

# Ficha Técnica

## Ordem dos Médicos

Ano 25 – N.º 101 – Maio 2009

PROPRIEDADE:



**CELOM**

Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda.

SEDE: Av. Almirante Gago Coutinho, 151  
1749-084 Lisboa • Tel.: 218 427 100

Redacção, Produção e Serviços de Publicidade:

Av. Almirante Gago Coutinho, 151  
1749-084 Lisboa

E-mail: celom@omcne.pt

Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

Director:

Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:

José Manuel Silva  
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:

Paula Fortunato

E-mail: paula.fortunato@omcne.pt

Redactores Principais:

José Ávila Costa,  
João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:

Miguel Reis

Dep. Comercial:

Helena Pereira

Dep. Financeiro:

Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:

CELOM

Impressão:

SOGAPAL, Sociedade Gráfica da Paiã, S.A.  
Av.ª dos Cavaleiros 35-35A – Carnaxide

Depósito Legal: 7421/85

Preço Avulso: 1,60 Euros

Periodicidade: Mensal

Tiragem: 39.000 exemplares  
(11 números anuais)

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

# S U M Á R I O

## 04 EDITORIAL

## 06 INFORMAÇÃO

Parecer do Colégio de Especialidade de Anatomia Patológica

## 07 Terapias de reconversão da orientação sexual

## 08 ACTUALIDADE

Médicos: Mobilidade no mundo global e lusófono

## 10 Políticas de saúde – papel das associações médicas

## 12 Ética Médica – Desafios do séc. XXI

## 14 Organização do trabalho e qualidade de vida dos médicos

## 16 OPINIÃO

Princípios da vulnerabilidade e autonomia no processo de envelhecimento  
*por Leonor Duarte de Almeida*

## 20 ESTUDO

A Saúde dos Médicos Portugueses

## 34 OPINIÃO

Exercício da Medicina liberal  
*por Francisco José Passos Gonçalves*

## 36 Uma bota difícil de descalçar *por Carlos Costa Almeida*

## 38 Viagem pelo mundo da Medicina de Urgência *por António Martins Baptista*

## 40 Exames auxiliares de diagnóstico na medicina privada *por Miguel Franco Pinto*

## 44 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

Abel Salazar – um espírito atormentado na arte e do pensamento português do século XX

## 50 CULTURA

**Nota da redacção:** Os artigos de opinião e outros artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores, não representando qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos.

## FALHA DOS CORREIOS NAS ELEIÇÕES PARA OS COLÉGIOS

De forma cíclica, tal como em organizações estabilizadas e de democracia consolidada, foi desencadeado o processo eleitoral para as direcções dos colégios de especialidade.

Também como é hábito, a adesão foi variável, havendo ainda alguns, felizmente muito poucos, em que não se apresentaram candidaturas e, pelo contrário, um número já significativo em que a disputa entre mais de uma lista animou o processo.

Claro que nestes casos há sempre alguma tensão, pois se bem que quem se candidata deva sempre preconizar o não ter sucesso, quando a hora se aproxima quem não é escolhido fica com algum sentimento de desfeita.

Mas a democracia é assim mesmo. Para um só lugar há mais do que uma pessoa disponível, muitas vezes várias pessoas de igual mérito mas diferentes ideias, e no fim, só havendo um lugar, só poderá haver um empossado, ficando os outros naturalmente menos felizes.

Para não agravar os naturais incómodos e alguma frustração que estes processos provocam é imprescindível lembrarmo-nos em todos os momentos que o outro candidato não é o inimigo, mas simplesmente adversário ou mesmo tão-só concorrente.

É certo que as eleições para os colégios são consultas prévias ao que estatutariamente está determinado – a nomeação pelo CNE das direcções dos colégios e a sua recíproca solidariedade.

Neste contexto, o importante para o CNE seria ter a certeza que a vontade expressa nas urnas corresponderia ao querer do universo dos especialistas de cada especialidade, para que os pareceres técnicos produzidos ao longo do mandato correspondam ao sentir da maioria.

