”. Se se pode, certamente, afirmar que os médicos não podem realizar tudo o que os seus “doentes” pedem, e que isso não configura um consentimento informado, já recusar certos tratamentos é – sem margem para dúvida – um dissentimento (consentimento negativo) antecipado. Se posso, hoje, na posse de todas as minhas faculdades e direitos, recusar, por exemplo, uma quimioterapia, mesmo que isso

não seja bem entendido por quem me trata, também poderei deixar escrito que, no futuro se não estiver em condições de expressar verbalmente a minha vontade, essa é de facto a minha vontade inultrapassável. O legislador pensou nisso e definiu um prazo para a eficácia das diretivas – cinco anos. Talvez pudesse ser menos, mas seria sempre a minha vontade.

O seu artigo e outros que sobre o assunto se pronunciaram nesta Revista pecam, na minha opinião, por esquecer que a legislação sobre DAV não surgiu do acaso. A justificação desta lei, tal como noutros países, é antes uma necessidade histórica ou, como se diz às vezes, resulta de um avanço civilizacional. Ou seja, todos quantos exercem medicina – nomeadamente em casos de fim de vida – sabem e sentem que, se dispuserem de uma DAV, todas as suas decisões sobre futilidade se tornam mais racionais. A autonomia a que temos direito pode não ter um carácter absoluto mas o confronto entre a minha autonomia enquanto pessoa doente e a do médico enquanto pessoa tratante não pode acabar sempre na predominância desta.

Resta uma terceira questão que não pode ser deixada sem crítica. Ao contrário do que afirma no início do artigo, o carácter vinculativo das DAV, na Lei n.º 25/2012, não tem só escapatória na objeção de consciência. O citado artigo 6.º,

no n.º 1, diz «Se constar do RENTEV um documento de diretivas antecipadas de vontade, ou se este for entregue à equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde pelo outorgante ou pelo procurador de cuidados de saúde, esta deve respeitar o seu conteúdo, sem prejuízo do disposto na presente lei.» Ora, o sublinhado pode bem remeter, entre outros, para o n.º 2 do mesmo artigo, o qual menciona as situações em que as DAV não devem ser respeitadas. Além de que as considerações sobre a objeção de consciência parecem esquecer que o Código Deontológico contempla dois tipos de objeção – a de consciência (artigo 37.º) e a técnica (artigo 38.º). Se a primeira tem de ser alvo de registo prévio, a segunda é que é verdadeiramente casuística e é a que pode e deve ser invocada se a DAV não puder ser respeitada.

Poderia ainda comentar a questão da confidencialidade mas tenho a certeza de que concorda comigo em que revelar ao próprio e/ou ao seu procurador (e escrevê-los no processo clínico por dever de documentação) os fundamentos do não respeito pela vontade antecipadamente manifestada pela pessoa, nas situações previstas na lei e no Código Deontológico, nunca poderá ser considerada uma quebra de sigilo.

Saudações colegiais.



M. M. Camilo Sequeira

Chefe de Serviço de Medicina Interna

Os jovens Médicos e o futuro

As novas gerações de Médicos são cientificamente muito qualificadas. A muito grande maioria sabe toda a fisiopatologia da generalidade dos problemas clínicos. Conhecem criteriosamente os normativos das chamadas “guide lines” de investigação e terapêutica. E são claros na definição dos seus propósitos e na ideia que têm do que deve ser a Medicina-ciência.

Têm por isso uma inequívoca autoridade para serem “motores” da construção, ou da continuidade, de uma forma de poder, o ter opinião, que o grupo profissional que escolheram integrar não pode perder e sobre que assenta uma parte significativa do estar bem que cada um de nós se comprometeu a oferecer aos que nos consultam a procurá-lo.

Para quem só vê no futuro o negro que a actual circunstância de vida promove esta certeza de competência oferecida pelos Médicos mais novos é, tem de ser, uma alternativa a esse negro.

Mas tal depende de outra competência, a de saberem proteger-se do que a manipulação de outros poderes querem fazer deles: uma geração que se preocupa apenas com o científico concorrencial e individualista que é padrão da formação académica de hoje.

E a dúvida sobre se o saberão fazer é legítima.

Porque a sobreocupação horária em trabalho, a desvalorização financeira do seu labor, a artificialidade de objectivos estruturados

em gabinete e sem qualquer vinculação ao interesse do doente ou ao singular da relação assistencial, a procura de ocupação por números cada vez maiores de Médicos com a consequente contratação sem crítica de qualificação, a convicção de muitos, seguramente por falta de tempo para pensar, de que vencer o outro é a garantia da subsistência, são agentes de contaminação da competência que inequivocamente possuem e do poder que esta determina.

O que é o Médico?

Há medo, muito medo, por parte de outros poderes do poder que o Médico representa pois ainda somos o grupo profissional que olha sempre para o homem doente, seja qual for a entendimento que se tenha do estar-se doente, como alguém que tem direito a estar bem e que este estar bem, a criação do que possa criar este estar bem, é o tudo e o nada da nossa razão de ser como cidadãos que escolheram como profissão ser Médico.

Sejam quais forem os eventuais benefícios de outros profissionais na promoção da saúde ainda são os Médicos que, em termos estritamente sociais, têm saber para perceber a doença, para considerarem como tal qualquer tipo de desadequação ao quotidiano, para investigarem o significado das queixas, para sempre que isso for possível compensar ou reformular o valor gerador de sofrimento e ainda para, algumas vezes, o eliminar.

Este fantástico mantém vivo o simbólico do poder médico. E apesar das desautorizações e das calúnias com que se tem procurado desvalorizá-lo ainda não nasceu o caluniador que, quando confrontado com o risco de morte ou simplesmente com a sua fantasia desse risco, procure competência diferente da que antes tentou desconsiderar.

Esta contradição do caluniador também é uma das bases desse poder médico.

Mas se esta realidade persiste na sociedade e se os Médicos continuam a possuir saberes e capacidades que são específicas do seu



labor e nem se discriminam porque uns são mais cientistas e outros mais clínicos de compreensão e apoio então porque é que a sua capacidade de influenciar políticas se tem vindo a degradar? Claro que o desânimo de alguns os leva a refugiarem-se nos referidos individualismo e competitividade e que estes podem ser resposta ao problema. Mas em meu entender apenas o são parcialmente. Porque por muito alienante que possa ser esta forma de estar na profissão o encontro com os doentes permite perceber que há algo mais na relação com a pessoa que sofre do que a expressão anamnética de sinais e sintomas, a sua investigação pelos múltiplos exames complementares acessíveis e a oferta de um medicamento para tratar o que esses exames “evidenciem”.

Na relação assistencial há sempre, mesmo que totalmente obscurecida por preconceitos, o desejo de se conquistar uma “confiança no Médico”, de se obter uma parceria “orientada pelo Médico”, de revelar uma expressão do ver o mundo que se traduz pela maneira como a doença é “proposta ao Médico”. A componente social, tão assustadora para os gestores da coisa pública que hoje dominam o mundo,

está no gene do exercício clínico. E nem o mais empedernido Médico, apenas técnico sem sensibilidade se é que esta figura existe, lhe consegue ser indiferente. Esta parte do nosso exercício quotidiano “entra pelos olhos dentro” em todos (em todos foi o que escrevi) os encontros em que alguém recorre a alguém para pedir ajuda.

É esta circunstância, este valor porque é assim que deve ser referenciado, que tem de ser o suporte para a manutenção do poder médico como uma vantagem, sem alternativa, para a sociedade do futuro. Próximo e distante.

Estamos a ser Médicos?

Mas estaremos nós a fazer o necessário para que este propósito seja satisfeito? Ou será que, por descuido, por desleixo, por laxismo, apenas estamos atentos aos propósitos (aos objectivos) dos poderes que querem aniquilar o nosso?

É pacífico afirmar que cada um por si, cada cidadão isolado, pouco vale. Mas será consensual a ideia de que os grupos são a única forma possível de fazer ouvir uma opinião, de promover a discussão de uma ideia, de contrariar o una-

nimismo das teses que os mandantes pretendem impor como verdade absoluta?

Pensai comigo. Açam possível, ou pelo menos fácil, ultrapassar os obstáculos que hoje a publicação de opiniões não seguidistas acarreta? Obstáculos que, muitos deles, têm que ver com constrangimentos financeiros que os defensores das verdades absolutas inventam para silenciarem quem possa pretender ser mais abrangente na discussão dessas verdades. Mesmo que exista vontade de dar voz a outras maneiras de ver também há, na grande maioria dos casos, receio de o preço a pagar ser o silêncio imposto de forma definitiva ou a restrição da área de divulgação que, a curto prazo, tem o mesmo resultado.

É hoje absolutamente necessário encontrar forma de divulgar verdades alternativas, de implicar os mais jovens nesse propósito, de desviar o interesse pelas questões pessoais para as que são de todos e por isso também pessoais, de fazer da procura do bem-estar colectivo a missão de quem acredita que o amanhã vale a pena. E haverá alguém que não acredite? Por absurdo admito que alguns possam acreditar sem o saberem.

Associativismo médico

O associativismo é a resposta a estas problemáticas. E os Médicos têm particulares responsabilidades neste objectivo porque sempre souberam trabalhar em conjunto. Na Ordem, nos Sindicatos, nas Sociedades Científicas, nas Associações de múltiplos interesses não sendo irrelevantes as de doentes.

E mesmo que possa haver, nos mais jovens, desconfiança em relação à memória das actuais estruturas do grupo profissional isso não é desculpa para as marginalizarem como agentes aglutinadores.

O que se deseja, o que se tem de verificar para bem do futuro das novas gerações, é que se reúnam para discutir questões científicas como o fazem regular e naturalmente, mas também para apreciarem as questões sociais que a sua experiência e confronto com os mais velhos tornarão relevantes e para reflectirem sobre as implicações de umas e outras nas políticas de saúde e noutras onde terão de fazer a sua vida nas próximas décadas.

A força de um grupo advém da sua qualidade de ser grupo. E não é necessário para a sua pertença que tenham todos exactamente a mesma interpretação sobre o que os preocupa. De forma nenhuma. A diversidade é um factor positivo porque torna mais rica a discussão dentro do grupo e muito mais forte a sua capacidade de influenciar terceiros.

E se há tristeza porque o mundo parece mais difícil que ontem, se há desânimo porque não se confia na capacidade geradora de bem-estar dos mandantes da democracia, se há ausência de expectativas num futuro sempre

melhor que cada passado já vivido, então o caminho está traçado para se compreender não só o que se tem de desejar como a forma de se procurar satisfazer esses desejos.

