

Adriano Moreira

A Europa Social
e os Direitos
Humanos - pág. 13

José Manuel Silva
**Definição
do Acto Médico
é mais importante para doentes
que para médicos - pág. 19**

XVII
CONGRESSO
NACIONAL DE
MEDICINA
IX
CONGRESSO
NACIONAL DO
MÉDICO INTERNO

**acto
médico**
dos médicos, pelos doentes

26-27-28 NOV 2015
CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS DA SRNOM
Rua Delfim Maia, 405 - Porto

XVIII CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA

XIX CONGRESSO NACIONAL DO MÉDICO INTERNO

26-27-28 NOV 2015

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS DA SRNOM
Rua Delfim Maia, 405 · Porto

acto médico

dos médicos, pelos doentes

26 de Novembro

08:30 Abertura do secretariado

09:00 – 10:30 Cursos do Congresso

10:30 – 11:00 Intervalo para café

11:00 – 12:30 Cursos do Congresso

12:30 – 14:00 Almoço

14:00 – 15:30 Sessão de Abertura

15:30 – 16:00 Conferência

A conflitualidade dos tempos modernos e o poder decisório individual
D. Manuel Clemente – Cardeal Patriarca de Lisboa

16:00 – 16:30 Intervalo para café e visita à exposição

16:30 – 17:30 Acto Médico

- Moderador: Miguel Guimarães
- › Passado, presente e futuro
António Bracinha Vieira
 - › Enquadramento jurídico
Paulo Sancho
 - › E as outras profissões
José Luiz Amaral

17:30 – 18:30 Acto Médico e Humanização

- Moderador: Jaime Mendes
- › O futuro da saúde e a evolução da medicina
Manuel Sobrinho Simões
 - › A relação médico-doente: a visão do júnior
Roberto Pinto
 - › A relação médico-doente: a visão do sénior
Carlos Mota Cardoso

27 de Novembro

09:00 – 10:15 Acto Médico e Formação

Moderador: Carlos Cortes

- › Expectativas e ambição no ensino pré-graduado
Alberto Abreu Silva
- › Os novos paradigmas da formação pré-graduada
José Fernandes e Fernandes
- › A formação médica especializada
Carsten Morhardt
- › A recertificação de competências médicas
João de Deus

10:15 – 10:45 Conferência

Os 190 anos da Faculdade de Medicina do Porto
Amélia Ferreira

10:45 – 11:00 Intervalo para café

11:00 – 11:30 Conferência

Acto médico e direitos dos doentes
Maria de Belém Roseira

11:30 – 12:30 Acto Médico e Responsabilidade

- Moderador: Álvaro Brás de Almeida
- › O valor da ética e da deontologia
Rui Nunes

› A conflitualidade em medicina

Edson Oliveira

› Aspectos jurídicos da responsabilidade médica

Paula Faria

12:30 – 13:00 Conferência

Sociedade, economia e saúde

Rui Rio

13:00 – 14:30 Intervalo para almoço

14:30 – 15:30 Acto Médico e Exercício Profissional

Moderador: Américo Figueiredo

- › A emigração: necessidade ou solução
Lúcio Craveiro
- › A aposentação e o envelhecimento activo
Constantino Sakellarides
- › Medicina pública ou privada
Marta Temido

15:30 – 16:00 Conferência

600 anos do Porto a Ceuta

Joel Cleto

16:00 – 16:30 Intervalo para café

16:30 – 17:00 Conferência

Desafios no futuro da Saúde

José Manuel Silva

17:00 – 18:30 Medalhas de Mérito da Ordem dos Médicos

Cursos do Congresso

21:00 Jantar do Congresso

28 de Novembro

09:00 – 09:30 Conferência

O valor da educação na saúde

António Sampaio da Nóvoa

09:30 – 10:30 Acto Médico e Sustentabilidade dos Sistemas de Saúde

Moderador: António Araújo

- › Terapêuticas inovadoras
Eurico Castro Alves
- › Formas de financiamento
Pedro Pita Barros
- › Opções para a saúde em Portugal
Adáliberto Campos Fernandes

10:30 – 11:00 Intervalo para café

11:00 – 11:30 Conferência

Acto médico e comunicação social

Marcelo Rebele de Sousa

11:30 – 12:30 Atribuição do Prémio de Gestão da Ordem dos Médicos

12:30 – 13:00 Conferência de Encerramento

Abel Salazar: entre a arte e a ciência, compreender a cidade

Paulo Cunha e Silva

13:00 Encerramento do Congresso





Adriano Moreira
A Europa Social
e os Direitos
Humanos - pág. 13

José Manuel Silva
Definição
do Acto Médico
é mais importante para doentes
que para médicos - pág. 17
26-27-28 NOVEMBRO

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 31
N.º 163
Outubro 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



Sumário

editorial

- 05 Eleições
- informação
- 08 Destaques do site nacional da Ordem dos Médicos
- 10 Ordem dos Médicos disponibiliza ajuda aos refugiados
- 11 Exames físicos, realizados por Médicos do Trabalho, para comprovar capacidade de amamentação

actualidade

- 13 A Europa Social e os Direitos Humanos
- entrevista
- 19 Definição do Acto Médico
- 25 Contratar na administração pública é um processo muito burocrático
- SRC - informação
- 34 36 anos do Serviço Nacional de Saúde: Património dos Portugueses
- 38 A Medicina Indiferenciada e o *numerus clausus*
- 39 Estudo sobre "Burnout": A sua participação é muito importante

SRN - informação

- 40 Essência da qualidade em saúde: formação profissional.
- 42 28 jovens médicos de família do Norte foram excluídos do último concurso
- 45 Vagas para o Internato do Ano Comum: Mérito de não fazer mais que a obrigação

cultura

SRS - informação

- 46 I.º Jornadas Médicas das Ilhas da Macaronésia
- 48 Boas-vindas ao MOSTREM 2015 Uma especialidade é uma vida
- 57 SNS - Património dos Portugueses
- 50 Tratado de Livre Comércio é uma ameaça para os serviços públicos de Saúde
- opinião
- 52 Educação para a Saúde é urgente
- 54 Assuntos Médicos Uma ponte entre a investigação e a prática clínica
- 60 People Have the Empowerment!
- 61 Da utopia da liberdade de escolha ao direito ao cuidador informal
- 63 A vantagem das epíforas

histórias da história

- 67 Régias Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto
- 69 Turismo médico no espaço português
- 75 O Rufar de Outro Tambor

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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

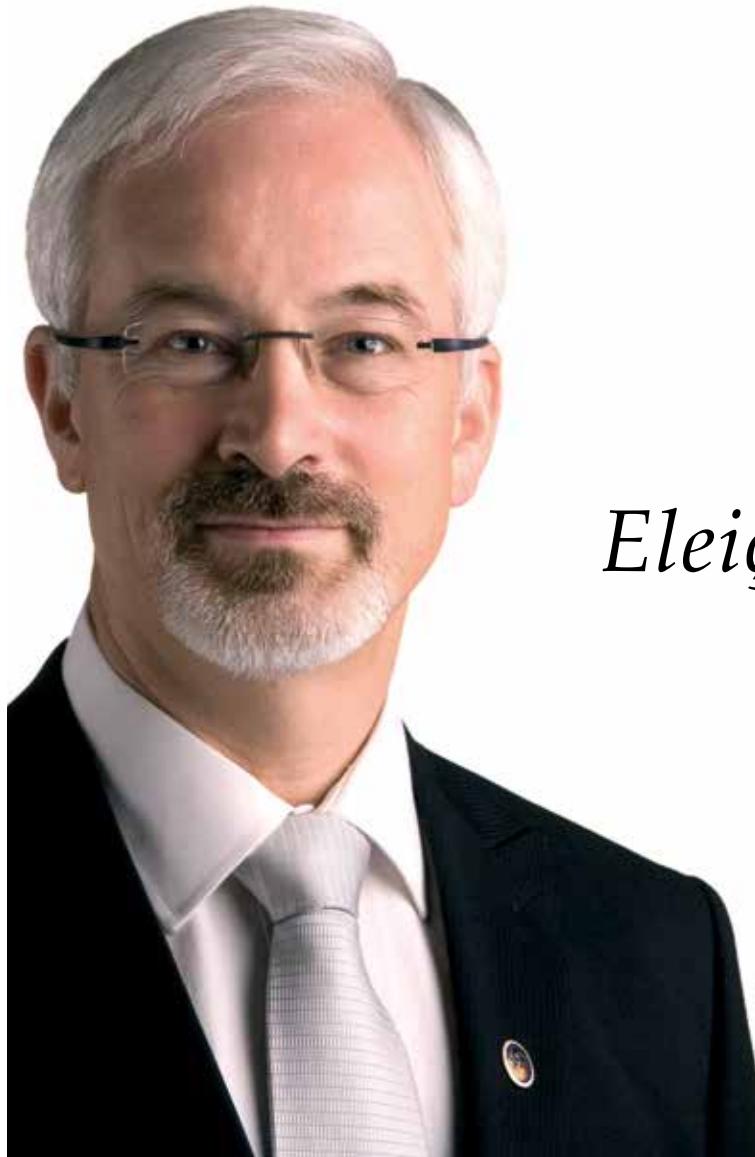
ANATOMIA PATOLÓGICA: Helena Garcia
 ANESTESIOLOGIA: Paulo Ferreira de Lemos
 ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR: José Fernandes e Fernandes
 CARDIOLOGIA: Mariano Pego
 CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: António Marinho da Silva
 CIRURGIA CARDIOTORÁCICA: Paulo Pinho
 CIRURGIA GERAL: Pedro Coito
 CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho
 CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paola 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: José Luís de Almeida
 GASTRENTEROLOGIA: 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 Lalande Frazão
 MEDICINA NUCLEAR: João Manuel Carvalho Pedroso de Lima
 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
 NEURORADIOLOGIA: João Lopes dos Reis
 OFTALMOLOGIA: Augusto Magalhães
 ONCOLOGIA MÉDICA: Maria Helena Gervásio
 ORTOPÉDIA: 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 Farela Neves
 DERMATOPATOLOGIA: Esmeralda Vale
 ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão
 EEG/NEUROFISIOLOGIA: Maria Regina Brito
 GASTRENTEROLOGIA 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
 CÓDIFICAÇÃO 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 FARMACÉUTICA: Ana Maria Nogueira
 MEDICINA HIPERBÁRICA: Oscar Camacho
 MEDICINA PALIATIVA: Isabel Galriça Neto
 MEDICINA DO SONO: Teresa Paiva
 NEUROPATHOLOGIA
 PATOLOGIA EXPERIMENTAL: António Silvério Cabrita
 PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL: Alberto Costa
 SEXOLOGIA CLÍNICA: Pedro Freitas



Eleições

É um tema incontornável, até porque certamente os resultados eleitorais irão ter reflexos na política de Saúde.

Curiosa e intencionalmente, o povo penalizou em simultâneo o Governo e o principal partido da oposição. Sem dúvida que teve as suas razões, que não são difíceis de entender. Por definição, o povo, quando decide, decide sempre sabiamente.

Certamente os responsáveis políticos procurarão interpretar adequadamente a vontade da esmagadora maioria dos votantes, que privilegiam um

governo ao centro com preocupações sociais, sem ultraliberlismos, nem ultraconservadourismos ou radicalismos. Quem não respeitar o querer expresso do povo, voltará certamente a ser castigado pelo voto.

Duas conclusões são inequívocas:

1 – A maioria do povo não gosta de extremos políticos.

2 – Os portugueses perceberam que alguma classe política ainda não tem cultura democrática suficiente para saber governar com maioria absoluta, pois tende a confundir a maioritária

confiança eleitoral com prepotência governativa.

O que desejamos para o futuro é que seja constituído um governo estável e dialogante, que honre o sentido do voto popular, com espaço de genuíno debate, confronto civilizado de ideias, franca negociação e verdadeiro respeito pelas instituições representativas da Sociedade Civil. Deve ser entendido que o contributo de todos é essencial para edificar o futuro de Portugal.

A Ordem dos Médicos, essa, perseverará na sua

CORREIO DA SAÚDE



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Votar!

São os abstencionistas que têm decidido o destino do país. Quem não vota fá-lo porque desacreditou do status quo.

Todavia, na prática, quem não vota acaba por votar a favor do tal 'sistema' que diz que condena e critica: o seu voto não existe e, portanto, não conta.

Esta situação é agrava da pelo facto de os portugueses, por comodismo, terem uma enorme deficiência de cidadania. Dizem mal do 'sistema', mas demitem-se de intervir e votar para o melhorar.

Desafio os portugueses a votarem massivamente

Também por esta razão, os políticos mentem tanto. Sabem que quem mais mente é quem ganha as eleições; ou seja, a culpa dos políticos mentirem tanto é dos portugueses, que premeiam os que mentem mais, elegendo-os. Quando os cidadãos penalizarem os mentirosos, não os (re)elegendo, a mentira em política cairá drasticamente.

Desafio os portugueses a votarem massivamente. As alternativas são muitas. As próximas eleições, que vão definir o futuro do país, devem refletir a vontade real da maioria e não apenas a opinião da minoria. Se assim acontecesse, o país mudaria.

In "Correio da Manhã" -10 de Setembro de 2015

CORREIO DA SAÚDE



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Fingimento!

O ministro da Saúde afirma que instituiu incentivos para os médicos se fixarem no interior do país. Não são incentivos, são castigos!

Durante 4 dos 5 anos previstos, o incentivo é apenas de 125 euros/mês, líquidos. Porém, pelas penalizações inerentes ao eventual incumprimento, o médico fica preso a um contrato de 5 anos, mesmo que entretanto a sua vida mude ou tenha a oportunidade de concorrer a outra vaga!

Por isso, estes incentivos são demagógicos e apenas servem para pu-

Os incentivos apenas servem para publicidade enganosa

blicidade enganosa e para afastar os médicos destes contratos-prisão. Alguém convence um médico a ir para o interior mostrando uma pequena cenoura numa mão e um grande pau na outra mão? Nenhum médico mudará os seus planos por tão débeis e traiçoeiros incentivos. Não é melhor para os doentes ter um médico no interior do país durante 3 anos, por exemplo, e depois vir outro substituí-lo, do que querer obrigar o mesmo a permanecer 5 anos contra vontade?

Basta de hipocrisias! Com incentivos honestos, os médicos iriam para o interior do país em vez de preferirem emigrar.

postura de intransigente independência e disponibilidade total para o diálogo construtivo, sempre em defesa dos valores éticos e da qualidade da medicina e dos legítimos direitos humanos e constitucionais dos doentes, dos quais se assume como Provedora.

Estamos em tempos de intenso debate político. Aguardemos activamente.

Com as mudanças de ciclo renasce sempre uma virgem esperança.

Uma das questões em que voltamos a depositar remoçadas expectativas é na aprovação da legislação do Acto Médico, motivo pelo qual o Congresso Nacional de Medicina se dedica a esta temática.

Alguns culpam o Presidente Jorge Sampaio pelo veto à Lei do Acto Médico. Não têm razão. Jorge Sampaio foi responsável, mas não culpado. Vetou a proposta de Decreto-Lei como qualquer outro Presidente vetaria, devemos reconhecê-lo honestamente. Era uma proposta absolutamente maximalista que esquecia que os médicos não estão sozinhos. Enfim, como médico re jubilaria se a visse promulgada, naturalmente, mas foi precisamente por essa razão que não passou o crivo presidencial. Foi uma oportunidade perdida!

Enriquecidos pela experiência anterior, expurgámos a proposta do seu exagero e apresentámo-la à actual maioria. Foi objecto de diálogo e de quase total consensualização em Setembro-Outubro 2012, conforme prova a correspondência

trocada. A partir daí o processo ficou em suspenso, apesar das nossas insistências, num verdadeiro voto de gaveta, prepotente e injustificado, que inquinou as relações institucionais com o Ministério da Saúde. Podia ter sido diferente.

Se o voto de Jorge Sampaio foi compreensível, o actual voto de gaveta não o é/foi de todo! Particularmente porque todas as profissões de saúde têm os seus actos próprios definidos, até as não convencionais, e não foi apresentada nenhuma razão, mais ou menos concreta, para não avançar com o processo legislativo. É grave.

Vamos continuar a insistir e a trabalhar, convictos que a legislação do Acto Médico é útil para o ordenamento jurídico português, pois permite que os tribunais possam penalizar o exercício ilegal da medicina, salvaguardando os interesses e direitos dos doentes.

Vamos continuar a insistir e a trabalhar, convictos que a legislação do Acto Médico é útil para o ordenamento jurídico português, pois permite que os tribunais possam penalizar o exercício ilegal da medicina, salvaguardando os interesses e direitos dos doentes.

Uma presença numerosa dos médicos no próximo Congresso Nacional da Ordem reforçará a nossa capacidade de intervenção e influência.

Novo Governo, outra viagem, renovada confiança, persistente disponibilidade.



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

In "Correio da Manhã" - 10 de Outubro de 2015

Fim do Centro?

Nos recentes concursos para Centros de Referência Hospitalar, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra foi brindado com o único centro nacional de referência para o tratamento de tumores oculares. Porém, o que esconde a realidade? Os profissionais é que pagaram do seu bolso a formação no estrangeiro. Médicos, físicos e radioterapeutas trabalham fora do seu horário normal de trabalho para assistirem os doentes, até hoje sem qualquer remuneração. Já

Os profissionais é que pagaram do seu bolso a formação

foram tratados 31 doentes, que evitaram o incômodo da deslocação ao estrangeiro, tendo o Ministério da Saúde (MS) pouparado a respetiva despesa. Porém, para garantir a continuidade e financiar este centro único e essencial aos doentes e para compensar os trabalhadores pela sua formação e pelo seu trabalho, até hoje, zero euros. Conclusão: o centro corre o risco de encerrar... Assim vai o SNS, para além da cortina da propaganda do MS, completamente faltado, a sobreviver à custa dos profissionais e em risco acelerado de colapso. Há sempre quem chama a isto 'boa gestão'...

Destaques do site nacional da Ordem dos Médicos

Publicámos no site nacional da OM (www.ordemdosmedicos.pt) informação diversa sobre iniciativas organizadas pela Ordem dos Médicos e eventos de **formação** com interesse para os médicos (organizados por outras entidades).

Na área dos **Colégios da Especialidade** no site nacional, publicámos alguns programas dos novos Conselhos Diretivos de alguns Colégios e resumos curriculares. Foi atualizada a área de Internato Médico – estágios opcionais do Colégio da Especialidade de **Anestesiologia**.

Publicámos na área dedicada à subespecialidade em Medicina da Reprodução (correspondente ao especialista em Ginecologia e Obstetrícia com aptidões teóricas e práticas na abordagem médica e cirúrgica de situações de infertilidade, nomeadamente com capacidade para estabelecer diagnóstico, efetuar terapêutica e elaborar prognóstico e com domínio das técnicas de Procriação Medicamente Assistida) **os critérios para admissão de candidatura à Subespecialidade de Medicina da Reprodução**, aprovados pelo Conselho Nacional Executivo na sua reunião de 11 de Setembro de 2015, que incluem entre outros requisitos cumulativos:

- Inscrição no Colégio de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia;
- Dedicação de mais de 50% do tempo diário da sua atividade na subespecialidade;
- e aprovação após formação e treino na subespecialidade num centro certificado por EBCOG/ESHRE ou aprovação após formação na subespecialidade obedecendo aos critérios definidos por EBCOG/ESHRE ou exercício de funções na área da subespecialidade durante pelo menos 5 anos em unidade considerada idónea, desde que apresente CV que obedeça aos critérios quantitativos mínimos que podem ser consultados no site nacional. Na avaliação dos candidatos à admissão à subespecialidade em Medicina da Reprodução serão tidos também em conta outros fatores de valorização que se encontram discriminados no documento que publicámos *online*.

Efetuámos igualmente a divulgação de **convocatórias** para assembleias gerais de alguns Colégios. Destacamos ainda a atualização periódica – ainda na área reservada aos Colégios da Especialidade – dos Mapas referentes a Idoneidades e capacidades formativas.

Realçamos a publicação, diária, no portal da Ordem dos Médicos de toda a **legislação relevante para médicos**, com destaque, por exemplo, para o Decreto Lei n.º 223/2015, que cria um incentivo a atribuir, pelo aumento da lista de utentes, aos trabalhadores médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar a exercer funções nas unidades de saúde familiar de modelo A e nas unidades de cuidados de saúde personalizados, em zonas geográficas qualificadas como carenciadas. Destacamos igualmente a publicação de avisos de procedimento de recrutamento de médicos.

Divulgámos igualmente alguns eventos de interesse cultural como exposições de fotografia e lançamento de livros.

Foram divulgados – na **bolsa de emprego** – diversos processos de recrutamento de médicos, quer para instituições de âmbito nacional quer internacional.

IV Simpósio AMP

Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos Sala Miguel Torga ▪ Coimbra

7 Novembro 2015

SESSÃO I

09:00 - Abertura do IV Simpósio Acta Médica Portuguesa

José Manuel Silva [Bastonário OM], Carlos Cortes [Presidente CRC]

09:20 - 10:50 – *The Big Four*: as Revistas Portuguesas com Factor de Impacto

Moderação: José Manuel Silva, Carlos Cortes

A perspectiva do Editor:

- O Editor-Chefe da Acta Médica Portuguesa – Rui Tato Marinho [Acta Med Port]
- Data mining, bases de dados, registos – Lino Gonçalves [Rev Port Cardiol]
- A ditadura do Factor de Impacto e das citações – Elsa Vieira de Sousa [Acta Reumatol Port]
- O inglês e a escrita científica – [Rev Port Pneumol]

Debate [10 min]

10:50 - 11:10 – *Coffee Break*

SESSÃO II

11:10 - 13:00 – Publicar Globalmente: Aprender a Comunicar

Moderação: Helena Donato, João Massano

• Brainstorm

- Comunicar ciência nos media
José Manuel Portugal [RTP] & Sofia Canelas de Castro [VF Comunicação]
- O ensino da escrita científica nos cursos de Medicina
António Vaz Carneiro [FML] & Alberto Abreu da Silva [ANEM]

• Acta Médica Portuguesa Student: o start-up – Henrique Cabral [AMP Student]

• Medical Publishing - State of the Art – Peter Ashman [BMJ]

Debate [10 min]

13:00 - 14:00 – Almoço

SESSÃO III

14:00 - 15:30 – Publicação Científica: *New Release!*

Moderação: António Vaz Carneiro, Moderador a designar

- Vamos aplicar as regras da autoria? – Helena Donato [AMP]
- Peer Review: O que os Editores esperam dos Revisores – João Massano [AMP]
- Como tornar as revistas competitivas na web – José Carona Carvalho [AMP]
- Gerir 1000 artigos por ano – Carla de Sousa [AMP]

Debate [10 min]

15:30 - 15:50 – *Coffee Break*

SESSÃO IV

15:50 - 17:00 – Futuro: Já o Fazemos!

Moderação: Jorge Crespo, Inês Rosendo

- Publicações: o case study do Serviço de Gastrenterologia de Guimarães – José Cotter [CHAA]
- Estratégia para publicar: experiência da Nova Medical School – Pedro Alberto Escada [FCM]
- Mudar a prática clínica – [Clube de Leitura MGF]

Debate [10 min]

17:00 - Encerramento do IV Simpósio Acta Médica Portuguesa – Rui Tato Marinho, Carlos Cortes

Comissão Científica e Organizadora:

Rui Tato Marinho, Helena Donato, João Massano, Inês Rosendo, Teresa Sousa Fernandes, José Carona Carvalho, Carla de Sousa.



www.actamedicaportuguesa.com



ACTA MÉDICA
PORTUGUESA





Ordem dos Médicos disponibiliza ajuda aos refugiados

A Ordem dos Médicos, colaborando no esforço nacional, disponibilizou instalações e ajuda financeira para uma família de refugiados. Divulgamos o comunicado relativo a essa decisão.

A pungente crise dos refugiados recorda-nos uma frase de Mia Couto: encheram a terra de fronteiras, carregaram o céu de bandeiras, mas só há duas nações – a dos vivos e a dos mortos.

Pela sua vocação vital, humanista e solidária, porque todos os dias vivem o apelo e tentam resolver as difíceis histórias de vida dos seus doentes, os médicos sentem em particular o drama de todos aqueles padecem, dos que são obrigados a fugir das suas casas e dos seus países, dos que sofrem sem o conforto do calor de uma mão amiga, de todos aqueles que precisam da solidariedade e compreensão dos outros seres humanos.

Nós próprios, portugueses, em Portugal ou no estrangeiro, já necessitámos, em muitos momentos da nossa história e das nossas vidas, até pessoais, da solidariedade dos outros, pelo que somos um povo naturalmente solidário e particularmente humano e integrador.

O imenso e chocante drama dos refugiados, que a todos toca e constitui uma vergonha para a humanidade, tem culpados dos dois lados das fronteiras. Em abstracto, todos partilhamos essas responsabilidades.

Assim, consciente que é com a colaboração de todos que se constrói um mundo melhor e mais solidário, a Ordem dos Médicos anuncia que se disponibiliza para receber uma família de refugiados num apartamento do Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos, em Lisboa, e, através do mesmo Fundo, em conjunto com as autoridades oficiais, assumir as responsabilidades financeiras que se revelem necessárias e estejam ao seu alcance, para a sua integração na Sociedade ou até um eventual regresso ao país de origem. O Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos tem como missão prestar auxílio a médicos carenciados, ajudando, em montante variável, dezenas de médicos ou familiares de médicos que

vivem com graves dificuldades, mas perante esta situação excepcional não lhe poderia ficar alheio. Sublinhando as responsabilidades que o Ministério da Saúde deve assumir nesta matéria, a Ordem dos Médicos manifesta plena confiança na disponibilidade de todos os médicos para colaborar na recepção de uma população profundamente fragilizada e traumatizada, que necessitará certamente de cuidados de saúde urgentes, polivalentes e continuados.

A Ordem dos Médicos não pode mudar o mundo, mas, nas suas competências específicas e também desta forma, presta a sua contribuição para melhorar o mundo à nossa volta. Se todos contribuirmos com o que estiver ao nosso alcance, poderemos construir e viver num mundo melhor.

Ordem dos Médicos,
Lisboa, 17 de Setembro de 2015



Exames físicos, realizados por Médicos do Trabalho, para comprovar capacidade de amamentação

O CNE em reunião de 30 de Abril de 2015 aprovou o parecer sobre submissão de trabalhadores a exames físicos, realizados por Médicos do Trabalho, que visam comprovar a sua capacidade de amamentação, proposto pelo Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho que se transcreve em seguida.

"Face à divulgação de notícias que dão conta da submissão de trabalhadoras a exames físicos, realizados por Médicos do Trabalho, que visam comprovar a sua capacidade de amamentação, o Conselho Diretivo do Colégio de Especialidade de Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos, consciente que está da dimensão do impacto público suscitado por estes relatos e da urgente necessidade de uma tomada de posição, esclarece o seguinte:

A apreciação da questão, do ponto de vista da participação de Médicos do Trabalho neste tipo de prática, só poderá ser feita com base na análise do Código do Trabalho (Lei nº 7/2009, de 12 de fevereiro) e de dois dos documentos que enquadram a atividade do Médico do Traba-

lho: o Código Deontológico e a Lei nº 3/2014, de 28 de janeiro, que procede à segunda alteração ao regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho.

As funções do Médico do Trabalho, enquadradas pelo Código Deontológico como funções periciais (artigo 118º - Médico Perito), encontram-se descritas no regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho: "...realização de exames de saúde adequados a comprovar e avaliar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da atividade, bem como a repercussão desta e das condições em que é prestada na saúde do mesmo..." (Lei nº 3/2014, de 28 de janeiro, artigo – 108º Exames de Saúde).

Dispõe ainda o Código Deontológico que "...o médico encarregado de função pericial deve circunscrever a sua atuação à função que lhe tiver sido confiada..." (artigo 121º - Limites). Por seu lado, o Código do Trabalho, no artº 19º, estabelece, no número 1, que " Para além das situações previstas em legislação relativa a segurança e saúde no trabalho, o empregador não pode, para efeitos de admissão ou permanência no emprego, exigir a candidato a emprego ou a trabalhador a realização ou apresentação de testes ou exames médicos, de qualquer natureza, para comprovação das condições físicas ou psíquicas, salvo quando estes tenham por finalidade a protecção e segurança do trabalhador ou de terceiros, ou quando particulares exigências

inerentes à actividade o justifiquem, devendo em qualquer caso ser fornecida por escrito ao candidato a emprego ou trabalhador a respectiva fundamentação” e, no número 3 que “O médico responsável pelos testes e exames médicos só pode comunicar ao empregador se o trabalhador está ou não apto para desempenhar a actividade”.

Assim sendo, no parecer do Conselho Diretivo do Colégio de Especialidade de Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos, não existem fundamentos legais para que Médicos do Trabalho participem neste tipo de prática, existindo sim enquadramento jurídico que a classifica como atividade ilegal e contrária aos preceitos estabelecidos pelo Código Deontológico.

O Conselho Diretivo do Colégio de Especialidade de Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos repudia este tipo de prática e apela a todos os colegas Médicos do Trabalho que as recusem e que ativamente as denunciem.”



CICLO DE CONFERÊNCIAS: “ - QUE FUTURO?”

Tema:
“ - Políticas Públicas”

Conferencista: Prof Dr Artur Santos Silva

5 de Novembro - 18h
Auditório da OM - Lisboa

Marque na sua agenda!
Entrada livre



Adriano Moreira

Presidente do Instituto de Altos Estudos da Academia das Ciências de Lisboa; Professor Emérito da Universidade Técnica de Lisboa

A Europa Social e os Direitos Humanos

Adriano Moreira foi o convidado do Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, na conferência ‘Que futuro para a Europa Social e os Direitos do Homem?’, que se realizou em Lisboa, no dia 1 de Outubro. Ao refletir sobre o modelo de Europa Social e o papel dos Direitos do Homem, Adriano Moreira falou sobre a necessidade de se respeitarem as instituições, referenciando a dignidade da atuação das ordens profissionais, considerando que os direitos sociais dos médicos “são dos mais atingidos do país”. O conferencista fez um magistral enquadramento histórico da evolução da Europa Social e alertou para os riscos que corre, recordando palavras do Papa Francisco que proclamou que “esta economia mata”, referindo-se ainda a perigosos abusos da semântica “substituindo, por exemplo, a expressão *direitos adquiridos* por *direitos atribuídos* e portanto revogáveis”... O artigo que se segue é um resumo elaborado pelo próprio conferencista.

As Declarações de Direitos Humanos, considerando apenas como referências fundamentais da generalização da sua doutrina e prática, a Declaração de Filadélfia (1787), devida sobretudo à palavra de Thomas Jefferson (1743-1826), e depois a Declaração de Direitos da Revolução Francesa, a primeira advogando *um federalismo*, a segunda sagrando o republicanismo, e de facto para referir apenas grandes acontecimentos históricos, obtiveram o reconhecimento dos *direitos humanos* como paradigma do mundo de múltiplas culturas, todos vindo a sofrer a influência, imposta pela força ex-

terna ou pela revolução interna, do que foi chamado “a Europa luz do mundo”. Entre os fatores que devem ser considerados entre mais determinantes, lembremos a luta contra a *feudalidade*, e o encontro dos ocidentais, pelas descobertas na linguagem portuguesa, ou pelas conquistas na linguagem espanhola, com as áreas culturais diferentes que seriam libertadas da organização imperial depois da guerra mundial de 1939-1945. Quanto ao fator da feudalidade, lembremos apenas as palavras da Carta do Bispo Fulbert de Chartres ao Duque da Aquitânea em 1020: “aquele que quer fidelidade

a seu senhor deve ter constantemente estas seis palavras na memória: são e salvo, em segurança, honesto, útil, fácil, previsível. São e salvo, a saber que evite provocar dano a seu senhor no seu corpo; em segurança, de lhe causar prejuízo ao seu segredo e ao seu castelo que mantém a sua segurança; honesto, não lhe causar injuria na sua justiça ou em qualquer tema que toque na sua honra; útil, para não lhe causar prejuízo nos seus haveres; fácil e previsível, isto é, não tornar difícil o bem que o seu senhor poderia facilmente realizar, ou tornar impossível aquele que estava ao seu alcance”.¹ Por



sua vez o súbdito, na síntese vulgarizada de Spinoza (1932-77), autor do famoso *Tractatus Theologico - Políticas* (1670), já sob a influência do famoso Hobbes, afirma que “é o facto da obediência, não o motivo da obediência, que faz de um homem um súbdito», isto é, trata-se apenas de o segundo não ter a capacidade de desobedecer ao primeiro.

Embora tenha levado séculos, e tenha feito correr muito sangue, factos que não podem ser ignorados, o lembrado encontro com culturas e etnias diferenciadas suscitou a confirmada crítica e contestação da já chamada *Escola Ibérica da Paz*, tributária do ensino de doutrinadores das Universidades Portuguesas e Espanholas, e missionários da mesma origem,

textos reunidos pelos Professores Pedro Calafate e Ramón Emilio Mandado Gutierrez, editados em 2014 pela Universidad Cantabria nesse ano, justamente quando o Estado Social entrou em crise. Por isso tal obra é um apoio para a meditação da circunstância deste século XXI sem bússola, em que nos encontramos, destacando-se, entre os mestres que ensinaram nas universidades portuguesas, Martin Azpilcueta, Martin de Ledesma, Fernando Pérez, Luís de Molina, Pedro Simões, António de São Domingos, Juan de la Pena, Serafim de Freitas, e missionários que exerceram a pregação, em terras sobre domínio peninsular, como Bartolomeu de las Casas, Manuel da Nóbrega, José de Acosta, Juan Zapata y Sandoval, António Vieira, este último destacando-se pela

Não temos recursos financeiros? E princípios, temos?