Mas se tal é certo, também o é que esta direcção da OM a que tenho a honra de presidir se comprometeu com o respeito pela vontade dos médicos traduzida em eleições livres e democráticas, pelo que nomeará quem foi eleito pelos seus pares.

Infelizmente, o cumprimento do rigor eleitoral e da livre expressão de vontade dos eleitores foi perturbado por um factor inesperado e a que somos completamente alheios – a ineficiência do sistema de distribuição postal do país.

Habitados que estávamos aos tempos em que uma carta demorava 24 horas a chegar de Lisboa ou de qualquer capital de distrito a casa de cada português, não imaginávamos que os nossos Correios funcionassem como infelizmente se veio a demonstrar.

Prevêem os nossos regulamentos dez dias entre o envio dos votos para a residência dos médicos e a sua entrada na Ordem até às 19 horas da véspera do acto eleitoral.

Ninguém imaginaria que cartas colocadas numa estação central dos CTT às 8h30m da manhã do dia 8 de Maio chegassem a casa dos médicos sempre a partir de 13 ou 14, algumas até na véspera do dia 20 (data das eleições).

E se o trajecto ascendente de um dia passou para uma semana, o descendente não se fez mais rápido e inúmeras cartas chegaram no próprio dia 20 ou mais tarde.

Só nos resta pedir desculpa aos colegas que votaram inutilmente e àqueles que, envolvidos no processo eleitoral, imaginaram que a contagem dos votos a destempo poderia tornar outro o resultado expresso.

Compreenderão uns e outros que somos totalmente alheios a esta situação e que, depois de instalada, qualquer que fosse a decisão tomada, desde repetir as eleições a contar votos chegados posteriormente, teria os seus apoiantes e detractores.

Resta aprender com os erros e não os repetir. O Regulamento Eleitoral

para os Colégios e mesmo para os órgãos executivos e disciplinares será alterado e desde já se iniciaram os estudos tendentes a implementar o voto electrónico.

Apesar de tudo, e sem pretender que tal sirva de desculpa, sempre direi que resta o conforto de presumir que, da forma como na maioria dos colégios se afastaram os resultados eleitorais das listas vencedoras em relação às perdedoras, muito dificilmente, ou mesmo impossi-

velmente (Ginecologia), os resultados seriam alterados pela contagem dos votos tardios.

Em Colégios em que o intervalo de votação foi muito mais estreito (Nefrologia) nunca ficaremos a saber qual teria sido o resultado definitivo (diferença de três votos na contagem oficial), mas ficamos tranquilos pois sabemos que qualquer que ele fosse escolheria colegas empenhados, dedicados, sabedores e de elevada qualidade.



Acta Médica Portuguesa, uma edição ONLINE  
[www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com)

# ACTA MÉDICA PORTUGUESA

@ Rapidez de acesso

@ Facilidade de consulta

@ Pesquisas mais completas

@ Divulgação a nível mundial

@ Possibilidade de imprimir artigos

@ Publicação de mais artigos por edição

@ Todos os textos disponíveis no arquivo online

## **Parecer do Colégio de Especialidade de Anatomia Patológica**

**Passamos a publicar o parecer do Colégio de Especialidade de Anatomia Patológica sobre um Curso de Pós-Graduação em Macroscopia em Anatomia Patológica, ministrado pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa.**

«Foi solicitado um parecer à Ordem dos Médicos, dirigido ao Colégio de especialidade de Anatomia Patológica, sobre um Curso de Pós-Graduação em Macroscopia em Anatomia Patológica, ministrado pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa.

Com efeito a referida Escola abriu inscrições para um curso que pretende habilitar os técnicos de Anatomia Patológica a executar o registo macroscópico e a colheita de fragmentos, destinados ao exame histológico (<http://www.estesl.ipl.pt/default.aspx?Page=163>). Serão fornecidas, aos Técnicos, competências que são e sempre foram da exclusiva responsabilidade dos Médicos Anatómopatologistas.