Esse caminho é aprender a reunir, a trabalhar em conjunto, a fortalecer contra tudo e todos a barreira que a vontade própria gera, é saber encontrar o que une e valorizar isso contra o conflito individualista ou concorrencial, é, enfim, saber perceber no todo o ganho particular.

E percorrer este caminho obriga a participar em todo o tipo de associativismo procurando, por mais incómodo que isso possa parecer, influenciar as organizações actuais para as problemáticas preferenciais dos mais novos, eventualmente, alterando radicalmente as fórmulas funcionais que foram eficazes num passado próximo mas estarão desadequadas e mal orientadas para as necessidades do mundo de hoje que se transforma e complexifica em tempo demasiado rápido para que a ele nos adaptemos.

O drama desta necessidade de comandar a representatividade das associações pode passar pelo afastamento da luta de alguns que a viveram toda a vida. É triste, é aborrecido, é decerto uma forma de não se mostrar agradecimento pelo que fizeram. Mas paciência. O que não se pode é, para evitar esse traumatismo, hipotecar o que ainda é possível: manter o hábito de lutar de mãos dadas fazendo com que esse hábito persista como o normal da vida quotidiana. Receio que se houver uma geração que desvalorize e se dessolidarize do associativismo será muito difícil que ele se recomponha no futuro perdendo-se o que parece

ser, agora como noutro tempo, o único meio de contrariar um estar social de seguidismo como rebanho dócil de pastores incompetentes (que não mostram nem sabem demonstrar que o não são).

Aos Médicos jovens de todo o mundo, mas principalmente aos deste nosso quintalão na ponta da Europa, requeiro que pensem no seu futuro. Que tentem perceber que é uma ilusão viverem sem os outros, que é mentira a existência sem parceiros, que é monstruosamente mentira uma existência onde só vemos pares adversários, que a diversidade de ideias, de leituras do mundo, de perspectivas de futuro é uma das formas mais coloridas de olhar o local onde estamos e de dar sentido ao acidente biológico que é a vida de cada um de nós.

Por isto se acreditam nas organizações que hoje existem participem activamente nas suas vidas porque é das vossas vidas que estarão a tratar. Mas se não acreditam então organizem-se para poderem influenciá-las no sentido de serem o que acham que elas devem ser.

Julgo que nenhum modelo científico se construiu contra os cientistas (apesar do cometário de Einstein sobre a energia atómica que julgo ter várias e diversas leituras complementares). E é minha convicção que todos os cientistas, por serem cientistas, em algum momento das suas vidas percebem que a vida é bem mais que a ciência.

É isto mesmo que a força dos grupos revela. E também é isto que uma prática clínica assistencial exclusivamente “científica” não deve obscurecer.



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



Consulte também:

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

... em: www.actamedicaportuguesa.com



Com o apoio de:



Brevemente disponível na plataforma Android.



Mário Simões

Professor de Psiquiatria e Ciências da Consciência,
Diretor do LIMMIT e do Curso de Pós-graduação em Hipnose Clínica
e Experimental, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

O sonho de desvendar o mistério da interação mente-matéria

A dualidade mente-matéria tem sido um dos mistérios mais intrigantes da humanidade. Gerando sempre muita controvérsia e discussão, é impossível negar a enorme curiosidade que o tema da consciência desperta na comunidade científica. Foi desta curiosidade e vontade de saber que nasceu o LIMMIT - Laboratório de Interação Mente-Matéria de Intenção Terapêutica, sob minha direção.

O LIMMIT nasceu de um sonho. O sonho de chegar mais perto do desvendar de um dos grandes mistérios da ciência, a consciência. Trata-se de um laboratório inovador dedicado à neurociência e às ciências da consciência cujo principal objetivo é perseguir um modelo translacional da consciência, abordando a interação mente-matéria, as suas aplicações práticas bem como o estudo dos estados e traços de consciência.

A inauguração deste laboratório - do qual são investigadores residentes Mário Simões, Jorge Emanuel Martins, Joana Macedo Cunha, David Nascimento Moreira, Rui Perestrelo, Pires Marques, Francisco Patrício, Marcus Zulian Teixeira, Tania Re, Anabela Ventura, Sofia Machado, Hugo Ferreira, Bruno Manadas, entre outros - teve lugar no dia 8 de Maio de 2015 e contou com a presença de cerca de 70 convidados, entre os quais o Diretor da FML, Prof. Doutor José Fernan-

des e Fernandes, o médico Luís Portela e vários investigadores residentes do LIMMIT.

A equipa do LIMMIT dedica-se ao desenvolvimento de um modelo sistemático e descritivo da caracterização das vias dos estados e traços de consciência, tanto naturais como induzidos, desenvolvendo investigação inovadora em neurociência contemplativa aplicada, recorrendo a tecnologias não invasivas.

A localização do laboratório dentro da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e num dos principais edifícios do Hospital de Santa Maria, permite uma forte relação e interação com os contextos quer clínicos, quer académicos. Esta abordagem interdisciplinar permite a concretização de diferentes tipos de desenhos de estudo, desde ensaios clínicos controlados e randomizados, a *flexible grounded theory studies*.

Este modelo visa a associação da investigação em ciências básicas

(biofísica, neuropsicofisiologia e biomarcadores moleculares) a estudos de investigação clínica com foco em áreas como a hipnose, a meditação, a intenção clínica, enteógenos e efeito de placebo amplificado.

O nosso laboratório tem como missão a promoção e o desenvolvimento de atividades de investigação científica bem como a difusão, divulgação, ensino e prestação de serviços no âmbito das ciências da consciência, nomeadamente da interação mente-matéria e bioinformação, mobilizando competências multi e transdisciplinares e privilegiando eventuais aplicações terapêuticas.

Dentro dos trabalhos em desenvolvimento no LIMMIT, destacamos o projeto designado por "Pursuing Happiness: Psychophysiology and Neurophysiology of Altered States of Consciousness in a Multimodal Neurofeedback Environment". Enquadrado dentro do grande



Toward a science of consciousness 2015, Helsinki, Finland

objetivo do LIMMIT - um modelo translacional da consciência - o Investigador Principal deste projeto e Chefe do LIMMIT, Jorge Emanuel Martins, pretende caracterizar o estado e traço de consciência associado à felicidade. Para isso, recorre a um ambiente imersivo de feedback multimodal para amplificar esta experiência. As ondas electroencefalográficas são traduzidas em som e imagem, e devolvidas ao indivíduo. Assim, torna-se mais fácil objetivar, os correlatos fisiológicos deste estado, através do registo de electroencefalograma, frequência cardíaca, condutância da pele, escalas validadas de avaliação psicológica e ainda de biomarcadores moleculares, que é uma das grandes inovações introduzidas e que consiste na procura de biomarcadores moleculares de forma não invasiva

utilizando a colheita de saliva para a realização das análises metabolómica, genómica e proteómica, em colaboração com o Salivatic e o Biocant.

Este modelo de avaliação de estados e traços de consciência permitiu ao LIMMIT partir em voos mais altos, com a ambiciosa criação do Centro de Conhecimento da Consciência. Este é um modelo de estudo que nasceu de uma estreita colaboração entre os diversos parceiros do LIMMIT (www.limmit.org), nomeadamente a Universidade dos Valores, tendo agora um carácter de participação europeia, num consórcio universitário internacional.

Neste centro, o objetivo é abordar o tema da consciência de uma forma lúdica, interativa e educativa, ao mesmo tempo que se realiza a colheita de *hard data*, atra-

vés de um modelo de desenho de análise biomédica: biomarcadores moleculares, correlatos fisiológicos e avaliação psicológica, que são tratados através de criteriosas aplicações de *data mining*. Neste centro proporciona-se vivências experienciais baseadas em diversos estados e traços da consciência, em meio imersivo que permite a amplificação dos mesmos, através de técnicas de neurofeedback multimodal e brain-computer interface.

O LIMMIT tem também investido na divulgação do seu trabalho em comunicações e workshops em iniciativas nacionais e internacionais, bem como dentro da Faculdade de Medicina, propondo novos cursos para o ano letivo de 2015/2016.

É com o trabalho que vamos (e queremos) desenvolver, nomeadamente com os nossos parceiros, que acredito que iremos concretizar o sonho de desvendar, a pouco e pouco, novas dimensões da interação mente-matéria.



Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2015

30 de Setembro, quarta-feira às 21h

As Régias Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto

O renascer do esplendor da cirurgia portuguesa - Fortuna Campos

na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos – Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - Lisboa

História da
Medicina



Sofia Matos de Oliveira

Interna da formação específica de MGF da USF
Egas Moniz em Santa Mª da Feira

Mudam-se os tempos... mudam-se as necessidades

– Ficha do utente idoso nos Cuidados de Saúde Primários: haverá pertinência?

O envelhecimento demográfico e as alterações na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade determinam novas necessidades em saúde para os quais é importante organizar respostas mais adequadas.

O envelhecimento demográfico e as alterações na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade determinam novas necessidades em saúde para os quais é importante organizar respostas mais adequadas. Envelhecer não deve ser considerado uma doença, antes um processo natural do ciclo de vida que implica mudanças progressivas na estrutura biológica, psicológica e social desde o nascimento. É desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável, autónoma e independente o mais tempo possível, um desafio em termos de mudança de atitudes da população e dos próprios profissionais de saúde, pela necessidade de melhor adequação dos serviços às novas realidades e um ajustamento às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

A promoção da saúde e os cuidados preventivos dirigidos às pessoas idosas podem melhorar

a saúde e a qualidade de vida. Apesar de muitos idosos não serem doentes nem dependentes há que ter a noção das várias necessidades decorrentes de patologia crónica múltipla, mais frequente à medida que a idade avança, sendo necessária a continuidade, acessibilidade e proximidade dos cuidados.

Muitos dos fatores determinantes da saúde dos idosos e impacto sobre as suas famílias ultrapassam a ação do setor da saúde tais como, a segurança, transportes, violência, negligência, abusos e proteção social. No entanto, o médico de família pela sua abordagem holística e pelas suas competências de gestão de cuidados, abordagem longitudinal, centrada na pessoa inserida numa família e comunidade, encontra-se numa posição ideal para identificação precoce de situações de risco, podendo, através da articulação com outros cuidados, dar também resposta a estes problemas.

De acordo com o Programa Nacional para Pessoas Idosas, da Direção Geral da Saúde (DGS), é recomendada atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis (idade avançada, alterações sensoriais, desnutrição, risco de quedas, incontinência de esfíncteres, polimedicação, dependência nas atividades de vida diária, acamados, quadros demenciais e depressivos, perturbação da mobilidade, doenças crónicas e problemas socioeconómicos e familiares).