Sobre a necessidade de se respeitarem as instituições, referenciando a dignidade da atuação das ordens profissionais, em que destacou a intervenção da Ordem dos Médicos e não hesitou em definir os direitos sociais dos médicos como “dos mais atingidos do país”, Adriano Moreira afirmou: “são tão importantes os médicos como a sua Ordem; (...) É preciso respeitar as pessoas e as instituições”.

Especificamente sobre o papel da Europa Social, Adriano Moreira falou de como “a Europa vive ignorando se deverá seguir para o caminho de uma federação ou de uma união” e lamentou que Portugal, por “descaso e preguiça”, não assuma uma posição respeitável no âmbito das Nações Unidas. Sublinhando quase total a ausência de homens da atualidade com aquilo que designou como “homens de voz encantatória”, como Churchill, Gandhi ou Mandela, para referir alguns dos que destacou, não quis deixar de referenciar o Papa Francisco como um desses homens, capazes de inspirar nações. No final da conferência, em diálogo com a assistência, Adriano Moreira falaria da “comunhão de afetos”, como a única realidade capaz de produzir um sentimento de unidade, seja numa comunidade, num país, ou na União Europeia, recordando que, muito antes da existência dessa comunidade supra-nacional, já o exterior começava a identificar essa unidade que era a Europa (“quando começámos a expansão eramos os Francos”, recordou). Questionado por José Manuel Silva sobre a possibilidade da manutenção da Europa Social, não hesitou ao concluir: “Não temos recursos financeiros? E princípios, temos?...”, porque, para si, “o Estado Social corresponde a essa comunhão de afetos” e “sem Estado Social, o Estado não cumpre a sua função” e “se o Estado Social deixar de ser possível, então estaremos a pôr em causa a democracia”.

Considerando que “a comunhão de afetos obriga à intervenção”, e que “substituir o credo dos valores pelo credo do mercado não é soberania”, perante uma assistência que reconheceu nas suas palavras também a presença incontestável do dom da “voz encantatória”, Adriano Moreira alertou: “salvaguardem os princípios que iremos lutar pelos recursos”...

Nota: as linhas introdutórias a este artigo e esta caixa são da responsabilidade da redação da Revista da Ordem dos Médicos. Todo o restante conteúdo é da autoria do Senhor Professor Adriano Moreira.



pregação de “a legitimidade das soberanias indígenas, a obrigação de restituir a liberdade aos cativados injustamente, a conversão que não implica vassalagem dos povos americanos nem derroga o direito natural, que o direito natural também fundamenta o poder político de Cristo”. Embora nem todos os que ensinaram sob soberania portuguesa sejam nacionais portugueses, aqui estão Coimbra e Évora, para sempre no património imaterial da humanidade que tanto ocupa a Unesco. O tema do nosso tempo, que absorve a vida e obra do Papa Francisco, em busca de um *paradigma universal* que assegure a paz, e o respeito unificador do pluralismo, não pode ignorar esta sacrificada contribuição. É no centro deste património imaterial da humanidade que está a empenhada busca do paradigma global, as modernas indagações dos pensadores juristas, numa data em que o chamado globalismo, cujo nome diz ainda pouco

sobre as suas componentes, interdependências, e centros de decisão ignorados ou não cobertos por qualquer lei, procura uma governança universal que ultrapasse e coordene os Estados (Kant), consolidando o princípio da *legalidade* que esteve na base das Declarações de Direitos e dos seus Tribunais, e resolva as contradições viventes sobre a natureza desse património comum da humanidade, dos seus componentes que são os direitos humanos, da compatibilidade do pluralismo das definições e práticas das múltiplas culturas, etnias, e religiões, sem esquecer os doutrinadores da economia, como Smith, Ricardo, Malthus, J. S. Mill, Keynes, a luta de classes de Marx, (Manifesto Comunista), e o moderno *credo do mercado*, que finalmente parece substituir a *paz social pelo direito, pela paz social pelo triunfo económico dos melhores*, esquecendo um conceito expresso algures por Max Weber (1864-1920) em *The Protestant Ethic and*

the Spirit of Capitalism (1920-1921), no sentido de que, em seu parecer, a classe média procura expropriar os credores, enquanto estes sustentam as leis que lhes garantem o pagamento. Todos recordam facilmente este discurso em vista da situação da Europa, que ressuscitou o Limes do *Império Romano*: os pobres englobam Chipre, Grécia, Itália, Espanha, Portugal, os ricos estão a norte mantendo a memória de ali ter existido um império, e todos, ricos e pobres, numa União sem conceito estratégico. Foi a crise económica e financeira mundial que, criando uma Europa com uma moeda única (euro), mas sem resolver o problema de vir a ser uma Federação ou União, e a resistir, entre outros desafios, ao movimento das pequenas pátrias, que colocou em causa o Estado Social. Este, incluindo nas obrigações do Estado em crise o sistema de reformas, a saúde, o ensino, e assim por diante, deu relevo à chamada Escola de Chicago, hoje liberal-re-



pressiva, de que Hayek foi profeta, e outros já chamam capitalismo explosivo mas não inclusivo, que, para legitimar as suas intervenções, afirma que o Orçamento não tem recursos: a pergunta é se os governos continuam a ter princípios. Estes princípios pertencem a uma temática que inclui os defensores do *Direito Natural*, segundo os quais ele não depende de convenção ou *leis escritas*, mas da natureza do ser humano, cada homem sendo um fenómeno que não se repete na história. Foi o que orientou a Declaração Universal dos Deveres Humanos, proposta do Inter Action Council em 1 de Setembro de 1997. Daqui decorre o reconhecimento da *lei natural* e dos *direitos naturais* que pertencem a cada homem independentemente das leis positivas, embora seja de reconhecer que eles não veem acolhida a sua validade onde não vigora o princípio do *Estado de direito*. Por isso escritores, que seguiam Locke, foram elaborando sistemas de direitos naturais expressos nas Declarações Universais, por exemplo a vida, a liberdade, a propriedade. Foi ele quem doutrinou, na teoria do Estado, que pelo menos alguns, destacando-se a *vida*, são inalienáveis. Embora, sobretudo por efeito do regime colonial, este tenha implicado que a Escola Ibé-

rica da Paz tenha sido esquecida designadamente pela influência dos mitos raciais (negros, mestiços, judeus, arianos), e redes de tais poderes imperiais, que procuravam o domínio das matérias primas, do mercado dos produtos acabados, e sobretudo o domínio dos salários baixos e até do trabalho forçado, isso não impediu que nas redes doutrinárias ocidentais persistisse a exigência do reconhecimento dos direitos naturais, ao mesmo tempo que a democracia discutia com o marxismo a natureza e enumeração dos direitos a reconhecer. Foi nesse ambiente de expansão e poder que viria a criar-se a chamada "La belle époque" ocidental, sendo que tal expressão escondia o facto de a riqueza do modo de vida de alguns implicava que muitos outros, como sublinharam J. Carpentier e F. Lebrun, "se encontravam em navios sem condições emigrando a caminho do grande mito americano, e outros tentavam sobreviver à fome dos camponeses do Leste europeu, ou ao trabalho no fundo das minas, que enfim, ainda outros, Polacos ou Eslavos do Império Austríaco, sonhavam com a liberdade".² São por isso contemporâneas proclamações como a de Ernesto Renan, que procurava a redenção com L'avenir de la science (1848),

colocando um ponto final no facto de "ser sobretudo sob a forma religiosa que o Estado velou até hoje pelos interesses suprassensíveis da humanidade".³ Mas foi justamente do lado religiosos, pela voz de Pio X, que apareceram a encíclica Quanta Cura e a Syllabus (1864), denunciando os "erros do mundo moderno", prefácio de uma longa soma de documentos longamente estudados entre nós pelo Professor Braga da Cruz, definindo a contribuição da Igreja para o Estado Social. Por seu lado, a evolução do Estado ocidental cresceu a partir da Virgínia Declaration of Rights (1776), que definiu os *direitos humanos* tendo como imperativo central que todos os homens nascem iguais, e com igual direito à felicidade. Mas este princípio tinha exceções, que incluíam os nativos, os escravos, as mulheres, os que não pagavam impostos. Movimentos, que ainda hoje são vivos em muitas latitudes, incluindo o feminismo, obrigaram a reconhecer que a *igualdade* do direito à felicidade exigia olhar para a plataforma de partida para escolher o futuro de cada ser, e por isso as ajudas sociais juntaram-se, pela voz de partidos, sindicatos, e movimentos, à exigência social: a saúde, o ensino, a garantia da aposentação, a dignidade acima das crises eco-

nómicas, tudo contribuiu para que o Estado Social se afirmasse, com, entre nós, definição expressa na Constituição vigente. Deste modo, a social-democracia, o socialismo democrático, e a democracia-cristã, convergiam no sentido de fazer do *Estado Social* um elemento fundamental dos objetivos políticos constitucionalmente consagrados, embora tendências liberais sempre tenham defendido, pelo comércio livre, o desenvolvimento capitalista, paz nas relações internacionais, democratização da indústria e do comércio, mas reticências em relação ao Estado social, pondo sempre maior ênfase nas *liberdades* do que nos direitos. A atual crise financeira e económica global tende, na União Europeia e nos Estados Unidos, para restringir o

Estado Social, em contradição com a doutrina social da Igreja, que pela voz de Paulo VI, depois do Concílio, declarou na ONU que o desenvolvimento sustentado é o nome da paz, e agora, pela voz do Papa Francisco, proclamou que “esta economia mata”, que apaga o Estado Social, que abusa já da semântica, substituindo por exemplo a expressão *direitos adquiridos* por *direitos atribuídos* e portanto revogáveis, impondo a fadiga fiscal, aumentando a pobreza e a emigração, e que, sempre em defesa de critérios económicos, aponta não para uma nova Belle Epoque, mas para um enfraquecimento da solidariedade social, da integridade dos Estados atacados pelo movimento das pequenas pátrias, para a desconfiança entre as sociedades

civis e as formas de governança como as abstenções democráticas demonstram, ao mesmo tempo que a paz militar vai sendo substituída pela chamada “guerra em toda a parte”, e a paz civil obriga a meditar sobre a rutura da comunidade de afetos que a atingiram frequentemente. Hoje, depois das práticas e declarações do “Estado Islâmico, do Iraque e do Levante”, a pergunta, sem resposta, é se a Europa está em Paz ou em Guerra. Pelo menos no domínio dos princípios, está a paz rompida, em face da ameaça dirigida à Roma ocidental, pelo que não evito integrar nesta comunicação a **Carta que envie ao Papa Francisco em 2 de Fevereiro**.

“Santidade:

Quando da celebração do Centenário do Centro Académico da Democracia Cristã, de Coimbra, no ano passado, pediram-me para ali fazer uma conferência relacionada com a situação atual, depois de tantas décadas, passando em revista os factos mais relevantes desse longo período. Mais uma vez me feriu a atenção que estavam a manifestar-se sinais claros da previsão de Malraux sobre o século XXI, “que será religioso ou não será”. E por isso, naquela palestra, sugeri que seria necessário, desenvolver uma iniciativa que julgo devida ao grande Secretário Geral da ONU, que foi Dag Hammarskjöld, ao criar uma sala singela para meditação de todas as religiões. Também foi importante ter reparado, há anos, que o principal fator de gravidade do terrorismo, tornado evidente no ataque às Torres Gémeas de Nova York, que a Al-Qaeda tinha incluído valores religiosos no seu conceito estratégico. O estado do mundo neste 2015, com um aviso alarmante no massacre de Paris, voltou a impor a evidência de que existem nesta data guerras “nos quatro cantos do mundo”, que volta de novo, e com nova face, a evidenciar-se a velha linha do Cabo ao Cairo, que a área ocidental está desorientada com a multiplicação de conflitos que não cabem nos conceitos da estratégia clássicos, falando-se em guerras entre Estados, guerras interiores aos Estados, guerras alheias aos Estados, com um cortejo aterrador de crimes contra a Humanidade, mortandade de crianças, destruição de estruturas seculares, ou ainda as situações que não são de guerra nem de paz. As últimas intervenções de Vossa Santidade, quer pela palavra, quer pela presença, levam-me ao atrevimento de lhe enviar, e repetir, a sugestão que fiz na reunião de Coimbra: na ONU, em perda de autoridade, deveria ser criado, ao lado dos órgãos institucionais da Carta, um Conselho das Religiões, a estruturar segundo a experiência da ONU e a que tem sido ganha, sobretudo desde as reuniões de Assis, com as sucessivas iniciativas de encontros, conclusões, e ação, das Igrejas a bem da paz. Se a Igreja Católica tomasse a iniciativa, com respeito institucional, enriqueceria utilmente a contribuição que lhe pertence na doutrinação da paz, designadamente tendo enriquecido, com mestres, o património imaterial da humanidade, tão descuidado e violado neste século sem bússola». De facto, o “credo do mercado” leva de vencido o “credo dos valores”, e por isso ganha espaço o movimento da reforma do Estado, já chamado “a quarta Revolução”, que de facto procura libertar a Constituição do que os franceses chamaram “Lês droits prestations”, para que a “igualdade” de

Jefferson seja um ponto de partida para o igual direito à felicidade, e para que, por exemplo, não se transforme em "regra estatística" que "os pobres morrem mais cedo", tendo sobretudo em vista a relação entre o "saber médico" conseguido e a capacidade financeira de conseguir os benefícios, designadamente pelo emprego. Subitamente esta questão do "Estado Social" tornou-se uma questão que tende a mundializar-se pelas migrações.

Na data em que se assiste ao drama dos refugiados que desafiam os deveres humanitários dos Estados da União que procuram alcançar, para salvar a vida e o futuro, e quando a crise económica e financeira mundial levara Donatien Garnier a concluir que "a morte prefere os pobres", interrogando-se (2011) sobre se os objetivos do Milénio da ONU "seriam abandonados em benefício do interesse das nações desenvolvidas e dos países emergentes", os noticiários da data em que o Papa Francisco estava nos EUA (25 de Setembro) punham em destaque um compromisso dos 197 países da Assembleia Geral da ONU, sobre uma Agenda Global para 2030. Os 17 objetivos não são significativamente diferentes dos que preenchiam os objetivos do Milénio, mas é de salientar que o Papa Francisco ainda teve ocasião de acentuar que a importância dos desafios (por exemplo a fome, as alterações climáticas, as desigualdades) deverão ser um objetivo estratégico prosseguido e realizado até 2030. Todavia, e não obstante as ações meritórias que devemos à ONU diretamente, a questão prévia, é a de saber se a ONU, sendo evidente que isso é necessário, pode ser reformada para assegurar a necessária governança global que se tornou complexa à margem da Carta e de Tratados. Tendo sempre presentes os efeitos da crise económica e financeira, e não apenas a "guerra em toda a parte" que muitos sublinham, a primeira dificuldade é que a reforma pedida pelos mais necessitados, exige (artigo 7 da Carta) a ratificação por dois terços dos Estados membros, sendo que metade dos 192 membros nem sequer tem capacidade para resistir aos desafios da natureza, acrescendo a exigência de acordo de todos os membros do Conselho de Segurança. O que significa que não há esperanças de transformar, como já foi sugerido, o Conselho Económico e Social em Conselho de Segurança Económica e Social, coisa que o tiraria do pousio em que se encontra. Sem reforma da ONU, não será possível conseguir agora realizar os objetivos do Milénio, quanto aos encargos assumidos na área do desenvolvimento sustentável (Comissão Brundtland, 1987) desenvolvimento humano (Comissão Nyerere, 1995), a responsabilidade de proteger a segurança humana (Comissão Ogata-Sem 2003), e muitos outros. Não é muito esperançoso, em primeiro lugar, que os Estados contribuintes para o Orçamento, sobretudo os mais abonados que por vezes se esquecem ou demoram nas contribuições, a favor das suas políticas, assumam o financiamento da segurança, enquanto que os contingentes mostram a dominante contribuição do Bangladesch, do Paquistão, da Índia, da Nigéria, do Egito, e do Nepal. Embora, ainda assim, tenham de recordar-se valiosas contribuições da ONU e uma série de Secretários Gerais de qualidade reconhecida, que orientaram intervenções necessárias, (Próximo-Oriente, 1948), (Índia-Paquistão, 1948), (Chipre, 1964), (Líbano, 1978), (Sara Ocidental, 1991), (Haiti, 1993), (Timor Ocidental, 2002), (Côte-d'Ivoire, 2003), por vezes com a cooperação da União Europeia, tem de destacar-se a violação da paz que hoje mais desafia os conceitos de Mundo Único e Casa Comum dos Homens, acontecendo, numa época de crise mundial, marcada pela criminalidade, que apareçam, organizações supostamente elitista, como o G-20, criado na cimeira de S. Petersburgo de 2009, com um poder de tomar decisões que dispensam a cobertura jurídica dos Tratados, mas não o consequencialismo dos factos. Em 2005, a Assembleia Geral adotou uma resolução que estabeleceu o princípio de uma responsabilidade de proteção dos Estados em relação à população, "ou, em caso de falência estadual, da comunidade internacional representada pela ONU", mas a crise das migrações atuais, e não obstante os passados e difíceis esforços de Obama nas áreas sociais, parece que a ONU até agora ouviu as palavras do Papa Francisco, mas que facilmente poderão vir a ser esquecidas se o pousio continuar. A Europa necessita que não continue, sobretudo porque todos não são demais para harmonizar humanismo e segurança.

¹ Ch. - M de la Roncière, Ph. Conlamine, R. Rouchc, *L'Europe au Moyen Age. II*, Colin, Paris, 1969, pg. 159-160.

² In *Histoire de l'Europe*, Seuil, Paris, 1990, pg. 375.

³ Ernest Renan (1823-1892), na citada *Histoire de l'Europe*, pg. 377.

José Manuel Silva

Bastonário da OM, na qualidade de presidente do XVIII Congresso Nacional de Medicina



**acto
médico**
dos médicos, pelos doentes

26.27.28 NOV 2015

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS DA SRNOM
Rua Delfim Maia, 405 - Porto

Definição do Acto Médico

é mais importante para doentes que para médicos

O XVIII Congresso Nacional de Medicina e IX Congresso Nacional do Médico Interno realizam-se de 26 a 28 de Novembro de 2015 no Centro de Cultura e Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. A ROM conversou com o José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos e Presidente do Congresso Nacional de Medicina sobre a temática escolhida: "Acto Médico – dos médicos, pelos doentes", uma das grandes preocupações e prioridades assumidas por si neste mandato. Nesta conversa, José Manuel Silva lamenta que, sem qualquer explicação, e com um "mal explicitado receio", o Governo tenha ignorado a necessidade de uma definição legal de Acto Médico, deixando assim os doentes desprotegidos quanto ao exercício ilegal da medicina e à "vigarice", naquilo que, no editorial desta mesma edição, define como um incompreensível, "prepotente" e inaceitável "veto de gaveta". Ao dedicar o XVIII Congresso Nacional de Medicina ao tema "Acto Médico", a organização, representada nesta entrevista pelo presidente do congresso, espera obter uma ampla participação dos Colegas, para que esta relevante temática seja debatida por todos, na expectativa da sua rápida consagração legal.

Revista da Ordem dos Médicos – Já no governo do Engenheiro Guterres, sendo Maria de Belém Roseira Ministra da Saúde, a Lei do Acto Médico foi aprovada pelo governo mas o Presidente da República não a promulgou. Desde então, e

volvidos dez anos, a OM fez vários melhoramentos à primeira proposta, e apresentou novas propostas, tentando chegar a um texto que defende os doentes e que seja passível de ser aceite pelo ministério, mas que ao mesmo tempo seja

clarificador dos limites de intervenção dos médicos e dos outros profissionais de saúde. Com um processo tão longo, porque razão não se conseguiu avançar nesta matéria, quando outras profissões, na área da saúde, conseguiram?



José Manuel Silva – Não sabemos. O ‘Acto Médico’ foi uma das grandes preocupações e prioridades do presente mandato. Chegámos a ter uma versão quase totalmente consensualizada com o actual Governo, depois de ouvirmos as outras Ordens profissionais da Saúde, mas o Ministério não mais respondeu às nossas insistências sobre este assunto. Foi uma das razões pelas quais apoiámos duas greves (e continuamos disponíveis para apoiar uma próxima, se este e outros assuntos não se resolverem). Insistimos igualmente com a Assembleia da República e tentámos incluir a definição nos novos Estatutos da Ordem. Pessoal e institucionalmente, pedimos que nos dessem ao menos uma justificação para não se legislar o ‘Acto Médico’, por mais estúpida (sic) que pudesse parecer e ainda que não tivéssemos de concordar com a mesma. Mas nada. Nem ‘Acto Médico’, nem explicação, para além de um mal explicitado “receio”. Assim se governa em Portugal.

ROM – A consagração legal da definição de acto médico é, portanto, uma questão que se arrasta e que, sem motivo plausível aparente, continua por resolver... Neste contexto o que se espera alcançar ao dedicar um congresso da Ordem dos Médicos a este tema?

JMS - Manter o tema na agenda e reforçar e sustentar a sua importância, em defesa dos doentes. Na verdade, a definição do Acto Médico é mais importante para os doentes do que para os médicos.

ROM – Que consequências podem existir para os doentes

com este constante adiamento da definição legal do acto médico?

JMS - Por exemplo, torna impossível o combate ao exercício ilegal da medicina, pois tal circunstância não está tipificada no nosso ordenamento jurídico, desprotegendo os doentes perante a vigarice. Ainda recentemente recebemos na Ordem a participação de um doente que pagou 7500€ por dois *nano robots* que lhe “curaram” dois tumores cerebrais... Infelizmente, o Ministério da Saúde e a Assembleia da República não demonstraram qualquer preocupação com este vazio legal e o seu enorme risco para pessoas fragilizadas pela doença.

ROM – Concorda que por não existir essa definição legal se fragiliza a relação médico-doente, por não ser possível defender os doentes do exercício ilegal da Medicina?

JMS - Não iria tão longe, na medida em que a relação médico-doente depende essencialmente de outros factores, particularmente da empatia, disponibilidade e capacidade de comunicação do médico.

ROM – Numa época de super-especialização e de tantos avanços tecnológicos, faz sentido falar na humanização do acto médico?

JMS - Cada vez mais e exactamente por essas e outras razões. Não podemos permitir que a medicina perca o seu lado humano nem que o doente deixe de ser olhado como uma pessoa. Infelizmente, há profissionais de saúde que só entendem esta realidade quando passam para o “outro lado”. Numa outra vertente, deveremos lutar sem-

pre contra os administradores que olham o doente como uma mera estatística e que procuram reduzir o tempo que o médico tem obrigatoriamente de ter disponível para o seu doente.

ROM – A atenção que o médico dedica aos seus doentes será o melhor catalisador de efeito placebo de qualquer terapêutica?

JMS - Sem dúvida que sim. O efeito placebo da bata branca está amplamente demonstrado e é potenciado pela boa relação médico-doente, que é uma relação terapêutica em si mesma.

ROM – A formação é uma preocupação natural da Ordem dos Médicos. Quais serão as consequências futuras se continuar a faltar planeamento do *numerus clausus* dos cursos de medicina? Como poderemos superar – sem perda de qualidade – uma situação em que exce-damos a capacidade formativa pós-graduada?

JMS - Felizmente, nos anos mais recentes o *numerus clausus* em medicina não aumentou. Acreditamos que finalmente o Governo tenha compreendido que Portugal, que é o quarto país da Comunidade Europeia com mais médicos, não necessita de formar mais médicos do que aqueles que forma actualmente e que, com os números actuais, a qualidade da formação médica pré e pós graduada já está a ser afectada. Para isso certamente terá contribuído o “Estudo da Evolução Prospectiva de Médicos no Serviço Nacional de Saúde”, encomendado pela Ordem dos Médicos à Universidade de Coimbra e cujo relatório final foi publicado em 2013. Apenas para dar

uma ideia da realidade nacional actual, Portugal tem 9,49 Ortopedistas/100000 habitantes, enquanto a França e Inglaterra têm, respectivamente, 3,89 e 5,13. No futuro será inevitável a redução do *numerus clausus* em medicina, que se tornará também num curso cada vez menos atractivo, face ao alto risco, elevada complexidade e penosa carga de trabalho e aos baixos salários e difíceis condições de trabalho.

ROM – No contexto dos direitos e deveres dos doentes, de que forma se pode envolver mais o doente no acto médico, de forma a responsabilizá-lo pelas suas opções mais (ou menos) saudáveis? Não é esse um caminho essencial em termos de educação para a saúde e consequente melhoramento de alguns indicadores (obesidade, por exemplo)?

JMS - Com mais literacia em Saúde, um campo que o Ministério da Saúde desprezou completamente. Claro que sim, esse é o caminho. Por exemplo, Portugal é o segundo país da Europa com maior percentagem de pessoas diabéticas, 13,09% da população, apenas atrás da Turquia, mas nada de substantivo foi feito na área da prevenção nos últimos quatro anos.

ROM – Ao fim de 36 anos de existência, considera que temos um SNS fragilizado ou moribundo, como muitos políticos parecem considerar?

JMS - Muito fragilizado. De 2010 para 2013, a média da despesa pública em saúde dos países da OCDE subiu de 6,4 para 6,5% do PIB, enquanto em Portugal desceu de 6,9 para 6,0% do PIB. Ou seja, o investi-

mento público anual em Saúde perdeu 0,9% do PIB, cerca/mais de 1500 milhões de euros, com gravíssimas repercuções sobre o funcionamento do SNS, como era inevitável. três exemplos distintos: 1) No Hospital de Faro há doentes internados com fracturas que não se sabe quando poderão ser operados, violando a *leges artis*. 2) Há 16 anos que não havia um tão grande excesso de mortalidade no Inverno como aconteceu este ano, com mais de 5500 mortes acima da média. 3) A emigração de milhares de profissionais de Saúde que ainda fazem falta ao sistema, devido à degradação extrema das condições de trabalho.

ROM – Mas a sustentabilidade do SNS tem sido várias vezes posta em causa apesar de, quando nos comparamos com os parâmetros da OCDE, o desempenho do nosso sistema de saúde ser excepcional e a nossa despesa *per capita* estar muito abaixo da média...

JMS - A discussão sobre a sustentabilidade do SNS não é económica nem financeira, é política. Portugal tinha o melhor SNS do mundo, na relação Qualidade/Acessibilidade/Custo *per capita*. Perfeitamente sustentável, portanto. Excelentes resultados com um baixo custo *per capita*. O que não é sustentável é o país, devido à forma como tem sido governado por sucessivos governos. Urge alterar o modelo de governação de Portugal.

ROM – O rumo europeu parece apontar para soluções inovadoras que não o mero corte orçamental: impostos inteligentes, implementação de medidas de defesa do ambiente e que implicam poupança económica,

etc. Apesar disso, e mesmo com o Senhor Bastonário a propor à tutela esse tipo de soluções, em Portugal só se parece falar em cortar a despesa...

JMS - Tristemente. Perderam-se quatro anos de prevenção, de educação para a saúde e de mudança de mentalidades.

ROM – Em que vertentes do acto médico será possível reduzir a despesa sem comprometer a qualidade? De que forma?

JMS - Como refere o estudo da Gulbenkian sobre o futuro da Saúde em Portugal, a má qualidade em Saúde não só é má para os doentes, como é má para a Economia. Está escrito nos livros de Economia da Saúde que em Saúde só se consegue poupar efectivamente apostando na Qualidade. A primeira grande preocupação deveria ser apostar na Qualidade e não comprometer a Qualidade do que já se faz. Infelizmente, em Portugal, em que apenas se gasta 6% do PIB em despesa pública com a Saúde, há muito que ultrapassámos, para baixo, o limiar de segurança. Na verdade, o Presidente da Associação Italiana de Hospitais Privados, Gabriele Pelis, considerou que para um nível de gastos abaixo dos 7% do PIB, em despesa pública com a Saúde, não será possível manter o nível de qualidade a que os cidadãos se habituaram. A publicação da definição do 'Acto Médico' seria uma pequeno/grande passo na defesa da qualidade, sem quaisquer custos adicionais.

ROM – Também defende a importância de uma melhor circulação de informação que permita, por exemplo, poupar

milhões de euros na aquisição de equipamentos, dispositivos médicos e outros consumíveis para o SNS. Com a complexidade administrativa atual (com as decisões em saúde a terem que corresponder aos critérios e determinações de diversas entidades (ACSS, ARSs, Ministério da Saúde, Ministério das Finanças, etc.) acha possível que a informação circule de forma eficaz?

JMS - Obviamente que sim. Porém, presentemente, a informação não circula de forma eficaz. Falámos e apresentámos sugestões quanto a esta problemática ao Ministro da Saúde. Infelizmente, num nível mais básico, da parte deste não houve a preocupação de reorganizar o Ministério, fundindo as ARS e a ACSS, para acabar com conflitos de competências, decisão e comunicação e alguns tachos políticos desnecessários. Os sistemas informáticos, por um lado melhoraram, por outro tornaram a vida dos médicos num inferno burocrático e de perda de tempo, devido às ineficiências do sistema, com múltiplos programa e falhas constantes. Há muito trabalho pela frente.

ROM – Em 2008, António Arnaut afirmou publicamente que "...dentro de pouco tempo está tudo desmantelado, e o Serviço Nacional de Saúde ficará para os coitadinhos." Será esse o desafio do futuro, evitar que esse seja o desfecho para o nosso SNS?

JMS - Sem dúvida que sim, porque o SNS está a sofrer um ataque ideológico, com cortes "para além da Troika".

ROM – Tendo em conta os constrangimentos financeiros



e os cortes impostos, como vê o futuro da medicina em Portugal?

JMS - O futuro da Medicina em Portugal depende apenas do futuro do país! A pergunta correcta deveria ser: há futuro para o país? A resposta é simples, se Portugal continuar na linha dos três últimos Governos, não tem futuro. Os pilares de qualquer Sociedade são a Justiça/Transparência, a Educação/Investigação, a Saúde, a Solidariedade e a Demografia. Tendo os cinco pilares gravemente danificados, não há alicerces sólidos para construir o futuro.

ROM – Um dos temas do congresso é o "Acto Médico e Co-

municação Social". Como presidente da OM teve uma exposição mediática muito grande. Acha difícil comunicar de forma eficaz com os jornalistas?

JMS - Foi uma aprendizagem, nada fácil, que se foi fazendo e aprofundando. Tenho a percepção que os jornalistas se habituaram a percepcionar a Ordem dos Médicos como uma fonte de informação séria, honesta e frontal, ao passo que consideram o Ministério como uma importante fonte de informação, naturalmente, mas também muito pouco credível e nada transparente.

ROM – Que expectativas tem para este XVIII Congresso Na-

cional de Medicina?

JMS - Que seja um fórum amplamente participado, gerador de um profícuo debate e que coloque o 'Acto Médico' na ordem do dia.



2015/2016
CELEBRAÇÃO DOS 190 ANOS
FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DO PORTO

190 anos de
história com
futuro



U.PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

 190^º
EXCELLENCE IN EDUCATION

Artur Mimoso

Vogal da SPMS

Contratar na administração pública é um processo muito burocrático



A solução

A desempenhar funções de vogal do Conselho de Administração (CA) da SPMS desde 25 de Fevereiro de 2014, Artur Mimoso diz sentir-se um privilegiado por trabalhar a área da saúde e considera que, por ser uma área nova, tem podido crescer em termos profissionais. Militar dos quadros permanentes do exército, trabalhou na aquisição de material militar, de combustíveis operacionais na defesa, para aeronaves e navios, aquisição de refeições, segurança, computadores, "tudo menos bens de saúde". Mesmo não sendo a melhor a opção financeira, agarrou a oportunidade de fazer parte do CA da SPMS por querer "comprar vacinas" e porque considera que esta entidade pode fazer uma diferença positiva: empenhada em desenvolver relações de colaboração com outras entidades do setor e em criar valor para as instituições de saúde, a SPMS apresentou, com o novo Acordo Quadro de prestação de serviços médicos, um claro sinal de quem procura melhorar os instrumentos de contratação ao permitir que os concorrentes sejam pessoas singulares ou coletivas. Desfaz-se assim um erro do anterior instrumento de contratação. Mas houve outros melhoramentos: O novo Acordo Quadro impõe o valor do preço anormalmente baixo a partir de 25€/hora e 20€/hora^(*) e acrescenta como critério, com uma ponderação de 40%, a qualidade. Declarando-se frontalmente contra o critério do preço mais baixo, especialmente na contratação de recursos humanos, espera que a introdução do fator qualidade trave situações de incumprimento contratual e que corresponda melhor às necessidades das instituições contratantes. Sobre a necessidade de contratar "médicos à hora", considera que a aplicação do Acordo Quadro é um regime opcional e complementar essencialmente para fazer face a situações em que a excessiva burocracia, complexidade e morosidade da contratação não permite que as instituições consigam contratar, em tempo útil, médicos para os seus quadros...

(*) ver caixa



Revista da Ordem dos Médicos – Ao voltar a permitir que os hospitais contratem médicos em nome individual, a SPMS reconhece que foi um erro de gestão o facto de ter proibido esse tipo de contratação?

Artur Mimoso – A SPMS não pode dizer que foi um erro porque a medida tomada anteriormente foi uma decisão política: decidiu-se que o instrumento que o Ministério deveria ter para

contratar médicos era um Acordo Quadro em que havia uma bolsa de entidades a prestar serviços aos hospitais e decidiu-se que essa bolsa deveria ser composta por pessoas coletivas o que fez com que as pessoas singulares ficassem excluídas. Foi uma tentativa de ver como funcionavam outras formas de contratação. Só se consegue aprender fazendo e às vezes a melhor forma de progredirmos é cometendo alguns

“O preço/hora que é pago diz respeito à prestação do ato médico. Mas um médico que vá prestar serviço, por exemplo, em Évora terá que fazer face a outros gastos (...); esses custos não podem sair do preço que está estabelecido como pagamento mínimo do ato médico”

erros. Neste caso não podemos dizer que foi um erro mas antes uma forma diferente de contratar, uma opção que poderá tão somente ter resultado do facto de quem elaborou as peças não se ter apercebido que havia a possibilidade legal de incluir pessoas singulares neste tipo de contratação. Durante a aplicação desse Acordo, verificou-se que o Ministério da Saúde não tinha nada a ganhar por não abrir os concursos a pessoas singulares. Ao elaborarmos o novo Acordo Quadro houve a intenção de melhorar este instrumento de contratação para que os hospitais possam contratar os serviços médicos de que necessitam, objetivo que será frustrado se o número de médicos não for suficiente. Neste momento não há limite ao número de prestadores que pode concorrer desde que preencham as condições. Não se ganha nada em limitar o número de potenciais prestadores e muito menos em limitar apenas a empresas.