Não é do nosso conhecimento qualquer regulamentação existente sobre a transferência de funções médicas a outros profissionais. O Colégio da Especialidade aceita a possibilidade da delegação das referidas funções aos profissionais da carreira técnica (à semelhança do que já ocorre noutros países) desde que estas venham a ser executadas sob estreita vigilância e tutela dos Anatómopatologistas que são responsáveis pelo acto médico. Esta transferência de competências que, a nosso ver, é necessária e desejável, só deve ser permitida se devidamente regulamentada e sustentada por uma formação cujo currículo e plano de estudo sejam aprovados pelos organismos médicos competentes.

No caso presente é pedido um parecer a posteriori sobre o «Curso de Pós-Graduação em Macroscopia em Anatomia Patológica». Embora os docentes responsáveis pelo curso incluam Médicos Anatómopatologistas com competência profissional e docente reconhecidas, permitimo-nos fazer algumas observações:

1. A carga horária de aulas teóricas relativamente à da formação prática parece exagerada, o que se deve a um exagero no conteúdo dos temas científicos básicos subjacentes à prática da Anatomia Patológica, a nosso ver desnecessária numa actividade que nunca será autónoma.
2. Os métodos de avaliação, principalmente nos módulos de predomínio teórico, são vagos, o que reforça a impressão de que parte do conteúdo não tem verdadeiro impacto na qualidade da formação.

Embora os estabelecimentos de ensino superior disponham de autonomia na definição dos seus programas de estudos, é absolutamente indispensável que fique bem claro que o Anatomopatologista é o responsável único por todas as etapas do diagnóstico anatómopatológico para que não se corra o risco de permitir que, em Portugal, haja partilha de responsabilidade na execução de actos médicos por profissionais com uma formação não reconhecida pelas organizações médicas responsáveis.

Peço assim a vossa melhor atenção para este facto e que tome as medidas que entender necessárias para que:

1. Seja clara a identificação das funções, competências e responsabilidades dos vários grupos profissionais envolvidos no diagnóstico anatómopatológico.
2. Seja feita, com a participação da Ordem dos Médicos, a regulamentação da formação de profissionais não médicos, nomeadamente dos Técnicos de Citologia, Tanatologia e Anatomia Patológica, que participam nos procedimentos que conduzem ao diagnóstico anatómopatológico.»

## Terapias de reconversão da orientação sexual

**Após alguns comentários de médicos sobre terapias de reconversão da orientação sexual – feitos na comunicação social apenas a título pessoal e não na qualidade de representantes da OM – foi solicitada uma tomada de posição oficial. Publicamos em seguida carta de dia 14 de Maio em que o Bastonário da Ordem dos Médicos, responde a essa solicitação. Pedro Nunes solicitou ao Colégio de Psiquiatria e ao Conselho Nacional para o Exercício Técnico da Medicina uma tomada de posição técnica nesta matéria.**

«Exmos. Senhores,

Li com atenção a V. nota de imprensa e agradeço a confiança implícita ao solicitarem que me pronuncie sobre matéria de indiscutível relevância.

Porque não tenho por hábito refugiar-me no silêncio e acredito que a tomada de posições claras é útil para todos, quer o nosso interlocutor concorde ou discorde das nossas posições, também neste caso não poderia deixar de responder. Infelizmente não é possível assumir uma posição identificável com a da Ordem dos Médicos sobre a questão concreta que colocam já que nunca até hoje o executivo da Ordem se debruçou expressamente sobre esta matéria. Diga-se, no entanto, que se o fizesse o faria ouvindo o órgão técnico, neste caso, o Colégio da Especialidade de Psiquiatria, ponderando as implicações éticas e políticas, ie, as consequências na Sociedade da sua tomada de posição.