Este programa tem como finalidade poder contribuir para melhorar o conceito de envelhecimento ativo nas pessoas com 65 anos ou mais, assim como a atuação sobre os fatores de perda de autonomia e independência com o objetivo de obter ganhos em anos de vida com independência. Assenta em três principais áreas estratégicas: a promoção do envelhecimento ativo, adequação dos cuidados às necessidades das pessoas ido-

sas e a promoção do desenvolvimento de ambientes capacitadores.

Perante estes pressupostos, à semelhança do que acontece com outros grupos vulneráveis, as pessoas idosas poderiam beneficiar de um acompanhamento mais organizado e estruturado, nomeadamente, pela incorporação ao nível dos cuidados de saúde primários de uma Ficha do Programa de Saúde do Idoso. A possibilidade de englobar neste programa as áreas estratégicas definidas pela DGS, assim como as principais medidas preventivas recomendadas na atualidade à população idosa e os parâmetros de avaliação geriátrica global (clínica, física, mental, funcional e social), poderiam ser uma mais-valia na promoção da saúde deste grupo. Conhecendo com mais pre-

cisão o estado do idoso de uma forma multidimensional poderá possibilitar uma resposta mais completa e adequada dos profissionais de saúde e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida do idoso.

Questões como a idade de inclusão e periodicidade de avaliação teriam de ser devidamente analisadas, face ao conceito atual do que é ser idoso. Os critérios clínicos e biológicos terão muito mais importância do que os cronológicos, é certo. No entanto, pensar numa outra perspetiva, a do processo de envelhecimento ativo, poderá justificar o início desta intervenção em idades mais precoces.

Além do programa elaborado pela DGS, anteriormente referido, existem várias recomendações nacionais e internacionais que poderiam servir de base à

criação deste programa específico, tais como, do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), da semFYC, entre outras.

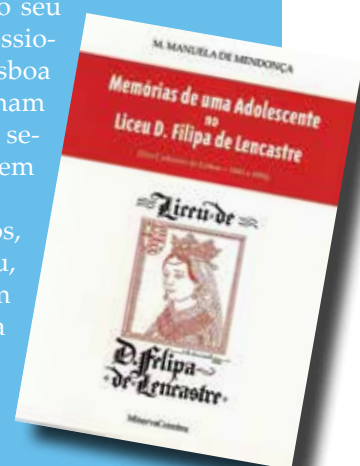
Como interna de Medicina Geral e Familiar senti ao longo do internato, que está a terminar, a necessidade de ter um programa de apoio na consulta do idoso, sobretudo naqueles com idade mais avançada e nos domicílios. “Mais uma ficha para preencher!” Esta afirmação poderá ser a de muitos profissionais, no entanto, estou com esperança que o futuro passará por esta “reforma” do cuidado ao utente idoso e, até quem sabe, pela criação de uma consulta específica do idoso! A ver vamos.

cultura

Memórias de uma Adolescente no Liceu de D. Filipa de Lencastre

A médica Manuela Mendonça editou a obra "Memórias de uma Adolescente no Liceu de D. Filipa de Lencastre", escrita baseada nos seus "Diários" desse tempo que iniciou precisamente durante o curso do liceu e continuou sempre, até à data de hoje. Outra fonte destas memórias é a correspondência trocada com colegas e família. “Os Cadernos de Lisboa reúnem a minha primeira escrita - uma escrita espontânea, preenchendo uma quase necessidade pessoal, ao sabor do gosto e do prazer. Iniciam-se precisamente durante o liceu (1945) e seguem até à vinda para Coimbra (1963). Reúnem textos variados: tentativas diarísticas, memórias sempre recentes, correspondência. No seu conjunto há relatos e observações sobre o meu mundo, vivências que me impressionaram, desde pessoas a paisagens, registos de acontecimentos ocorridos em Lisboa durante aqueles anos. Sempre datados. (...) Os textos reunidos nesta obra espelham a vida no Liceu Filipa e a nossa, de raparigas, durante os anos do meu curso secundário (1943-1950). Todos eles são transcritos mantendo a forma original, sem correções posteriores”.

Relatos de factos reais, passados entre os anos 43 e 50, acontecimentos históricos, festas, inaugurações, tempos da Mocidade Portuguesa, cenas passadas no Liceu, entre professoras e alunas, nada tendo a ver com as relações que hoje existem entre essas mesmas “categorias” de pessoas. Um documento histórico duma época determinada no tempo que desperta a curiosidade de contemporâneos, historiadores, curiosos da história... “Memórias de uma Adolescente no Liceu D. Filipa de Lencastre (Dos cadernos de Lisboa - 1943 a 1950)” de Manuela Mendonça, uma edição Minerva Coimbra.





Miguel Simões Magalhães

IFE MGF 4º ano, USF Barão de Nova Sintra – ACeS Porto Oriental

Especialistas não se comparam... **Formam-se!**

Triste e Indignado... Assim fiquei quando recebi a notícia, através dos meios de comunicação social, de uma proposta de decreto-lei governamental que pretende criar um mecanismo extraordinário de formação específica para a Medicina Geral e Familiar (MGF). Esta proposta, ainda em fase de discussão pública, permite atribuir a especialidade de MGF aos médicos indiferenciados que tenham trabalhado nos cuidados de saúde primários ao longo dos últimos anos.

Este “mecanismo extraordinário” leva, na minha opinião, a um desrespeito por todos os internos e especialistas em MGF que com afincos trabalharam para se diferenciar numa área própria e específica da Medicina. A este respeito importa recordar o art.º 92º do Estatuto da Ordem dos Médicos que define que a obtenção do título de Especialista é o culminar de um processo de formação (após a finalização do Internato e terminadas as Provas Finais de Avaliação do mesmo) ou, pelo menos, de avaliação (efetuada através do comumente denominado Exame à Ordem ou por apreciação curricular, prestando provas de nível técnico perante júri de âmbito nacional). Equiparar alguns anos de prática nos Cuidados de Saúde Primários à especialidade de MGF é um erro só possível de cometer por alguém que desconhece por completo a qualidade e a exigência da formação específica que lhe está subjacente. Comparando com uma situação mais quotidiana, é o

mesmo que propor que um indivíduo com carta de automóvel há alguns anos possa conduzir veículos pesados, pois na verdade ambos se conduzem da mesma forma, nas mesmas estradas e sujeitos a sinaléticas semelhantes. Este tipo de comparações ou equivalências é perigoso e deveras simplista, colocando em causa o valor da própria especialidade em MGF e a qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Para se tornar especialista um médico precisa no mínimo de 11 anos de formação (6 anos pré-graduada e pelo menos 5 anos com formação pós-graduada), período repleto de avaliações e onde a grande maioria realiza trabalhos científicos e frequenta cursos para completar a sua formação. Os médicos, exigentes consigo próprios, submetem-se assim a provas regulares não estando habituados a ter equivalências ou facilidades para atingir os seus objetivos.

Intriga-me como é que os nossos governantes podem pensar em

lançar tal proposta. Talvez seja porque são eles mesmos a dar o exemplo! Quem não se lembra do governante que durante a sua formação teve equivalência a uma disciplina do ensino superior por ter sido presidente da assembleia geral de uma associação de folclore... Ou de todos aqueles que por terem passado boa parte da sua juventude a colar cartazes e a agitar bandeiras partidárias tiveram equivalência a deputados, secretários de estado ou ministros...

Se aqueles que orientam os destinos da nação podem ter tantas equivalências porque não pode acontecer o mesmo entre os Médicos de Família? Porque são médicos especialistas treinados nos princípios da sua Disciplina, e que trabalharam arduamente para atingirem tal competência. A sua aprendizagem ao longo do internato não é apenas observacional, sendo permanentemente acompanhados pelos seus orientadores, que os criticam e corrigem para aperfeiçoar as suas capacidades

ao longo de 4 anos. Não basta a prática só por si para formar um Médico de Família, é necessário o estudo, a orientação, a formação e a exigência que o internato proporciona.

Quero acreditar que esta proposta não passa de uma ideia germina-

da numa mente pouco esclarecida sobre as suas consequências e que rapidamente vai perder força para avançar. Penso que os internos e especialistas de MGF, que compõem a maior especialidade em Portugal, com todo o esforço reformista que têm feito para me-

lhorar os cuidados ao cidadão não merecem a desconsideração que tal proposta enceta. Mas só por esta ideia peregrina ter surgido é quanto basta para me sentir triste e indignado!

opinião O



Luciano Ravara

Reflexões sobre a actualidade em Saúde

A Saúde é um importante capítulo da democracia social, e daí interessar a todos os cidadãos, bem como pelas suas implicações na vida diária.

Mens Sana In Corpora Sana, definição de gregos e romanos que nos parece melhor que o estado de plena satisfação de que fala a organização mundial de saúde; o que nos parece impraticável dadas as limitações ambientais, da esfera do trabalho ou do trânsito nas grandes Metrópolis.

A participação crescente dos indivíduos pela sua adesão a seguros de saúde – individuais ou colectivos – ou a subsistemas tais como o da ADSE ou dos Sindicato dos bancários, traduz a consciência dos cidadãos da necessidade de serem agentes activos em tão importante capítulo, concebido como uma entidade aberta respeitando os legítimos direitos quer dos utentes quer dos seus profissionais.

Nos Países Nórdicos, incluindo a

Holanda, que é o país que conhecemos com a maior proximidade dos serviços com os cidadãos, privilegia-se o papel dos seguros de saúde organizados em Clínicas, Hospitais privados ou de índole social.

O direito à livre escolha do médico, existe nesses países e não no nosso serviço nacional de saúde, tal como não há continuidade de tal seguimento nos cuidados primários, continuados ou mesmo nos hospitalares, em que a tutela que designa um médico ou um enfermeiro que nos é atribuído.

A personalização dos cuidados existia entre nós nos serviços convencionados em que o doente tinha o telefone do médico e contactava, em regra, até à hora do jantar, o que não existe na esmagadora maioria dos nossos cen-

tros de Saúde em que há grande dificuldade de acesso, particularmente no interior, em que a espera chega a atingir meses.

Existe, é certo, qualidade nos serviços hospitalares, devido à dedicação dos seus quadros e dirigentes.

Na presente crise das urgências, alguns houve, como os do Santo António no Porto, ou o Central de Faro que souberam inovar e adaptar-se à frequência elevada da procura, mas infelizmente tal não foi genérico.

Julgo que há que mostrar realismos na avaliação do sistema de saúde; o realismo que era a matriz filosófica de santo agostinho, ou de HANAH ARENT e não posições *a priori* que não se adaptam à mobilidade dos dias de hoje.