Militar dos quadros permanentes do exército, licenciado em Direito, bacharel em Ciências Militares com especialização em Gestão de Empresas e Recursos Humanos com várias pós-graduações, nomeadamente na área da contratação pública. Desempenhou funções de Diretor de Compras Públicas, na Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, I.P., foi Chefe da Unidade Ministerial de Compras do Ministério da Defesa Nacional, prestou assessoria jurídica em Contratação Pública, no Setor da Defesa à Comissão Permanente de Contrapartidas nos Ministérios da Defesa Nacional e da Economia Desenvolvimento e Inovação, foi professor convidado de Justiça e Disciplina Militar na Escola Superior Politécnica do Exército e formador na Direção-Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas e em várias entidades da Administração Pública em Contratação Pública, Acordos Quadro e Centrais de Compra no Contexto do Código dos Contratos Públicos. É atualmente vogal do Conselho de Administração da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

ROM – Considera que a contratação de médicos em nome individual poderá representar mais valias financeiras?

AM – Não, mas essa não foi sequer uma preocupação ao elaborarmos este Acordo Quadro, ao contrário do que sucedida no anterior em que o critério de escolha era o mais baixo preço. O critério neste Acordo Quadro é, em primeiro lugar, o cumprimento dos requisitos. Possivelmente a despesa vai aumentar, nomeadamente porque se fixou, com a definição de “preço anormalmente baixo”, os valores de 25 e 20 euros. Além disso, verificámos que havia hospitais do interior (Évora, por exemplo) que ficavam sempre sem conseguir contratar médicos. Em face dessa realidade, estabelecemos neste acordo um atrativo: majorámos o preço/hora em 10% em alguns distritos precisamente para fazer face a essas dificuldades.

ROM – Qual o objetivo dessa majoração?

AM – Entendo que o preço/hora que é pago diz respeito à prestação do ato médico. Mas um médico que vá prestar serviço, por exemplo, em Évora terá que fazer face a outros gastos (portagens, gasolina, etc.); esses custos não podem sair do preço que está estabelecido como pagamento mínimo do ato médico. Assim, com o objetivo de combater a dificuldade de contratar médicos para o interior, acrescentámos 10%/hora, que pensamos que serão um atrativo, algo que demonstra que este Acordo quadro é diferente. Juntamente com a Tutela, temos feito um caminho de melhoramento dos Acordos Quadro pois, se assim não for, estaremos a contribuir para um mau serviço público o que é prejudicial para utentes e para profissionais.

ROM – Em face da existência de concursos que ficam desertos, que outras medidas considera que seriam eficazes – além dessa majoração - para atrair e fixar profissionais?

AM – Julgo que é sempre uma questão de valor. Não sei se se vai ser suficiente a inclusão da majoração de 10%/hora. Mas o “travão” que se criou com a definição do preço anormalmente baixo em 20 ou 25 euros, e o uso correto deste instrumento por parte dos hospitais – que têm um papel decisivo – pode não ser a solução mais vai com certeza atenuar as dificuldades que se têm sentido. O CA de um hospital contratante pode definir que não aceita propostas abaixo de 25 euros, além de majorar 10%/hora.

ROM – Então a boa aplicação do Acordo Quadro depende dos hospitais?

AM – Tem que haver colaboração mas quisemos fazer um Acordo Quadro diferente colocando um ónus acrescido na SPMS, aumentando a nossa responsabilidade. Se algo não correr bem, hospitais, prestadores, médicos ou Ordem dos Médicos devem informar-nos. E, em caso de haver dúvidas, também por-



“...O hospital se não compreender cabalmente como é possível chegar ao preço apresentado, deve excluir a proposta. Como entidade contratante, se surgirem propostas de 5 ou 6 euros à hora para contratação de um médico, eu não quero essa proposta. É para isso que existem agora os critérios de qualidade como fator decisivo...”

que a leitura do Acordo tem que ser igual em todas as instituições. A contratação pública é complexa e não podemos fazer interpretações pessoais dos instrumentos que temos ao nosso dispor.

ROM – Será natural o surgimento de muitas dúvidas, quer da parte das entidades contratantes quer dos médicos que concorrem...

AM – Consciente desta complexidade desloquei-me às três secções regionais da Ordem dos Médicos onde a SPMS fez sessões de esclarecimento/formação para que os profissionais interessados pudessem concorrer no âmbito deste novo Acordo Quadro. É fundamental que se algum hospital tiver dificuldades nos contacte. A contratação

pública é uma área complexa, e, como é natural, especialmente complexa quando quem tem que aplicar as regras são pessoas cuja formação é medicina, ou seja não é uma formação direcionada para essa área. As instâncias de fiscalização (tribunal de contas, IGAS, IGF...) são implacáveis e os gestores públicos são responsabilizados, por isso nenhuma das entidades que esteja obrigada às regras de contratação pública pode falhar.

ROM – Concorda com os critérios aplicados à contratação de médicos em que o preço mais baixo era o fator decisivo?

AM – Depende de como olhamos para a contratação pública. Sou intrinsecamente contra o recurso ao critério do preço mais baixo, principalmente quando aplicado em áreas onde a maior parte do trabalho depende da componente humana. Com a aplicação em exclusivo do critério do preço mais baixo a tendência para se deteriorar a prestação desse serviço é muito grande. Basta pensarmos que temos potencialmente profissionais excessivamente cansados porque em vez de trabalharem 7 horas farão 12... Além disso, quando temos uma empresa que ganhou um contrato de um milhão ou dois milhões de euros, com base no critério do preço mais baixo, no próximo concurso não vai querer perder esse contrato. E, ao fazer tudo para não o perder, irá esmagar os preços ainda mais... Introduzindo o fator qualidade, além do preço mais baixo, trava-se essas situações e ainda se incentiva os profissionais a estudar e a melhorar o seu currículo para corresponderem às exigências de qualidade.

ROM – Não foi precisamente esse esmagamento de preços que levou empresas a concorrer com valores tão ridgidamente baixos que depois não conseguiam cumprir os contratos?

AM – É verdade. E foi precisamente para evitar essa situação que alterámos o enquadramento. Havendo um limite mínimo do preço por hora (fixado em 20 ou 25 euros, consoante o aplicável), definimos que a baixo desses valores já será considerado um preço anormalmente baixo. Anteriormente, como se aplicava a norma supletiva dos 50%, só preços de 10 ou 12,5 euros seriam considerados anormalmente baixos. Ou seja, com as novas regras prestamos uma informação ao mercado de que o preço mínimo que consideramos é esse. A lei diz que pode haver um preço anormalmente baixo – e isso não podemos contrariar – mas a entidade contratante, para não deixar deteriorar o preço, tem a prerrogativa de fiscalizar mais atentamente os casos em que o valor seja anormalmente baixo. E, se o hospital for muito exigente e não compreender cabalmente como é possível chegar ao preço apresentado, deve excluir a proposta. Como entidade contratante, se surgirem propostas de 5 ou 6 euros à hora para contratação de um médico, eu não quero essa proposta. É para isso que existem agora os critérios de qualidade como fator decisivo...

ROM – E quem define esses critérios de qualidade?

AM – A ponderação de 40% para a qualidade será o currículo do médico, a sua experiência, ou o que o hospital entender como adequado. O Acordo apenas estabelece exemplos para esses requisitos. Ou seja, o

hospital poderá definir outros, conforme as suas necessidades. Não definimos critérios de forma fechada porque não é na SPMS que temos a percepção das reais necessidades do hospital. O que sabemos é que precisamos de médicos e que temos que os contratar de forma eficaz e rápida. Quem não esteja impedido de ser contratado (o que corresponde a preencher os requisitos relativos à segurança social, às obrigações com a OM, etc.) pode concorrer porque o Ministério da Saúde deseja, naturalmente, que nessa bolsa esteja o maior número de médicos possível para que os hospitais possam escolher, mediante os requisitos específicos, os médicos ou as empresas que quiserem. Este Acordo Quadro não é contra ninguém: é em defesa

da concorrência e dos interesses dos hospitais.

ROM – A introdução do fator qualidade foi, sem dúvida, uma evolução...

AM – Sim, eu diria que evoluímos muito nesse ponto: quando os hospitais passam para a fase de contratação além da ponderação de 60% para o preço mais baixo, incluiu-se 40% para o critério da qualidade.

ROM – Tudo indica que, no contexto deste novo Acordo Quadro, não teremos novamente empresas que não cumprem os contratos depois de ganharem concursos apresentando-se com preços/hora ridicuramente baixos. Caso, mesmo assim, haja incumprimentos, que sanções estão previstas?

AM – Há penalizações económicas – como havia já no Acordo anterior – e foi criado um mecanismo de suspensão em que, se houver uma sucessiva e sistemática falha, o prestador será excluído do Acordo Quadro. A resolução do contrato também é uma possibilidade mas não é boa para ninguém...

ROM – Em que consiste esse mecanismo de suspensão?

AM – A pedido do Senhor Ministro, uma questão que foi prevista no Acordo foi a fiscalização porque, de facto, havia empresas que tinham um médico em carteira que estava disponível em várias empresas e depois era ‘colocado’ num determinado hospital mas faltava... Agora, logo na habilitação, exigimos que o médico só esteja inscrito

“Com a aplicação em exclusivo do critério do preço mais baixo a tendência para se deteriorar a prestação desse serviço é muito grande”

por uma empresa e, se ficarem qualificados ‘x’ médicos, a empresa tem que se dimensionar. É convidada a apresentar proposta mas não pode querer concorrer a tudo porque se falhar vai ter um ónus: se apresentar uma proposta e não cumprir ou se nem sequer apresentar proposta depois de ter concorrido, temos esse mecanismo de suspensão: o prestador que repetidamente criar situações que originem disruptões nos hospitais, será sus-



Missão da SPMS



A SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE é uma Entidade Pública Empresarial que assegura a prestação de serviços partilhados ao nível de compras e logística, gestão financeira, recursos humanos especializados e sistemas TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação para as entidades que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS). A criação da SPMS foi aprovada em reunião de Conselho Ministro de 17 de Dezembro de 2009 e a sua formalização foi consagrada no Decreto-Lei nº 19/2010, publicado a 22 de Março de 2010. A missão desta entidade é a prestação de serviços partilhados específicos na área da saúde em matéria de compras e de logística, de serviços financeiros, de recursos humanos, de sistemas e tecnologias de informação e comunicação e demais atividades complementares e subsidiárias, a todos os estabelecimentos e serviços do SNS, independentemente da respetiva natureza jurídica, bem como aos órgãos e serviços do Ministério da Saúde e a quaisquer outras entidades quando executem atividades na área da saúde. O atual Conselho de Administração – composto por Henrique Martins (presidente), Rogério Rodrigues e Artur Trindade Mimoso (vogais) - foi nomeado em fevereiro de 2014, através da Resolução nº 8/2014.

“...Não podemos continuar assim: têm que existir formas de impedir a saída dos profissionais mais qualificados”

penso de três a seis meses, ficando impedido de concorrer, durante esse tempo, a concursos no âmbito do Acordo Quadro. Para

a fiscalização destas situações e aplicação da respetiva sanção, o hospital tem que comunicar a falta do médico e, se a situação acontecer duas vezes seguidas ou três interpoladas, o prestador (pessoa coletiva ou singular) será suspenso. Só com fiscalização podemos avaliar a aplicação do Acordo. A SPMS quer ser responsabilizada pela sua eficácia e essa é a única forma de percebermos se este instrumento de contratação está a corresponder às necessidades.

ROM – Por que razão não se aplicou um mecanismo semelhante no passado?

AM – Quando cheguei à SPMS verifiquei uma situação – surpreendente – que impossibilitava tal fiscalização: o código entrou em vigor em 2008, estávamos em 2014 e ainda não havia uma plataforma única! O que acontecia é que cada hospital usava a sua plataforma de contratação... essa dispersão tinha várias consequências nomeadamente, nunca se sabia, com certeza e segurança jurídica, se todos os prestadores de serviços eram consultados como a lei define. Agora, nesta plataforma que está em vigor desde Janeiro e que é usada obrigatoriamente por todos os hospitais, o que a SPMS conseguiu foi que quando se fecha o Acordo Quadro e se carregam os prestadores de serviços médicos que concorreram, sabemos a todo o momento se todos são contactados e todos concorrem em pé de igualdade, desde que sejam fornecedores qualificados.

ROM – Em vez de contratar “médicos à hora” não é possível fazer um melhor planeamento dos recursos humanos contratando os médicos necessários?

AM – O Acordo Quadro é uma forma complementar de contratação e que é necessária para suprir necessidades pontuais: a contratação de médicos, do que me apercebi nos cerca de 18 meses que trabalho nesta área, é muito difícil. Os concursos demoram, há diversas entidades envolvidas, etc. Contratar na administração pública, seja o que for, é um processo muito burocrático e que leva muito tempo. Temos, portanto, que ter um mecanismo de contratação que, nesse compasso de espera, nos permita a contratação efetiva de um médico quando há

“Não é preciso ser nenhum génio para perceber que vamos precisar de mais cuidados de saúde... Mas não conseguimos ser rápidos e eficientes na contratação...”

essa necessidade. Se pensarmos no tempo que leva a contratação de um médico para o quadro de um hospital, o Acordo Quadro visa fazer face a realidades como a aposentação, a mobilidade de profissionais altamente qualificados, etc.. Até porque profissionais qualificados como os médicos têm grande mobilidade, a nível europeu e mundial. Mas só me faz sentido que alguns médicos que hoje são prestadores de serviço no âmbito dos Acordos Quadro, mais tarde ou mais cedo, passem a fazer parte dos quadros efetivos do SNS. Até porque a população está a envelhecer e não é preciso ser nenhum génio para perceber que vamos precisar de mais cuidados de saúde... Mas não conseguimos ser rápidos e eficientes na contratação...

ROM – Acha que faz sentido essa complexidade na contratação de médicos (e que envolve tantas entidades: Ministérios da Saúde e das Finanças, ACSS, SPMS, cinco ARSs, cada qual com os seus critérios próprios)?

AM – ...E todos os hospitais envolvidos. Acho que temos que caminhar para uma descomplexificação deste processo que é extremamente burocrático. Em termos gerais, o Estado perde eficiência - relativamente ao setor privado



- com a falta de rapidez. A verdade é que comprar uma caneta no Estado é tão complexo como contratar um médico. Temos demasiadas instâncias de reporte e demasiados pedidos de parecer prévios. É um processo extraordinariamente lento para as necessidades que os hospitais têm todos os dias. Daí que o Acordo Quadro, por ser complementar, seja uma forma de fazer face a essas necessidades.

ROM – Acha que deviam ser instituídas medidas que reduzissem a necessidade dos médicos emigrarem, visto que ainda fazem falta ao país?

AM – É difícil combater a emigração de pessoas qualificadas. Não é apenas um problema dos médicos. O mercado das pessoas altamente qualificadas não

é Portugal. Passou a ser, pelo menos, europeu. E é natural que as pessoas queiram evoluir. É claro que quem vê um corte sucessivo nos seus rendimentos, durante quatro anos, sinta precipitar-se a decisão de emigrar. Quem emigra são, muitas vezes, os melhores, porque formamos bem e os nossos recursos humanos têm boa receptividade noutras países. Houve uma redução aos níveis de 2011 mas, agora, como foi anunciado na comunicação social, terá que haver uma redução gradual dos cortes nos vencimentos. A formação dos médicos é importante como fator de fixação de profissionais e terá que ser pago um salário que seja competitivo.

ROM – Estamos a falar, muitas vezes, de médicos, com 40, 50

Pagamento/hora e explicação de preço anormalmente baixo

O pagamento definido através do Despacho n.º 10428/2011, de 18 de agosto, corresponde a um valor/hora de referência para a contratação de serviços médicos de: € 25, para os médicos não especialistas e € 30, para os médicos especialistas (valores que, segundo o mesmo despacho “apenas podem ser ultrapassados, até ao limite máximo do dobro daqueles, desde que ocorram as seguintes situações: a) Risco de encerramento de serviços ou de impossibilidade total de prestação de determinados cuidados de saúde; b) Especificidade das funções a desempenhar, desde que, caso se justifique, se garanta a formação contínua em contexto de trabalho dos médicos adstritos àquelas funções”). O preço anormalmente baixo é um mecanismo usado na contratação pública que tem como objetivo impedir que um fornecedor venda bens ou serviços a preços tão baixos que ponha em causa a qualidade dos mesmos. No anterior Acordo Quadro aplicava-se o regime supletivo previsto no Código dos contratos públicos (o preço só era considerado anormalmente baixo se fosse 50% abaixo do preço base) o que significa que, para um pagamento base/hora de 25 e 30 euros (conforme estejamos a falar de consultas de MGF ou consultas de especialidades hospitalares), só seria considerado preço anormalmente baixo a partir de 12,5 ou 15 €, ou seja o fornecedor só teria de explicar (justificar) o preço tão baixo quando atingisse estes limites e só a partir desses valores é que a entidade contratante o poderia excluir. Neste Acordo Quadro a SPMS optou por outro regime legal em que, a entidade adjudicante (Estado) pode dizer um valor a partir do qual o preço é considerado anormalmente baixo (passando o fornecedor a ter que justificar o valor apresentado e podendo ser excluído com base no valor). Assim para o valor de 30€ e 25€/hora ficou estabelecido que propostas de ou a baixo de 25€ e 20€, respetivamente, são consideradas com um valor anormalmente baixo.

anos, que se sentiram “obrigados” a emigrar e que eventualmente teriam preferido trabalhar, por exemplo, em Évora...

AM – Sim, nesses casos repor os vencimentos é apenas um começo para evitarmos a saída de médicos do país. Porque cada vez que um médico emigra, sai também de Portugal o investimento que foi feito na formação desse profissional e se estamos a falar de um especialista com 50 anos sai também a sua experiência profissional e o que poderia ensinar aos mais jovens, que é o que constitui a base do bom sistema de formação pós-graduada que

temos em Portugal. Pessoalmente, considero que não podemos continuar assim: têm que existir formas de impedir a saída dos profissionais mais qualificados (médicos, enfermeiros, etc.)

ROM – A SPMS é também responsável pelas aquisições na área de sistemas e tecnologias de informação e comunicação. O que destaca nessa área?

AM – Os passos que têm sido dados têm sido muitos: no dia de ontem** foi lançado um concurso exatamente para que o SNS possa partilhar os exames de diagnóstico (imagem), por exemplo.

Há um grande investimento em tecnologias de informação, nomeadamente no visualizador de imagens que irá permitir partilha de informação entre hospitais. Também ontem anunciamos a finalização do processo de desmaterialização integral da receita médica onde se poderá poupar três milhões e meio de euros por ano só em papel. Esse processo da desmaterialização da receita é complexo: há países que o iniciaram há dez anos e ainda não está concluído. Nós conseguimos avançar muito em apenas dois anos. No início do processo os médicos pediam para se retirar a PEM. Hoje já veem as vantagens da Prescrição Eletrónica Médica. A receita sem papel é um caso de sucesso paradigmático. Começou ontem em Setúbal e, até ao final do ano, estará disponível na maior parte das instituições de saúde. Agora que iniciámos o processo, a implementação generalizada será rápida.

ROM – Mas existem muitas queixas por parte dos utilizadores...

AM – Ao nível das tecnologias de informação existia um cenário de dispersão, mas também para o utilizador diário muito se tem feito. Na SPMS estamos em processo de harmonização das tecnologias usadas nas instituições. Queremos que todas as entidades trabalhem da mesma forma com o sistema de registos clínicos SClínico, o Sico - Sistema de Informação de Certificados de Óbito, o SiNATS - Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias da Saúde (SiNATS), etc. São sistemas que devem estar em todo o SNS. Estamos a trabalhar para que, cada vez mais, os instrumentos tecnológicos sejam harmonizados em todo o SNS.

“Em termos gerais, o Estado perde eficiência - relativamente ao setor privado - com a falta de rapidez. A verdade é que comprar uma caneta no Estado é tão complexo como contratar um médico”

Ao fazermos este trabalho, temos que ter presente que a evolução tecnológica deve ter em conta o facto de nem todos estarmos no mesmo patamar tecnológico. Na questão da receita médica, por exemplo, a maior dificuldade foi o facto de muitos utentes idosos não terem cartão de cidadão e tivemos que contornar essa situação para desmaterializar sem prejudicar esses utilizadores finais. Não estamos a fazer tecnologias de informação para informáticos e os sistemas têm que ser muito fáceis de utilizar.

ROM – Que outras soluções têm previstas?

AM – Estabelecemos com o Hospital Fernando da Fonseca um projeto piloto de uma aplicação que permitirá que se conheça em tempo real quais os tempos de espera numa determinada especialidade nesse hospital. Ainda quanto à prescrição eletrónica queremos que seja possível também em situações *mobile*, para que o médico possa facilmente, assinando com chave móvel digital, fazer a sua prescrição num aparelho móvel. Isto não é futuro. É atual e vai ser apresentado no início de outubro.



ROM – Como analisa a SPMS e que futuro visualiza para a empresa?

AM – Uma central de compras que agregue também as tecnologias de informação não é comum. A SPMS é única na Europa. Considero que a sua criação foi visionária: a entidade que adquire os medicamentos, as vacinas, sistemas de informação para a saúde poder ter esta visão global quer das compras quer dos próprios sistemas é muito bom e útil para fazer um melhor trabalho. São questões com uma complexidade de muito grande pelo que o caminho é longo mas a SPMS tem vindo, nos últimos anos, a dar passos seguros criando pontes entre as várias instituições, com relações saudáveis com ordens profissionais, empresas do se-

tor, etc. Consolidámos o respeito mútuo com essas entidades também porque temos a consciência de que a SPMS não pode viver isolada. Só existimos se, de facto, criarmos valor às instituições de saúde. Se for para criar entropia ou dificuldades a SPMS não faz sentido.

Lideramos alguns projetos internacionais porque fazemos coisas únicas a nível mundial, quer na área das compras quer das tecnologias de informação. Somos muito inovadores e temos obtido algum reconhecimento quer interno quer externo.

**esta entrevista foi realizada no dia 29 de Setembro de 2015.



36 anos do Serviço Nacional de Saúde: Património dos Portugueses

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos foi anfitrião das comemorações do 36º aniversário do Serviço Nacional de Saúde, em Coimbra. O Dia do SNS foi assinalado em três momentos: a rega da oliveira do SNS, o debate “SNS – Património dos Portugueses” e a gala “36 Anos do SNS”.

No dia em que se assinalaram os 36 anos da criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos promoveu o debate alusivo a tão marcante data. O Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, o ex-ministro da Saúde, Paulo Mendo, o administrador hospitalar Adalberto Campos Fernandes (PS), o deputado Ricardo Baptista Leite (PSD) – com moderação do presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes – analisaram o sistema de saúde público português, daí resultando, pois, visões diferentes sobre o Serviço Nacional de Saúde.

No auditório do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra - Coimbra Business School, Carlos Cortes, o anfitrião, começou por refletir sobre o simbolismo da rega da oliveira do SNS, plantada no Parque Verde do Mondego. “É símbolo de energia, de força”, diz, “surge da ideia de marcar

o Dia do SNS, pelo Dr. António Arnaut e pela Liga dos Amigos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, da Liga dos Amigos do Centro Hospitalar de Coimbra (conhecido por Hospital dos Covões)”. É este simbolismo que inicia o debate. “O SNS criado pela Lei 65/79, sofreu grandes dificuldades. Há quem dia que o

SNS está a atravessar dificuldades profundas. Há quem considere que ele terá dificuldade em resistir, por outro lado, ouvimos discursos que dizem o contrário, há quem diga que está melhor do que nunca”.

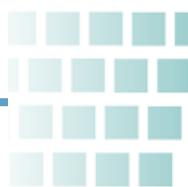
“Qual será amanhã o papel do SNS na nossa sociedade?”, questiona Carlos Cortes.



José Manuel Silva



Carlos Cortes



Era este legado que estava a contar deixar ao país?, pergunta o presidente da SR COM diretamente ao antigo ministro da Saúde Paulo Mendo. “Eu sou militante do SNS”, responde o antigo governante e médico inscrito na Ordem dos Médicos desde 1959. E com a sua vasta experiência, Paulo Mendo assume: “Nos anos 60 [do século passado], a situação do país, em termos de saúde, era muito mais próxima da realidade de um país de terceiro mundo”, realçando, na sua intervenção, as marcas identitárias do SNS como instrumento do progresso do nosso país.

“É preciso recuperar a ideia de que a qualidade do sistema de saúde e do SNS será conseguida,

se não tivermos o receio de apostar, com muita força e vigor, em reformar”, considerou o socialista e administrador hospitalar Adalberto Campos Fernandes. Em seu entender, “a salvação económica do SNS ainda não está feita”. E criticou a ausência de um plano estratégico político para a saúde. “Estamos a aproximar-nos de um SNS que nalguns aspetos é um serviço de garantias mínimas, com componente privada direta da despesa das famílias que é a quarta maior dos países da OCDE”.

Ao integrar também este painel de debate, o deputado social-democrata Ricardo Baptista Leite (que integrou a Comissão de Saúde nesta mais recente legislatura),

não deixou de apontar o facto de existir “desmotivação e desgaste dos profissionais” mas, ao fazer o balanço entre o final deste mandato governamental e o anterior em 2011, realçou o facto de há quatro anos existirem quase 2,1 milhões de utentes do SNS sem médico de família comparativamente com as 770 mil pessoas que ainda não têm médico de família. “Há sempre margem para fazer mais” reconheceu.

Para o Bastonário da Ordem dos Médicos, o SNS está agora pior. Ao destacar algumas lacunas do sistema, José Manuel Silva realçou o facto da Ordem dos Médicos “apresentar propostas alternativas por cada crítica e reivindicação que faz”.



Ricardo Baptista Leite



Paulo Mendo



Adalberto Campos Fernandes

Rega da oliveira: Símbolo da perseverança do SNS

É um gesto carregado de simbolismo: a rega da oliveira do Serviço Nacional de Saúde (SNS), plantada em 2009 no Parque Verde do Mondego, em Coimbra, marcou, mais uma vez, o início das comemorações dos 36 anos do SNS.

"Temos de arranjar um esteio para a oliveira do SNS", disse o ex-ministro dos Assuntos

Sociais e fundador do Serviço Nacional de Saúde, António Arnaut, perante o crescimento

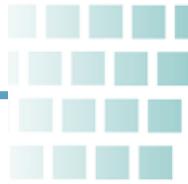
rápido daquela árvore.

A iniciativa é organizada pelas ligas dos amigos dos dois hospitais de Coimbra, cujas instituições foram entretanto objeto de fusão. Isabel de Carvalho Garcia, responsável pela Liga dos Amigos dos Hospitais da Universidade de Coimbra (LAHUC), nesta ocasião simbólica, voltou a exortar os defensores do Serviço Nacional de Saúde para a mobilização em torno desta conquista da Democracia. "Com chuva ou sol, este ritual há-de repetir-se sempre", sublinhou Isabel Garcia face à intempérie que se abateu neste dia na cidade de Coimbra. "É um ato de resistência, esta árvore pegou e até já tem frutos", assinalou.

À LAHUC, recorde-se, juntou-se também - desde 2014 - a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Ao intervir neste ato simbólico, Carlos Cortes fez a analogia com a meteorologia e a necessidade de defender o SNS "fora dos gabinetes": "Este dia também simboliza o facto de quem tem de cuidar do SNS dever fazê-lo não apenas quando está sol ou dentro dos gabinetes, mas, também, saber pôr os pés na lama e lutar contra o vento e contra a chuva. Não é apenas no conforto dos gabinetes que se cuida do Serviço Nacional de Saúde.". A rega da oliveira do SNS simboliza, pois, a perseverança de um serviço fundamental do nosso País.



António Arnaut (fundador do SNS), Isabel Garcia (presidente Liga dos Amigos dos Hospitais da Universidade de Coimbra), Pedro Lopes (membro do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra), Carlos Cortes (Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos)



Apresentação de Catarina Matias, membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos

Gala “36 anos do SNS”: Festa em nome do futuro

Para festejar a conquista do Serviço Nacional de Saúde (SNS), teatro e música fizeram parte do programa cultural criado especialmente para assinalar os 36 anos do SNS. A gala, conduzida por Catarina Matias (membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos), contou com a intervenção do Bastonário da Ordem dos Médicos. “Esta oportunidade de estarmos aqui, todos reunidos por esta razão, é particularmente feliz mas não pode deixar, também, de nos fazer refletir sobre o facto de estarmos a comemorar os 36 anos com uma particular preocupação relativamente ao futuro. Saúdo a SRCOM por realizar este evento”, disse José Manuel Silva. O Bastonário escalpelizou a atualidade do SNS afirmando que “o financiamento público da Saúde

está muito abaixo da média dos países da OCDE”. Acrescentou: “Se o financiamento do SNS já era deficitário agora está mais deficitário. É evidente que, durante este período de crise financeira, não nos podemos esquecer da crise de 2008; isso refletiu-se negativamente nas finanças e na economia nacional, tendo sido impostos a Portugal juros que eram impossíveis de suportar. Curiosamente, agora temos uma dívida pública mais elevada mas os juros estão mais baixos”. Em seu entender, “o SNS sofreu com a redução do seu financiamento público” embora, ainda assim, se tenha aproveitado para “se reorganizar”. Porém, prosseguiu na sua análise, essa reorganização “ficou muito aquém em termos da melhoria do funcionamento SNS porque, para isso, era preciso que o conjunto de medidas tomadas fosse favorável à reorganização do SNS e não foi porque houve uma filosofia desfavorável ao SNS”. Reportando-se a esta sessão comemorativa, José Manuel Silva referiu: “Estamos aqui reunidos, e bem, a comemorar o SNS mas devemos olhar mais para o futuro e menos para nos comprazermos passivamente com o passado”. Ao desejar que “este dia de reflexão sobre o passado do SNS não nos afaste da necessidade de analisarmos o futuro”, o Bastonário da Ordem dos Médicos não deixou de alertar para o facto de ser necessário “estar de pé atrás com as afirmações dos políticos”. E, à guisa de conclusão, disse: “temos todas as razões económico-financeiras, éticas e de consciência para continuar a defender o nosso Serviço Nacional de Saúde”.

Após esta intervenção, seguiu-se o último ‘capítulo’ deste dia: as atuações dos Cabra Çega (grupo

de Braga que interpreta músicas tradicionais e contemporâneas com gaita de foles e percussão), os Essence Voices (com a direção da maestrina Carla Pais), o grupo de teatro ToiToi (companhia teatral de Coimbra composta pelos atores Ricardo Vaz Trindade e Marta Félix) e os Quatro e Meia (grupo de Coimbra que interpreta música portuguesa com guitarra, contrabaixo, violino, acordeão, bandolim e percussão). Findo o espetáculo, Catarina Matias, ao agradecer a presença de todos, exortou: “Temos de fazer de todos os dias o Dia do Serviço Nacional de Saúde”.



Cabra Çega



Essence Voices



Teatro ToiToi



Quatro e Meia



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

A Medicina Indiferenciada e o *numerus clausus*

O Ministério da Saúde prepara-se para criar centenas de Médicos indiferenciados a cada ano. Será o maior e pior retrocesso de que há memória na qualidade da formação médica e na qualidade da prestação dos cuidados de saúde. Colocará o sector da Saúde várias décadas atrás, isto é, num tempo de uma medicina desqualificada que jamais imaginariámos poder regressar. Apagará anos de luta por carreiras qualificadas, programas de formação rigorosos e exigência de médicos especialistas em todas as áreas.

Esta constitui, pois, a pior decisão tomada pelo Ministério da Saúde e terá um impacto futuro profundamente negativo em toda a Saúde. Recentemente, o Ministério da Saúde decidiu abrir 2147 vagas para o Ano Comum - primeiro ano do Internato Médico. Em paralelo, não tem criado condições para aumentar a capacidade dos hospitais e centros de saúde para formarem mais médicos especialistas, o que irá impedir, teoricamente centenas de médicos de terem acesso a vagas de especialidade. Esta decisão acentuará a criação de centenas de médicos indiferenciados e aumentará exponencialmente a emigração destes profissionais de saúde.

ou a sua saída do sistema público de saúde. Este é o pior caminho de progresso na medicina portuguesa mas o melhor para proletarizar os médicos e destruir a medicina de qualidade que demorámos décadas a edificar.

Acompanhando a evolução da Medicina, a nível internacional, foram sendo criadas especialidades médicas para fazer face ao desenvolvimento técnico e científico da medicina e a sua elevada complexidade. Existem 47 colégios de especialidades médicas, cirúrgicas e laboratoriais que abrangem tanto a atividade hospitalar como os cuidados de saúde primários. É uma evolução natural do ensino médico que permitiu colocar Portugal no grupo dos países mais evoluídos nesta área e, sobretudo, permitiu obter ganhos em saúde que poucos países ainda podem ambicionar. O Serviço Nacional de Saúde alicerçou-se numa formação exigente dos seus profissionais. Ainda nenhum Ministério tinha permitido, até hoje, um recuo tão importante e de consequências tão gravosas.