No caso que motiva o vosso comunicado e esta minha resposta, o Exmo. Senhor Prof. Dr. José Marques Teixeira falou a título pessoal, não vinculando o Colégio de Especialidade ou a Ordem. Assim, não me cabe subscrever ou contrariar uma opinião do foro técnico que, indubitavelmente, tem o direito de exprimir enquanto médico e cidadão.

Enquadrando o assunto em termos éticos, sempre se dirá que a Ordem dos Médicos e o seu Código Deontológico privilegiam os princípios bioéticos tais como definidos por Beauchamp e Childress, entre os quais os da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça. Fazendo convergir e sopesando os vários envolvidos dir-se-á:

- Não é possível considerar que a orientação sexual prefigure qualquer forma de doença ou comportamento eticamente condenável;

- Não se enquadra no princípio da beneficência tratar o que manifestamente não é uma doença, nem se aceita, nesta conformidade, que tal seja entendido como um imperativo ou mesmo meramente como indicativo a qualquer indivíduo;

- Caso a ciência demonstre que a tentativa de reorientar sexualmente um ser humano constitua para ele um dano inexorável ou altamente provável, fazê-lo viola o princípio da não maleficência;

- O princípio de autonomia determina e, em meu entender, neste caso prevalece, que qualquer ser humano é livre de aceitar ou negar a sua orientação sexual e buscar ajuda médica quando dessa atitude lhe resulta sofrimento.

Atendendo aos valores e preconceitos bem reais que por vezes influenciam as sociedades ou os agregados familiares, é possível identificar situações em que uma determinada orientação sexual possa ser causa de sofrimento psicológico numa pessoa concreta. Deverá nestas circunstâncias o médico a quem é solicitada ajuda, diagnosticar a situação, estabelecer um plano terapêutico e discuti-lo com o seu doente, respeitando o consentimento informado que resulta do respeito pela sua autonomia. Ajudar o doente a aceitar a sua orientação ou, pelo contrário, ajudá-lo a sedimentar ou definir a orientação que pretende é matéria só apreciável em cada caso, decorre da especificidade deste e inscreve-se no direito de cada pessoa à liberdade e autodeterminação, direito que o médico é obrigado a cumprir escrupulosamente.

Assim, se um indivíduo identificar como causa de sofrimento a sua orientação sexual e manifestar vontade de a alterar, e o médico o considerar como viável e não prefigurador de riscos excessivos, aceder ao seu desejo não constitui uma violação ética.

Irei solicitar aos órgãos técnicos e éticos o estudo da situação para, caso seja totalmente indiscutível uma determinada postura técnica (quer no sentido de considerar ser correcto executar, quer sê-lo abster-se de executar uma determinada terapêutica), inscrever tal atitude como critério indicativo da boa prática pela Ordem dos Médicos.

Aproveito o ensejo para apresentar os meus melhores cumprimentos,

O Presidente

Dr. Pedro M. H. Nunes»



# Médicos: Mobilidade no mundo global e lusófono

Hermínia Cabral enquadrou a questão da mobilidade dos médicos no contexto do trabalho desenvolvido pela Fundação Calouste Gulbenkian que há longos anos apoia projectos (estágios, bolsas, missões de curta duração, etc.) que envolvem a deslocação de médicos, nomeadamente, entre países lusófonos, realçando o papel fulcral da sociedade civil. Tendo referido que a falta de médicos é um constrangimento ao direito à saúde das populações, Hermínia Cabral falou ainda de cooperação e assumpção de risco e da necessidade de promover uma mobilidade temporária (tipo de mobilidade que definiu como «desejável») pois, num contexto de formação, o carácter temporário evita a fuga de cérebros).