Renata Morais

Interna de MGF, 4º ano, interna da USF Nova Via

A Arte de **não** comunicar

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. Porto: Porto Editora, 2003-2015, comunicação corresponde a uma "troca de informação entre indivíduos através da fala, da escrita, de um código comum ou do próprio comportamento". Esta definição pela sua própria abrangência toca num aspeto que muitos de nós esquecemos na comunicação que é o comportamento.

As crianças nos vários estadios de desenvolvimento são propostos a desafios de aprendizagem de características básicas como: gatinhar, andar e falar. E não questionamos nenhuma delas porque "faz parte" do desenvolvimento. Mas então se eu falo, é porque sei comunicar? Enquanto interna da especialidade de Medicina Geral e Familiar vou certamente questionando as várias formas de comunicação, já que esta assenta na base de uma boa relação médico-doente. É certo que ainda não disponho de muitos anos de experiência, mas vou-me apercebendo na minha prática clínica da quase ausência de aptidões que nos foram e continuam a ser dadas para sabermos comunicar nos vários campos: pessoal, familiar, profissional, amoroso, e mesmo médico.

A nossa sociedade prende-se com o desequilíbrio. Não somos todos inteligentes, espertos, bonitos, geneticamente dotados de

características que fazem de nós seres perfeitos. Assim sendo, o desafio é sem dúvida maior. Mas o mundo só tem beleza pela diferença, certo?

Ensinar adultos é difícil, há muita coisa já enraizada e formatada mas somos sempre seres dotados de mecanismos de aprendizagem até morrer. Enquanto médicos de família penso que poderíamos ter um papel mais ativo nesta abordagem, começando por exemplo com os pais, explicando a importância de uma boa comunicação com os filhos e restante família, mostrando que podem comunicar entre si de forma saudável e sem medo. Não quero com isto dizer que nos cabe a nós médicos de família educar no verdadeiro sentido da palavra. Quero sim lembrar que a saúde passa também por um bem-estar consigo e com os outros. O modo como nos relacionamos e comunicamos também é saúde, e podemos "adoecer" por esconder

e não saber expressar os nossos medos, preocupações, tristezas, frustrações ou mesmo sintomas físicos.

Recordando aqui exemplo prático da consulta: utente de 74 anos, viúva há cinco anos, extremamente apelativa e frequentadora de consulta aberta. Ao consultar o processo clínico constato a presença de quadro depressivo arrastado há vários anos associado a sintomas inespecíficos que terminavam, na maioria das vezes, em queixas de solidão e tristeza. Numa dessas consultas, e dispondo de mais tempo resolvi aprofundar as causas deste quadro. Não sei o que mudou naquela consulta, se a utente quis finalmente desabafar, se a nossa relação médico-doente caminhou no sentido de uma maior confiança, ou simplesmente houve a junção nesta consulta de um conjunto de progressivas comunicações fragmentadas ao longo do tempo. Certo é que, a doente iniciou

o desabafo com “eu nunca contei isto a ninguém...muito menos a nenhum médico”. Senti imediatamente o peso da responsabilidade ao ter consciência que a utente iria partilhar algo valioso comigo. Relatou que aos 15 anos, já trabalhando como empregada numa casa abastada, conheceu um rapaz mais velho, apaixonaram-se e iniciaram um namoro de quase dois anos. Separaram-se ao fim desse tempo porque ele foi para a tropa, garantindo contudo escrever-lhe cartas. As cartas nunca chegariam ao seu destino dado que a sua irmã mais velha escondia o correio. O objetivo da irmã mais velha era ajudar a irmã a casar com um rapaz menos pobre e que lhe proporcionasse uma vida melhor. Assim, apresentou-a um rapaz que se mostrou interessado em casar. A jovem não recebendo as tão esperadas cartas, julgou-se abandonada e cedeu à pressão deste casamento “arranjado”. Refere ter sido muito infeliz neste casamento do qual entretanto enviuvou. Sofreu violência física e psicológica e a única felicidade desta relação foram os filhos. Aquando da morte do marido, resolveu procurar a antiga paixão, pois esta teria sido a única que algum dia a teria feito sorrir e amar na simplicidade dos seus 15 anos. Conseguiu descobrir após alguns contatos que ele era proprietário de um estabelecimento comercial e tentou contato. Quem atendeu foi o filho desse senhor e relatou na altura que o pai tinha falecido há apenas 2 meses. A utente chorou ao contar esta parte da história...refere que talvez não devesse ter esperado tanto tempo para o procurar, mas foi até à campa despedir-se. Desde essa altura refere visitar as duas campas, uma por dever

outra por amor. No final da consulta a utente refere que sentiu “tirar um peso de cima” apenas por ter partilhado esta história finalmente com alguém. Consegui na altura perceber que o “peso” que esta utente muitas vezes carregava para as consultas teriam sido tentativas de comunicar a sua dor, e como lhe era difícil, surgiam sempre outros motivos de consulta.

Importa neste momento refletir um pouco sobre esta história. O tempo, fator importante e muitas vezes decisivo. Atualmente os médicos dispõem de cada vez menos tempo para os seus utentes. O corre-corre das consultas pode determinar falhas importantes e que se vão propagando no tempo. Assim, é provável que durante as consultas anteriores com esta utente, não tenham sido sequenciados os passos da consulta, e porquê? Não houve tempo? O médico era muitas vezes diferente? Se utilizava mais a consulta aberta não deveria ter sido agendada uma consulta para explorar melhor estes sintomas? Foi inicialmente realizada uma adequada avaliação sociofamiliar? E a comunicação foi corretamente estabelecida em todas as consultas?

Os médicos de família debatem-se com a crescente dificuldade na multi-gestão de tarefas associada a uma limitação do tempo, e daí que a dinâmica de uma boa comunicação nas consultas seja também dificultada por estes e outros fatores já focados.

De salientar contudo, que o perfil de utilização desta utente a nível das

consultas mudou, recorrendo atualmente apenas quando apresenta situações clínicas que assim o justifiquem, tendo a nossa relação médico-doente caminhado num sentido de maior proximidade e eficiência.

Este caso é só um, entre muitos casos na nossa prática clínica de Medicina Geral e Familiar. Enquanto interna da especialidade vou descobrindo a importância da comunicação com os outros e como esta se torna uma importante ferramenta na recolha de uma boa história clínica, ajudando posteriormente numa melhor orientação e relação com os utentes.

As nossas competências médicas passam por estudo, disciplina mas também por aprender todos os dias a comunicar com os outros. Não digo isto apenas com os utentes mas também com colegas e todas as pessoas com quem trabalhamos e/ou interagimos. Poderíamos estar a um dia ou anos a falar sobre comunicação, mas pelo menos fica aqui uma pequena reflexão de uma interna de Medicina Geral e Familiar que se propõe a este e a novos desafios, sempre investindo na base de uma “saúdável” comunicação no seu percurso profissional.





Mariana Alves

Médica Interna

Hospital at home – a realidade fora de Portugal

Há vários anos que nos países de língua inglesa (Reino Unido e EUA) lhe chamam “hospital at home”, em 2006 comemoraram-se os 25 anos em Espanha da “hospitalización a domicilio” e em Portugal quase ninguém tem conhecimento deste sistema de cuidados de saúde.^{1,2}

Os objetivos gerais destes cuidados são:¹ melhorar a qualidade de vida do doente;² garantir a máxima autonomia do doente;³ promover a ligação dos cuidados de saúde primários e hospitalares;⁴ racionalizar recursos hospitalares.³

Através da realização de um estágio de Geriatria em Edimburgo, tive o privilégio de conhecer e trabalhar nesta unidade de cuidados. A equipa é multidisciplinar e inclui médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacologista e assistente social. O principal objetivo é reduzir o internamento hospitalar, sendo que isto pode ser feito de várias formas:¹ evitar admissão hospitalar, tratando a doença aguda no domicílio;² promover altas hospitalares precoces, com manutenção do tratamento no domicílio;³ prestar cuidados domiciliários no fim de vida no domicílio.²

Particularmente para a popula-

ção idosa, mais frágil e vulnerável à iatrogenia no contexto dos internamentos hospitalares, este sistema oferece os mesmos cuidados de saúde, com menor taxa de delirium, infeções hospitalares, imobilidade e deterioração nutricional e ainda a oportunidade de receber cuidados personalizados e ter maior satisfação no conforto do seu lar.^{2,3} No entanto, implica que seja esta a vontade de doente, que haja cuidadores disponíveis e que seja uma doença aguda passível de ser cuidada no domicílio.³ Certamente este não é um sistema ideal para todos os idosos, mas são muitos os idosos que preferem e beneficiam em receber cuidados de saúde no domicílio, em vez de serem tratados num ambiente estranho e psicologicamente agressivo e como é uma cama de hospital.^{2,3}

É importante notar, que em diferentes instituições e países as equipas funcionam de forma diferente.² No entanto, nas visitas em que participei em Edimburgo, a equipa era unida, havendo confiança no desempenho realizado por cada elemento e sendo os doentes discutidos em “visita clínica” duas vezes por dia – início da manhã e da tarde. Os doentes eram referenciados do serviço de

urgência, do internamento ou dos médicos de família. A primeira visita, frequentemente realizada pela equipa de enfermagem era a mais demorada, passando pela colheita de história, realização de exame objetivo sumário, colheita de sangue e urina, quando indicado, e realização de eletrocardiograma. De acordo com a condição do doente, era iniciada medicação e/ou terapêutica não medicamentosa. As condições clínicas mais frequentes eram quadros infecciosos ou outras intercorrências, como a fibrilação auricular com resposta rápida, que descompensavam doenças crónicas ou então quadros de iatrogenia medicamentosa.

Os doentes recebiam, pelo menos uma visita domiciliária e/ou chamada telefónica pela equipa médica ou de enfermagem, de acordo com a gravidade da doença. Havia a possibilidade de realizar medicação subcutânea e endovenosa, sendo no entanto preferida a medicação oral. De acordo com a condição do doente, este podia receber a visita de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacologista e/ou assistente social. Ao final de 7 a 10 dias, era equacionada e planeada a alta destes doentes, sendo enviada a nota de alta

ao respetivo médico de família. Naturalmente, houve ocasiões em que os doentes tiveram de ser admitidos por poucos dias no hospital, por cansaço/exaustão dos cuidadores/familiares ou por agravamento clínico do doente, no entanto isto não era visto como uma falha para a equipa, mas sim uma consequência inerente ao facto de se estar a trabalhar com uma população idosa, frágil e com multipatologia. O objetivo é assegurar os melhores cuidados ao doente, mas não privá-lo dos cuidados hospitalares, quando deles necessitam.