O ensino da Medicina inicia-se na Universidade com uma formação de seis anos que permitem o acesso ao Internato Médico. O Interna-

to Médico é constituído de duas etapas: um Ano Comum, período generalista essencial e insubstituível que permite ao médico tomar contacto com áreas muito distintas da medicina através de vários estágios durante doze meses; uma Formação Específica com uma duração de quatro a seis anos, dependendo da especialidade, que irá conferir o grau de especialista. Conjuntamente, os Ministérios da Educação e da Saúde têm aumentado irresponsavelmente o número de estudantes de medicina com um *numerus clausus* muito acima da capacidade das Faculdades de Medicina e, paralelamente, criado dificuldades no desenvolvimento de condições para aumentar a capacidade de formar médicos especialistas. A fusão de hospitais, o agrupamento de centros de saúde, a concentração de mega-serviços, o hiperdimensionamento dos serviços de urgências e a pressão da tutela sobre os médicos para se dedicarem exclusivamente às atividades clínicas desvalorizando o tempo de formação têm dificultado a capacidade dos serviços em formar novos especialistas. Além de serem defraudadas as justas expectativas de centenas de futuros médicos, ao não poderem ter uma



especialização, muitos deles serão considerados médicos indiferenciados.

Que pretende o Ministério com a criação de centenas de Médicos indiferenciados, milhares nos próximos anos? Dar resposta à desastrosa desorganização dos recursos humanos médicos? Resolver a falta de Médicos de Família ou de outras especialidades? Dar resposta ao caos das urgências hospitala-

res? Voltar ao conceito do "médico tarefeiro"? Em qualquer uma destas respostas afirmativas poderá residir a decisão mais perigosa e insensata alguma vez tomada nessa área.

A Medicina Portuguesa desenvolveu-se com médicos altamente diferenciados, os resultados são conhecidos de todos e têm sido referidos como bom exemplo na formação médica.

A melhor maneira de desqualificar a Medicina e destruir o atual sistema de saúde é desenvolver a Medicina indiferenciada.

Este é o pior caminho para o futuro e é este que o Ministério da Saúde decidiu escolher. Isto diz muito sobre as intenções dos seus dirigentes.

Esta decisão deve merecer uma frontal contestação.

29/09/2015

Estudo sobre “Burnout”: A sua participação é muito importante

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos criou um grupo de trabalho para estudo, prevenção e intervenção no ‘burnout’ e enviou um questionário a todos os médicos inscritos na SRCOM e alunos do 1º ciclo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Este estudo tem como objetivos principais: caracterizar a população de médicos portugueses quanto à incidência de ‘burnout’, depressão, ansiedade e stress; compreender as áreas da medicina em que o ‘burnout’ é mais frequente; correlacionar as três dimensões do ‘burnout’ com fatores sócio-demográficos e laborais; estabelecer um plano de prevenção do ‘burnout’ nos médicos; criar um programa de apoio ao médico com ‘burnout’.

Os médicos trabalham num ambiente complexo, exigente e stressante, estão permanentemente sob tensão e podem desenvolver sintomas psicopatológicos e ‘burnout’ com implicações graves a nível pessoal e profissional, com consequências também para os utentes e para a comunidade. Proteger o profissional e dignificar a pessoa, manter os médicos saudáveis e motivados no tratamento dos doentes é, pois, crucial para o futuro da saúde de todos os portugueses.

SAÚDE E BEM-ESTAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Prevenção do Burnout
- Prevenção da Violência contra os profissionais de Saúde em contexto laboral
- Mediação de Conflitos

‘Da Prevenção à Intervenção. Que respostas?’

Grupos de Apoio ao Médico SRCOM | Grupos de Prevenção do Burnout SRCOM | Consulta de Burnout do CRI de Psiquiatria e Saúde Mental e do Serviço de Saúde Ocupacional do CHUC | Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico do CRI de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUC | CHUC | Ordem dos Médicos



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

Essência da qualidade em saúde: formação profissional.

Artigo de opinião publicado a 26 de Setembro no suplemento Zoom, do Jornal de Notícias, dedicado ao Dia do Farmacêutico

A qualidade dos cuidados de saúde tem tido como base uma formação profissional especializada de elevado nível, na maioria dos casos integrada no conceito e na existência de Carreiras, que ao longo de dezenas de anos tem constituído o principal pilar do nosso Sistema de Saúde e, em particular, do SNS.

O ministro Paulo Macedo entusiasmado com a magia dos números e indicadores de gestão, reduziu de forma calamitosa o orçamento de Estado para a Saúde e desprezou a humanização e qualidade dos cuidados de saúde. Centrou a sua política nas finanças, desvalorizou as pessoas, e o SNS ressentiu-se revelando sinais públicos de insuficiências graves.

A sua política teve como consequência uma centralização excessiva dos cuidados de saúde nas grandes instituições públicas e privadas, em detrimento dos cuidados de saúde de proximidade. Os resultados finais são conhecidos de todos os portugueses. Como consequência directa das suas opções, a percepção de falta de profissionais de saúde é confrangedora em face da desorganização e falta de planeamento que tem presidido à actual política de Saúde. A emigração e a aposentação antecipada cresceram de forma marcada, muitas pequenas clínicas, consultórios e farmácias encerraram, e muitos profissionais saíram do SNS para o sector privado dominante.

O ministro Paulo Macedo entusiasmado com a magia dos números e indicadores de gestão, reduziu de forma calamitosa o orçamento de Estado para a Saúde e desprezou a humanização e qualidade dos cuidados de saúde. Centrou a sua política nas finanças, desvalorizou as pessoas, e o SNS ressentiu-se revelando sinais públicos de insuficiências graves.



As alterações recentemente introduzidas na formação médica especializada contrariam a essência da qualidade em saúde. A intenção do ministro é clara. Diminuir custos e tempo de formação e escravizar os jovens médicos. Situação que ao ser transversal a outros profissionais de saúde pode configurar um atentado à segurança com aumento do risco para os jovens profissionais e para os doentes.

A formação profissional continua centrada no desenvolvimento permanente e actualização de competências é fundamental para o futuro da Medicina e da Saúde. Também aqui, os responsáveis políticos insistem em não promover a formação profissional contínua e teimam

na sua atitude de a desqualificar.

Nesta publicação, em que se celebra o Dia do Farmacêutico, não posso deixar de fazer um apelo a todos os profissionais de saúde, extensivo à sociedade civil, para que estejam cada vez mais atentos e sejam firmes e determinados nas suas intervenções, no sentido de evitar um retrocesso sem precedentes na qualidade da formação e dos cuidados de saúde.

Não podemos ignorar ou deixar fugir aquilo que temos de melhor. É o momento de valorizar o elevadíssimo grau de diferenciação e competência dos nossos profissionais. E inverter o ciclo vicioso em que nos encontramos.

As alterações recentemente introduzidas na formação médica especializada contrariam a essência da qualidade em saúde. A intenção do ministro é clara.

Diminuir custos e tempo de formação e escravizar os jovens médicos. Situação que ao ser transversal a outros profissionais de saúde pode configurar um atentado à segurança com aumento do risco para os jovens profissionais e para os doentes.

Essência da qualidade em saúde: formação profissional



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

A qualidade dos cuidados de saúde tem tido rumo nível, na maioria dos casos integrado no conceito e na existência de carreiras, que ao longo de dezenas de anos tem constituído o principal pilar do nosso Sistema de Saúde e, em particular, do SNS.

O ministro Paulo Marçal, estabelecendo com a magia dos números e indicadores de gestão, reduziu de forma calamita o organismo de Estado para a Saúde e desprezou a humanização e qualidade dos cuidados de saúde.

Centrou a sua política nas finanças, desvalorizou as pessoas, e o SNS respondeu revelando sinais políticos de insuficiências graves.

A sua política levou como consequência uma centralização excessiva dos cuidados de saúde nas grandes instituições públicas e privadas, em detrimento dos cuidados de saúde de proximidade.

Os resultados finais são conhecidos de todos os portugueses.

Como consequência direta das suas opções, a percepção de falta de profissionais de saúde é confrangedora em face da desorganização e falta de planeamento que tem presidido à atual política de Saúde.

A emigração e a aposentação antecipada cresceram de forma marcada e muitos profissionais saíram do SNS para o setor privado dominante.

Profissionais saíram do SNS para o setor privado dominante. As alterações recentemente introduzidas na formação médica especializada contrariam a essência da qualidade em saúde. A intenção do ministro é clara. Diminuir custos e tempo de formação e escravizar os jovens médicos. Situação que, ao ser transversal a outros profissionais de saúde, pode configurar um atentado à segurança com aumento do risco para os jovens profissionais e para os doentes.

A formação profissional continua centrada no desenvolvimento permanente e a actualização de competências é fundamental para o futuro da Medicina e da Saúde. Também aqui, os responsáveis políticos insistem em não promover a formação profissional contínua e teimam na sua atitude de a desqualificar.

Nesta publicação, em que se celebra o Dia do Farmacêutico, não posso deixar de fazer um apelo a todos os profissionais de saúde, extensivo à sociedade civil, para que estejam cada vez mais atentos e sejam firmes e determinados nas suas intervenções, no sentido de evitar um retrocesso sem precedentes na qualidade da formação e dos cuidados de saúde.

Não podemos ignorar ou deixar fugir

aquele que temos de melhor. É o momento de valorizar o elevadíssimo grau de diferenciação e competência dos nossos profissionais. E inverter o ciclo vicioso em que nos encontramos.



Denúncia feita em conferência de imprensa na SRNOM **28 jovens médicos de família do Norte foram excluídos do último concurso**

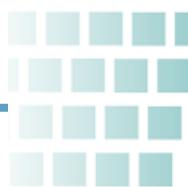
Após ter voltado a contestar publicamente os concursos de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, o CRN acompanhou a posição de um grupo de 28 médicos de família da região Norte que acabaram excluídos no último procedimento. Em conferência de imprensa, estes recém-especialistas explicaram o que esteve na origem desta questão e anteciparam as consequências: mais de 50 mil utentes vão ficar sem médico de família.

O Conselho Regional do Norte (CRN) já tinha alertado para este caso, a 24 de Agosto: o mais recente concurso para jovens especialistas de Medicina Geral e Familiar (despacho 5471-A/2015) estava a correr com velocidades distintas. Enquanto a ARS do Norte ainda estava em fase de entrevistas de avaliação, a ARS de Lisboa e Vale do Tejo já estava a convocar os médicos para a decidirem ficar ou não com o lugar. A situação foi de tal forma gravosa para um conjunto de 28 recém-especialistas, que não obtiveram colocação e viram-se

forçados a denunciar o caso em conferência de imprensa realizada na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, no dia 15 de Setembro.

A porta-voz deste grupo de médicos, Sílvia Carvalho, explicou a razão pela qual este concurso foi particularmente penalizador para os colegas da região Norte: “fomos, de certa forma, pressionados a escolher algumas ARS’s em detrimento daquela a que já estamos vinculados, estando já a assumir uma lista de utentes carenciados”, ou seja, a assumir funções clínicas

habitualmente atribuídas a um especialista. “No final”, acrescentou, “com este concurso, cerca de 50 mil utentes vão ficar sem médico de família”. Também André Ribas Ribeiro, especialista em Medicina Geral e Familiar, expressou o descontentamento gerado por este processo de recrutamento, que em última análise, lembrou, irá resultar no encerramento de um conjunto de Unidades de Saúde Familiar (USF). “Na minha USF [Lôngara Vida, em Felgueiras], somos apenas seis médicos e, destes, três não vão ficar colocados neste concurso.



Isto significa que a unidade vai deixar de ter recursos humanos para cumprir o seu compromisso assistencial. Ou seja, vai fechar e vai deixar 10 mil utentes sem médico de família".

Ao todo, na região Norte, eram 102 médicos que respeitavam os critérios de acesso a este concurso. Mas a tutela disponibilizou apenas 74 vagas para as diferentes unidades de cuidados de saúde primários. Para Henrique Botelho, dirigente do Sindicato dos Médicos do Norte e da Associação Nacional de USF (USF-AN), este processo "está a ser conduzido incompetentemente" e constitui "um rude golpe para 50 mil cidadãos que, desde Abril, tinham atribuído um médico de família e deixaram de ter". Já o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM), lamentou que, num dia de celebração do SNS, "os concursos médicos continuem a não ser transparentes, a ter desigualdades nos critérios e a funcionar em tempos diferentes". "Como consequência imediata deste concurso, 16 USF vão ter muitas dificuldades no seu funcionamento e algumas delas correm o risco de encerrar", sublinhou Miguel Guimarães.

Solução urgente precisa-se

Na conferência de imprensa, o dirigente recordou a "ambição" que Paulo Macedo manifestou no início da legislatura de atribuir médico de família a todos os portugueses, para sublinhar o permanente desperdício de especialistas: "é na Medicina Geral e Familiar (MGF) que a emigração e a taxa de aposentação são mais elevadas". De resto, o tema foi abordado pela jovem especialista Sílvia Carvalho, ao recordar que, perante este conjunto de situações, "os colegas preferem sair do SNS e eventualmente emigrar".

Face à situação resultante deste concurso, o presidente do CRNOM deixou um pedido expresso ao governo: "apelo ao bom senso do ministro da Saúde, no sentido de corrigir de imediato esta situação e contratar com carácter de urgência todos os médicos que estão na iminência de sair do SNS". Para Miguel Guimarães é necessário que Paulo Macedo "perceba que este tipo concursos está a afastar os médicos de família

do SNS", lembrando que só ele "tem o poder político para contrariar esta realidade e não perder os jovens médicos para fora do serviço público".

Também o presidente da USF-AN apelou, nesta conferência de imprensa, à "abertura urgente" de um novo concurso de colocação para os jovens médicos especialistas em MGF, que possa "complementar o atual e garantir a contratação de todos os médicos de família, evitando o desperdício destes jovens e evitando a 'implosão' de USF". Bernardo Vilas Boas considerou que o Despacho 5471-A/2015 "é mais um exemplo de ausência de uma verdadeira política, de gestão e valorização dos recursos humanos na saúde". Numa posição que é subscrita pelo Conselho Regional do Norte, o dirigente da associação que representa os profissionais das USF's defende que só a abertura de um concurso uniformizado a nível nacional pode corrigir as assimetrias que se verificam na gestão de vagas ao nível regional. "Um concurso com regras iguais para todos, conduzido centralmente e com mapas de vagas adequados a nível nacio-

O presidente do CRNOM deixou um pedido expresso ao governo: "apelo ao bom senso do ministro da Saúde, no sentido de corrigir de imediato esta situação e contratar com carácter de urgência todos os médicos que estão na iminência de sair do SNS".

nal, regional e local levando em consideração nos seus critérios o local de formação dos médicos", especificou Vilas Boas.

Para o presidente da instituição, "é fundamental que se mantenha a aposta nas USF e que seja respeitado o princípio da escolha mútua da equipa e do profissional". "A criação e desenvolvimento das USF foi, até hoje, a melhor resposta para que cada cidadão e cada família em Portugal tenham um médi-

co de família", acrescentou, recordando os números recentemente divulgados pela FNAM que apontam para 386 mil o número de utentes sem médico de família na região Norte, sem contar com os 102 médicos que concluíram a sua especialidade em Março deste ano.

Desde o dia 15 de Setembro, data em que se realizou esta conferência de imprensa, não foram conhecidos quaisquer desenvolvimentos sobre o con-

curso. A única reacção da ARS Norte aos apelos deixados pelo CRNOM e pelo conjunto de 28 jovens médicos de família foi divulgada pelo semanário Vida Económica, onde é deixada a garantia de que "não vai ser encerrada nenhuma USF" nesta região - incluindo a Lôngara Vida, em Felgueiras, e "não serão reduzidos os níveis de cobertura assistencial".



Comunicação Social

A conferência de imprensa de 15 de Setembro mereceu uma ampla cobertura da comunicação social. Os três canais generalistas e o Porto Canal deram destaque à denúncia dos 28 jovens norteiros, estando disponíveis todas as reportagens no canal Nortemédico da rede social Vimeo - vimeo.com/user8955171. A imprensa também fez diversas abordagens ao tema, com destaque para o Diário de Notícias que titulou "Falhas nos concursos obrigam novos médicos de família a emigrar". A notícia está disponível em http://bit.ly/falhas_concursos.



Vagas para o Internato do Ano Comum: Mérito de não fazer mais que a obrigação



O Ministério da Saúde autorizou, em despacho publicado no último dia 18 de Setembro, a abertura de 2147 vagas para o Internato do Ano Comum em 2016. Na prática, a medida significa que todos os médicos que recentemente concluíram o seu Mestrado Integrado em Medicina vão poder aceder a uma etapa fundamental do seu processo de formação especializada.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) vê como positiva esta medida, uma vez que defende a existência e manutenção de uma formação clínica de base, como é o Ano Comum, e o seu alargamento a todos os jovens profissionais que concluíram o respectivo percurso académico. No respeito pelo princípio da igualdade de oportunidades, nenhuma outra atitude de que não esta seria tolerável ao Ministério da Saúde.

A tutela limitou-se a fazer aquilo que era a sua obrigação política,

perante o extraordinário número de jovens que estão a sair das escolas médicas nacionais e o aumento exponencial dos estudantes de Medicina no estrangeiro, que, de forma legítima, optam por cumprir a sua formação pós-graduada em Portugal. Quem aumentou o *numerus clausus* para lá do que os estudos e as próprias capacidades formativas das universidades determinavam, deve agora assumir as suas responsabilidades e não defraudar milhares de jovens que querem exercer Medicina e que só o podem fazer com uma formação especializada consistente.

O CRNOM vem mais uma vez afirmar a necessidade imperiosa de adaptar o *numerus clausus* à real capacidade formativa das escolas médicas para garantir a qualidade da formação pré-graduada e equilibrar a ponte entre a academia e a enfermaria. O futuro profissional de milhares de jovens médicos e a vitali-

dade e qualidade do nosso SNS dependem de uma formação médica especializada de elevada qualidade que só poderá ser assegurada reduzindo o *numerus clausus* e fazendo corresponder as capacidades formativas pré e pós-graduadas.

Importa também esclarecer que estes 2147 internatos do Ano Comum não constituem qualquer investimento imediato no capital humano do Serviço Nacional de Saúde, contrariamente à informação que o Ministério procura fazer passar. Este concurso destina-se a médicos recém-graduados, que vão cumprir um período de um ano em formação clínica de base e que, por isso, não terão funções clínicas específicas atribuídas.

**Conselho Regional do Norte da
Ordem dos Médicos**

Porto, 21 Setembro 2015

Jorge Santos, presidente do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores; Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul; Henriqueta Reynolds, presidente do Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira; e Júlio Barros de Andrade, bastonário da Ordem dos Médicos de Cabo Verde



1.º Jornadas Médicas das Ilhas da Macaronésia

Na sessão de encerramento das I.º Jornadas Médicas das Ilhas da Macaronésia, que decorreram a 9 e 10 de Outubro, o presidente do Conselho Regional do Sul fez o seguinte discurso:

«Nos trabalhos que desenvolvemos nas Jornadas Médicas das Ilhas da Macaronésia sobre os Cuidados de Saúde Primários houve vários momentos de debate e de discussão que traduzem a natural diferença de pontos de vista, mas há uma conclusão que unanimemente, e infelizmente, se pode retirar: os CSP são sempre invocados como a mais adequada porta de entrada dos utentes no serviço Nacional de Saúde, preenchem páginas e horas do discurso político oficial, mas acabam invariavelmente à espera de melhores dias.

Não há um médico que não se recorde das invocações ministeriais sobre Cuidados de Saúde Primários. Nos anos mais recentes foram centenas de vezes, foram dezenas de promessas, mas aqui ou no Continente o cenário tende sempre a agravar-se e não a melhorar.

Nestes dias que vivemos entram-se reformas, produzem-se estudos, fazem-se promessas que

nos são apresentadas como muito reais, o ruído dos que reclamam acalma com estas promessas, mas os profissionais esperam e o tempo passa e continua a passar sem se aplicarem os programas nos seus formatos adequados, sem se cumprirem as promessas feitas de cada vez que se enfrenta uma contestação das populações ou dos profissionais, e as reformas, em síntese, não se concretizam como as populações merecem e os profissionais aspiram.

Temos todos idade suficiente e tempo de serviço bastante para sabermos que é recorrentemente assim: logo que se agitam as pessoas ou são conhecidos os números maus da cobertura de utentes, os poderes políticos sucessivos invocam a melhoria dos Cuidados de Saúde Primários como um desígnio para depois tudo ficar na mesma.

Mas num quadro destes sempre tão previsível temos também responsabilidades. Esta situação recorda-me um caso que se relacio-

na exactamente com a Madeira, passado nos já longínquos anos 40 do século passado.

Escrevi, numa das edições mais recentes da Revista da Ordem dos Médicos, um artigo sobre a experiência notável do primeiro projecto de centro de saúde que foi lançado no país, em Lisboa, em 1939.

Não interessa agora falar sobre as peripécias por que passou esse projecto e os profissionais que o criaram, podem consultar se assim o entenderem o meu artigo na edição de Julho-Agosto da ROM, mas a certa altura foi prometido replicar a experiência no Funchal e chegou-se mesmo a construir um edifício para o acolher.

Mas, depois das promessas e de um ou outro titubeante avanço, começou o poder a ditar as suas leis.

O médico que foi designado para dirigir o projecto no Funchal acabou, desalentado pela demora da construção, a transferir-se para Lisboa para trabalhar na Mater-



nidade Alfredo da Costa (que padecia agora dos mesmos males de que padecem as instituições hospitalares muito diferenciadas).

À época, este médico escreveu uma interessante carta à então directora do Centro de Saúde de Lisboa em que manifestava o seu desalento pelas demoras mas também pelo conhecimento de quem o iria substituir, nomeado pelo poder.

A certa altura escreve referindo-se ao seu substituto: "a escolha – à qual sou completamente alheio – foi o pior que podiam ter feito e obedece a razões puramente políticas: trata-se dum médico que nunca trabalhou em Saúde Pública ou em puericultura, moralmente deixando muito a desejar, incompatibilizado com grande número de colegas e publicamente muito mal cotado, sendo até

FLORES CORVO GRACIOSA FAIAL PICO SÃO JORGE

considerado um dos mais famosos "linguareiros" do meio".
Esta descrição poderia ser feita hoje com rigor acerca de inúmeras figuras que pelo Continente e Regiões Autónomas são nomeadas directores, presidentes e coordenadores. As competências são de somenos relevância nas escolhas para lugares de direcção; o que o poder precisa para atingir os seus objectivos, ontem como hoje, é de pessoas sem as qualificações adequadas, mal cotadas, de alguns que moralmente deixam muito a desejar e que são até os linguareiros do meio. Nada mais actual.

Este projecto do Centro de Saúde do Funchal tinha como modelo, naturalmente, a experiência do Centro de Saúde de Lisboa, mas a verdade é que o director então nomeado para substituir o médico que iria para Lisboa estava associado à "corrente contrária ao funcionamento nos moldes do Centro de Saúde de Lisboa, de

que era um dos principais adversários", segundo o autor da carta e primeiro director.

Esta carta, lida com cuidado mais de 70 anos depois, revela-se de facto um paradigma do que têm sido as reformas, particularmente nos Cuidados de Saúde Primários. Os poderes vão mudando, e não precisam de dizer que mudam de políticas, basta designar direcções que vão adaptando os projectos já lançados às medidas do interesse da política em curso. Na Madeira, a Saúde está inserida no quadro da autonomia e, de resto, o poder político basicamente nunca mudou até há pouco tempo, mas na verdade vão mudando as políticas ao sabor do interesse financeiro e vão-se encaminhando as soluções para patamares que dificilmente permitem recuperações.

Os médicos dos Cuidados de Saúde Primários da Madeira enfrentam também dificuldades inaceitáveis. Há não muito tempo visitámos vários centros de saúde aqui na Região e deparamo-nos com défice de médicos e o estabelecimento de uma confusão inaceitável no funcionamento dos serviços.

Este quadro nos CSP da Madeira, provocado em boa parte pela falta de recursos, tem relegado os médicos e a sua importância no tratamento dos doentes para um absurdo segundo plano. Na Madeira construíram-se bons edifícios para os centros de saúde, há unidades em todos os concelhos com excelentes qualidades físicas, mas faltam recursos humanos, sobretudo médicos, sem os quais esses centros são pouco mais do que excelentes salas de estar.

Foi por estas razões que o Conselho Regional do Sul lançou ao Conselho Médico da Região Au-

tónoma da Madeira o desafio de organizarmos um encontro sobre Cuidados de Saúde Primários. Neste projecto integra-se igualmente o Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores, onde, no próximo ano, se prevê que se realize um encontro semelhante a este, com um tema adequado às circunstâncias regionais.

Para o Conselho Regional do Sul a que presido, a relação de proximidade com as estruturas distritais e das Regiões Autónomas passou a ter uma importância decisiva. Sabemos que são os médicos nossos colegas que trabalham e vivem nestas regiões quem tem o conhecimento dos problemas e quem melhor pode apontar soluções.

A nós compete-nos encontrar os modelos mais capazes de garantir que a sua voz seja ouvida e para que sintam a sua força alicerçada na força da Ordem. É certo que a Ordem tem porta-voz e que os Conselhos Regionais são as estruturas política e administrativamente mais poderosas, mas precisam de ter a concordância de quem está mais longe e precisam de conhecer profundamente o que se passa nos sítios mais distantes do poder.

Contem connosco para continuarmos este trabalho e dar-lhe cada vez mais sentido e eficiência.»



Jaime Teixeira Mendes

Presidente do Conselho Regional do Sul

Boas-vindas ao MOSTREM 2015 Uma especialidade é uma vida

A vida de médico é uma profusão de escolhas, de estudo e de decisões. O estudante de Medicina vai-se habituando a esta norma de vida na faculdade, mas enfrenta o seu primeiro grande desafio quando termina o curso e precisa de fazer uma opção que na esmagadora maioria dos casos vai condicionar todo o futuro, não só na actividade médica propriamente dita, mas também na vida pessoal.

Na verdade, para além das tendências de cada um para certo tipo de especialidades, é certo que os jovens, confrontados com a necessidade de escolherem, ponderam também como será a sua vida numa ou noutra especialidade. É diferente ser de uma especialidade médica ou de uma cirúrgica. É diferente ser ortopedista ou psiquiatra. É diferente ser cirurgião pediatríco ou ser outra coisa qualquer, garanto eu!

Para que algumas das hesitações sejam resolvidas ou pelo menos atenuadas, a Ordem organiza anualmente o Mostrem,

a que já se chamaram Jornadas do Internato Médico e cuja designação regressou em força a Mostrem, com um cunho organizativo fundamental do Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI).

Teremos neste encontro de muitos jovens com cursos acabados recentemente um formato que visa justamente avaliar melhor os meandros de cada especialidade, mas também ajudar a perceber como pode ser a vida de um determinado especialista, para além do trabalho.

Sabemos que a passagem dos estagiários pelos diferentes serviços não chega para se poder fazer uma ideia rigorosa do que pode ser o trabalho nesse ambiente, sabemos também que há especialidades e serviços onde nem se chega a entrar durante o estágio, por isso ganha maior importância esta iniciativa Mostrem 2015, que pode ajudar os futuros internos a fazerem uma escolha mais próxima das suas tendências.

Para os novos médicos é impor-

tante perceber o que gostariam mais de fazer na sua vida profissional, mas também é importante que venham à Ordem e que a conheçam por dentro. Em primeiro lugar para se habituarem na medida do possível ao espaço físico e às suas condições e capacidade, mas sobretudo para conhecerm o interior, o conteúdo funcional de uma instituição que vai ter um papel relevante nas vossas vidas.

Provavelmente, a Ordem, na sua essência, e para que o seu papel de autorregulação se reforce, precisa mais da colaboração dos novos médicos do que o contrário. E é importante que disso haja consciência.

O CNMI é o órgão da Ordem em que os jovens podem fazer a sua entrada activa, mas depois há todo um mundo de eventos, realizações e intervenções em que a participação dos novos médicos é uma lufada de ar fresco que todos os anos se pode renovar. Seguramente que nessas circunstâncias nenhum poder político se atreverá a desmontar um mo-



delo de autorregulação que tem dado provas desde a sua criação e à medida das suas competências.

Os médicos que chegarão este ano ao seu internato enfrentam mais dificuldades, a eles serão exigidas cada vez mais tarefas

para as quais não estão preparados e cada vez serão mais deficitárias as condições de ensino e formação.

Estes problemas, em síntese, serão os que enfrentarão todos de Norte a Sul do país. E só em torno da Ordem, os novos internos

e os que já estão no seu internato podem também ter a força de que precisam para recusarem modelos de trabalho para que não estão ainda qualificados e cujas responsabilidades ainda não têm que assumir.



mostrEM

JORNADAS DO
INTERNATO MÉDICO
SR SUL / 2015

PROVISÓRIO

19 OUTUBRO

| | |
|-------|---------------------------|
| 08:00 | Abertura do Secretariado |
| 09:00 | Cardiologia |
| | Cardiologia Pediátrica |
| | Dermato-Venerealogia |
| | Gasterenterologia |
| 10:30 | Coffee-break |
| 11:00 | Endocrinologia e Nutrição |
| | Hematologia Clínica |
| | Oncologia Médica |
| | Nefrologia |
| 12:30 | Almoço |
| 14:15 | Medicina Interna |
| | Doenças Infecciosas |
| | Imunoalergologia |
| | Pneumologia |
| 15:45 | Coffee-break |
| 16:15 | Neurologia |
| | Pediatria |
| | Genética Médica |
| | Reumatologia |

20 OUTUBRO

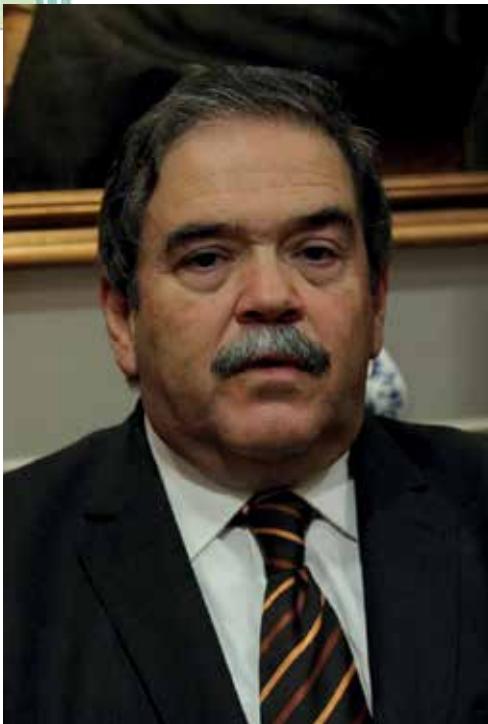
| | |
|-------|--|
| 09:00 | Cirurgia Geral |
| | Angiologia e Cirurgia Vascular |
| | Cirurgia Cardiotorácica |
| 10:30 | Coffee-break |
| 11:00 | Cirurgia Pediátrica |
| | Cirurgia Plástica, Reconstitutiva e Estética |
| | Estomatologia |
| | Neurocirurgia |
| 12:30 | Almoço |
| 14:15 | Anestesiologia |
| | Ortopedia |
| | Medicina Física e Reabilitação |
| | Medicina Desportiva |
| 15:45 | Coffee-break |
| 16:15 | Ginecologia/Obstetrícia |
| | Oftalmologia |
| | Otorrinolaringologia |
| | Cirurgia Maxilo-Facial |
| | Urologia |
| 19:30 | Jantar e After-Party |

21 OUTUBRO

| | |
|-------|---|
| 09:00 | Medicina Geral e Familiar |
| | Saúde Pública |
| | Psiquiatria |
| | Psiquiatria da Infância e da Adolescência |
| 10:30 | Coffee-break |
| 11:00 | Radiologia |
| | Neurorradiologia |
| | Medicina Nuclear |
| | Farmacologia Clínica |
| | Radioncologia |
| 12:30 | Almoço |
| 14:15 | Anatomia Patológica |
| | Patologia Clínica |
| | Imunohemoterapia |
| | Coffee-break |
| 15:45 | Medicina do Trabalho |
| 16:15 | Medicina Tropical |
| | Medicina Legal |



ORGANIZAÇÃO:
CONSELHO REGIONAL SUL DA ORDEM DOS MÉDICOS
CONSELHO NACIONAL DO MÉDICO INTERNO



José Manuel Santos

Membro do Conselho Regional do Sul

Organizações médicas reuniram-se em Madrid

Tratado de Livre Comércio é uma ameaça para os serviços públicos de Saúde

Os médicos europeus, reunidos no encontro «30 anos de Espanha na EU. Repercussões nos Sistemas de Saúde e na Profissão Médica», recusaram frontalmente o Tratado de Livre Comércio (TTIP) entre a União Europeia e os Estados Unidos, que consideram uma ameaça por não dar “as garantias jurídicas necessárias para preservar os serviços de saúde públicos”.

Este encontro, promovido pela *Organización Médica Colegial* (OMC), a congénere espanhola da Ordem dos Médicos, decorreu no dia 18 de setembro, nas instalações do Parlamento Europeu, em Madrid, e teve a presença de José Manuel Santos, membro do Conselho Regional do Sul.

Representantes de médicos de toda a Europa manifestaram as suas reservas quanto ao TTIP, entre os quais José Santos, um dos membros da mesa em que se discutiu o assunto, que apresentou alguns dos problemas que a Ordem dos Médicos aponta ao tratado, numa posição que está em linha com o que a própria OMC difundira já também no

início deste ano.

José Manuel Santos defendeu, no encontro, a elaboração de um compromisso escrito por parte das autoridades europeias “que impeça a liberalização dos serviços de saúde e permita proteger os cidadãos, sobretudo os mais desfavorecidos”. O dirigente do Conselho Regional do Sul expri-miu ainda o seu temor de que o TTIP se traduza num duro golpe para a Saúde e mesmo para a profissão, pelo que alertou as organizações médicas europeias

para a necessidade de estarem atentas a este processo.