Nesta minha experiência, um dos achados mais notórios foi o facto dos doentes, apesar da sua doença, estarem felizes e gratos pela possibilidade que lhes era oferecida de receberem cuidados de saúde no seu ambiente familiar. Não há dúvida do benefício destes cuidados, sendo este o caminho adotado por vários países. Agora resta saber quando chegarão os melhores cuidados geriátricos a Portugal, quando poderemos oferecer aos nossos idosos os melhores cuidados assistenciais, dignos e de qualidade.

Referência:

- 1) Bruce Leff et al. Hospital at Home: Feasibility and Outcome of program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Intern Med.* 2005; 143;798-808.
- 2) Alfons Cuxart Mèlich y Oriol Estrada Cuxart. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio. *Med Clin (Barc).* 2012; 138(8):355-360.
- 3) Manuel Francisco Fernandez-Miera. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(S1):39-50

informação

Destaques do site

Publicámos no site nacional da OM (www.ordemosmedicos.pt) vários anúncios de contratação médica (em Bolsa de Emprego) de âmbito nacional e internacional e divulgámos diariamente a legislação com interesse para os médicos. Das ofertas laborais destacamos a divulgação relativa ao Serviço Europeu de Seleção do Pessoal (EPSO) que organiza um concurso geral documental e mediante prestação de provas para a constituição de uma lista de reserva, a partir da qual a Comissão Europeia recrutará novos funcionários como «médicos» (grupo de funções AD) para Bruxelas (10 candidatos aprovados), Luxemburgo (5 candidatos aprovados) e Ispra (5 candidatos aprovados). Os candidatos devem ser nacionais de um Estado-membro da UE, possuir licenciatura em medicina, 12 anos de experiência profissional, 3 anos de experiência profissional num ambiente internacional/multicultural, devem ter conhecimento aprofundado de uma das línguas oficiais da UE e conhecimentos de inglês ou de francês ou de alemão.

Na área de Colégios destacamos a publicação de toda a informação relativa às eleições de dia 9 de Julho, nomeadamente o calendário eleitoral, as listas candidatas e respetivos programas de ação. Foram igualmente publicadas grelhas de avaliação final do internato em várias especialidades, com o objetivo de tentar uniformizar todas estas avaliações da prova final. As grelhas de aferição, não sendo obrigatórias no seu uso, constituem recomendações que os júris podem utilizar para que as suas conclusões possam ser o mais justas e efetivas, tanto durante uma prova, como ao longo das diferentes épocas de exame.

Destacamos ainda na área de Colégios a publicação de um documento estratégico sobre as linhas orientadoras da reorganização hospitalar na Especialidade de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética.



Raul Azevedo Bernarda

Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Medicina e escrita

A Medicina e a escrita são as mais gloriosas aventuras do engenho humano.

Os nossos ancestrais aprenderam a ler antes de saberem escrever. Liam o ambiente que os rodeava, liam nos trilhos os rastos das presas de que se alimentavam e se vestiam; olhavam o céu e previam as tempestades, miravam as estrelas, os astros e as sombras e interrogavam, admirados, o seu pequeno mundo. Observavam os ciclos lunares, a altura do Sol acima do horizonte, as chuvas e as secas e assim aprenderam a medir o tempo e a escolher a melhor estação para fecundar a terra. Nós, no século XXI, ainda conservamos alguns dos seus hábitos; deitamos o nariz de fora e munimo-nos com um guarda-chuva, se for caso disso. As comunidades rurais ainda perpetuam os ritos ancestrais com as festividades religiosas dedicadas aos seus oragos protectores.

O homem primitivo imaginava a sua vida regida por espíritos benévolos e maléficos, e que o feiticeiro era o intermediário que detinha o poder de expulsar os génios hostis e resguardar a vida. Dessa atitude brotaram o sentimento religioso e o sacerdote que o ligava ao desconhecido[1].

Breve, o homem pressentiu a necessidade instintiva de ler o seu

corpo e o dos seus semelhantes e suavizar-lhes o sofrimento. Apercebeu-se que o passar do tempo lhe reduzia a robustez, e é crível que tenha imitado os animais, banhando-se na água fresca quando a febre o quebrantava, ou procurava um lugar calmo onde pudesse repousar quando ferido, ou para imobilizar um membro fracturado [2].

Vestígios arqueológicos datados do Paleolítico, indiciam que o homem praticou actos cirúrgicos: trepanações de crânios, extracções de dentes, ossos longos com formações calosas que pressupõem a imobilização das fracturas, sinais de escarificações em osteomielites e sífilis. Instrumentos cirúrgicos de sílex que, pelo seu formato, se destinavam à extracção de corpos estranhos e de dentes são outros, entre tantos que apontam para a intervenção do feiticeiro [3]. Assim foi a medicina primitiva fundada nas experiências do dia-a-dia: os pais ensinavam os filhos, geração após geração.

As sociedades primitivas apenas dispunham da comunicação oral e gestual e o tempo era linear [4]. Sem escrita, o passado apenas persistia na memória e na palavra; da observação de sinais só era

possível antever o devir próximo. Com a intervenção da escrita, há cerca de 3500 anos antes da nossa era, na Suméria, Mesopotâmia, a História soltou os primeiros gemidos e com eles o registo de uma medicina arcaica dominada pela magia, mas já com um empirismo nascente. Vem desses tempos remotos o uso de expor os doentes nas praças e, mais tarde, na Antiguidade, nos templos, e confiá-los à caridade dos passantes de quem colhiam a experiência e as opiniões, como nos relata Heródoto em *Histórias (Livro II, 197)*: “Levavam os seus doentes para a praça pública por não disporem de médicos. Os passantes abeiravam-se dos doentes, e os que já sofreram de mal semelhante ou tivessem conhecimento de alguém com o mesmo mal, davam-lhes os seus conselhos e recomendavam os remédios que os curaram de uma semelhante ou que eles tenham conhecimento de outras pessoas” [5]. Informa-nos também Heródoto que, na realidade, havia médicos nas cidades e carência nos meios rurais. Mais informa que os médicos eram sobrecarregados com impostos que revertiam para os cofres do Rei [6].

O aparecimento da escrita, obra

de gestação longa e de parto, com certeza, nada fácil, foi o acontecimento mais importante da história da humanidade, que introduziu nas relações sociais novas formas de convivência.

O primeiro enlace da escrita com a Medicina de que há conhecimento ocorreu na Suméria, 3000 anos aC. Escrito em pequenas placas de argila, contém receitas de medicamentos compostos por substâncias minerais, cloreto de sódio, resíduos alcalinos de cinzas, salitre, escamas de serpentes e de tartarugas e diversas plantas. Esta farmacopeia era aplicada sob a forma de unguentos e de decocções. Estes preciosos documentos estão depositados no Museu da Universidade de Filadélfia e só em 1953 foram decifrados [7].

Achadas em Ninive, Mesopotâmia, contemporâneas do Rei Hamurabi, há mais de vinte mil placas de cerâmica onde constam relatos de epidemias, tratamentos médicos, com a recomendação de, em casos graves, recorrer à opinião de médicos mais experientes. As normas reguladoras do exercício da medicina também não foram esquecidas [8].

O documento mais notável dessa época é o Código de Hamurabi datado de cerca de 200 anos aC. Gravado em basalto, proveniente da Babilônia, aí pode ler-se: “Se o médico causa a alguém uma ferida grave com a faca de bronze das operações ou abre com a faca um abscesso e fere um olho, ser-lhe-ão amputadas as mãos. Se conserva o olho do enfermo, receberá dez siclos de prata; se é um escravo liberto receberá cinco siclos de prata; se um escravo, o seu dono pagará ao médico dois siclos”. Oriundo da Babilônia, é o mais antigo regulamento disciplinar dos médicos e cirurgiões. O Có-

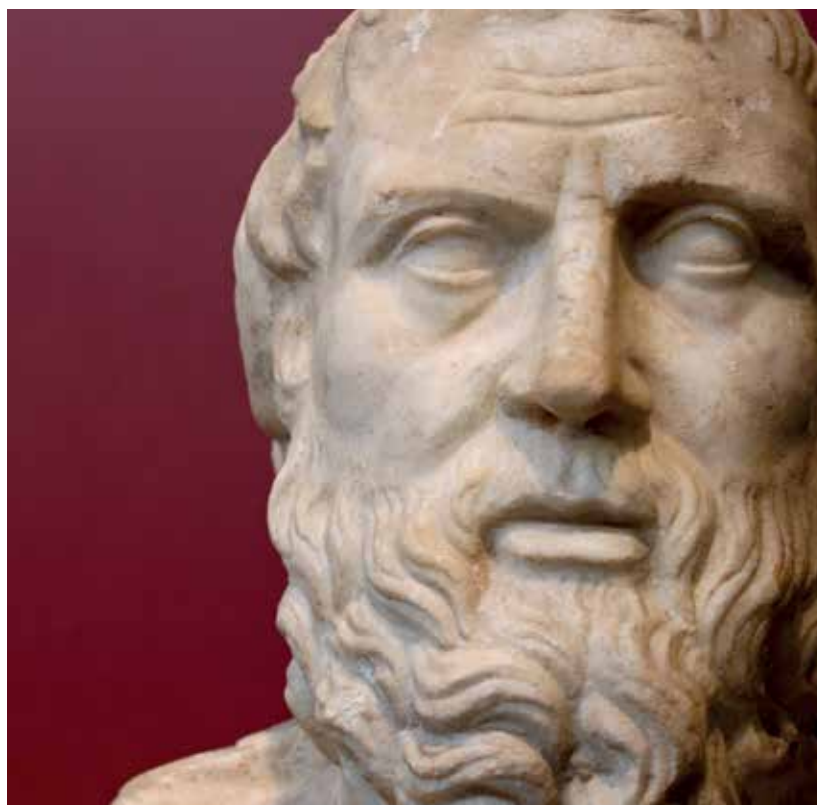
digo contém também legislação civil e comercial [9].

Foi, assim, na Mesopotâmia que ocorreu o mais assombroso e elaborado acontecimento que haveria de decidir a marcha da humanidade. A escrita deu corpo à palavra, facilitou a comunicação e entreabriu as portas ao exercício da liberdade e da comunicação do pensamento.

Naturalmente, a escrita primitiva evoluiu, criou regras e recorreu a suportes mais adequados. O importante, porém, foi o feliz consórcio com a medicina. Não andaremos longe da verdade se dissermos que na História participam numerosas histórias clínicas onde se movimentaram médicos, reis e escravos. Nos primeiros registos da história da medicina não se vislumbram, sequer, normas de observação dos doentes, normas a que, hoje, chamamos clínica. A atitude perante a doença era um misto de experiências acrescentadas e de ritos mágicos, com um

cunho secular onde o médico-feiticeiro era o agente responsável.

Em 2000-1600 aC, a medicina do Egito faraônico, servida por uma escrita mais elaborada, com suporte de papiro, evoluiu. A documentação médica epocal é, no essencial, obras de feição prática em que são visíveis explicações de carácter teórico que denunciavam um pensamento médico estruturado. A doença, para os egípcios, tinha origem divina e as terapêuticas eram acompanhadas de encantamentos e ritos mágicos [10]. Não obstante a civilização da medicina, os egípcios elaboraram um sistema fisiológico baseado na disfunção dos humores. No papiro de Ebers há descrições muito precisas de tumores. Heródoto conta-nos a história da cura de Atossa, filha de Ciro e mulher de Dário, que sofria de um tumor ulcerado da mama que Damócedes, médico da corte, rapidamente curou. (Heródoto *Histórias*, 133, 134). A rapidez e o bom

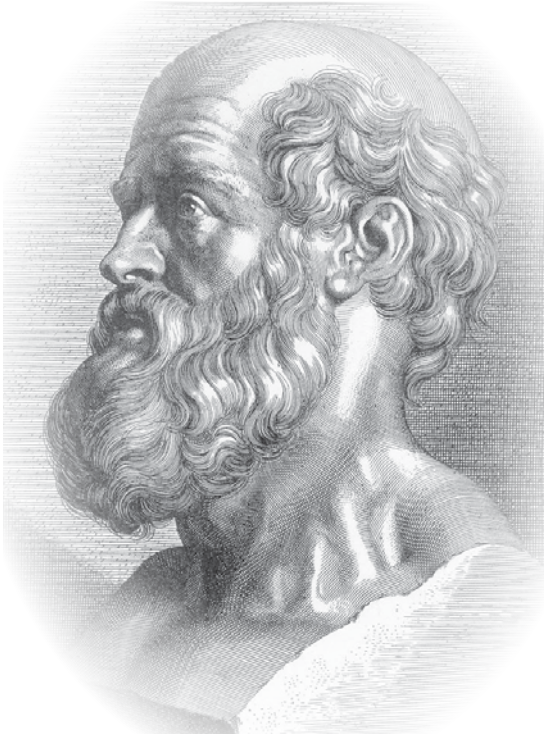


êxito do tratamento, levam-nos a supor que Atossa sofria apenas de uma simples mastite aguda supurada. Não obstante o valor científico dos papiros médicos do período faraônico é de registrar o facto, aparentemente insólito, de em nenhum deles constarem os nomes dos médicos seus autores [11]. Os médicos egípcios, dos quais Heródoto confirma a perícia profissional, conhecemo-los apenas por via de documentos extra-médicos [12]. O poder religioso, cioso do seu ascendente, não permitia que o prestígio do médico lhe tolhesse o passo.

Os sistemas médicos da Antiguidade, Mesopotâmia e Egipto, impregnados de ritos mágicos, feitiçaria e influência do poder religioso são os padrões do que poderemos chamar o período teúrgico da medicina. A estes seguiu-se há 500 anos, antes da nossa era, na Grécia Antiga, uma nova filosofia e uma nova metodologia que haveria de revolucionar a medicina. O seu obreiro e principal mentor, discípulo de seu pai, Hipócrates (470-370 a.C.) estudou filosofia com Demócrito, viajou pelo Egipto, pela Líbia e pela Macedónia e exerceu a sua actividade em Atenas durante o século de Péricles. Com ele, a medicina constituiu-se como ciência autónoma alheia à filosofia, à magia e à teurgia — doutrina médica que propunha a cura das doenças por intervenção do sobrenatural. Com estes propósitos, a medicina tornou-se, definitivamente, uma ciência e uma profissão.

A principal obra escrita dos hipocráticos é o consagrado *Corpus Hippocraticus*, conjunto de textos técnicos,

sempre estudados, e outros de substância filosófica, moral, política e polemista, que denunciavam, para além do homem de ciência, o humanista e o escritor, atitude que os médicos sempre mantiveram. O famoso *Corpus*, para além do seu mérito intrínseco deve o seu bom êxito à feliz circunstância de ter sido escrito numa língua alfabética, perfeita, que permitiu a exposição clara de rigor da ciência [13]. Não obstante este ganho, há quem garanta que



a grande beneficiária da língua grega foi a da poesia.

O *Corpus* técnico é o repositório de um novo paradigma científico assente na análise racional dos fenómenos, na interpretação da história natural das doenças e na cuidadosa elaboração das histórias clínicas, na reflexão e na condenação do empirismo antigo herdado da Mesopotâmia e do Egipto Faraônico onde a crítica, sufocada pela submissão ao dogmatismo religioso, não cabia [14]. Em *Sobre Medicina Antiga*, deixa inequívoco o seu pensa-

mento [15]: “Na arte médica é fundamental o princípio de que as conquistas que constituem o património do passado devem servir de base às investigações do presente. Erram os que, partindo inicialmente de uma hipótese, derivam dela uma única causa para todas as doenças, da mesma forma que os filósofos partiam de um pequeno número de elementos fundamentais para explicar a diversidade do mundo”. Desta maneira, Hipócrates ditou a autonomia da medicina.

— A filosofia e a matemática seguiram-lhe as passadas. A clareza das regras da observação em ciência médica é evidente no *Tratado dos Ares das Águas e dos Lugares*, onde rejeita a influência da origem divina na génese das doenças e introduz a novidade de que as doenças não têm causas sobrenaturais mas, antes, resultam da influência do meio ambiente. Logo a abrir, diz: “Aquele que se propõe fazer investigações exactas em Medicina deve, antes de tudo, considerar os efeitos que as estações do ano podem produzir por diferirem umas das outras e cada uma difere dela própria segundo as diversas vicissitudes pois que, parecendo semelhantes, cada uma tem as suas vicissitudes [16].” Seguem-se descrições muito pormenorizadas sobre a localização das cidades, suas exposições aos ventos, sobre a qualidade das águas, os hábitos alimentares e dos costumes dos seus habitantes. E termina a introdução: “Seguindo estas regras e os exemplos que citei, poderemos decidir sem receio de nos enganarmos.” Podemos garantir que com estas palavras nasceu a Ecologia. Diz, na *Epidem*

mias: “Examinar desde o início as semelhanças e as diferenças mais evidentes com o estado de saúde, bem como todas as outras alterações acessíveis, bem como as mais fáceis de reconhecer [17].” Percorrendo, de uma maneira geral, os livros técnicos colhemos a ideia que não são simples repositório de conselhos, antes o resultado de uma longa experiência e da razão. Em o *Tratado do Prognóstico* e nos *Aforismos*, o *Corpus* define o conceito de prognóstico, que acrescentou à medicina uma visão mais ampla da clínica [18]. O *Corpus* foi texto de leitura obrigatória em todas as escolas de ensino médico do Ocidente até meados dos século XIX. Em Portugal, a Reforma pombalina da Universidade de Coimbra, que reestruturou os estudos médicos com modelos de modernidade, ainda contemplava, no quarto ano médico, o estudo dos *Aforismos*. Rezam assim os Estatutos Pombalinos: “Fazendo o Lente entender bem o *sentido genuíno* (o itálico é meu) de cada um dos Aforismos, mostrando a razão em que se funda e explicando os diferentes casos em que cada um pode ter lugar [19]”.

Com a irrupção do Positivismo de Comte, por volta de 1860, os cânones técnicos hipocráticos retiraram-se dos auditórios das escolas de medicina e repousaram com toda a justiça na serenidade das bibliotecas da história da ciência [20]. Com o Positivismo, a medicina reivindicou a importância da experiência em desfavor da retórica romântica e do empirismo, deu prioridade ao estudo da lesão e à fisiopatologia da economia orgânica. Virchow funda a patologia celular e Claude Bernard declara: “O hospital é o vestibulo da medicina, o verdadeiro santuário da ciência

médica é o laboratório [21].”

De Hipócrates humanista e escritor herdámos textos actuais e objectos de reflexão. O *Juramento*, sendo uma expressão cultural e moral da época em que foi escrito, continua inalterado nas cerimónias escolares de conclusão de cursos médicos em todo o mundo ocidental. Em *Sobre a Decência*, os *hipocráticos* abrem as portas da moderna *Bioética*, aconselham o rigor do diagnóstico e delimitam a autoridade do médico e o respeito pelo doente [22].

Hipócrates conviveu com *élite* intelectual de Atenas. Nos *Diálogos* e no *Fedro* de Platão há alusões evidentes à ciência médica contemporânea, e se discorre sobre a natureza do corpo e da alma [23,24].

O *Corpus Hippocraticus* é o mais importante documento escrito da Antiguidade helénica onde os seus autores ditaram o compromisso, que legaram aos seus sucessores, para que não sejam apenas mulheres e homens de ciência, com uma visão restrita que fragmenta o humano em órgãos, aparelhos e sistemas, mas sim, que tenham uma visão ampla e humanística da profissão que os acolheu.

A escrita narrativa médica começou com os registos minuciosos das histórias clínicas dos doentes. Na falta de meios auxiliares de diagnóstico, os médicos apenas dispunham (dispõem?) dessa memória escrita e das suas experiências para alcançar o diagnóstico e o prognóstico. A esta seguir-se-ia a narrativa literária onde, sobre o pano de fundo da doença, da miséria e da morte, autores médicos e não médicos construíram obras literárias de grande valor de que todos nós nos orgulhamos. Foram e são homens de *Duas Culturas*.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Kluckhohn C. *Mirror for man*. USA: Fawcett Publications, Greenwich, CT, 1963.
- 2- *Idem, ibidem*.
- 3- Thomas C. *Diseases in Antiquity*. Springfield Publishers, USA.
- 4- *L'Écriture*. Paris: Revue Science et Vie, 2002 Jun, nº 219.
- 5- Hérodote. *Histoires (L'enquête)*. Paris: Éditions Gallimard, 1985.
- 6- Pina L. *História Geral da Medicina Portuguesa*. Porto: Livraria Simões Lopes, 1954.
- 7- *Idem ibidem*.
- 8- *Idem ibidem*.
- 9- Bardinete T. *Les Papyrus Médicaux de l'Égypte Pharaonique*. Paris: Fayard, 1998.
- 10- *Idem ibidem*.
- 11- *Idem ibidem*.
- 12- Hérodote. *Histoires (L'enquête)*. Paris: Éditions Gallimard, 1985.
- 13- *L'Écriture*. Paris: Revue Science et Vie, 2000 Jun, nº 213.
- 14- Bardinete T. *De la Méthode en Médecine*. Paris: PUF, 1951.
- 15- *Idem ibidem*.
- 16- Hipócrates. *Des Aires des Eaux et des Lieux*. Paris: Librairie Gardinet et Eberart, 1800.
- 17- *Idem ibidem*.
- 18- Hipócrates. *Aforismos*. Tradução do grego para português de Leonor Rocha. Recife, Brasil: Arquivo Público Estadual, 1979.
- 19- Mirabeau, B. *Memoria histórica e comemorativa da Faculdade de Medicina*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 1872.
- 20- Hipócrates. *Da decência*. Tradução do grego para português de Henrique Cairus. Rio de Janeiro: Faculdade de Letras. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 21- Bernard, C. *Introduction à l'Étude de la Médecine Experimentale*. Paris: Garnier-Flammarion, 1966.
- 22- Platão. *Diálogos*. Lisboa: Edições Europa-América, 1970.
- 23- Platão. *Fedro*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- 24- Snow, C. *The two cultures and the scientific revolution*. Cambridge: Cambridge University, 1959.