Por seu turno, o secretário da OMC, Juan Manuel Garrote, também na mesa, considerou inquietante que no texto do acordo do TTIP se abordem questões como a das patentes dos medicamentos, que têm regimes diferentes nos Estados Unidos e na Europa, o que poderia levar a que os medicamentos pudessem aumentar de preço na Europa nos períodos de intervalo entre o fim da patente na UE e nos Estados Unidos.

Associação de Apoio a Pais em Luto



A Laços Eternos é uma associação sem fins lucrativos criada por pais que perderam filhos e presta apoio a pais e irmãos em luto (e outros familiares) através de:

ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL

GRUPOS DE ENTREAJUDA

O acompanhamento e a moderação dos grupos é realizado por pais/irmãos com um luto mais antigo e por dois psicólogos.

CONTACTE-NOS! JUNTOS SOMOS MAIS FORTES...

Sede: Rua Terreiro do Trigo, N.º66 - 3ºB, 1149 – 062 Lisboa

Telefone: 919 299 462

E-mail: laços.paisemluto@gmail.com

Facebook: <https://www.facebook.com/laços.paisemluto?ref=hl>

Site: <http://www.lacoseternos.org/>



30 DE OUTUBRO DE 2015

ÀS 19:30 HORAS

INOVAÇÕES EM EDUCAÇÃO MÉDICA

O PROJECTO ALGARVIO

**PALESTRA
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ PONTE**

AUDITÓRIO DA SECÇÃO REGIONAL DO SUL

DA ORDEM DOS MÉDICOS - LISBOA

**Lia Rafaela Gonçalves P. Beleza**

Interna MGF da USF Vale do Vouga - ACES Entre Douro e Vouga II/Aveiro Norte

Educação para a Saúde é urgente

Muitas são as vezes em que dou por mim a pensar numa equação complexa e cuja resolução perfeita ainda não encontrei. Nessa equação entram as variáveis: (1) motivos que levam o utente à consulta, (2) motivos que eu tenho pendentes e/ou quero abordar nesta consulta, (3) exame físico, (4) estabelecer plano com o utente (bem compreendido e acordado por este), (5) cumprir os indicadores e – o mais difícil – (6) executar tudo em 20 minutos no máximo. A crescente aquisição de autonomia ao longo do internato de Medicina Geral e Familiar permite que esta fórmula seja treinada na busca do domínio e perfeição. Contudo, ao longo desse trajeto surgem barreiras que, de forma astuta e com muitos recomeços, cada interno vai aprendendo a ultrapassar. Neste pequeno texto gostaria de abordar uma dessas barreiras: o nível desadequado de educação para a saúde existente na população portuguesa e que eu me tenho vindo a aperceber na amostra de utentes com que vou contactando.

Na consulta em cuidados de saúde primários utilizamos as codificações do ICPC2 (*International Classification of Primary Care*) nas

componentes do "SOAP". No que diz respeito à secção "P" é muito frequente o uso do código "45" onde se lê "Observação/Educação para a Saúde/Aconselhamento/Dieta" e ao procurar cumprir o que diz este código deparo-me com um abismo de dificuldades culturais/educacionais/de literacia em saúde. A educação para a saúde abrange uma lista infindável de áreas: higiene do sono, regras de exposição solar, proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, higiene e segurança do trabalho, erros de postura, entre muitos, muitos outros; mas aqui usarei apenas uma área como exemplo.

Numa era em que a obesidade e excesso de peso são como joio, erva daninha na sociedade, o sedentarismo a água que rega essa erva e os erros alimentares as sementes nutritivas, a educação para a saúde surge como pilar abandonado e quebrado... Ou melhor, para manutenção da metáfora, surge como herbicida fora da validade lá na prateleira mais recôndita. Assim, os minutos que tenho para gerir as variáveis da equação mencionada inicialmente, tornam-se seguramente escaços... Quando, perante a pergunta sobre hábitos de ingestão

de fruta tenho a mãe do "João" de 8 anos a responder "não (...) ele ganhou um trauma no infantário porque o obrigavam a comer mesmo que chorasse e então agora não come e eu não obrigo porque ele sofreu muito" ou a mãe da "Maria" de 17 anos "doutora, ela não come fruta porque não gosta, mas eu tenho sempre daqueles sumos que dão na televisão que são 100% fruta", aí sinto obrigação de intervir. Mas, para poder atingir os meus objetivos preciso de criar empatia, ouvir ativamente tudo sem nunca recriminar (caso contrário omitiriam muitas outras atitudes), para no fim procurar comunicar eficazmente de forma a desconstruir ideias e capacitar para escolhas científicamente mais corretas. No entanto, paro para pensar e julgo que essa faceta da educação para a saúde já devia existir e eu, enquanto médica de família, deveria ter espaço para aprofundar e abordar muitos outros temas importantes dentro deste grande "saco" (segundo o mesmo tema de exemplo, deveria eu colaborar no aperfeiçoamento do plano alimentar, no plano de exercício físico,...).

Podia no entanto imaginar que estes comportamentos fossem

da população com que contacto, mas os estudos epidemiológicos sobre esta temática desmentem esse raciocínio. Estudos como o Epiteen e a Coorte Geração 21 analisaram os padrões de consumo alimentar, entre outros, em jovens adolescentes e crianças da região do Porto e concluíram que há atitudes menos corretas a serem cometidas em larga e crescente escala. Num pensamento rápido, consigo imaginar a fatura no futuro, os gastos com a diabetes, a hipertensão e toda uma

panóplia de patologias ligadas a estes erros que abordei como exemplos.

Assumo que não tenho a receita ideal, mas sinto que há muita "educação para a saúde" que deveria ser feita fora do consultório médico. Na escola? Mas já há educação para a saúde integrada no calendário escolar... Nos meios de comunicação social, que tanta influencia têm nas escolhas familiares? O que sei é que com o nível desadequado da literacia em saúde em Portugal¹,

e com as graves consequências que podem advir das escolhas menos corretas, fico com a pergunta: para quando programas de educação para a saúde bem organizados e estruturados?

¹Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal (HLS-EU-PT): Apresentação dos resultados preliminares. 2014.



NOVO MAZDA MX-5

Prestação **255€/mês**

TAEG 4,9%

Montante financiado 25.085,83€

Prazo 120 meses

0% de entrada inicial



#ReasonsToDrive

Exemplo para Contrato Crédito Automóvel para Mazda MX-5 Evolve 1.5G, com PVP de 24.835,00€ e sem Entrada Inicial. Montante financiado de 25.085,83€ com 120 mensalidades pelo valor de 255,00€, acrescido de 3€ de comissão de processamento. Comissão de abertura de dossier de 250€ paga no momento da contratação, imposto do selo financiado de 250,83€, sem adesão ao seguro de proteção ao crédito opcional. TAN 3,928% e MTIC de 31.210,00€. Condições válidas para propostas aprovadas até 31 Dezembro 2015 e sujeitas a análise e aprovação da Mazda Finance, exclusivamente concedida pelo Banco Credibom, S.A.. Imagem não contratual. Informe-se junto dos concessionários Mazda adherentes.

Emissões de CO₂ (gr/km) entre 139 e 154. Consumo combustível combinado (L/KM) entre 6 e 6.9.



José Dias

MD, MSc Epidemiology, MBA; Director Médico, Pfizer Biofarmacêutica Lda; Lisboa, Portugal

Anabela Santos

MD, MSc Management; Medical Team Lead, Pfizer Biofarmacêutica Lda; Lisboa, Portugal

Assuntos Médicos

Uma ponte entre a investigação e a prática clínica

Os autores analisam o papel, relevância e áreas de responsabilidade dos "Assuntos Médicos", a voz médica dentro da Indústria Farmacêutica.

I – Estrutura e organização

Os Assuntos Médicos representam a voz médica dentro da Indústria Farmacêutica. Dependendo da estrutura da empresa, esta acção abrange: a gestão da actividade médica associada aos produtos, as actividades de investigação clínica e de produção, a segurança dos medicamentos, a conformidade com os preceitos regulamentares e de boas práticas (*compliance*), e a gestão de clientes (*customer management*). Depende igualmente dessa estrutura empresarial, organizativa e da sua dimensão, o número de profissionais médicos, farmacêuticos, biólogos ou outros afectos a esta actividade. A maioria das pequenas empresas têm pelo menos um profissional dedicado aos AM, abarcando as áreas regulamentar, de farmacovigilância, de informação médica e da qualidade. As empresas de média e grande dimensão podem ter os seus recursos organizados num Departamento Médico, ou ter os

Assuntos Médicos distribuídos entre as diferentes unidades de negócio que as compõem, reportando directa ou indirectamente ao Director Médico. O Director Médico é normalmente, o responsável pelo serviço científico determinado por lei.⁽²⁾ Junto com a Direcção Técnica, representam a empresa nas suas relações de regulação e de segurança com as autoridades do medicamento: INFARMED. Num modelo tradicional, o Director Médico reporta ao Director-Geral e integra o Conselho de Administração da empresa. Mais recentemente, tem-se verificado que os Directores Médicos de algumas empresas multinacionais passaram a reportar directamente a nível Regional e indirectamente ao Director-Geral em Portugal. Reportam ao Director Médico os *Medical Team Leads* nas empresas que detêm um portfolio de produtos e de pessoas que o justificam, os *Medical Advisors*, ou os *Medical & Scientific Relations* ou *Medical & Scientific Liaisons* que, têm a

seu cargo a gestão específica da carteira de medicamentos e de clientes. Cabe aos AM assegurar a boa gestão do circuito do medicamento e concomitantemente, assegurar um conjunto de acções de formação interna, de estímulo, avaliação e apoio à investigação e gestão dos clientes. O seu maior valor baseia-se nos conhecimentos científicos e clínicos que lhes permitem cultivar relacionamentos interna e externamente, sendo peças fundamentais quer nas reuniões multifuncionais internas, quer como plataforma de relacionamento externo.

A actividade médica diferencia-se da actividade comercial por ter na sua formação de base as ciências da saúde que lhe permite gerir a evidência científica com os seus pares. Estas competências consolidam-se com a partilha de experiência e com o relacionamento de médio e longo prazo que é fundamental na geração da confiança. A informação prestada pelos AM deve

ser adequada, precisa, equilibrada e atempada, não pressupondo nada em troca. O serviço prestado é assim mesmo: um serviço, que visa complementar o valor acrescentado do medicamento. Na preparação do lançamento de um novo medicamento, a acção dos Assuntos Médicos inicia-se muitos anos antes, com a revisão da literatura e publicações existentes, identificação das fontes de informação locais sobre a prevalência da doença, dos principais líderes de opinião e investigadores, bem como dos centros especializados, potenciais alternativas terapêuticas e áreas onde existirão lacunas por preencher. Segue-se um trabalho longo e sistemático de recolha, interpretação e análise que levará à preparação do mercado para receber o novo medicamento. Durante a fase de lançamento, são críticas: a divulgação rápida e a recolha da experiência médica adquirida no sentido de projectar e diferenciar o medicamento posicionando-o adequadamente. No lançamento de uma nova indicação, o processo é semelhante mas normalmente menos exaustivo.

Além dessas relações formais, os AM também interagem frequentemente com um grande número de outras funções ou plataformas, tais como: Produção, Marketing, Área Comercial, Qualidade dos Produtos, Qualidade de Processos; Acesso; Comunicação (interna e externa), Finanças, Distribuição, Logística, Recursos Humanos, Tecnologias da Informação e Área Jurídica.

Numa consulta recentemente efectuada à Associação das Empresas da Indústria Farma-

cêutica (APIFARMA), apurou-se que operariam em Portugal 121 empresas, 32 (36%) das quais nacionais, sendo responsáveis por um total de cerca de 8000 empregos directos.⁽³⁾ Nas principais empresas do sector farmacêutico constata-se uma grande concentração geográfica na zona de Lisboa, estimando-se em cerca de 200 o número de profissionais afectos aos Assuntos Médicos. No nosso país e nos últimos cinco anos, o mercado de medicamentos tem registado quedas anuais consecutivas, num contexto de redução dos preços motivada pelas medidas aplicadas pelo Governo destinadas a reduzir a despesa pública em saúde. O valor do orçamento do Serviço Nacional de Saúde para o sector do medicamento que, era de 18,5% do PIB em 2009, caiu para 13,4% em 2013, tendo os pedidos de introdução de novos medicamentos no mercado descido de 924 em 2009 para 342 em 2013.⁽⁴⁾ Também em número de profissionais se verificou um decréscimo de pelo menos 22%, desde 2008.⁽³⁾

II- Governância Médica

A governância médica na Indústria Farmacêutica traduz-se numa abordagem sistemática das responsabilidades, procurando manter e melhorar a qualidade dos serviços prestados aos clientes e doentes. SUBLINHAMOS duas componentes fundamentais: *Estratégica* e *Operacional*. Do ponto de vista estratégico, efectua recomendações e contribui para o processo de decisão bem como, para o alinhamento na abordagem dos clientes. Do ponto de vista ope-

racional, contribui para o plano de cada produto ou área terapêutica, sendo responsável por realizar tarefas próprias nesse sentido. É fundamental garantir as boas práticas de processos e de produtos, garantindo a eficácia e segurança dos medicamentos que disponibilizam, salvaguardando que, qualquer problema detectado, será atempadamente associado a medidas correctivas adequadas. A Direcção Médica representa a companhia nas suas relações institucionais com as autoridades, sociedades médicas, centros de investigação, academia, associações e entidades afins. Para além de assegurar a componente científica, cabe-lhe também comunicar interna e externamente aspectos relacionados com novos resultados gerados pela investigação que desenvolve ou apoia, identificar e explorar as oportunidades e optimizar a gestão dos recursos médicos, procurando reter os talentos, dando-lhes oportunidades de desenvolvimento e estimulando a sua exposição externa.

III- Principais áreas de responsabilidade

Quais são então as responsabilidades dos Assuntos Médicos? São de referir, entre outras:

- Estudo da incidência e da prevalência da/s doença/s no país
- Determinação da eficácia e segurança do armamentário terapêutico existente
- Identificação de necessidades de saúde não satisfeitas
- Identificação dos centros com potencial para inclusão de doentes em estudos clínicos

- Identificação de estudos concorrentes
- Análise e comentários a protocolos de estudo
- Contacto com os Investigadores Principais
- Estudo da viabilidade de execução no País
- Contributo na preparação dos *dossiers* de submissão às autoridades (INFARMED; Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC), Comissões de Ética dos Centros de Investigação (CECs) e Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD))
- Acompanhamento da monitorização dos protocolos de estudo a decorrer em Centros de Investigação
- Garantia da notificação dos Acontecimentos Adversos (AA)
- Reporte de qualquer não conformidade identificada
- Acompanhamento de auditorias e inspecções
- Preparação de relatórios de resultados
- Apoio à publicação e divulgação de resultados (apresentações, posters ou publicações)
- Treino dos colegas (Força de Vendas e outros)
- Divulgação deste conhecimento em reuniões *face to face* (F2F), Simpósios ou Congressos
- Recolha de feedback e insights sobre os mesmos
- Identificação de oportunidades, comunicação e exploração das mesmas~
- Implementação de *Advisory Boards*

Investigação e Desenvolvimento (I&D)

Investigação Clínica em Portugal resulta maioritariamente do investimento da indústria farmacêutica no desenvolvimento de novos medicamentos (94%),

tendo atingido em 2012 os 36 milhões de euros e contribuindo adicionalmente para uma poupança da despesa pública em medicamentos e meios complementares de diagnóstico no valor 3,5 milhões de euros.⁽⁵⁾ A realização de ensaios clínicos no nosso país permite aos doentes, além de um acesso mais rápido, uma maior qualidade de cuidados de saúde. Para as instituições envolvidas representa uma redução de custos e uma actualização e partilha de saberes às equipas de investigação. Porém, a sensibilização para a relevância desta actividade, embora seja considerada estratégica, é ainda reduzida. Nos últimos anos tem havido iniciativas muito meritórias⁽⁶⁾ mas, para além de um quadro legislativo e regulamentar pouco ágil, existe ainda alguma escassez de infra estruturas organizadas para responder eficientemente a este desafio. A análise dos dados de empregabilidade revelou a existência de mais de 1000 postos de trabalho dedicados aos ensaios clínicos. Por cada euro investido estimase que haja um retorno de 1.98 euros no total da economia portuguesa, sendo assim uma das actividades com maior retorno de investimento do país.⁽⁵⁾

O modelo de I&D está a mudar rapidamente, existindo hoje muito mais colaboração entre as empresas que promovem este desenvolvimento (*risk sharing*), bem como, aumentam as parcerias com outras microempresas que se dedicam a áreas concretas, como por exemplo: a genómica ou a nanotecnologia. A maior consciencialização das Autoridades Regulamentares e uma maior influência das

Associações de Doentes têm também conduzido a processos mais acelerados de aprovação (*fast track*) em áreas em que se manifestam necessidades preventivas ou terapêuticas não satisfeitas. Na Europa está em curso desde 2014 um processo-piloto que analisa a viabilidade de encurtar o tempo de aprovação dos medicamentos através de licenças adaptativas (*adaptive licensing*)⁽⁷⁾ e que pressupõe que a maioria das decisões seja tomada conjuntamente pelas autoridades e a IF. Isto é novo e altamente motivador, pois pressupõe uma relação de maior confiança e partilha. Algumas empresas têm mantido no seu seio o essencial da investigação básica e clínica, enquanto outras apostam numa estratégia de desenvolvimento baseada nas parcerias, nomeadamente com Clinical Research Organizations (CROS) a quem atribuem, total ou parcialmente, os Ensaios Clínicos. Apesar de poder funcionar em países onde existem muitos centros de investigação e estes CROs terem forte implantação, o modelo tem reduzido drasticamente os investimentos em países mais pequenos como na Suiça, na Noruega ou em Portugal.⁽⁸⁾ A Investigação nos Medical Affairs não se esgota nos Ensaios Clínicos, antes se alarga ao apoio a estudos não intervencionais - *Non Interventional Studies* (NIS) - a estudos de iniciativa do Investigador - *Investigator Initiated Research* (IIRs) - ou ao estímulo da implementação e utilização de dados da vida real - *Real World Data* (RWD). Quer em termos de estudos quer de registos, os Assuntos Médicos da IF têm uma palavra a dizer em ambos os domínios.^(3;9;10)

Assuntos Regulamentares e Acesso

É a componente dos Assuntos Médicos que analisa a legislação, colige e sistematiza os dados produzidos pela investigação farmacológica, clínica e de acesso, submete os *dossiers* para registo e obtenção de autorização para introdução no mercado e sua manutenção pelas autoridades competentes. Cabe-lhes ainda a obtenção de aprovação para o “*labelling*” (Resumo das Características do Medicamento e Folheto Informativo) e “*packaging*” (*material de embalagem*), preço e reembolso, bem como, a aprovação dos materiais promocionais e seus *claims*.

Farmacovigilância

A Farmacovigilância é um pilar fundamental da gestão de risco e exige a implementação e manutenção de sistemas que permitam detectar, caracterizar, relatar e acompanhar qualquer acontecimento adverso, incluindo a potencial falta de eficácia ou a sua inadequada utilização. Desta forma visa-se minimizar os riscos associados, seja para o doente, seja para terceiros. Os Assuntos Médicos têm a este nível uma actuação centrada na identificação e notificação dos AAs tão precocemente quanto possível. O assunto deverá depois seguir os trâmites pré definidos, ficando sobre a alçada dos elementos responsáveis que asseguram a manutenção deste sistema de vigilância e que os notificam às instâncias nacionais e internacionais. Cada elemento da Industria Farmacêutica é treinado para notificar qualquer AA de que tenha tido conhecimento ao Departamen-

to de Farmacovigilância, independentemente do produto a que esteja associado e do nexo potencial de causalidade.

Qualidade dos processos (Compliance)

Toda a actividade na Indústria Farmacêutica é muito regulamentada e exigente. Por *Compliance* entende-se: *agir de acordo com o que está definido*. Estas regras envolvem o preceituado a nível das boas práticas internacionais (ex.: *Good Clinical Practice Compliance*),⁽¹¹⁾ da legislação nacional como o Estatuto de Medicamento,⁽²⁾ a Lei da Investigação Clínica,⁽¹²⁾ a Lei da Transparência^(2;13;14) ou o Código de Conduta da APIFARMA.⁽¹⁵⁾ Todos os profissionais que trabalham na IF, desde os mais altos níveis de gestão aos funcionários menos diferenciados, devem cumprir com integridade todos estes princípios, bem como outros regulamentos ou normas definidos especificamente no âmbito de cada empresa – *Standard Operating Procedures* (SOPs). Para garantir que assim acontece, existe sob a tutela dos Assuntos Médicos um grupo que:

- supervisiona os processos e procedimentos
- assegura o treino sempre que uma nova lei ou SOP é implementada
- efectua consultoria técnica e esclarece dúvidas
- audita de forma regular e elabora os respectivos relatórios que escala e divulga
- acompanha e apoia auditorias e inspecções externas
- implementa a pronta e completa acção correctiva dos problemas identificados.

Este grupo elabora um plano

de Qualidade anual (*Country Quality Plan*) que é submetido e aprovado local e internacionalmente, de modo a garantir a execução atempada e o alinhamento dos processos e das acções.

Qualidade dos Produtos

O principal objectivo da qualidade dos produtos é garantir que todos os medicamentos obedecem aos requisitos estipulados quer pelas autoridades, quer pelos padrões de cada empresa. Esta responsabilidade não se limita ao medicamento mas estende-se aos dispositivos médicos. Pode ser espontaneamente relatada à empresa através de uma consulta ou reclamação, pode resultar da análise de relatórios de segurança do produto, ou ter sido identificada no processo normal de garantia de qualidade estabelecido pela empresa. Isto acontece, existam ou não acontecimentos adversos associados. Os Assuntos Médicos têm aqui uma acção informativa, preventiva e se necessário, correctiva. A colaboração com a Direcção Técnica e com a área Regulamentar são fundamentais na informação sobre as características dos produtos. Um problema que tem vindo nos últimos tempos a ganhar uma dimensão preocupante é a contrafação. Contrafação: é a produção não autorizada de produtos apresentados como um medicamento *original*, por qualquer pessoa que não seja uma empresa autorizada.⁽¹⁶⁾ Trata-se de uma séria ameaça à saúde pública, tendo a articulação dos Assuntos Médicos e Legais com as autoridades, permitido preservar até hoje, a cadeia de distribuição instituída. Sublinhe-

Grande parte do problema associado à imagem da IF tem a ver com o facto de que, de uma forma geral, a indústria comunica pouco e mal. Os AM têm um papel essencial na divulgação e actualização da comunidade médica face aos desenvolvimentos científicos mas, também, na promoção do debate sobre essas matérias.

-se aliás o papel do INFARMED e da Autoridade Alfandegária neste controlo, bem como, no efectuado sobre as importações por circuitos não convencionais onde se tem conseguido prevenir muitos problemas.⁽¹⁷⁾

Formação e Treino

A componente da formação e treino, seja aos colaboradores internos, seja aos interlocutores externos é fundamental. Um determinado medicamento exige conhecer com profundidade as suas características específicas mas não só. Importa também conhecer a doença, a sua relevância e distribuição na população, os comportamentos a ela associados e as alternativas terapêuticas. Cabe aos Assuntos Médicos assegurar que tais objectivos são cumpridos. Internamente, para que todos possam estar devidamente informados e actualizados nos novos desenvolvimentos de R&D e competentes na abordagem do tema face a terceiros.

Externamente importa garantir o conteúdo científico dos materiais produzidos, a partilha destes junto da classe médica e de outros profissionais que intervenham na cadeia de valor do medicamento. Importa ainda divulgar oportuna e selectivamente os conhecimentos que podem conduzir à prevenção e a um melhor e mais precoce diagnóstico da doença, bem como ao seu tratamento.

Gestão de Clientes

Os AM têm em relação ao cliente uma forma de abordagem estruturada, com o objectivo de gerar valor científico e contribuir para uma relação sustentável, baseada na disponibilidade e confiança. Neste contexto, importa clarificar o que são e o que fazem, separando claramente o que é actividade promocional da actividade médica. Os AM manterão os clientes a par das mais recentes informações disponibilizadas em congressos, distribuirão literatura actualizada, estimularão a participação em ensaios clínicos e outros estudos para integrarem *Advisory Boards*, participarem em conferências, *Webinars* e apresentações. Estarão ainda disponíveis para esclarecer qualquer dúvida relacionada com o produto ou área terapêutica, bem como, para ajudar na notificação de qualquer acontecimento adverso. Nesta sua acção os AM podem ainda contribuir para a melhoria de algumas competências dos seus interlocutores através de formação que disponibilizam (ex.: fármaco-economia, gestão de tempo, estatística, *medical writing*). Contribuem ainda para aumentar a transparência dos procedimentos e das

relações, através da realização de contractos que sustentem colaborações específicas, ou da notificação dos pagamentos efectuados, às autoridades competentes^(13;14;15). Estimulam o estudo das realidades específicas de cada área terapêutica nomeadamente de recolha de dados de vida real (ex.: RWD) e da apresentação e publicação dos resultados das várias investigações.

Informação Médica

Este é um serviço a que a comunidade médica em geral atribui uma enorme mais-valia, pois permite responder a questões concretas do dia-a-dia. Elas podem estar relacionadas com referências, bibliografia de suporte, investigações em curso, características de um medicamento, apresentações disponíveis, interacções, semi-vida de um fármaco, acontecimentos adversos, indisponibilidade no mercado e, ainda, pedido de informação sobre outras eventuais utilizações.⁽¹⁸⁾ Para as questões mais frequentes existem textos pré-preparados que lhes procuram responder. As restantes são objecto de análise caso a caso. A informação recolhida e tratada pela Informação Médica é também muito importante na preparação dos elementos da força de vendas, nos materiais promocionais por eles distribuídos e nos materiais educacionais a ser utilizados pelos AM.

Comunicação

A comunicação é essencial dentro da empresa, permitindo que todos os colaboradores estejam a par do mesmo nível de informação, assim como no

exterior. Grande parte do problema associado à imagem da IF tem a ver com o facto de que, de uma forma geral, a indústria comunica pouco e mal. Os AM têm um papel essencial na divulgação e actualização da comunidade médica face aos desenvolvimentos científicos mas, também, na promoção do debate sobre essas matérias. Isto pode conseguir-se através de reuniões F2F, reuniões mais alargadas, Webinars, Newsletters, etc. É por estes meios que muitas vezes o conhecimento avança. Avança também através da formulação de questões bem colocadas, para as quais urge encontrar a resposta. Importa adaptar cada modelo às circunstâncias concretas. No domínio médico, importa relatar e actua-

lizar a comunidade nos avanços todos os dias conhecidos nos mais variados domínios. Essas comunicações muitas vezes são espontâneas e resultam de contactos ocasionais. Isto não significa porém, que não deva existir um plano estruturado de comunicação que identifique os principais eventos/congressos, simpósios ou lançamentos de produtos que exigem uma preparação antecipada e um budget adequado.

IV - Mudar a imagem da IF

Devemos mudar a imagem da Indústria Farmacêutica que é em geral, má. Também no esforço que temos feito por nos dar a conhecer, são sempre os mes-

mos a expor e muito poucos se dispõem a discutir. A Boyden, na análise que faz no último número do *Executive Monitor of Health Care & Life Sciences*⁽¹⁹⁾, constata uma maior procura e recrutamento de profissionais da área médica no sector da IF em Portugal. Com a redução drástica, ao longo dos últimos anos das forças de vendas, nunca como até agora a indústria farmacêutica deu tanta importância à qualidade e potencial dos profissionais que compõem os Assuntos Médicos e à capacidade de mobilização e à visão estratégica de quem os lidera.

Referências bibliográficas:

1. Crowley-Nowick PJS - *The role of Medical Affairs in moving from R&D to Commercialization*; (www.bioprocessintl.com) acedido em 15 Julho 2015;
2. Decreto-lei 128/2013 de 5 de Setembro, Capítulo IX; Artigo 156º; DR 1ª Série nº171: 5581;
3. APIFARMA - *Indústria Farmacêutica em Números 2013; Estudos e Publicações*; acedido a 15 Julho 2015;
4. INFARMED - *Estatísticas do Medicamento 2013*: 14;
5. Price Waterhouse Coopers - *Ensaios Clínicos em Portugal; Estudo solicitado pela APIFARMA*; 18 de Junho 2013: 10;
6. Mendes, Diana - *Hospitais estão obrigados a criar serviço de investigação até 2016*. Diário de Notícias; 6 Julho 2015;
7. European Medicines Agency - *Pilot Project on Adaptive Licensing*; (www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2014/03/WC500163409.pdf), acedido a 15 Julho 2015;
8. Publicis Healthcare Consulting Europe - *Attractiveness in International Clinical Research; Survey 2012* (www.efpia.eu/uploads/Modules/Documents/2014_08_05_efpia--publicis-clinical-trials-survey-part-1.pdf), acedido a 15 Julho 2015;
9. Sociedade Portuguesa de Reumatologia - *Registo Nacional de Doentes Reumáticos*; (www.reuma.pt);
10. Registos Oncológicos: (www.roreno.com.pt); (www.rorcentro.com.pt); (www.ror-sul.org.pt); acedido a 15 Julho 2015;
11. European Medicines Agency - *Good Clinical Practice Compliance*, (www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/regulation/general/general_content_000072.jsp), acedido a 15 Julho 2015;
12. Lei 21/2014 de 16 de Abril;
13. INFARMED - *Circular Informativa Nº 024/CD/8.1.6. DE 14/02/2013*;
14. Despacho 12284/2014, Diário da República, 2ªsérie-nº192; 6 Outubro 2014;
15. APIFARMA - *Código Deontológico para as práticas promocionais da Indústria Farmacêutica e para as interacções com Profissionais de Saúde e Instituições, Organizações ou Associações constituídas por Profissionais de Saúde*; 1 Janeiro 2014;
16. World Health Organization - *General information on counterfeit medicines*; (www.who.int/medicines/services/counterfeit/overview/en/); acedido a 15 de Julho 2015;
17. INFARMED - *Combate à Falsificação de Medicamentos*, nº 51 Out_Nov 2012; (https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAIS_SOBRE/SAIBA_MAIS_ARQUIVO/51_Combate_Falsifica%27%23o_Medicamentos.pdf); acedido a 15 de Julho de 2015;
18. European Medicines Agency - *Guideline on Good Pharmacovigilance Practices*, EMA/876333/2011 Rev3^a; annex I- Definitions: 14; (www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2013/05/WC500143294.pdf); acedido a 15 de Julho de 2015;
19. Executive Monitor - *Healthcare and life sciences*, vol.2; Issue1; 2015;

**Elena Meireles**

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Garcia de Orta (Porto)

People Have the Empowerment!

Se um dia a cantora norte-americana Patti Smith fosse desafiada a fazer uma versão do seu extraordinário clássico “People Have The Power”, inspirada na relação que, atualmente, existe entre médico e utente e na forma como o processo de decisão médica é gerado, muito provavelmente a canção intitular-se-ia “People Have the Empowerment”...

Com efeito, nos últimos anos registou-se uma assinalável mudança de paradigma na relação médico-utente, com o processo clínico e/ou terapêutico, que antes era conduzido, de forma exclusiva, pelo médico, a ter dado lugar, progressiva e desejavelmente, a uma maior participação do utente na formação da decisão médica.

Ao longo da minha especialização em Medicina Geral e Familiar, tenho tido oportunidade de assistir à evolução, que se saúda, da frequência da consulta. Quem nunca antes ia à consulta, ou só o fazia com um intervalo temporal bastante lato, pela consciencialização da sua importância, acaba por fazê-lo, requerendo, de forma participativa, o aconselhamento médico, envolvendo-se nas atitudes e decisões tomadas. Dado o lugar primordial que o fator “Saúde” assume, torna-se fundamental que o utente não só participe na promoção da sua saúde e na prevenção da doença, como também intervenha, de

forma atenta e efetiva, nas decisões diagnósticas e no plano terapêutico. Ganhando forma, assim, o denominado “empowerment”, isto é, a capacitação do utente no sentido da decisão conjunta perante os problemas apresentados no decurso da consulta.

O contexto atual promove uma medicina focada na pessoa – o denominado modelo clínico centrado no utente – que, para além de facilitar a compreensão do visado, desde o seu historial clínico, passando pelo ambiente em que se integra, dá também sentido à própria consulta, proporcionando o referido “empowerment”. Na consulta, médico e utente pensam e exploram em conjunto, no decurso das várias etapas que compõem o processo clínico, o problema colocado, procurando identificar pontos em comum que permitam atingir os objetivos partilhados. Nesse âmbito, ganha especial relevo o cariz pedagógico que, também, deverá assistir o médico, por forma a obter a melhor recetividade e

colaboração por parte do utente. No caso concreto da Medicina Geral e Familiar, para além da prática clínica diária, a realização de atividades extra-consultório, que envolvem a comunidade e os profissionais de saúde, oferece um importante contributo para ajudar a resolver dúvidas e desbloquear receios com que alguns utentes ainda encaram as consultas, com benefício para as consultas seguintes, em que surgem mais confiantes e cooperantes. São iniciativas que favorecem o “empowerment”.

Apesar das nuvens sombrias que ainda se avistam no horizonte da Saúde em Portugal – no caso concreto da Medicina Geral e Familiar, com mais de 1 milhão de portugueses ainda sem médico de família –, é inegável que a participação do utente no processo clínico, desde a observação até à ação, constitui um fator diferenciador que importa reforçar e consolidar nos próximos anos.

**José Mário Martins**

Médico Estomatologista
Membro da APCMG-Associação de Medicina de Proximidade

Da utopia da liberdade de escolha ao direito ao cuidador informal

Acredito, talvez por utopia, que sempre que um novo governo toma posse, há uma renovada esperança em que haja novas ideias. Deixo algumas que gostaria de ver o executivo saído das eleições de 4 de Outubro colocar em prática.