João Miguel Nunes "Rocha"

O cerne e o borne

Os postulados sobre a "queda dos graves" (Galileu) só se aplicam no vácuo. Fora do vácuo há resistências estruturais e conjunturais que alteram a velocidade com que se cai... Na farsa mal urdida e toscamente representada pelos governantes, já em campanha, chamam-lhe retoma. Tenhamos a coragem de admitir que caímos ainda, e avassaladoramente, e que quando nos estatelarmos no fundo real, já não teremos pátria, e a nossa língua, a quinta mais falada no mundo, o que nos devia encher de orgulho, já talvez só raramente se ouça cá, substituída pelo alemão, pelo inglês e pelo chinês. Talvez ainda se fale português às escondidas, entre a criadagem e a "gentça", filhos segundos de um deus menor...

Na escola pública de Campo de Ourique, onde andei com a mesma professora da primeira à quarta classe, muitos dos meus condiscípulos andavam descalços. Quando nas férias grandes, ia para a casa da minha avó materna na Beira Baixa, e ao domingo tinha de ir à missa, impressionava-me que as pessoas espontaneamente (ou coagidas) se dispusessem da frente para trás conforme a sua posição social. Lá à frente, os que

tinham a sua cadeirinha e genuflexório privativos, cá atrás, junto das pias de água benta, e de pé, famílias inteiras descalças, o que contrastava e contundia com a parábola muitas vezes pregada pelo senhor prior, sobre as dificuldades opostas aos ricos, na sua entrada no reino dos céus

O "terror" das pessoas não era a morte (pois contra esta, não há terror que valha), mas a doença, que se remediadas, as deixava pobres num ápice. Se pobres, tinham de padecer ao deus-dará, entrevadas socorrendo-se de mezinhas caseiras, à minguia de quem as socorresse, acossadas pelo medo e pelas limitações. Se pioravam vinha, não o médico mas o senhor prior, com os sacramentos da extrema-unção e a prédica declamada, num tom de recitação, sobre a vida eterna e a bem-aventurança, com a ameaça de que pela reza de missas póstumas, pré pagas, se conseguia uma ascensão mais rápida entre o purgatório e o céu. Veio Abril, criou-se o SNS, e o direito a um tratamento condigno, a agonia acompanhada e mitigada, deixaram de ser um sonho, uma utopia, enquanto o nosso SNS crescia e se posicionava, entre os melhores do mundo...

Sua Excelência que acolitada por multidões de secretários e de seguranças, e que assim acoitado e protegido, chama piegas, aos cidadãos que o elegeram, por estes protestarem contra o embuste e contra o esbulho, irados pela fome que lhes grassa em casa, indignados pela vileza com que se reduziu a já parca e miserável ração dos pais, dos avós, dos velhos, mostrou-nos mais uma vez a massa de que é feito, ao pôr-se contra um grande povo, berço da democracia, pátria de Hipócrates, de Sócrates, de Platão, de Pitágoras, de Aristóteles, de Homero... navegando nas nossas águas e baulando abjectamente, os algozes agiotas que nos humilham, que nos esbulham e que nos destroem. Que diferença há entre nós e os gregos para que o senhor Primeiro Ministro se afaste deles ame-drontado, como se padecessem de doença contagiosa e fatal? Mesmo que a nossa superação da crise fosse verdadeira e lhe coubesse todo o mérito, afigura-se-me acto pouco digno, este repúdio dos gregos, reiterado por "Sua Majestade Tri-na", que secundando-o, nos avisou da "contazinha"... Que triste figura e que triste país!

Mas o país afundou-se e move-se à

deriva em águas já profundas: Apesar do aumento confiscatório dos impostos. Apesar do assalto aos funcionários públicos e aos reformados. Apesar da dupla e intolerável discriminação aos velhos beneficiários da ADSE, coagidos às quotas e à contribuição extraordinária de solidariedade. Apesar da abalada em massa, dos jovens e dos menos jovens. Apesar da venda aos estrangeiros de tudo o que era público valioso e vital, inclusive a nossa cidadania,

a pessoas sem passado mas com dinheiro. Apesar do encerramento de serviços essenciais enquanto as parcerias, as fundações, persistem e recebem o nosso dinheiro. Resta-nos muito pouco, do pouco que sempre tivemos: um SNS mutilado, mas mesmo assim mil vezes melhor do que o que havia, antes de Abril; uma TAP, em que todos nós, patriotas, nos revemos, como se da nossa bandeira se tratasse; o pecúlio aforrado em vidas inteiras de trabalho e de privações... Para

defendê-los, para impedir que esta gentinha no-los tire, é na minha opinião lícito o recurso, a todas as formas de protesto e de resistência pacíficas, e se não bastantes, à legítima defesa. É ao cerne destas questões e à renegociação da dívida, antes que ela nos sufoque, que devemos ater-nos. As várias versões de Sua Excelência, quanto aos seus descontos, são do borne, pouco importantes (se comparados). Olhe-se a sua história pregressa... Isso basta...

Visita às colecções de medicina do Palácio Nacional de Mafra

Texto de Maria do Sameiro Barroso



Organizadoras da visita



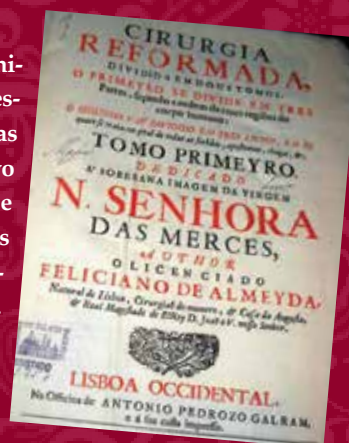
Enfermaria



Anatomia 2

O Núcleo de História da Medicina organizou, no dia 6 de Junho, uma visita de estudo para um pequeno grupo de pessoas (25) ao Palácio de Mafra, com objectivo de dar a conhecer, sobretudo a médicos e investigadores, os espaços e as colecções da Medicina: botica, enfermaria e biblioteca, com breve visita ao Palácio. A visita foi guiada pelas responsáveis por estas áreas. A Dr.^a Fernanda Santos deu-nos a conhecer a botica e enfermaria, bem como a sua organização e funcionamento. A visita à biblioteca, uma das mais belas do mundo, foi guiada pela Dr.^a Teresa Amaral, que nos falou da sua história e dos seus trinta mil volumes, três mil dos quais são de medicina, que abrangem as publicações mais importantes da medicina portuguesa e europeia, entre os séculos XIV e XVIII. É de referir que cada volume contém, frequentemente, vários livros. A ambas agradecemos a gentileza e o interesse com que nos deram a conhecer o vasto e valioso espólio que merece ser estudado, tendo-se perspectivado o início de uma colaboração que se adivinha intensa e frutuosa entre o Palácio Nacional de Mafra e o Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos.

Imagens das organizadoras (Maria do Sameiro Barroso por parte do N.H.M.O.M. e Fernanda Santos e Teresa Amaral por parte do Palácio Nacional de Mafra) e do grupo ilustram momentos da visita. Fotografias de grande qualidade artística da autoria do Senhor Professor José Manuel Martins Ferreira Coelho são apenas uma amostra do acervo notável que os visitantes tiveram ocasião de fruir.





Literatura e Medicina: da Idade Média ao Séc. XVI

Realizou-se no dia 23 de Maio a sessão temática "Literatura e Medicina, da Idade Média ao Séc. XVI", uma organização do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos e que consistiu numa sessão interdisciplinar em que participaram "dois poetas, uma médica e uma geógrafa", como referiu Maria do Sameiro Barroso (membro da direção do NHMOM) na introdução em que fez referência ao trabalho de grande mérito realizado no âmbito das Jornadas de História da Medicina da Beira Interior.

"Medicina na literatura medieval" foi o tema apresentado pela médica Cristina Moisés que começou por falar sobre as referências à arte de curar que se encontram na literatura medieval portuguesa, nomeadamente na "literatura trovadoresca galego-portuguesa, com os seus componentes lírico (cantigas de amor e cantigas de amigo) e satírico (cantigas de escárnio e cantigas de mal-dizer), a que se somam outros menos importantes – tenção, pranto, lai e pastorela", apresentando duas cantigas que transmitem assuntos relacionados com a medicina da época. A cantiga de escárnio e mal dizer que a palestrante mostrou,

referenciava um "sangrador" (que pode ou não ser cirurgião) e a técnica da sangria salientando a falta de ética do sangrador que se envolve sexualmente com a sua paciente. "Quanto ao género narrativo, encontramos um período inicial em que se desenvolveram obras de feição religiosa e didática, social e moral, às quais fomos buscar dois dos principais exemplos de prosa nobiliástica: o Livro da Montaria da autoria de D. João I e o Leal Conselheiro, escrito por D. Duarte. Mais tardiamente surgem os primeiros ensaios históricos, dos quais se destacam os cronicões, os livros de linhagens ou nobiliários, as novelas ou romances de cavala-

ria e as crónicas, sendo que colhemos nestas últimas algumas referências à prática médica, da autoria de Fernão Lopes. Fomos ainda buscar a um roteiro de viagem atribuído a Álvaro Velho, uma outra alusão a patologia comum destes tempos", explica. Nessas obras encontram-se referências ao alcoolismo, descrições dos sintomas de insuficiência cardíaca, o síndrome depressivo, descrições de escorbuto e gangrena por geladura, etc. "Demonstramos assim, através de exemplos selecionados, que existem várias alusões do foro da Medicina na literatura medieval portuguesa, que poderão ser úteis ao estudo mais pormenorizado da doença,

das terapêuticas médicas e técnicas cirúrgicas em uso no Portugal medievo”, conclui.

“**Os Lusíada e a medicina**” foi a temática trazida por António Salvado, poeta, ensaísta, antologista, tradutor, organizador de edições, diretor de publicações culturais, e coorganizador das Jornadas de História da Medicina da Beira Interior, Da Pré-História ao século XXI. António Salvado falou sobre a vida, doença e morte em três ‘momentos’ singulares na obra de Luís de Camões, em alusões ao que definiu como “pormenores empolgantes da obra camoniana” onde se encontram “surpreendentes peculiaridades”. “O primeiro ‘momento’, alicerçado a partir do Auto del rei Seleuco, constituirá motivo para se modelar a figura do físico/médico no século XVI, figura que, literariamente, se cristaliza em dois tipos: o físico charlatão e o físico consciente e sabedor”, fazendo o palestrante referência a consulta, diagnóstico e receituário. “Vejo-lhe amarelo o rosto, ou de triste ou de doente, ou ele anda mal dilpoflo, ou lá tem certo desgosto...”, recitou. António Salvado referenciou, igualmente, a “Ode a D. Francisco Coutinho, vice-rei da Índia, sobre o livro que compôs o Dr. Orta – ‘Dos simples...?’”, a partir da qual explicitou o propósito de Camões: “talhar a personalidade de Garcia de Orta, merecedor de todos os encômios, como cientista do Renascimento, que trouxe à medicina um novo lume e adensando a sua atitude de investigador através da sua consciente oposição ao saber livresco dos antigos”. A alocução terminou com referência a três episódios de Os Lusíadas (a Batalha de

Ourique, o Velho do Restelo, o escorbuto). “Embora breve amostragem de um exaustivo levantamento lexical, que vai desde nomes caracterizadores impressivos a epítetos patéticos e às circunstancialidades das ações, focámos a dimensão comovedora, dramática e até trágica da relação vida/morte que os três episódios espelham. Mas a alusão feita a outra realidade que o terceiro ‘momento’ também aglutina e que é a relevância dada por Camões à flora (e viajámos apenas pelos Lusíadas): a flora ornamental e aromática e, principalmente, a flora comestível (ótima para a saúde) e a flora medicinal (essencial para o tratamento das doenças)”.

“**Os poderes curativos de três plantas, três árvores, três pedras e três animais em Hildegarda de Bingen**” foi o tema da palestra proferida por Maria Adelaide Neto Salvado, geógrafa, investigadora e professora aposentada da Escola Superior de Educação de Castelo Branco. Maria Adelaide Neto Salvado começou por fazer um enquadramento histórico: “a fome, a peste e a guerra marcavam a época; os conventos, mosteiros e abadias eram apropriados para o tratamento das angústias da alma e dos males do corpo”. “Em Hildegarda tal como acontecia nos grandes vultos da medicina judaica e muçulmana medieval, a busca da cura dos males do corpo, corria a par com a cura da alma. A oração, a religião a Deus era igualmente encarada como instrumento privilegiado no alcance da cura. Deste modo a obra científica de Hildegarda é indissociável da sua obra poética e da sua obra mística, estreitos laços as



António Salvado



Cristina Moisão



Dias Farinha



Maria Adelaide Neto Salvado



Maria do Sameiro Barroso

unem”, explicou. “Nascida em Bermershein, na Alemanha, Hildegarda de Bingen (1098-1179) é uma das mais fascinantes figuras femininas do século XII. Como era vulgar na época, com apenas 8 anos, entrou para uma comunidade beneditina de monjas na dependência do mosteiro de S. Disibode. Aos 15 anos faz os seus votos e, encerrada neste convento das margens do Reno, deixa-se envolver pela beleza da Criação

e aprende a escutar a voz de Deus nas profundezas da sua alma. A debilidade física que a acompanhou ao longo da vida, não a impediu de desenvolver uma intensa atividade intelectual, de participar na resolução dos problemas da sociedade do seu tempo, deixando-nos uma vasta obra repartida pela mística e pela teologia, pela poesia, pela música, pelas ciências naturais e pela medicina. Os seus conhecimentos no domínio das ciências naturais foram recolhidos na obra intitulada “Livro de Observações Sobre as Propriedades Naturais das Coisas Criadas”. Esta obra foi mais tarde dividida em duas partes: “Livro de Medicina Simples”, também conhecido por “Physica”, e “Livro de Medicina Complexa ou Causas e Remédio”. Estes livros de grande divulgação na Europa medieval encerram uma original visão sobre o homem e o seu lugar no contexto do Universo”. Foram precisamente “as reflexões e indicações de Hildegarda acerca do poder curativo de três plantas, três animais e três pedras, sobre três doenças (as oftálmicas, a icterícia e a epilepsia), contidos no Livro de medicina simples” que deram corpo a esta palestra onde se referenciaram tratamentos para as nebulosidades dos olhos, a associação mágica de pedras preciosas, as fases da lua e os tratamentos de certas doenças, num “entrelaçar de pensamento mágico e religioso que aflora toda a obra de Hildegarda e que a torna fascinante”, concluiu.

“A influência da medicina árabe na Europa medieval” foi o tema apresentado por Dias Farinha, diretor do Instituto de Estudos Árabes e Islâmicos da Universidade de Lisboa. Como

exemplos dessa influência foi referenciada a contribuição árabe-islâmica para o conhecimento médico, a tradução para árabe do conjunto de conhecimentos médicos anteriores (Grécia, mundo helenístico e semita, Pérsia e Índia), a divulgação de grande número de drogas e plantas medicinais até então desconhecidas no Mediterrâneo, ao nível da farmacopeia as novas técnicas de preparação de fármacos; ensaio inovador de novas fórmulas e ações terapêuticas (p. ex. antídotos) e a sacralização de gestos quotidianos de higiene e salubridade (com Maomé a instituir a ideia de purificação com um ritual de lavagem, enorme desenvolvimento dos banhos, tudo contributos muito importantes para a medicina na época medieval, na qual a água e o seu tratamento tinham uma relevância muito grande), de alimentação (com indicações para evitar animais com caninos e aves com garras ou peixes sem escamas – porque muitos deles por não serem imediatamente cozinhados provocavam doenças – o orador referiu a questão da alimentação como um grande progresso em termos de saúde), como meio de purificação do corpo e do espírito, ao nível pessoal e coletivo. O orador explicou ainda como se fazia a transmissão do saber na Europa medieval, nomeadamente através da elaboração de tratados de medicina baseados no conceito “pergunta/resposta” que eram feitos para serem decorados.



António Lourenço Marques

Chefe de serviço de Anestesiologia (aposentado); Antigo diretor do Serviço de Medicina Paliativa do CHCB (H. Fundão); Diretor dos Cadernos de Cultura "Medicina na Beira Interior – da pré-história ao séc. XXI"

Amato Lusitano na história dos cuidados paliativos

Este artigo resume a palestra "Amato Lusitano na história dos cuidados paliativos" que o autor proferiu a convite do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, e que foi integrada no ciclo de conferências anuais que este núcleo organiza.

Em maio de 1992, um jornal da província, o Jornal do Fundão, relatava o caso de um doente, de 39 anos, com um cancro avançado da cabeça, abandonado dos serviços de saúde, e registava estas palavras terríveis da esposa, Maria Rosalina: "A última vez que o levaram ao Hospital foi no dia 12 de fevereiro. Olharam para ele, de longe, e mandaram-no para casa, sem uma palavra de conforto". O relato acrescentava que havia "quatro meses, que o doente "não via médico nem enfermeiro" (Jornal do Fundão, 22 de maio de 1992). Este episódio lamentável levantou a questão crucial dos cuidados paliativos. Neste mesmo ano, em novembro de 1992, inaugurou-se no Hospital do Fundão um serviço específico de internamento de doentes com cancro avançado, o que representa a primeira iniciativa do género em Portugal. Na verdade, a medicina paliativa

tinha tido início, em Inglaterra, um quarto de século antes, no final da década de 60, através da ação pioneira da médica Cicely Saunders.

Pode então perguntar-se como é que a medicina tratou, no passado, os doentes reconhecidamente incuráveis? O tema não foi estranho à medicina hipocrática e à medicina de Asklépio, que são as raízes da medicina ocidental. Mas a história da medicina sobre esta matéria está em grande medida por fazer. É a história do cuidar. A cura monopolizou, em grande medida, a grande história da medicina conhecida¹. O saber hipocráti-

co e a interpretação de Galeno influenciaram decisivamente a medicina ocidental, até quase à contemporaneidade. Neste percurso longo, vamos encontrar o testemunho de um importante médico português, o notável Amato Lusitano (1511-1568), que na sua obra monumental, *Sete Centúrias de Curas Medicinais*,





sobre a sua intensa atividade clínica, refere a abordagem dos doentes incuráveis.

Dá-se realce, nesta apresentação, em particular à 32ª Cura da Terceira Centúria, sobre o tratamento de um cancro da mama feminina, em fase avançada, e como o médico agiu. Amato Lusitano, perante o caso, escreveu: “Se nada mais fizermos, é necessário que limpemos ao menos o pus, usando qualquer substância líquida, não ao acaso mas já encontrada por experiência e indicação”². Palavras que contrastam absolutamente com a posição verificada, quase meio milénio depois, perante o doente do Fundão, e que se fun-

damentam no verdadeiro espírito científico e no exercício da medicina como atividade nobre e humanista.

Também a abordagem da dor, por este médico do renascimento, pode constituir um capítulo relevante, quando se investiga a história do combate ao sofrimento³. Aqui encontramos de igual modo uma ação do médico presidida pelo mesmo espírito científico e humanista.

Parece assim que, apesar do atraso que se continua a verificar na implantação dos cuidados paliativos modernos, em Portugal, tivemos na nossa história mais antiga, autores, como foi o caso de Amato Lusitano,

que, no seu tempo, não se alhearam desta importante questão da medicina, hoje, felizmente, já a fazer parte do conjunto das especialidades médicas.

Notas:

1 Gracia D., (2002) Palliative Care and the historical background, in: ten Have H., and Clark D., *The Ethics of Palliative Care*, Open University Press, 2002

2 Amato Lusitano, *Centúrias de Curas Medicinaiis*, trad. Crespo F., v. 2, Universidade Nova, Lisboa.

3 Marques A. L., A realidade da dor nas curas de Amato Lusitano, *Medicina na Beira Interior da pré-história ao séc. XXI*, Cadernos de Cultura, Castelo Branco, v. 5, 1992, p.19-22.