Acérrimo defensor da existência de uma entidade reguladora do exercício da actividade médica nas suas vertentes técnico-científica, ética e deontológica - a Ordem dos Médicos - entendo que a liberdade de escolha em saúde não pode ser uma utopia! "O conceito de paternalismo médico já está inapelavelmente ultrapassado, vivendo-se hoje, e muito bem, sob o primado do direito à autodeterminação do doente, com todas as inerentes consequências", escreveu o Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, no prefácio do livro "O Acesso à Informação de Saúde-Direito, Procedimento e Garantias", de Sérgio Pratas.

No entanto, em artigo publicado na Acta Médica Portuguesa (AMP), Mar-Ap 2015, Julian Perelman, docente na Escola Nacional de Saúde Pública,

afirma que "A liberdade de escolha é um luxo, que aproveitam aqueles que, pelo seu capital económico, social e cultural, conseguem perceber o sistema de saúde, dialogar com os seus profissionais, e tomar decisões." Afirma, ainda, que "...a reforma da rede hospitalar... tarda tanto em concretizar-se por causa de resistências várias..." sem nunca as identificar.

Acrescenta que "...para a liberdade de escolha ser um instrumento de qualidade, mais uma vez será necessária uma intervenção forte do Estado para garantir a qualidade dos cuidados, através de mecanismos de controlo e acreditação, e para informar da forma transparente e visível sobre a qualidade os cidadãos chamados a escolher." Mas, é exactamente isso que se espera do Estado.

Articulando diversas entidades (Ordem dos Médicos, Entidade Reguladora da Saúde -ERS- Autoridade Central dos Sistemas de Saúde, INFARMED, Direção Geral da Saúde, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde – SPMS -, ASAE, RTP, RDP), só para citar algumas,

o Estado tem que ser capaz de criar e difundir uma mensagem simples, clara e efectiva que permita aumentar a literacia em Saúde.

Estando demonstrado que o aumento de anos de vida saudável, para lá do aumento da esperança de vida, reduz os custos em Saúde, parece óbvio que vale a pena investir na literacia. Creio ser nossa obrigação exigir que seja desenhado e levado a cabo um estudo sério sobre os custos da iliteracia na economia da saúde.

Dou dois exemplos:

1) segundo dados da OMS, até 2050, a resistência aos antibióticos pode custar ao Mundo 10 milhões de vidas e 895 mil milhões de euros;

2) o excesso de peso e de consumo de sal são realidades entre os nossos jovens, podendo levar ao aparecimento precoce de patologias, nomeadamente diabetes e nefropatia, com agravamento significativo dos custos em saúde.

Parte destes elevadíssimos custos serão significativamente diminuídos se houver a capacidade de fazer uma ampla cam-

Numa Sociedade que está a envelhecer e em que sabemos que grande parte dos gastos em saúde acontecem no último ano de vida, haverá que discutir as formas de atravessar esta fase da vida, criando novas condições, nomeadamente através da definição legal de cuidador informal. Este pode ser um instrumento capaz de aliviar a pressão da hospitalização, reduzir custos e aumentar o bem estar dos doentes.

panha contra o uso indevido de antibióticos e pela escolha de estilos de alimentação saudável, que não se resuma a uns quantos cartazes e a microsites, mais ou menos envergonhados. A dita Sociedade Civil está preocupada com o assunto da iliteracia em saúde. E a nível governamental, o que vai ser feito?

Noutro campo, consultando o Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde Nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2014) produzido pelo MS lê-se, na pág 89: "Em termos de Triagem de Manchester verifica-se a persistência do peso elevado de atendimentos que são triados com cor branca, azul e verde, os quais poderiam eventualmente ser observados em outros níveis

de cuidados menos complexos...", sendo que este "elevado peso" se traduz em mais de 40% dos episódios de urgência.

Um País pobre e endividado não pode gastar 569 M€ em "falsas urgências", como noticiou o jornal Correio da Manhã de 11-08-2015.

A existência de mais de um milhão de portugueses sem médico de família, sem acesso àquele que é a "porta de entrada" num sistema de saúde que deve ser centrado na pessoa, é uma realidade que urge alterar.

Será compreensível que continuem a chegar, aos Hospitais, doentes em hipotermia no Inverno e em avançado estado de desidratação no Verão, só porque não têm quem deles trate? Numa Sociedade que está a envelhecer e em que sabemos que grande parte dos gastos em saúde acontecem no último ano de vida, haverá que discutir as formas de atravessar esta fase

da vida, criando novas condições, nomeadamente através da definição legal de cuidador informal. Este pode ser um instrumento capaz de aliviar a pressão da hospitalização, reduzir custos e aumentar o bem estar dos doentes.

Esta figura já existe no ordenamento jurídico de muitos países, pelo que não vai ser necessário "inventar a roda". Basta estudar os exemplos e seguir os melhores.

Um Estado com preocupações sociais, que seja pessoa de bem, não pode continuar a adiar a aposta nos cuidados paliativos domiciliários.

O novo ciclo político é o tempo de discutir temas concretos que, creio, devem incluir os seguintes pontos:

- programa de literacia para a

saúde com uma vertente escolar, e outra para difundir pelos canais de serviço público de rádio e TV;

- livre escolha dos doentes em relação aos serviços do SNS, quer na escolha do Médico de Família, quer quando referenciado para outro nível de cuidados;

- existência de uma Medicina de Proximidade que inclua uma rede de prestadores convencionados, com acesso livre à convenção por todas as partes (doentes e prestadores);

- criação da figura jurídica do cuidador informal, em articulação com a rede de cuidadores formais e com uma rede de cuidados paliativos domiciliários;

- alteração do modelo da ADSE, com alargamento da possibilidade de adesão a quotizados que não sejam trabalhadores do Estado e com a participação dos quotizados no modelo de gestão.

A propósito deste último tema, a minha declaração de interesses: sou, bem como toda a minha família, privilegiado enquanto beneficiário da ADSE. Quero que esse mesmo privilégio esteja ao alcance de quem quiser. Quero que deixe de haver "beneficiários" e passemos a quotizados.



João Miguel Nunes "Rocha"

A vantagem das epíforas

O cume da miséria, dos pobres diabos reais ou potenciais que todos somos, pode cheirar a desinfetante e a formol nos sítios civilizados onde se procede civilizadamente à aplicação da pena de morte, à eutanásia ou ao extermínio de seres humanos. Emanar o odor adocicado e repulsivo dos corpos em decomposição impestando a manseria nos "morredouros" à volta de Lampedusa. Ser inodora e até de um pitoresco idílico, nas sanzalas de palhotas de África e materializar-se na aparição macabra de um esqueletozinho que nos fita com os seus olhos desmesuradamente abertos e medonhamente tristes fazendo-nos descrecer da bondade. Feder a suor, a fezes, a urina empenicada e a medo, sim porque o medo tresanda, nos antros miseráveis do mundo ocidental. Ser perfumada, e até de tal beleza, fragrância e encanto, que o incauto velho, libertino e folgazão, dá por si a invejar Fausto e a sua danação, e nem sequer dá por ela, que no entanto subjaz horrível, nos bordéis de escravas. Não ser sequer real, mas mesmo assim mais avassaladora e pungente que

as precedentes, quando descrita com o talento sublime de um Dostoevsky, que nos deixa cabisbaixos e acabrunhados de comoção. Ser inenarrável, aterradora, apanágio de um futuro que nos preparam, e malogradas ou de escasso êxito que foram, as armadilhas montadas no caminho, por vezes longo, da morte natural (Testamento Vital...) nos querem agora impor, com o fito inicial e imutável de gastarem menos e arrecadam mais, explicando-nos maldosa e atabalhoadamente que a "BOA MORTE" é em casa junto dos entes queridos. Este: vem, disse a aranha à mosca... visa preparar o terreno para coagir as famílias, a aceitar e a cuidar do seu doente terminal. Mesmo os nazis nos seus campos / matadouros, só arrancavam os dentes de ouro, depois de terem anestesiado os portadores com Cyclon B... Esta "gentinha" quer esgaravar nas entradas dos vivos, que vão morrer, que somos todos.

Vão arguir flexuosa e despudoradamente, invocando o superior e prevalecente interesse do doente, num arremedo boçal de compaixão pleno de

impiedade, e sugestionados os cidadãos pelo martelar mediático, vão legislar para estabelecer a obrigação com base no vínculo parental em sentido lato, arredando como sujeitos e pouco importantes, os laços de afecto, as condições materiais e logísticas... A vida real... É claro, que os seres rapaces que seguram e orientam a mão do legislador, escapam ao âmbito de qualquer lei, mas mesmo que por milagre esta se lhes aplicasse, fácil lhes seria isolar o seu doente, num recôndito dos seus palacetes e só lhe aparecer, quando dispostos, arvorando uma expressão carinhosa, adequada e proporcional ao seu "interessezinho", ou então treslada-lo, sem que isso parecesse mal, para uma dessas instituições de cuidados paliativos ou continuados privados, cujo preço deixa boquiaberto e calado de espanto quaisquer potencial má-língua e prova sobejamente quanto o doente lhes é caro. Excluídos, por se lhes não aplicar, os do costume, restam como destinatários da lei, os pobres e a classe média depauperada, pelos assaltos fiscal e semelhantes.

Algures, transcendendo o

egoísmo que forja e subjaz aos afectos humanos ,volita o amor dos pais e o amor dos amantes durante a fase fugaz do embeiemamento. Exceptuando-os, não há no mundo amor bastante, para que se deseje partilhar as nossas quase sempre pequenas casas, com um doente terminal de carne e osso que luta e que gema, que sofre e que o demonstra, que urina e que defeca e que precisa de auxilio constante para quase tudo, às vezes até para escarrar a expectoração viscosa que se lhe gruda aos brônquios e lhos estenosas e entope numa troada dispneica de roncos e de sibilos, e que lhe cianosa a pele, como livores cadavéricos temporões... Esta respiração penosa, este sofrimento visivel e indizível, esta agonia, tornam o ambiente lúgubre e medonho, e lá no fundo, (porque não admiti-lo?) fazem desejar um desenlace rápido, ao princípio como pensamento insidioso e malsão repelido com pudor e pressa, mas que

depois se instala e permanece como um desejo sôfrego como os regressados à tona, depois de uma longa apneia, aspiram pelo ar... e o doente agarrando-se tenazmente à vida que lhe foge, querendo viver qualquer que seja o seu estado, com os sentidos aguçados pelo medo e pela angústia desse fim do mundo que é a morte para cada um, percebe o ar tórrido dos tratadores , decifra-lhes os pensamentos intimos, e ao seu sofrimento aduz-se e acresce-lho, um ressentimento amargo pelos que ainda há pouco lhe eram queridos, e estes , os tratadores , tambem eles padecentes, são invadidos por uma ambivalênciia em que o rancor carcome e substitui a piedade, a benquerença e a ternura.

A agonia assistida e mitigada por profissionais, médicos, enfermeiros, auxiliares de accão médica,cujos ofícios incluem a morte, é diferente e o doente é tratado com eficácia e sem nojo, e sem sentir que o estão a em-

purrar para onde a existência, passa ao domínio do utópico e a ser regida pela Lei de Lavoisier. É evidente que não sou contra a morte no seio da família se houver condições e conjunção de vontades. Acresce referir e reiterar, que nada nas leis vigentes o impede,pelo que obviamente, o que se pretende, é impô-la.

Há muito que esta gente da governação se vendeu e nos vendeu aos ricaços,e a democracia de efémera que foi, há muito que se tornou uma plutocracia onde tudo é manipulado (talvez até haja mensagens subliminares, impondo-se à vontade) para benefício dos "poderosos dos círulos"... Até a carência gritante de cuidados paliativos e continuados públicos, ou a mutilação do SNS, visa encher-lhes o papo.

Sendo as epíforas um tipo de lágrimas, que não exigem, para que corram abundantes, emoção, comoção ou suco de cebola, recomendam-se...

Errata ao artigo sobre Garcia da Orta de Setembro

Na Revista da O.M. nº 162 no artigo da autoria do Dr. Miguel Ângelo Salema, "Garcia da Orta: esquecido pioneiro do conhecimento experimental", na página 82 refere-se, por lapso, que "Garcia da Orta faleceu em Goa, a 4 de Dezembro de 1580" quando se pretendia dizer: "Garcia d'Orta faleceu em Goa em data incerta, por volta de 1568. Os seus restos mortais foram desenterrados, queimados e lançados ao Rio Mandovi em Auto de Fé da Santa Inquisição de Goa, no dia 4 de Dezembro de 1580".

Recebemos de um médico, ao qual agradecemos a leitura atenta, um comentário relativo à grafia usada no nome de Garcia da Orta. No entanto, a existem diferentes grafias possíveis e, nenhuma se pode considerar errada. O autor do artigo fez a sua opção com base numa obra erudita sobre os Colóquios da meritória Academia das Ciências de Lisboa (1886) da autoria do 4º Conde de Ficalho. O título desta obra é "Garcia da Orta e o seu tempo" (conforme referência em notas ao texto original, o qual publicámos no site nacional). É um assunto – como tantos outros – que poderá originar diversas interpretações a quem agradecemos e não poderíamos deixar de responder ao médico que nos questionou quanto à nomenclatura usada.

Uma versão mais completa do artigo "Garcia da Orta: esquecido pioneiro do conhecimento experimental" pode ser consultada no site nacional da OM no espaço dedicado a História da Medicina (mais especificamente em: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=26dd0dbc6e3fc804374985523d6a25>)

Com uma proteção assim, o futuro constrói-se com mais segurança.

Conheça as vantagens para a sua vida pessoal e profissional, e ainda os serviços exclusivos que a AXA lhe disponibiliza através do protocolo celebrado com a Ordem dos Médicos.



Contacte-nos ou visite-nos:



<http://medicos.axa.pt/>
medicos@axa.pt



Linhas de Apoio Exclusivas para Médicos
217 943 027 | 226 081 627
dias úteis, das 8h30 às 19h00.

Agentes de seguros: especializados
para aconselhamento.

Área de Cliente online: rapidez
e facilidade de acesso.

Clube exclusivo para
Clientes: descontos
diretos numa rede de
mais de 100 parceiros.



Siga-nos em: AXA Portugal

PUB. Data de atualização: junho de 2015. Escrito segundo o Novo Acordo Ortográfico.
Não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida,
e as condições de utilização do cartão Clube AXA em www.axa.pt/clube-axa.

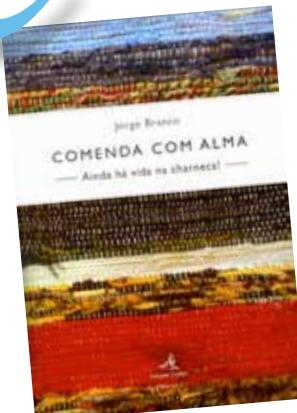
AXA Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A.
Sede: Edifício AXA, Av. do Mediterrâneo, 1, Parque das Nações, Apart. 1953, 1058-801 Lisboa. Tel. 21 350 6100, Fax 21 350 6136
Matrícula/Pessoa Coletiva N.º 502 220 473. Conservatória de Registo Comercial de Lisboa. Capital Social 10.000.000 Euros

AXA Portugal, Companhia de Seguros, S.A.

Sede: Rua Gonçalo Sampaio, 39, Apart. 4076, 4002-001 Porto. Tel. 22 608 1100, Fax 22 608 1136
Matrícula/Pessoa Coletiva N.º 503 454 109. Conservatória de Registo Comercial do Porto. Capital Social 36.670.805 Euros

redefinimos / standards





Comenda com alma

A Lidel lançou recentemente a obra "Traumatologia desportiva", um guia de apoio para todos aqueles que se interessam pelo desporto e pelas lesões a ele associadas. Este livro, coordenado pelos especialistas Pedro Pessoa (Ortopedia) e Henrique Jones (Ortopedia e Medicina Desportiva), dá-nos a conhecer as principais lesões desportivas, passando pelas diversas fases de diagnóstico, reabilitação, prevenção e perspetivas de abordagem terapêutica, visando a recuperação mais rápida e de melhor qualidade.

Médicos e enfermeiros nos trajetos finais das suas vidas profissionais

"Sair bem - Médicos e enfermeiros nos trajetos finais das suas vidas profissionais" é uma obra da autoria de Marianela Ferreira, editada pela Coisas de Ler. A obra sintetiza os resultados da investigação desenvolvida no âmbito de um projeto de doutoramento em sociologia focada na problemática subjacente aos processos de tomada de decisão de dois grupos de profissionais de saúde – médicos e enfermeiros entre os 55 e os 65 anos – face à respetiva atividade profissional, seja pelo prolongamento temporal da mesma ou, inversamente, pelo abandono por aposentação.



EXPOSIÇÃO OS MÉDICOS FOTÓGRAFOS

16 outubro - 4 dezembro 2015



Instituto de Higiene e Medicina Tropical Universidade Nova de Lisboa
Rua da Junqueira, 100 | 1349-008 Lisboa - Portugal

www.ihmt.unl.pt

Traumatologia desportiva

A Lidel lançou recentemente a obra "Traumatologia desportiva", um guia de apoio para todos aqueles que se interessam pelo desporto e pelas lesões a ele associadas. Este livro, coordenado pelos especialistas Pedro Pessoa (Ortopedia) e Henrique Jones (Ortopedia e Medicina Desportiva), dá-nos a conhecer as principais lesões desportivas, passando pelas diversas fases de diagnóstico, reabilitação, prevenção e perspetivas de abordagem terapêutica, visando a recuperação mais rápida e de melhor qualidade.





Réguas Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto

Realizou-se no dia 30 de Setembro de 2015 mais uma sessão organizada pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, subordinada ao tema "As Réguas Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto: O renascer do esplendor da cirurgia portuguesa", a qual foi proferida por Fortuna Campos. Esta sessão faz arte da profunda e exaustiva investigação deste médico sobre a História da Cirurgia Portuguesa. Publicamos em seguida o resumo elaborado pelo palestrante. No final da sessão, foi lançado o repto para a comemoração do bicentenário das Escolas Régias, em 2025.

Antes de abordarmos os factos que conduziram à criação das Réguas Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto vamos referir como se processava o ensino da anatomia e a prática da cirurgia nas 3 cidades mais importantes do País, na 2^a metade do século XVIII e princípios do século seguinte.

Em Coimbra, único polo de Universidade, continuava a comentar as obras de Galeno, não havia teatro anatómico, as demonstrações anatómicas eram feitas no animal e portanto não havia preparação anatómica ou cirúrgica dos alunos.

Em Lisboa, o Hospital Todos os

Santos continuava a ser o único e verdadeiro centro de estudos anatómicos e cirúrgicos, apesar de continuar a atravessar uma época de decadência, com a falta de recursos materiais.

No Porto, a prática de cirurgia era executada no Hospital da Misericórdia, com um curso rudimentar a funcionar em instalações muito precárias mas onde já se praticava dissecação de cadáveres.

Era assim o ensino anatómico e a prática de cirurgia em Portugal.

Perante este panorama e dado que a situação dos cirurgiões portugueses não era relevante

(falta de instrução, desconhecimento de línguas) e tinha decaído imenso, pois a prática da cirurgia era muitas vezes exercida por curandeiros, os Reis D. João V e D. José I condecorados do que se passava lá fora e, face à falta de competência do ensino anatómico mandaram vir professores estrangeiros para ensinarem anatomia e cirurgia.

De todos os discípulos que aprenderam com eles, referimos Manuel Constâncio considerado o restaurador da Cirurgia Portuguesa, que face ao estado caótico em que se encontrava a cirurgia mandou vários cirurgiões aprenderem em Inglaterra.



Aliados a estes factos, as invasões francesas que ocorreram entre 1807 e 1814, tiveram grandes consequências na desorganização das estruturas económicas do país, além de obrigar o embarque real para o Brasil e que na sua companhia levou inúmeros cirurgiões.

Também a fundação da S. C. Médicas de Lisboa vem contribuir para a criação das Régias Escolas, pois os médicos e cirurgiões querem aperfeiçoar-se no que diga respeito à saúde pública, discutindo e analisando casos clínicos de medicina, biologia e deontologia.

Assim, no início do século XIX na nossa pátria faltava uma instituição que desse aperfeiçoamento à arte de curar pelas

mãos; então o cirurgião mor Teodoro Ferreira de Aguiar incentivou o Rei D João VI para a necessidade da sua criação, servindo-se de uma multa anual aplicada a contratadores de tabaco em ilegalidade.

Com alvará publicado em Junho de 1825 e com Regulamento elaborado pelos Lentes de Lisboa e Porto são criadas as Régias Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto que vão iniciar as suas funções respetivamente em Setembro e Novembro do mesmo ano.

Um dos Lentes faz um discurso marcante: atendendo que “a saúde dos povos é o tesouro mais precioso do Estado”, e “esta Escola será capaz de formar Cirurgiões dignos da confiança pública e de restituírem o

seu antigo esplendor”.

Com este cenário o final do século XVIII e o princípio do XIX vêm trazer grande incremento à nossa cirurgia; é o começo do renascer do esplendor da cirurgia portuguesa.

Mencionamos depois dados bio e bibliográficos dos lentes das duas escolas.

Terminamos esta comunicação apelidando de bisavós as Régias Escolas de Cirurgia em relação às actuais Faculdades de Medicina e, lançamos o convite a estas, aos Hospitais e às Sociedades Científicas para que se organizem para a comemoração do 2º Centenário em 2025 a fim de perpetuarem a cirurgia portuguesa.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2015

18 de Novembro, quarta-feira às 21h

A prática médica no tempo da Expansão - Germano de Sousa

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

HistÓria da
MédiCina



Alfredo Rasteiro

Turismo médico no espaço português

Antes de 1765 aqueles que não fossem católicos apostólicos romanos estavam proibidos de morrer no espaço português. Os seus restos eram deitados à lixeira, lançados ao mar ou enterrados nos caminhos, para serem pisados ("Expresso", 21-07-2015).



A ocupação britânica da Ilha da Madeira desde 24 de Julho de 1801 a 25 de Janeiro de 1802 e de 24 de Dezembro de 1807 a 3 de Outubro de 1814 facilitou a utilização desta parcela do território como local propício à recuperação da saúde dos ingleses que regressavam da Índia e dos viajantes europeus e americanos, independentemente das crenças religiosas e políticas de cada um.

John Ovington (1653-1731), capelão do Carlos II (1630-1685) que em 1662 casou com Catarina de Bragança (1638-1705), relatou o que observou em 1689, no Fun-

chal, em "Voyage to Suratt", 1689. Denunciou prepotências da Inquisição, iniquidades dos Jesuítas e deploráveis condições de vida dos escravos. Ovington ficou chocado com o que viu e condenou com toda a veemência que se negasse sepultura terrena aos corpos dos anglicanos falecidos, e aos outros não católicos, todos eles lançados ao mar do alto das falésias, ou enterrados e espezinhados, no leito dos caminhos.

Em 1851 o visitante Edward Vernon Harcourt (1825-1891) recordou a denúncia de Ovington em "A sketch of Madeira", London,

1851 ilustrado por Susan Harriet Holroyd (1829-1894), Harcourt pelo casamento. Uma das suas ilustrações mostra, "em espelho", o "English Burial Ground" demarcado em 1808 como "Talhão militar", paredes repletas de lápides de jazigos abandonados.

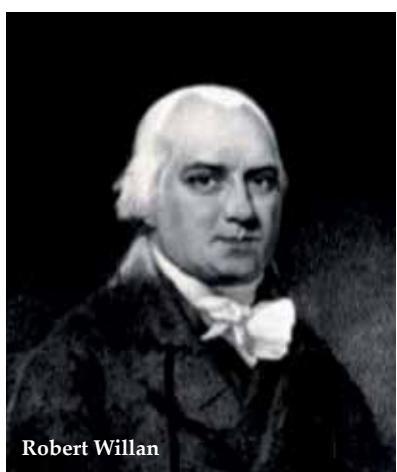
Podemos ler, numa dessas pedras: "Sacred to the memory of Robert Willan M.D.F.R.S. of London who died in this island 7 April 1812 aged 53 years - Near the same spot are deposited the remains of the Friend Thomas Bennett Smith Jnior who died here Jvne 1812 aged 28 years".

Trazido doente ao Funchal, durante a ocupação britânica, Robert Willan (1757-1812), pai da Dermatologia, faleceu e foi sepultado em 7 de Abril de 1812, aos 53 anos. Da sua sepultura resta a lápide com o seu nome e o do seu acompanhante Thomas Bennett Smith Junior, que sobreviveu dois meses.

Robert Willan publicou "On cutaneous diseases", Vol I, 1808 em que destaca as "oito ordens" de alterações clínicas que permitem a classificação de todas as



Lápide de Robert Willan



Robert Willan

doenças dermatológicas: *pápulas, escamas, maculas, exantemas, bolhas, vesículas, pústulas, tubérculos* e o seu continuador Thomas Bateman (1778-1821) destacou a importância destas “lesões elementares” na “Practical Synopsis of Cutaneous Diseases According to the Arrangement

of Dr Willan”, London, 1813.

O primeiro cemitério madeirense para estrangeiros foi autorizado em 1765, pelo Marquês de Pombal, e será concretizado em 1770, no “Factory Burial Ground”. Situado numa zona com grande impacto paisagístico, no extremo da “Rua da Carreira” (*de cavalos*), junto ao Forte do Pico, permanece imune às aluviões que martirizam ciclicamente a cidade do Funchal, desde 1570.

As enxurradas de 9 de Outubro de 1803 determinaram que o Governo português enviasse o Brigadeiro de Engenharia Reinaldo Oudinot (1747-1807), ao serviço do exército desde 1766, autor de uma “Planta da Cidade do Funchal”, 1804 que destaca os leitos das ribeiras.

Zona imune a aluviões, o local

onde está implantado o “Factory Burial Ground”, e suas ampliações, foi cobiçado pelo revanchismo religioso eivado de insensibilidade moral e analfabetismo cultural, pelas pressões demográficas, oportunismos e especulação imobiliária.

As ocupações britânicas de 1801-02 e 1807-14, e a utilização da ilha para a recuperação dos soldados britânicos regressados da África e da Índia, impuseram a ampliação do “Factory Burial Ground” de 1770, a que se acrescentou um “Talhão Militar”, em 1808.

Em 1851 o primitivo “Factory Burial Ground” foi expropriado para a ampliação da Rua da Carreira e recebeu, em compensação, um novo aumento que foi designado “British Cemetery”. O que restava do primitivo “Factory Burial” será ocupado pelo Paço Episcopal católico, pelo Largo Ribeiro Real, e por uma pequena parcela da Rua da Carreira, onde há uma estátua a Júlio Dinis, em frente da casa onde repousou.

No mesmo ano de 1851, quando Susan Holroyd imortalizou o “Talhão Militar” de 1808, nascia no extremo oposto da cidade, na rua do Lazareto, um cemitério judaico que motivou o aguarelista Max Römer (1878-1960), cobiçado pela indústria da hotelaria, actualmente desactivado, e em ruínas, que caem para o mar.



Imagen em espelho do Talhão militar - 1851
(desenho de Lady Susan Vernon Harcourt)



Cemitério judeu e Cem. britânico ao fundo, à direita

Ao longo dos séculos XIX e XX, tísicos de todas as proveniências, ansiosos pela suspensão da evolução fatal da sua doença, catastrófica e irremediável, quando tiveram oportunidade para o fazer, procuram alcançar a cidade do Funchal, certos do clima favorável, do bom acolhimento e da boa alimentação.

Il'Ja Il'Jic Mecnikov (1845-1916) passou pela Ilha da Madeira entre 1869 e 1873 em visita a sua esposa tuberculosa, Liudmila Vassilevna Feorovitch, falecida em 20 de Abril de 1873. Mecnikov será Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia ("Imunidade") em 1908.

"Júlio Dinis", Joaquim Guilherme Gomes Coelho (1839-1871), professor de Medicina Legal na Escola Médico-cirúrgica do Porto, tuberculoso, passou temporadas no Funchal, em 1869, 1870 e 1871: "cidade de cedros e ciprestes em cemitérios onde dormem o último sono muitos mártires", onde passeiam "ingleses cadavéricos, alemães diáfanos, portugueses descarnados, brasileiros, norte americanos, russos, ...velhos, adultos, crianças, ...de todas as partes do mundo" (Júlio-Dinis, "Carta", 1871, <http://bmfunchal.blogspot.pt/>).

Em 1875 Paul Langerhans (1847-1888), reconhecendo-se tuberculoso, instalou-se no Funchal e aí continuou a sua vida de médico e investigador científico que tinha iniciado no final do curso, em Berlim, em 1868, quando descobriu as "Células dendríticas da Epiderme", e os "Ilhéus do Pâncreas" (dissertação apresentada no final do curso).

Langerhans abriu consultório no Funchal e, de 1875 a 1888, exerceu clínica, acompanhou



Paul Langerhans

doentes tuberculosos, estudou costumes, observou e descreveu Anelídeos marinhos da Macaronésia, cerca de uma centena, procedeu à sua identificação, descrição e classificação, atribuiu-lhes designações e nomes científicos, alguns bem patudos, que perduram: *Amblyocyllis madeirensis* Langerhans, 1879; *Amphicorina eimeri* Langerhans; 1880; *Autolytinae* Langerhans, 1879; *Autolytus quindemdentatus* Langerhans; 1884 *Brania arminii* Langerhans, 1881; *Ceratonereis vittata* Langerhans, 1884; *Ehlersia ferruginea* Langerhans, 1881; *Haplosyllis* Langerhans; *Linopherus canariensis* Langerhans; *Opisthosyllis brun-*

nea Langerhans; *Opisthodonta morena* Langherans; *Paraenlerisia ferrugina* Langerhans, 1881; *Procerastea* Langerhans, 1881; *Procerastea nematodes* Langerhans, 1884; *Syllis pulvinata* Langerhans, 1881; *Syllis rosea* Langerhans; *Trypanosyllis aeolis* Langerhans; *Virchowia* Langerhans; *Virchowia clavata* Langerhans; ...

A atribuição de todos estes "nomes" revela um profundo conhecimento das línguas grega e latina e um apurado sentido de humor que desafia humanistas, biólogos e zoólogos interessados em eventuais apontamentos que tenha deixado, e que andem perdidos.

Amblyocyllis madeirensis Langerhans, 1879



P.Langerhans: Die Wurmfauna von Madeira, Zeitschrift für Wissenschaftliche Zoologie, 1879, 34:86-143



Estudante de medicina celebrizado pela descoberta dos Ilhéus do Pâncreas no final do curso, descobridor de células dendríticas que recordam o seu nome, o médico Paul Langerhans contraíu tuberculose e fixou-se na Ilha da Madeira. Procurou o sol, cuidou de doentes tuberculosos, desenvolveu investigação científica original longe da sua Europa, na dúzia de anos que lhe restaram (1875-88). Nenhuma placa distingue as ruas que percorreu, as praias que estudou, os gabinetes onde atendeu doentes, as casas que habitou.

Publicou:

1. Langerhans P.: „Über die Nerven der menschlichen Haut“. [Virchows] Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie, und für klinische Medicin, Berlin, 1868, 44: 325-337 (das Células dendríticas da epiderme);
2. Langerhans, P.: «Über den feineren Bau der Bauchspeicheldrüse». Doctoral thesis. Berlin, 1869 (dos Ilhéus do Pâncreas);
3. Langerhans, P.: «Zur pathologischen Anatomie der Tastkörper». [Virchows] Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie, und für klinische Medicin, Berlin, 1869, 45: 313-417;
4. Langerhans, P.: «Über den Verbleib des in die Circula-

- tion eingeführten Zinnobers». [Virchows] Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie, und für klinische Medicin, Berlin, 1869, 48: 303-325;
5. Langerhans, P.: «Ein Beitrag zur Anatomie der sympathischen Ganglienzellen». Habilitation thesis. Freiburg im Breisgau, 1871;
6. Langerhans, P.: «Zur Histologie des Herzens». [Virchows] Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie, und für klinische Medicin, Berlin, 1873, 58: 65-83 (da fibra muscular cardíaca);
7. Langerhans, P.: «Über mehrschichtige Epithelien». [Virchows] Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie, und für klinische Medicin, Berlin, 1873, 58: 83-92 ;
8. Langerhans, P.: «Über die heutigen Bewohner des heiligen Landes». Archiv für Anthropologie, Braunschweig, 1873, 6: 39-58, 201-212;
9. Langerhans, P.: «Zur Entwicklung der Gastropoda opitcho-branchia». Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie, 1873, 23: 171-179;
10. Langerhans P.: Mitteilungen ueber das Auge des Neunauges.
8. Section fuer Anatomie und Physiologie. Tageblatt der Versammlung deutscher Naturfor-

sher und Aerzte 1873:69 (Olhos primordiais);

11. Langerhans P.: Untersuchungen über Petromyzon-Planaria. Freiburg: C. Tromer, 1873 (acerca da Lampreia);
- 12 . Langerhans, P.: «Über die accessorischen Drüsen der Geschlechtsorgane». [Virchows] Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie, und für klinische Medicin, Berlin, 1874, 61: 208-228;
13. Langerhans, P.: «Zur Anatomie des Amphioxus lanceolatus». Archiv für mikroskopische Anatomie, 1876, 12: 290-348;
14. Langerhans, P.: Zur Anatomie des Amphioxus lanceolatus, Arch. F. Mikroskopisch Anat., 1876, 12: 290-348;
15. Langerhans,P.: Die Wurmsfauna von Madeira, Zeitschrift fur Wissenschaftliche Zoologie, 1^a parte, 1879, 32: 513-592, figuras 31-33 (**Anelídeos marinhos da Madeira**);
- 16 . Langerhans,P.: Die Wurmsfauna von Madeira, Zeitschrift fur Wissenschaftliche Zoologie, 2^a parte, 1880, 33: 267-316, 5 figuras (**Anelídeos marinhos da Madeira**);
- 17 . Langerhans, P.: Über einige canarische Annelider, 1881, *Nova Acta Academiae Leopoldino-Carolinae Germanicae Naturae Curiosorum* 42: 93-124, figuras 4-5;
18. Langerhans, P.: «Zur Ätiologie der Phthise». [Virchows] Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie, und für klinische Medicin, Berlin, 1884, 97: 289-306 (etiologia da Tuberculose, **consultório no Funchal**);
19. Langerhans, P.: Handbuch für Madeira. Berlin, 1885 (**costumes madeirenses**);
20. Langerhans P. Ueber die Verbreitung der Tuberkelbacillen im Körper. Archives of Pathological Anatomy,

1888;112:16-25 (do Bacilo da Tuberculose, no Funchal).

Langerhans faleceu em 20 de Julho de 1888 na "Quinta das Angústias", residência oficial do Chefe do Governo da Madeira desde 1978, inicialmente residência familiar da empresasária marítima D. Guiomar Madalena de Sá Vasconcelos Bettencourt Machado de Vilhena (1705-1789) que, do seu mirante, vigiava os seus navios que davam a volta ao Mundo com os produtos da sua ilha. Glórias e sofrimentos passados foram esquecidos e o qualificativo "Angústias" deu lugar a "Quinta Vigia", espaço que em 1966 foi ocupado por um Hotel, Centro de Congressos e Casino, gizados por Oscar Niemeyer (1907-2012) e Alfredo Evangelista Viana de Lima (1913-1991), inaugurado em 1976.

A Imperatriz "Sissi", Isabel da Áustria (1837-1898), passou férias na antiga "Quinta Vigia" (c.1860). Ao lado, nas "Angústias", antes de Langerhans, tentaram obter melhor saúde o cunhado do czar da Rússia Maximiliano de Leuchtemberg (1849), sua irmã viúva do imperador do Brasil e mãe da princesa Maria Amélia, e o potentado russo Alexandre Carlos Lambert (1854).

Os navios russos foram impedidos de chegar ao Funchal entre 1926 a 1974.

Ao lado desta Quinta surgirá o Cemitério das Angústias, iniciado em 1837, desactivado em 1939, actualmente Parque de Santa Catarina. Em frente ergue-se o "Hospício" destinado ao "tratamento dos pobres doentes de moléstia do peito", em funcionamento desde 4 de Fevereiro de 1862, patrocinado

pela monarquia sueca, construído em memória da princesa Maria Amélia Augusta Eugénia Josefina Luísa Teodolinda Heloísa Francisca Xavier de Paula Micaela Gabriela Rafaela Gonzaga (1831-1853), filha de Pedro I do Brasil/ Pedro IV de Portugal, iniciativa da imperatriz viúva Amélie Auguste Eugénie Napoléone de Beauharnais Leuchtenberg e de sua irmã Josefina de Leuchtenberg, rainha da Suécia, netas de Joséphine de Beauharnais (Marie Josèphe Rose Tascher de la Pagerie) mãe de Eugène Rose de Beauharnais, filho adoptivo de Napoleone Buonaparte (1769-1821).

Uma outra Amélia, Maria Amélia Luísa Helena de Orleães (1865 -1951), casada com o rei D. Carlos, criou a Assistência Nacional aos Tuberculosos três décadas mais tarde, em 1899.

Um século depois de Langerhans, apreciamos a sua inteligência e os seus trabalhos. Deixou-nos ignotos Ilhéus pancreáticos com muitíssimo para desbravar, células dendríticas da epiderme com enormes potencialidades, camada de Langerhans da epiderme, terminações nervosas na pele e células pigmentares que reagem à luz. Na despedida, registou costu-

mes dos madeirenses, escreveu histórias clínicas de tuberculosos, desenhou correctamente células pigmentares do *Amphioxus* e olhos rudimentares de *Langerhansias*.

Memória de uma profunda Cultura helénica, isolada num cantinho do "British Cemetery", a lápide tumular de Paul Langerhans expressa o seu apego à vida, o seu Hino ao Sol:

- ΟΥΔΕ ΝΥ ΜΟΙ ΚΗΡ
ΗΘΕΛ ΕΤΙ ΖΩΕΙΝ ΚΑΙ
ΟΡΑΝ ΦΑΟΣ ΗΕΛΙΟΙΟ -
«e no peito se me despedaçou o coração. (539) Chorei, sentado na areia, e o meu espírito já não queria (540) viver nem contemplar a luz do sol» (Tradução de Frederico Lourenço: "Odisseia", 2003).

Lugar de peregrinação, o túmulo de Langerhans foi visitado por médicos, imunologistas, dermatologistas e diabetologistas de todo o mundo, que colocaram três placas:



Jazigo de Langerhans e respectiva lápide





Júlio Diniz na R. da Carreira, Funchal

- «*Dem deutschen Arzt, der als Student 1869/ Mit der Entdeckung der nach ihm benannten/ Inseln im Pankreas Grundlagen/ Fur die moderni Diabetesforschung legte/ Deutsche 'Diabetes-Gesellschaft 1977*», dos diabetologistas alemães;
- «*Paul Langerhans, stud. Med. in Berlin,/ beschreit 1868 ein Zelle in der menschlichen Haut,/ die heute seinen Namen Tragt/ und in Mittelpunkt der internationalen/ dermatologisch-immunologischen Forschung steht./ Die Deutsche Dermatologischen Gesellschaft / zun 100. Todestag von Paul Langerhans am 20 Juli 1988*», dos dermatologistas e imunodermatologistas alemães;
- «*Paul Langerhans/ 1888-1988/ Homenagem dos médicos portugueses*»

Algumas letras da “Homenagem dos médicos portugueses” desapareceram mas foram rapidamente repostas graças a diligências do Guardião do Cemitério, Senhor João de Almada, antigo Concierge do Reid’s Hotel e os patrocínios de M.M.A.R. e dos diabetologistas portugueses.

A lápide de Robert Willan permanece na sua parede. Tinha uma florinha seca.

Langerhans foi homenageado em 2005 por Ralph Steinman e colegas que voltaram ao Funchal entre 3 e 6 de Setembro de 2009 para o “11th International Workshop on Langerhans Cells”.

Ralph Steinman (1943-2011), Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia (2011), deixou esta vida no momento em que soube que tinham atribuído o Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia aos seus estudos sobre as “Células de Langerhans”.

Referências

- Almeida-Ruas, M.M.: “Dissecação inaugural de Paul Langerhans (1869)”, Rev. da APDP “Diabetes – Viver em Equilíbrio”, 38, 2006;
- Expresso: “Lixeira da Gafaria”, 21-07-2015;
- Ovington, J.: “Voyage to Suratt”, London, 1689;
- Ovington, J.: “An essay upon the nature and qualities of Tea”, London, 1699;
- Poiares-Baptista, A.: “Robert Willan e Paul Langerhans”, R. Ordem dos Médicos, 28, 132, 2012, 78-82;
- Vernon Harcourt, E. V.: “A sketch of Madeira”, London, 1851.



Maria Mariana Fernandes Bettencourt Viana

Assistente hospitalar de Patologia Clínica no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

O Rufar de Outro Tambor

Texto apresentado no Congresso de 2012 da União Mundial de Escritores Médicos que teve lugar em Lisboa. Trata-se de um relato sob forma de diálogo, evocando a primeira mulher a exercer cirurgia no exército americano.

*Ao nosso Colega e Amigo
Carlos Vieira Reis,
pela sua franqueza tanto
na guerra como na paz.*

Era num chuvoso início de verão na costa Leste da América, em 1864. A Guerra de Secesão parecia eternizar-se, atolada na lama morna junto aos rios da Virgínia, então uma das frentes de combate entre o Norte e o Sul. Algures na terra de ninguém, sob uma tenda encharcada que não abafava os queixumes vindos de ambos os campos, o General Ulysses Grant, recentemente nomeado por Lincoln comandante supremo dos Exércitos da União, e o General Robert Lee, o mais respeitado chefe militar dos Estados Rebeldes, discutiam pausadamente uma troca de prisioneiros.

Grant expunha a sua posição ao colega Sulista:

- Sabe, General, quanto me tenho oposto em Washington à continuação destas trocas de prisioneiros, dada a fraca maneira como a vossa Confederação tem honrado os compromissos então assumidos, em ocasiões anteriores. Pôrém, o presente caso assume uma

importância particular. Desta lista de prisioneiros a trocar constam cerca de quarenta médicos ou cirurgiões que assim seriam devolvidos às suas unidades respetivas: número considerável, se tivermos em conta que, no início da guerra, a Autoridade Sanitária da Nação consistia apenas num total de 115 cirurgiões, 24 dos quais se passaram logo para o vosso campo. Concordará comigo em quanto todos os Exércitos envolvidos nesta guerra estão desfalcados de pessoal de saúde eficaz!

- Sim, enviaram-me a cópia de um artigo escrito por um editor do Kentucky, acusando os Médicos de serem "responsáveis pela morte de mais soldados das nossas fileiras, do que todos os se-quazes do Lincoln". Ninguém é capaz de me fornecer estatísticas fiáveis, mas calculo que o número de mortes em consequência de ferimentos seja tanto quanto o número de mortes ocorridas durante os combates, e que as mortes por doença sejam mais do dobro de todas essas somadas...

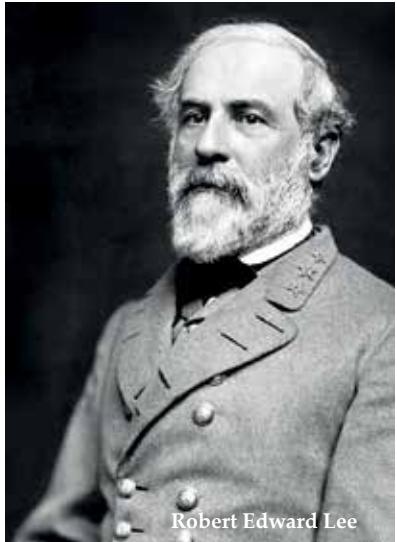
Grant fez um sinal afirmativo.

- Tenho quase o mesmo problema em obter dados exatos, e já fiz

de cabeça umas contas parecidas. Apesar de tudo, creio que os pobres diabos... isto é, os dignos profissionais do nosso Departamento Médico estarão fazendo o melhor que podem e sabem. O que há é uma grande soma de ignorância. Até os Lentes das Universidades ainda discutem se a supuração de uma ferida, no pós-operatório, é um processo louvável, prenunciando a cura, ou se pelo contrário deve ser evitada, mediante a anti-sepsia dos instrumentos e da incisão... A nossa farmácia militar até está bem provida de quinino, rúbarbo, cânfora, valeriana e xarope de esquila, mas nunca me constou que houvesse um stock de alguma solução ácida na qual demolhar os escalpelos, as compressas e os fios de sutura, conforme advogam algumas sumidades civis! Creio que os nossos cirurgiões se limitam a mandar lavar os seus ferros e secá-los bem, para evitar que enferrem... Isso no melhor dos casos, porque às vezes nem têm tempo para passar por água o material mais crítico, aquelas sondas com as quais remexem na profundidade das feridas para tentar extrair as balas...



Ulysses S. Grant



Robert Edward Lee

Lee ficou sombrio, pensando na boa fortuna do Nortista em dispor de uma farmácia tão bem apetrechada, mesmo descontando a falta de anti-sépticos: ele, após a dolorosa derrota sofrida em Gettysburg, não tivera para os seus rapazes, que os cirurgiões sentenciasssem a ser amputados, nem éter, nem clorofórmio... Mas esboçou um meio sorriso, já que Grant, deplomando ainda a falta de higiene reinante nos bivaques, em que cada dois homens deviam partilhar uma enxerga, maldizia agora um tipo de sarna que atacara os Nortistas desde que estes se tinham visto obrigados a avançar sob a folhagem densa dos carvalhos da

Virgínia; sarna ocasionada por um ácaro vermelhusco que chovia das árvores, penetrando na carne dos soldados e levando-os a coçar-se desesperadamente...

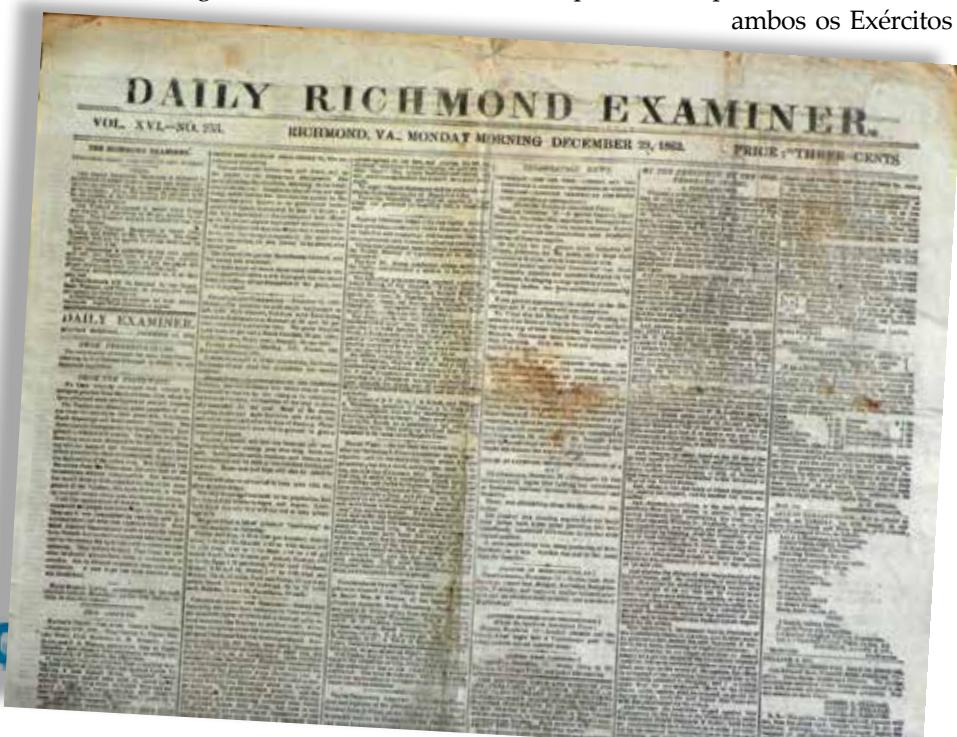
- Sim, essa sarna é a arma secreta do meu estado natal... Os nossos já estão habituados; são hábeis a extrair esses bichos da pele com uma ponta de cigarro. É natural que a rapaziada ianque se veja mais aflita!

Grant resfolgou irritado, não sem deixar de reconhecer que as jalecas de algodão dos soldados Rebeldes eram menos dadas à vérmina do que os capotes de lã da tropa Nortista. Mas havia que admitir que outros problemas afetavam ambos os Exércitos

por igual: assim, aquela disenteria sanguinolenta que, ao contrário dos outros desarranjos intestinais comuns nos acampamentos, não se resolvia simplesmente melhorando a qualidade do rancho (ordinariamente um pedaço de sebo rançoso a boiar numa sopa deslavada, rancho que ninguém conseguia variar a não ser talvez aqueles crioulos dos mangues da Luisiana, peritos em tornar apetitoso qualquer animalcejo) e que reduzia a farrapos os moços mais sólidos. Sem dúvida que, num e outro campo, eram necessários médicos que realizassem mais do que única tarefa que muitos oficiais consideravam importante, e que consistia em chutar de volta para a frente de combate os magalas que pretendessem dar parte de doentes...

- Seria vantajoso para ambos, mas o vosso Exército sairia mais beneficiado! - fez notar o Sulista, tendo colocado os óculos para conferir atentamente a lista de profissionais de Saúde a trocar - A nossa Confederação recuperaria 17 cirurgiões, e a União umas duas dúzias de doutores, além de... - e deteve-se sobre um nome feminino - além de Mary Edwards Walker, Cirurgião Assistente, Primeiro Tenente do 52º Regimento de Infantaria dos Voluntários do Ohio? Não me diga que é aquela mulher de calças que andou pela frente de combate brandindo um bisturi, e fazendo saber a todos os homens com alguma autoridade, a Norte e a Sul, o que pensa deles!

- Pois é essa mesma! E se quer a minha opinião, creio que alguns dos nossos terão deixado o nome dela na lista por descargo de consciência, mas sem verdadeiro empenho em que ela volte às nossas fileiras, achando mais cômodo vê-la causar distúrbios no vosso campo... Soltá-la, seria pregar uma boa partida a muitos políticos



em Washington, para quem a sua conversa frontal tem sido um embaraço. Diz-se que até Senadores abalavam a esconder-se na casa de banho, para evitar encontrar-se com ela nos corredores do Capitólio! Tanto Republicanos como Democratas já a tentaram aliciar para o respetivo partido, mas ela fala de alto a todos... E faz bem; os políticos não merecem que uma médica sobrecarregada de trabalho ande a quebrar lanças por uns ou por outros! - afirmou Grant que, com a sua lisura de guerreiro, detestava as quezílias partidárias.

Seguiu-se um silêncio, em que cada General procurou adivinhar os pensamentos do outro. Estaria o Nortista sendo verdadeiro, ou tecia tais comentários da sua Doutora, para a obter de volta por uma menor contrapartida? E a Sul, aceitariam de bom grado abrir mão daquela mulher tão arrojada? Realmente, aquela Mary Walker causava perplexidade!

Poder-se-ia pensar que o pai, que praticara medicina numa área ainda rural do Estado de Nova Iorque, até lhe daria uma educação tradicional. Porém, como

gente que vivia exclusivamente do próprio trabalho, a família levara a sua incondicional oposição à escravatura até uma recusa absoluta de qualquer forma de sujeição. Por isso, tencionara dotá-la, tal como às suas quatro irmãs, de uma profissão que lhe permitisse singrar na vida sem sequer depender de um esposo... Mary Walker fora a única mulher do seu curso, na prestigiada Faculdade de Medicina de Syracuse. Antes dos 23 anos, e já munida do seu canudo, escrevera e fizera conferências em defesa dos direitos das mulheres, e depressa se vira envolta em controvérsia...

Desde as primeiras batalhas da Guerra Civil, travadas nos bosques e trigais do vale do Potomac, pretendera juntar-se ao Exército: na infância que passara na quinta de seus pais, devendo ajudá-los na faina agrícola após chegar da escola pública que eles haviam construído em seus terrenos, enfiava calças de ganga, não a chocando por isso a ideia de mudar para uma farda; nos seus anos de caloura, sobre a mesa das dissecções anatómicas, já tivera de

recolher em bandós severos o seu cabelo em cachos de menina; não lhe custaria pois ter de usá-lo curto sob o boné com o número da sua unidade...

Entre sucessivas humilhações, ajudara a montar um hospital improvisado no Departamento das Patentes em Washington (em companhia daquela Clara Barton que, anos após, viria a fundar o ramo americano da Cruz Vermelha). Chegara a gozar de quase tanta autoridade como o seu chefe Doutor Green, um dos poucos que lhe apreciava o trabalho. Para que não persistissem dúvidas quanto às suas qualificações, tirara um segundo Curso Médico, numa nova Faculdade, mas tal não impressionara muitos dos seus pacientes. Os magalas, confinados aos seus catres pelas pneumonias que faziam razias nos aquartelamentos, indignavam-se de que ela lhes desabotoasse a farda sobre o peito suado, para melhor aplicar o estetoscópio. Senhoras de boa sociedade, detidas por haverem feito propaganda da Causa Sulista, e a quem ela pretendera igualmente prestar auxílio, cuspiam fora os



Chickamauga por Kurz & Allison - Library of Congress

comprimidos que ela lhes receitas-se, sentindo-se ofendidas nos seus preconceitos: não que no Sul faltassem as mulheres aguerridas; se o Norte tinha aquela Dorothea Dix que superintendia a formação do pessoal de enfermagem, e aquela Cornelia Hancock que se devotara ao serviço dos escravos fugitivos, o Sul orgulhava-se de que as suas rapariguinhas já trabalhassem nas raras fábricas de armamento da Confederação e que mesmo filhas de donos de plantações, daquelas que nunca aceitariam dançar abraçadas senão com um primo direito, não temessem sujar-se ao serviço dos seus feridos. Mas aquela médica de calças era "uma aberração"!

Consolava-a que algumas mulheres do Norte se tivessem mostrado mais gratas: em Washington, vira com um choque as mães, esposas e filhas de soldados desaparecidos, vindas inquirir do paradeiro de seus filhos, maridos e pais, serem vilmente tratadas pelas autoridades e sujeitas a dormir nos bancos dos jardins públicos, em frente aos edifícios governamentais; não hesitara por isso em acolhê-las na sua própria casa...

Podia ter cumprido o seu ideal de médica ficando na retaguarda, administrando vacinas aos que iam ser integrados nas forças e cuidando do repatriamento daqueles que não poderiam voltar a combater. Mas preferira ir servir na primeira linha... Aí, depressa se tornara claro que não fazia distinção de pessoas: os seus ralhos tanto iam para os respeitáveis cavalheiros de meia-idade que cumpriam as funções de maqueiros, quando estes transportavam os feridos por terrenos accidentados numa postura que lhes agravaava as lesões, como para os forçosos escravos libertos que recolhiam os mortos, quando estes atirassem um corpo para a

cova sem dar tempo de verificar o óbito. O número de galões não lhe merecia mais respeito do que a cor da pele: acusara os sargentos e oficiais encarregues do treino dos recrutas, de os obrigarem a carregar fardos que provocavam o apreendimento de hérnias. E sobretudo, despertara a hostilidade dos cirurgiões, já que considerava abusivas muitas das amputações por eles praticadas e chagara a encorajar os feridos a recusar tal tratamento... Ou seja: era um elemento desestabilizador!

- Só foi finalmente aceite após a nossa retirada de Chickamauga, no Tennessee... -observou Grant, resumindo assim a carreira da jovem médica.

Lee teve uma expressão tristeida, pois Chickamauga fora, para os seus, uma vitória amarga: os oficiais Rebeldes haviam castigado aquele General George Thomas que lá comandava os Nortistas (tendo renegado o Sul onde nascerá) mas haviam perdido 18000 homens, enquanto que a tropa ianque só ficara reduzida em 16000... Grant prosseguia:

- Esse lugar merece bem o nome que lhe deram os Índios Cherokees, "rio de sangue"... Mas a Mary tratou os nossos rapazes lá, bem como nos vários combates que se sucederam semanas depois, e em que tirámos a nossa desforra, embora tenhamos sofrido ao todo 60000 baixas... Obviamente, tornou-se uma figura indispensável. Foi nesse entremeses que acabou sendo oficialmente designada pelo General Thomas como "cirurgião contratado" do 52º Regimento, cujo médico falecera há pouco. O Coronel McCook, seu superior imediato, reconheceu-lhe o valor; mas por mais que a necessitassem, os soldados fizeram um alarido! Quanto ao Doutor Perin, Director do Pessoal de Saúde, trovejou contra "tamanha monstruosidade" afirmando que ela não teria "mais qualificações do que a maioria das donas de casa", e exigindo que lhe fosse feito um exame pela Junta Médica do Exército!

Homem profundamente devoto, o Sulista comentou:

- É natural que desconfiassem de uma mulher capaz de se sujeitar a conviver com as torpezas infelizmente tão comuns na vida militar... Num artigo do "Richmond Examiner" o jornalista escandaliza-se, dizendo que "só a depravação do Norte poderia produzir tal criatura"! No Sul, fala-se dela como de uma libertina!

- Em Washington, pelo contrário, consideram-na uma beata! - objetou o Nortista, não menos piedoso na sua fé - Não que seja fanática... Pertence à Igreja Metodista, mas tanto prestaria assistência aos Católicos ferrenhos da Brigada de imigrantes Irlandeses, quanto aos Judeus da Companhia C do 82º do Illinois... Mas certa vez, quando a censuravam pelo seu uso de roupas masculinas, replicou que usava tais roupas não só por preocupação de higiene, já que "os corpetes de barbas de baleia dificultam o afluxo de sangue aos pulmões e as saias de folhos acumulam os germes das ruas" mas também, e continuo a citá-la "por um alto princípio moral, já que as atuais modas, inventadas pelas meretrizes das capitais europeias, são inteiramente impróprias para a modéstia da mulher americana"! E no nosso Exército, esse espírito austero não tem sido apreciado em demasia... Os seus sermões sobre os malefícios do álcool caem mal junto dos magalas, que tanto gosto têm em receber um cantil daquele uísque de grãos de milho, a troco de uma missão bem cumprida. Acusam-na de querer acabar com os poucos prazeres permitidos em

tempo de guerra. E pretende banir o fumo do tabaco, que julga responsável de insanidades e paralisias! – concluiu com um suspiro o General Grant, ele próprio um fumador inveterado.

O General Lee suspirou também, esperando que a Doutora Mary Walker não demonstrasse a mesma sanha contra aquela pasta de folhas de tabaco prensadas que os rebeldes do Sul tinham por hábito mascar: os pobres rapazes precisavam disso para enganar a fome e ganhar ânimo para enfrentar um inimigo superiormente apetrechado...

Mas Grant salientava agora como, maugrando toda a má vontade acumulada contra ela, Mary conseguira gozar de relativa liberdade de movimentos. Insistira em ter uma farda como a dos homens, apenas com a túnica descendo abaixo dos joelhos... E as autoridades militares haviam-se visto obrigadas a tolerar as extravagâncias do novo "Cirurgião Contratado". Quando o General Tecumseh Sherman, planeando uma grande ofensiva, congregara as forças Nortistas junto à fronteira entre o Tennessee e a Geórgia, a Doutora permanecera ousadamente pela região, cavalegando sem escolta pela fronteira entre ambos os estados, a pretexto de prestar auxílio às populações vitimadas pelo conflito. De tal modo que, na Primavera anterior, fora surpreendida por uma patrulha Sulista... Lee não era alheio ao facto.

- Recordo-me bem! O General Daniel Hill, de quem esses homens dependiam, não deixou de telegrafar para os nossos governantes em Richmond, dizendo que havia capturado quem ele considerava uma ardilosa espia... E foi com a acusação de espia que a encerraram na prisão de Castle Thunder...

As prisões militares gozavam de uma triste celebridade: no Norte,



Clara Barton



Mary Walker

um dos castigos preferidos consistia em pendurar os cativos pelos polegares, com os dedos dos pés mal tocando no chão; outro em amarrá-los de pernas e braços aos raios de uma roda de carroça. No Sul, vigorava o castigo de lhes atravessar uma baioneta na boca a modo de freio, ou o menos cruel mas mais humilhante de os obrigar a marchar vestidos apenas com as aduelas de uma barrica: e se os oficiais infligiam tais tratamentos aos seus próprios subordinados, como não tratariam os prisioneiros inimigos? No Sul, no campo de concentração de Andersonville, os desgraçados, expostos às intempéries, eram obrigados a escavar abrigos com as mãos, já que não dispunham de ferramentas de que se pudesse servir para se evadirem; no Norte, em Fort Delaware, gastavam as suas parcas forças a arrastar pedras e troncos para evitar que fosse inundada a prisão, situada numa ilha e em parte abaixo do nível da água. E a prisão para onde Mary Walker fora levada não ficava atrás de muitas em má fama...

- Até os meus conterrâneos consideram a prisão de Castle Thunder um feio sítio! -concedia o Sulis-

ta – Era um antigo armazém de tabaco... Nunca teve as mínimas condições para lá se armazenarem seres humanos, e agora está sobrelotada. E o Capitão George Alexander, encarregado de a administrar, é meio tarado, embora nunca se tenha provado nada contra ele, já o dissemos ao nosso presidente Davis!

- Não ignoro quanto se passa nas vossas prisões, pois temos os nossos informadores... Já sei que, em consequência dos maus tratos sofridos, a nossa Mary ficou com perturbações na vista, que lhe dificultarão a prática médica, no futuro. E conhecendo o mau funcionamento das nossas próprias instituições, calculo que só lhe irão atribuir uma pensão miserável, menos do que recebe uma viúva de guerra. Isto apesar de quanto lutou pelos outros presos, a maioria doentes devido à água pútrida que eram obrigados a beber. Claro que, de início, os vossos se recusaram a deixá-la ministrar cuidados. Mas a Doutora, embora ela pró-

pria a tremer de febre, enfrentou os responsáveis e exigiu melhores condições... Lá conseguiu ao menos umas rações extra de cereais e hortalica...

- Conseguir isso do George Alexander! É de se lhe tirar o chapéu!

- A nossa Mary não se deixa vergar por quem quer que seja. Consta que se terá negado a prometer obediência ao marido, na cerimónia de casamento...

O Sulista teve uma expressão reprovadora por trás da barba cor de arminho que lhe dava um ar de fidalgo antigo, zeloso das tradições. Algo divertido com o escândalo do seu colega, Grant enfatizou:

- Está-se a ver que nem o matrimónio, nem o consultório que o casal tinha em sociedade, duraram muito tempo! Mas a Doutora Walker (o nome de solteira, que sempre conservou) preferiu correr esse risco... É daquelas que estimam que o princípio de que todos os homens são iguais, se aplica também às mulheres. Oferecendo-se voluntária para servir o nosso Exército, destacou bem que o fez

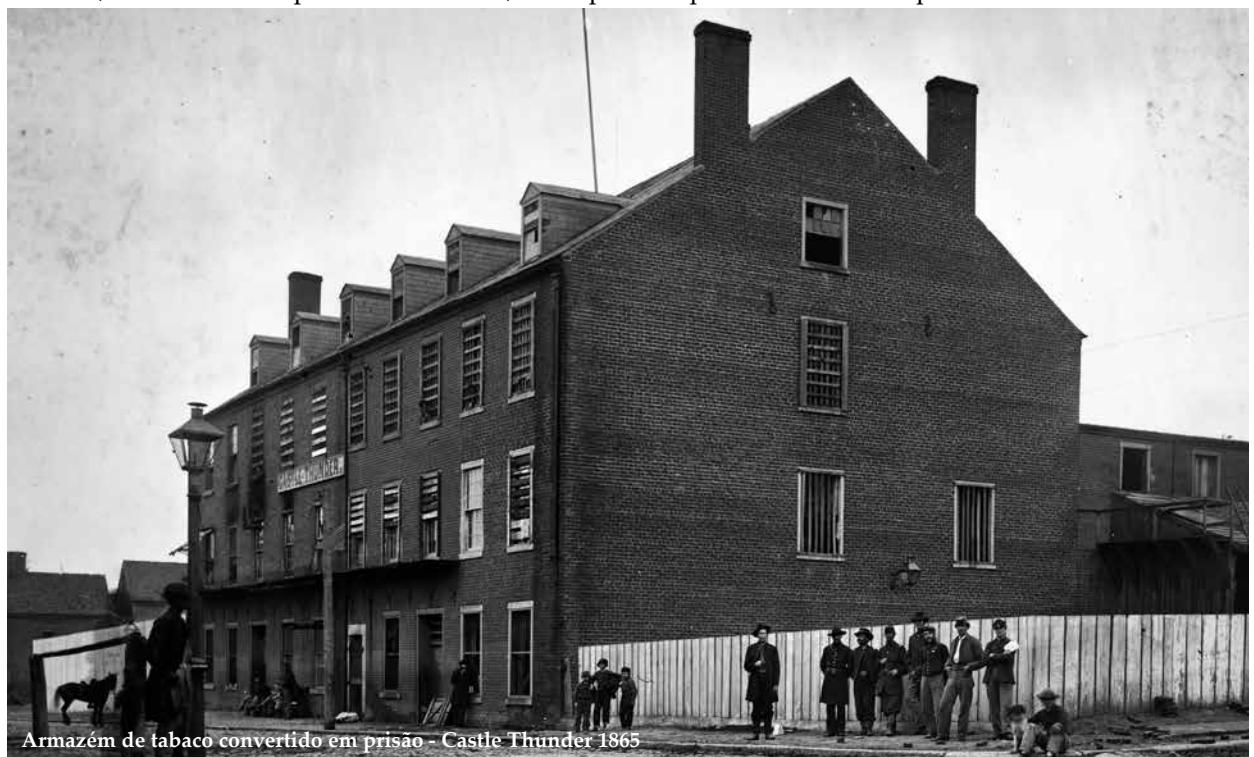
por decisão própria, querendo "que todas as gerações saibam que a sua liberdade também foi garantida por mulheres de uniforme...". Porém, afirma que "moralmente, as mulheres não podem ser obrigadas a apoiar o esforço de guerra de um Presidente e de um Governo que não elegeram, já que não lhes é concedido o direito de voto!" Suponho que é esse facto de combater numa guerra em cujo início não teve voz ativa, que a leva a sentir tanta afinidade com os antigos escravos que formaram os nossos "Regimentos Negros"!

- Mas que quer ela? Mais uma mudança na Constituição?

- Bem mais do que isso! Ela afirma que não é necessário mudar a Constituição; o que há é que mudar a cabeça às pessoas! E para o conseguir, não hesitou em andar a fazer discursos, desde as associações de operários do Michigan até às Academias de Filadélfia! A um polícia que, questionando as suas atividades, a interrogou sobre o motivo de ela não se encontrar no seu lar, ela respondeu que o seu lar

era "onde quer que flutue a nossa bandeira"!

- Pelo que me contaram dela, também se portou como em sua casa no Sul, onde flutua a bandeira da cruz de estrelas que eu sirvo. É bem verdade que nunca pode ter recebido mais do que um punhado de amendoins de qualquer dos meus compatriotas, arruinados pelas vossas depredações. Mas se alegou um interesse humanitário pelos civis em território inimigo, e se foi servir-se da sua ocupação de médica para fazer espionagem, tal deslealdade merece um justo castigo! E há boas razões para pensar que o tenha feito... Com tantos feridos que vos causámos, nesses combates pelo Tennessee, como se explica que ela dispusesse ainda de tempo para cruzar a fronteira da Geórgia, a dar assistência aos nossos civis refugiados nos pântanos e brejos, a administrar-lhes febríferos e até realizar partos? De tempo e de meios, já que fui informado que ela chegou a distribuir por essa pobre gente rações tiradas ao aprovisionamento da União!



Armazém de tabaco convertido em prisão - Castle Thunder 1865

Não é crível que se ausentasse sem licença para o nosso território, assim provida de remédios e de mantimentos. Tal configuraria um crime de deserção, punível com a pena máxima!

Grant sentiu que a conversa tomava um rumo desfavorável, pois Lee era um disciplinador firme, por mais que lhe repugnasse ter de aplicar o castigo reservado aos desertores, fuzilados sobre o próprio caixão. O Sulista prosseguia

- É óbvio que Mary Walker tinha segundas intenções... Não me posso esquecer que, logo após ela ter sido capturada, e muito provavelmente graças ao que ela havia relatado sobre as condições das nossas forças, o vosso Sherman pôde iniciar a sua bárbara marcha pela conquista de Atlanta, deixando após si só terra queimada! Essa mulher é perigosa!

- Fique descansado, General Lee. Não duvido que diversas altas patentes tenham querido aproveitar as excursões que ela fazia pelo vosso território para obter informações privilegiadas. Mas daí a que ela se tenha prestado a tal... Não! Antes de jurar obediência aos seus superiores na hierarquia militar, ela havia jurado seguir os princípios de Hipócrates!

- Mas porque permitiu então o Sherman que até os vossos homens acreditassesem que a abnegada Doutora estava sendo usada para missões de espionagem?

- Muito francamente, General! Parece-lhe que o Sherman preferisse que os homens ficassem a pensar que ele deixava uma mulher proceder como muito bem entendesse? Já lhe bastava a risota que correu pelo acampamento, quando alguns magalas o tinham ouvido praguejar contra a Doutora, intimando-a a que "trocasse ao menos aquela farda ridícula por uma saia e um avental" e a haviam

visto voltar-lhe costas, encolhendo os ombros...

O Sulista refletiu que tal argumentação fazia sentido: e Mary Walker começava a merecer a sua simpatia, se era capaz de fazer frente a Sherman, o arqui-inimigo das gentes do Sul! Percorrendo novamente a lista, concluiu, de modo conciliador:

- Bem, podemos trocar a vossa Doutora por este nosso cirurgião, que tem o posto de Major... Creio que ela se irá orgulhar disso o resto da vida...

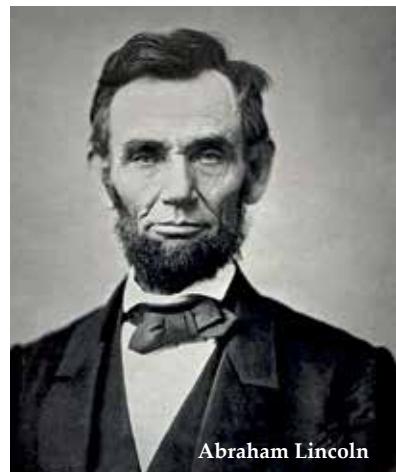
- Terá isso e muito mais de que se orgulhar! Seja por uma admiração franca, seja para a ver satisfeita e calada, os Generais Sherman e Thomas vão propor ao Presidente Lincoln que lhe seja concedida a Medalha de Honra do Congresso...

- Admita que isso é suspeito! Essa medalha, a mais alta condecoração militar, apenas deveria ser concedida por provas dadas de valor em combate contra o inimigo, e ela nunca participou como combatente em qualquer batalha...

- Irão alegar o modo diligente com que ela se empenhou no socorro aos nossos feridos e doentes, em detrimento da sua própria saúde...

- E o Lincoln vai nisso?

- Irá. Talvez até lhe conceda a Medalha mais expedidamente do que o lugar assalariado que ela já tanto pediu... E que também acabará conseguindo, à força de insistência. Só espero que os magalas, que segundo parece já iam tomado respeito à sua Doutora, não lhe fiquem então novamente com azar... Se conseguir o lugar assalariado, ela sempre ganhará cem dólares por mês, sete vezes mais do que eles! Lembrem-se ao menos que, até agora, a Doutora cumpriu a sua missão só a troco de uma tenda e da ração do rancho... Assombrado, o General Lee deteve o gesto com que rubricava a lista



Abraham Lincoln

de prisioneiros. Imaginou a Doutora Mary Walker, que em Warrenton e Fredericksburg também fora decerto afetada por aquela sarna que era "a arma secreta do Estado da Virgínia", com as mãos em carne viva devido a essa praga, e afligida acima de tudo com a ideia de poder transmitir alguma infecção aos seus operados. Viu-a integrada na equipe de um daqueles "blocos operatórios" de campanha, que funcionavam sob toldos de lona, algo como a cadeia de montagem de uma fábrica: uma fileira de mesas de madeira, disposta entre o pátio de terra batida onde os desgraçados a operar eram descarregados pelas ambulâncias de beliches sobrepostos puxadas a seis mulas, e a pilha de membros destroçados.... Viu-a de braços nus sujos de sangue até aos cotovelos, entrouxada sem graça no pano áspero da bata que lhe arranhava o colo juvenil sobre o corpete subido que ela própria costurara, um corpete que, sem lhe dificultar os movimentos necessários em cirurgia, lhe occultasse as formas de mulher à cobiça dos soldados... Viu-lhe os olhos vermelhos pelos lâmpadas fumarentas que, quando o dia baixava, lançavam sombras bruxuleantes no campo operatório, os pés de veias encordoadas já mal cabendo nas galochas, viu-a de pé hora após

hora, mal tendo tempo para uma fugida às latrinas, sem a higiene necessária a uma mulher, sem outro conforto que a sustentasse além do mesmo café dos soldados, um café moído com a coronha da espingarda e sorvido à pressa por um púcaro de lata; quando muito, talvez acompanhado de um pedaço daquele biscoito tão duro que precisava ser demolhado para se tornar tragável.

Viu-a tratando todo o tipo de feridas: os tão frequentes esfacelos, provocados por aquelas balas cónicas com o peso de uma onça, das espingardas de carregar pela boca; as irremediáveis lacerações causadas pelos projectéis de artilharia que rebentavam em voo, ou pelas latas cheias de balas de mosquete disparadas a médio alcance; as contusões extensas causadas pelo chumbo irregular com que eram atestados os canhões, quando o inimigo já estivesse a ponto de tomar uma bateria... Viu-a debruçada sobre uma amputação com a qual não tivesse concordado, sendo chamada os nomes mais grosseiros pelos colegas masculinos, e cerrando os dentes sem desviar a atenção do trabalho delicado em que estava empenhada, laquear os vasos sanguíneos...

E vendo tudo isto em pensamento, o garboso Sulista ergueu a sua estatura imponente, deixando explodir a sua indignação:

- A troco de uma tenda e da ração do rancho? E isso não vos envergonha, no vosso livre e igualitário Norte? Decerto, essa doutora de calças não é uma senhora! Mas eu não exigiria tanto à minha mais humilde escrava! Nem qualquer dos antigos escravos que combatem no vosso campo se sujeitaria a essas condições! Sei do que estou falando!

- Não só por isso... Também lhe arranjámos aquela fardeta absur-

da... Até melhor do que a minha, aliás! - resmungou Grant, entre atrapalhado e furioso com tal observação, enquanto contemplava o desalinho do seu capote puído, para não ter de baixar os olhos perante o seu inimigo. Sim! Saberia decerto do que falava, aquele velho aristocrata que se gabava de nem todos os seus Negros o haverem deixado após a Emancipação, e a quem mesmo os recrutas brancos, aqueles saloios do Sul profundo que combatiam descalços e em camisa, tratavam por "Senhor nosso Amo". O General do Norte sentiu uma lágrima raivosa fugir-lhe para a barba inculta. Nunca recebera igual veneração por parte dos seus homens. Nem no início da Guerra, em que os moços ingénuos das vilórias da Nova Inglaterra se alistavam a troco do louvor dos oradores itinerantes que incitavam à guerra, e do beijo de alguma artista contratada para o efeito. Nem sobretudo agora, quando o recrutamento agressivo por parte das autoridades revoltava os proletários citadinos. Talvez não o respeitassem por o sentirem tão simples quanto eles, também um antigo campónio a tentar fazer o seu caminho entre a sociedade industrial... Quantos daqueles rapazes que ele estimava sinceramente, mas cujas vidas tinha de contabilizar como se fossem fardos de ração, jaziam nesse momento ao abandono, com as feridas já infestadas de vermes e insultando-o com o último fôlego: "Aquele carniceiro beberrão que nos meteu nesta"... Ah! Se Mary Walker ali estivesse, incansável na sua generosidade, diligente a prestar ajuda nas trincheiras ou no mato, talvez nem todos se perdessem! Não seria demais trocá-la por um Major!

E também o General Grant viu a sua indómita Doutora, cavalgando

destemida entre as linhas inimigas, ostentando a farda azul da União sobre o peito sadio de rapariguinha, onde as correias da mochila de médica se cruzavam com as cartucheiras das duas pistolas que usava - a Smith and Wesson, que pelo seu curto alcance apenas lhe serviria para defesa pessoal, a Colt, já de calibre de guerra mas que apenas trazia consigo para tranquilizar um pouco os seus maqueiros improvisados... E com uma ternura rude, o Nortista acrescentou, só para si: "Deus te abençoe, mulher! Já mereces bem a Medalha de Honra do Congresso... E já agora, os teus cem dólares por mês! Mas não poderias praticar a tua Medicina de boca calada, como dizem os políticos de Washington?" E concluiu em voz alta:

- Eu luto para vos fazer voltar ao redil da União; o General Lee luta para que seu Estado natal não tenha a receber lições nossas. Os Negros alistam-se para nos provar a todos que têm tanto valor quanto quaisquer brancos. E todos os que, vindos de longe ou perto se envolveram neste conflito, quadrilheiros da fronteira mexicana, batedores índios, ingleses, franceses e alemães, zuavos de Argel e cossacos da Criméia, polacos, húngaros e croatas, cipaios e janízaros, gari-baldinos de Nápoles e revoltosos de Nanquim, lutam pela fortuna, ou por aquilo a que chamamos glória, ou porque era a única coisa que já sabiam fazer, nas suas terras. Mas a Mary Walker... Por que luta ela, ao certo?

Destacando lentamente uma cópia a papel químico da lista de prisioneiros, Lee meneou a cabeça:

- Também não sei. Mas talvez essa mulher esteja entre aqueles de quem se diz que marcham segundo outro compasso, porque escutam o rufar de outro tambor.

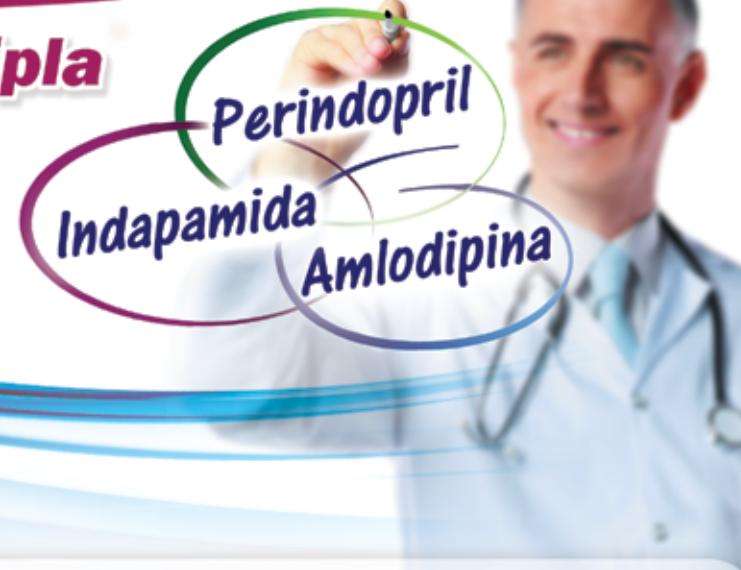


TRIPLIXAM®

Perindopril > Indapamida > Amlodipina

1 comprimido/dia

O PODER da EVIDÊNCIA em associação fixa tripla



COMPARTICIPADO

Informações essenciais compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento - COMPOSIÇÃO: Triplixam® 5mg/1,25mg/5mg comprimidos revestidos por película contém 5 mg de Perindopril arginina (per)/ 1,25 mg de Indapamida (ind)/ 5 mg de Amlodipina (amlo); Triplixam® 5mg/1,25mg/10mg comprimidos revestidos por película: 5mg per/1,25mg ind/10mg amlo, Triplixam® 10mg/2,5mg/5mg comprimidos revestidos por película: 10mg per/2,5mg ind/5mg amlo, Triplixam® 10mg/2,5mg/10mg comprimidos revestidos por película: 10mg per/2,5mg ind/10mg amlo. **INDICAÇÕES:** Triplixam está indicado como terapêutica de substituição para o tratamento da hipertensão essencial, em doentes já controlados com a associação fixa perindopril/indapamida e amlodipina tomados com a mesma dose. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Um comprimido revestido por película de Triplixam por dia, numa única toma, de preferência de manhã e antes de uma refeição. A associação fixa não é recomendada para terapêutica inicial. Se for necessário alterar a posologia, a titulação deve ser feita com os componentes isolados. População pediátrica: não deve ser utilizada. **CONTRAINDICAÇÕES:** Doentes hemodialisados. Doentes com insuficiência cardíaca descompensada não tratada. Compromisso renal grave (depuração de creatinina inferior a 30 mL/min). Compromisso renal moderado (depuração de creatinina inferior a 60 mL/min) para as dosagens de Triplixam 10mg/2,5mg/5mg e 10mg/2,5mg/10mg. Hipersensibilidade às substâncias ativas, às outras sulfonamidas, aos derivados das dihidropiridinas, a qualquer outro IECA ou a qualquer um dos excipientes. Antecedentes de angioedema (edema de Quincke) associado a prévia terapêutica com IECA. Angioedema hereditário ou idiopático. Segundo e terceiro trimestres da gravidez (ver secções Precauções especiais de utilização e Gravidez e Amamentação). Aleitamento (ver secções Gravidez e Amamentação). Encefalopatia hepática. Compromisso hepático grave. Hipocalémia. Hipotensão grave. Choque, incluindo choque cardiogênico. Obstrução do infundibulo de saída do ventrículo esquerdo (p. ex. grau elevado de estenose aórtica). Insuficiência cardíaca hemodinamicamente instável após enfarcto agudo do miocárdio. Utilização concomitante de Triplixam com produtos que contenham alisicrieno em doentes com diabetes mellitus ou com compromisso renal ($T_{FG} < 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$) (ver secções Precauções de utilização e Interações medicamentosas). **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Advertências especiais: Duplo bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA): IECA e bloqueadores dos receptores da angiotensina II não devem ser usados concomitantemente em doentes com nefropatia diabética Neutropenia/agranulocitose/trombocitopenia/anemia: precaução extrema nos doentes com doença vascular colagénica, terapêutica imunossupressora, tratamento com aleipronil ou procaínamide, ou uma combinação destes fatores de risco, especialmente em caso de compromisso da função renal pré-existente. Monitorização periódica dos níveis de globulos brancos no sangue. Hipersensibilidade/angioedema/angioedema intestinal: interromper o tratamento e monitorizar até a resolução completa dos sintomas. Angioedema associado ao edema da faringe pode ser fatal. Reações anafilactoides durante a dessensibilização: precaução em doentes alérgicos tratados com dessensibilização e evitar em imunoterapia com veneno. Suspensão temporária do IECA pelo menos 24 horas antes do tratamento. Reações anafilactoides durante a aferese com LDL: interrupção temporária do tratamento com IECA antes de cada aferese. Doentes hemodialisados: deve ser considerada a possibilidade de se utilizar um outro tipo de membrana de diálise ou outra classe de anti-hipertensor. Gravidez: não deve ser iniciado durante a gravidez, o tratamento deve ser interrompido e, se apropriado, deverá ser iniciada terapêutica alternativa. Encefalopatia hepática: interromper tratamento. Fotossensibilidade: interromper tratamento. Precauções de utilização: Função renal: Em alguns doentes hipertensos sem lesões renais pré-existentes a parente e nos quais as análises de sangue demonstram insuficiência renal funcional, o tratamento deve ser interrompido e possivelmente recomendado com uma dosagem mais baixa ou com um único constituinte. A monitorização frequente do potássio e creatinina, após duas semanas de tratamento e após cada dois meses durante o período de estabilização terapêutica. No caso de estenose bilateral da artéria renal ou só com um rim em funcionamento: não recomendado. Risco de hipotensão e/ou insuficiência renal (em casos de insuficiência cardíaca, água e depleção eletrolítica, doentes com pressão arterial inicialmente baixa, estenose arterial renal, insuficiência cardíaca congestiva ou cirrose com edema e ascite): o tratamento deve ser iniciado com uma dose mais baixa e aumentado progressivamente. Hipotensão e água e depleção de sódio: risco de hipotensão súbita na presença de depleção sódica pré-existente (em particular em indivíduos com estenose da artéria renal): avaliação regular dos eletrolíticos plasmáticos, restabelecimento de um volume sanguíneo e pressão arterial satisfatórios, reiniciar o tratamento com uma dose reduzida ou só com um dos constituintes. Níveis de sódio: análises devem ser mais frequentes nos idosos e doentes com cirrose. Níveis de potássio: hipercalemia: monitorizar o potássio sérico na insuficiência renal, deterioração da função renal, idade (> 70 anos), diabetes mellitus, eventos intercorrentes, em particular desidratação, descompensação cardíaca aguda, acidose metabólica e utilização concomitante de diuréticos poupadões do potássio, suplementos de potássio ou substitutos do sal contendo potássio ou outros medicamentos associados a aumentos do potássio sérico. Hipocalémia: risco nos idosos e/ou indivíduos subnutridos, doentes cirróticos com edema e ascites, doentes coronários e com insuficiência renal ou insuficiência cardíaca, com um intervalo QT longo: análises mais frequentes nos níveis de potássio. Poderá favorecer o aparecimento de torsades de pointes, que pode ser fatal. Níveis de cálcio: hipercalcemia: o tratamento deve ser interrompido antes da investigação da função paratireóide. Hipertensão renovascular: na estenose da artéria renal: o tratamento deve ser iniciado em meio hospitalar com uma dose baixa; a função renal e os níveis de potássio devem ser avaliados. Tosse. Aterosclerose: o tratamento a ser iniciado com uma dose baixa em doentes com doença cardíaca isquémica ou insuficiência circulatória cerebral. Crise hipertensiva. Insuficiência cardíaca/insuficiência cardíaca grave: precaução nos doentes com insuficiência cardíaca. Em doentes com insuficiência cardíaca grave (grau IV): o tratamento deve iniciar-se sob vigilância médica e com uma dose inicial reduzida. Estenose da válvula aórtica ou mitral/cardiompatia hipertrófica: precaução em doentes com uma obstrução no fluxo de saída do ventrículo esquerdo. Diabéticos: em doentes com diabetes mellitus insulinodependentes o tratamento deve ser iniciado sob supervisão médica e com uma dose inicial reduzida. Os níveis de glicémia devem ser cuidadosamente controlados durante o primeiro mês de tratamento ou quando os níveis de potássio são baixos. Diferenças étnicas: maior incidência de angioedema em doentes de raça negra e é aparentemente menos eficaz na redução da pressão arterial em indivíduos de raça negra do que em raça não negra. Cirurgia/anestésicos: interromper o tratamento um dia antes da cirurgia. Insuficiência hepática: deve ser usado com precaução em doentes com insuficiência hepática leigera a moderada. Raramente, os inibidores da ECA foram associados com um síndrome que começa com icterícia colestática e progredir para necrose hepática fulminante e (por vezes) à morte. Descontinuar se desenvolverem icterícia ou aumentos marcados de enzimas hepáticas. Ácido úrico/hiperuricemia: tendência para ataques de gota pode estar aumentada. Idosos: a função renal e os níveis de potássio devem ser testados antes do início do tratamento. Aumento da dose com cuidado. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Contraindicado: Alisidreno: nos doentes diabéticos ou insuficientes renais. Não recomendado: Litio, Alisidreno em doentes que não os diabéticos ou insuficientes renais, terapêutica concomitante com IECA e bloqueador dos receptores da angiotensina, estramulina, fármacos poupadões do potássio (p.e. triamtereno, amilorido), sais de potássio, dantroleno (infusão), toranja ou sumo de toranja. Uso concomitante que requer cuidados especiais: badioligo, anti-inflamatórios não-esteroides e produtos medicinais (incluindo ácido acetilsalicílico em doses elevadas), antidiabéticos (insulina, antidiabéticos orais), diuréticos não poupadões de potássio e diuréticos (plerenerona, espironolactona), medicamentos que induzem "Torsades de pointes", anfotericina B (via IV), glucocorticoides e mineralcorticoides (via sistêmica), tetracossatido, laxantes estimulantes, glicósidos cardíacos, inibidores CYP3A4, inibidores CYP3A4. Uso concomitante a considerar: anti-depressores tipo imipramínicos (tricíclicos), neurolepticos, outros fármacos anti-hipertensos, corticosteroides, tetracossatido, Allopurinol, fármacos imunossupressores ou citoestáticos, corticosteroides sistémicos ou procaínamide, fármacos anestésicos, diuréticos (bazada ou diuréticos da ansa), gliptinas (linagliptina, saxagliptina, sitagliptina, vildagliptina), simpatomimético, ouro, metformina, meios de contraste iodata, cálcio (saís), ciclosporina, atorvastatina, digoxina, varfarina ou ciclosporina, simvastatina. **GRAVIDEZ/ALIMENTAÇÃO:** Contraindicado durante o segundo e terceiro trimestres da gravidez Não é recomendado durante o primeiro trimestre da gravidez. **FERTILIDADE:** Alterações bioquímicas reversíveis na cabeça dos espermatozoides em alguns doentes tratados com bloqueadores dos canais de cálcio. **CONDIZIR E UTILIZAR MÁQUINAS:** Podem ocorrer em alguns doentes reações individuais relacionadas com a redução da pressão arterial, especialmente no inicio do tratamento. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Frequentes: torturas, cefaleia, parestesia, vertigem, sonolência, disgeusia, alterações da visão, zumbidos, palpitaciones, rubor, hipotensão (e efeitos relacionados com hipotensão), tosse, dispneia, dor abdominal, obstipação, diarreia, dispepsia, náusea, vômito, prurido, erupção cutânea, erupção maculo papular, cãibras musculares, inchão dos tornozelos, astenia, fadiga, edema. Pouco frequentes: eosinofilia, hipoglicemia, hipercalemia, reversível com a descontinuação, hiponatremia, insónia, alterações do humor (incluindo ansiedade), alterações de humor, depressão, perturbações do sono, hipotensão, tremor, sincope, diplopia, taquicardia, vasculite, broncospasmo, rinite, secreta da boca, alteração dos hábitos intestinais, urticária, angioedema, reações de hipersensibilidade, principalmente dermatológicas, em indivíduos com predisposição para reações alérgicas e asmáticas, alopecia, purpura, descoloração cutânea, hiperidrose, exantema, fotossensibilidade, penfigoide, artralgia, mioalgia, dor de costas, alterações da micturção, nictúria, aumento da frequência urinária. Insuficiência renal, impotência, ginecomastia, dor, dor no peito, mal-estar, edema periférico, pirexia, aumento de peso, diminuição do peso, aumento da ureia no sangue, aumento da creatinina no sangue, quedas. Raros: confusão, aumento da bilirrubina no sangue, aumento das enzimas hepáticas. Muito raros: agranulocitose, anemia aplásica, pancitopenia, diminuição da hemoglobina e hematocrito, leucopenia, neutropenia, anemia hemolítica, trombocitopenia, reações alérgicas, hiperglicemia, hipercalemia, hipertonia, neuropatia periférica, angina de peito, arritmia (incluindo bradicardia, taquicardia ventricular e fibrilação auricular), enfarte do miocárdio, possivelmente secundário a hipotensão excessiva em doentes de alto risco, AVC, possivelmente secundária a hipotensão excessiva em doentes de alto risco, pneumonia eosinofílica, hiperplasia gengival, panreatite, gastrite, hepatite, icterícia, função hepática anormal, entema multifórmis, síndrome de Stevens-Johnson, dermatite esfoliativa, necrose epidérmica tóxica, edema de Quincke, insuficiência renal aguda. Desconhecidos: depleção de potássio com hipocalémia, particularmente grave em certas populações de alto risco, torsade de pointes (potencialmente fatal), encefalopatia hepática no caso de insuficiência hepática, possível deterioração de lúpus eritematoso disseminado agudo pré-existente, electrocardiograma com QT prolongado, aumento da glicemia, aumento do ácido úrico. **SOBREDOSAGEM* - PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS:** Perindopril é um inibidor da enzima que converte a angiotensina (IECA) que converte a angiotensina I em angiotensina II. Indapamida é um derivado sulfonamídico com anel indólico, farmacologicamente relacionada aos diuréticos tiazídicos. A amlodipina é um inibidor do fluxo iônico do cálcio do grupo dihidropiridina (bloqueador dos canais lentos do cálcio ou antagonista do canal cálcio) e inibe o influxo transmembranar dos iões para as células cardíacas e da muscularatura lisa vascular. **APRESENTAÇÃO:** Caixas de 10, 30 comprimidos. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50 rue Camot, 92284 Suresnes cedex France. | *Para uma informação completa por favor leia o resumo das características do medicamento.

O FUTURO, HOJE.

A NOSSA CAUSA É O FUTURO

DOS SEUS DOENTES E DO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2

ATUA SINERGICAMENTE NAS PRINCIPAIS
ALTERAÇÕES QUE ESTÃO NA GÉNESE
E DESENVOLVIMENTO DA DMT2¹⁻⁵

EFICÁCIA DO controlo glicémico a longo prazo⁶

POTENCIAL EFETO BENÉFICO NO PERfil LIPÍDICO⁷

NÃO EXPÔE OS DOENTES A UM RISCO AUMENTADO DE HIPOGLICEMIAS⁸

EFEITO NEUTRO SOBRE O PESO⁹

Zomarist® 50mg/850 mg Zomarist® 50mg/1000 mg Apresentação: vildagliptina/cloridrato de metformina associação fixa: 50 mg/850 mg e 50 mg/1000 mg comprimidos revestidos por película. Indicações: Zomarist® é indicado no tratamento da diabetes mellitus tipo 2 - em doentes adultos que não conseguem atingir controlo da glicemia com a dose máxima tolerada de metformina em monoterapia, por via oral, ou que já estejam a ser tratados com a associação de vildagliptina e metformina separadamente; - em terapêutica de associação tripla com uma sulfonilureia, associado a dieta e exercício físico em doentes não controlados com metformina e sulfonilureia; - e em terapêutica de associação tripla com insulina associado a dieta e exercício físico para melhorar o controlo glicémico em doentes quando a insulina numa dose estável e a metformina isoladamente não proporcionam controlo glicémico adequado. Posaologia: A dose da terapêutica deve ser individualizada com base no regime terapêutico atual do doente, eficácia e tolerabilidade, não excedendo a dose diária máxima recomendada de 100 mg de vildagliptina. Pode ser iniciado com a dosagem de 50 mg/850 mg ou de 50 mg/1000 mg duas vezes por dia, um comprimido de manhã e outro à noite. Para doentes inadequadamente controlados na sua dose máxima tolerada de metformina em monoterapia a dose inicial deve ser 50 mg de vildagliptina duas vezes por dia mais a dose de metformina já em utilização. Para doentes que mudaram da administração concomitante de vildagliptina e metformina em comprimidos separados deve ser iniciado com a dose de vildagliptina e metformina já em utilização. Para doentes inadequadamente controlados com associação dupla de metformina e uma sulfonilureia a dose deve fornecer 50 mg de vildagliptina duas vezes por dia e uma dose de metformina semelhante à dose já em utilização. Quando utilizado em associação com uma sulfonilureia pode considerar-se uma dose mais baixa da sulfonilureia para reduzir o risco de hipoglicemia. Para doentes inadequadamente controlados com terapêutica de associação dupla com insulina e a dose máxima tolerada de metformina a dose deve fornecer 50 mg de vildagliptina duas vezes por dia uma dose de metformina semelhante à dose já em utilização. Contraindicações: Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. Celocidose diabética ou pré-coma diabético. Insuficiência renal ou compromisso renal definida como depuração de creatinina < 60ml/min. Condições agudas com potencial para alterar a função renal, tais como: insuficiência respiratória ou cardíaca, enfarte do miocárdio recente, choque. Compromisso hepático. Intoxicação alcoólica aguda, alcoolismo. Aumentamento. Precauções/Advertências: Risco de acidose láctica. Monitorização da função renal. Precaução com utilização concomitante de medicamentos que possam afetar a função renal ou a eliminação de clorídrico de metformina. Deve ser interrompido temporariamente em doentes sujeitos a intervenção cirúrgica evitando o consumo excessivo de álcool não recomendado em doentes com insuficiência hepática incluindo doentes com ALT ou AST > 3x o limite superior normal antes do tratamento. Deverem ser efectuadas análises à função hepática (AFHs) antes de se iniciar o tratamento, e em intervalos trimestrais durante o primeiro ano e depois periodicamente. A terapêutica com Zomarist deve ser interrompida se se mantiver um aumento na ALT ou AST > 3x o LSN. Após interrupção do tratamento com Zomarist e da normalização da AFHs, a terapêutica com Zomarist não deve ser reiniciada. Risco de redução dos níveis sérios de vitamina B12. Não deve ser utilizado em doentes com diabetes tipo 1 ou no tratamento da celoacidose diabética. Risco de hipoglicemias deve apenas ser utilizado em idosos com função renal normal. Não recomendado em doentes pediátricos. Em caso de suspeita de pancreatite deve suspender-se a vildagliptina; se a pancreatite aguda for confirmada, a vildagliptina não deve ser retomada. Deve ter-se precaução em doentes com antecedentes de pancreatite aguda. Os doentes tratados com vildagliptina em associação com uma sulfonilureia podem estar em risco para hipoglicemias. Por conseguinte, pode considerar-se uma dose mais baixa de sulfonilureia para reduzir o risco de hipoglicemias. Gravidez: não deve ser utilizado durante a gravidez. Lactação: não deve ser utilizado durante a amamentação. Interações: Interações com vildagliptina: fraco potencial de interação com outros medicamentos, não se observaram interações clinicamente relevantes com outros antidiabéticos orais (glibenclamida, proglizoxina, metformina), aripiprazolina, digoxina, ramipril, simvastatina, valsartan ou varfarina após coadministração com vildagliptina. Interações com cloridrato de metformina: fármacos cationícios (p. ex. cimetidina), glicocorticoides, agonistas beta 2, diuréticos, IE/CAs administração endovenosa de meios de contraste iodados, álcool. Efeitos indesejáveis: Vildagliptina associada a metformina: Casos raros de angioedema. Casos raros de disfunção hepática (incluindo hepatite). Vildagliptina monoterapia - Frequentes: tonturas. Pouco frequentes: cefaleias, obstrução, edema periférico, hipoglicemias. Muito raros: Infecção do trato respiratório superior, nasofaringite. Metformina monoterapia - Muito frequente: náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, perda de apetite. Frequentes: sabor metálico. Muito raros: redução da absorção da vitamina B12, acidose láctica, anomalias nas análises de função hepática, hepatite, reacções cutâneas como eritema, prurido e urticaria. Vildagliptina associada a metformina e uma sulfonilureia - Frequentes: hipoglicemias, tonturas, tremores, hiperhidrose, astenia. Vildagliptina em associação com insulina - Frequentes: glicose baixa no sangue, cefaleias, arrepios, náuseas, refluxo gástrico-esofágico. Pouco frequentes: diarreia, fadiga. Outros efeitos com a associação de vildagliptina e metformina - Frequentes: cefaleias, tremor, tonturas, hipoglicemias. Pouco frequentes: fadiga. Experiência pós-commercialização - Têm sido comunicados casos de alterações nos testes da função hepática e casos de hepatite, reversíveis após interrupção da administração do medicamento. Frequência desconhecida: miangia, urticaria, pancreatite, lesões cutâneas bolhosas e esfoliativas. Regime de comparticipação: Escalão A. Sob licença Novartis. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM ou o representante local do titular da AIM: Bial - Produtos Farmacêuticos, S.A. - Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado - Portugal. Capital Social €50.000 - Sociedade Anónima - Matrícula N° 504 404 512 - Conservatória do Registo Comercial da Trofa - NIPC 504 404 512 - www.bial.com - info@bial.com. Medicamento sujeito a receita médica. (ZOM_RCM_201505_IEC_V11) DIDSAM150703

¹ Duarte R, et al pelo Grupo de Trabalho para as Recomendações Nacionais do SPO sobre a Terapêutica da Diabetes Tipo 2. Recomendações Nacionais do SPO para o Tratamento da Hiperglicemia da Diabetes Tipo 2 (com base na revisão conjunta ADAMASD). Rev Port Diabetes 2013;61(1):4-20. ² DeVosse RA. Setting Lecture. From the Intermediate to the advanced setting: a new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus. Diabetes 2009;58(4):773-82. ³ DeFronzo RA, Elor R, Abdo-Chant M. Pathophysiological approach to therapy in patients with newly diagnosed type 2 diabetes. Diabetes Care 2012;35(1):A1-A16. ⁴ Attala S, et al. Mechanism of action of the dapagliflozin-4 metformin combination in humans. Diabetologia 2011;54(9):1795-82. ⁵ Attala S, et al. Clinical evidence and mechanistic basis for vildagliptin's action when added to metformin. Diabetes Care 2011;34(9):193-203. ⁶ Albrecht B, et al. Changes in Plasma Glucagon Levels after 2 Years Treatment with Vildagliptin or Glimepiride in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus inadequately Controlled with Metformin Monotherapy. Diabetes Care 2010;33(8):130-2. ⁷ Stieber A, et al. Multicenter effect of vildagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. Pharmacol Res. 2010;51(1):24-31. ⁸ Schweser A, et al. Clinical experience with vildagliptin in the management of type 2 diabetes in a patient population >75 years: a pooled analysis from database of clinical trials. Diabetes Care 2011;34(1):35-44.