Ricardo Mexia efectuou algumas reflexões sobre mobilidade, especialmente, dos jovens profissionais no âmbito da sua formação como consequência do dever dos médicos se manterem actua-

**A moderação do debate sobre mobilidade dos médicos ficou a cargo de Aurélio Zilhão, bastonário da Ordem dos Médicos de Moçambique, e Isabel Caixeiro, presidente do Conselho Regional do Sul da OM portuguesa. Hermínia Cabral, da Fundação Calouste Gulbenkian, Ricardo Mexia do Conselho Nacional do Médico Interno e Rui Furtado, presidente do Conselho Fiscal da associação dos Médicos dos Serviços de Saúde de Macau, foram os oradores convidados desta sessão.**

lizados. Referindo que existe um contexto de mudança que propicia uma maior mobilidade, o orador explicou-a pelo crescimento exponencial do conhecimento médico, a alteração dos padrões sociais, éticos e legais, a transição epidemiológica (em muitos países assiste-se a uma transição da do-

ença aguda para a doença crónica) e pela implementação de novos sistemas de prestação de cuidados. Quando se coloca a questão de porquê mudar de país para fazer formação, Ricardo Mexia aponta três razões principais: melhoria das condições de vida do médico, com a remuneração como elemen-



to central, estabilidade profissional e realização profissional complementadas por formação em reconhecidos centros de excelência. Formação integral no estrangeiro, valências específicas (especialização) ou estágio são as formas possíveis de mobilidade. Além da formação, muitas vezes, verifica-se outro tipo de motivação: a prática de medicina humanitária e a cooperação. Como principais barreiras a este processo, foram citadas: a linguística (como um potencial problema mas que no contexto dos países lusófonos não se verifica) e a cultural, podendo ambas consubstanciar um risco para a segurança do doente. A excessiva carga burocrática inerente ao processo para fazer formação noutros países é igualmente apontada como um problema e uma fonte de desmotivação. No final da intervenção foram referidas algumas medidas que poderiam facilitar a mobilidade dos jovens médicos, nomeadamente a definição de um core curricula, de idoneidades transversais, desenvolvimento do registo profissional temporário, etc.

Rui Furtado falou sobre a situação da saúde e dos médicos em Macau,

efectuando um enquadramento histórico. Macau é uma mescla de culturas e nacionalidades com predominância da etnia chinesa o que implica obstáculos à globalização como a língua e a escrita. Existe pouca abertura para o exterior, baixo rendimento per capita que torna impossível o acesso a meios informáticos ou a televisão por cabo ou satélite, e, sendo a China, um país em que as distâncias entre as cidades se medem em milhares de quilómetros, não será difícil perceber as dificuldades de comunicação existentes.

A medicina e os cuidados de saúde estão bem desenvolvidos em Macau, um trabalho que foi desenvolvido pela Administração portuguesa e que é mantido actualmente. Rui Furtado explicou de seguida alguns constrangimentos existentes em Macau: só os cidadãos macaenses podem exercer medicina no território, sendo a única excepção os médicos contratados exclusivamente para um hospital. As equivalências e licenciamentos estão dificultadas para os médicos chineses e existe uma deficiente preparação académica com várias limitações no ensi-

no pós-graduado (que geralmente é feito em centros de excelência em Portugal, Hong Kong, Singapura e Austrália). Em Macau existem 37 médicos de formação portuguesa, dois do Brasil e 10 chineses e é frequente um médico acumular com a sua prática clínica a prática de medicina tradicional chinesa. A região tem um orçamento para a saúde de 250 milhões de euros.

Durante o debate que se seguiu, Isabel Caixeiro referiu as tentativas da Ordem dos Médicos de trazer representantes de São Tomé e Príncipe, Guiné e Timor a este congresso, salientando que a visão da Ordem dos Médicos relativamente à Comunidade Médica de Língua Portuguesa (CMLP) corresponde a uma inclusão de todos os países lusófonos. Especificamente sobre a mobilidade, a presidente do Conselho Regional do Sul explicitou que não compete nem à Ordem nem à CMLP regular a circulação de profissionais, mas antes respeitar as directivas europeias. E concluiu que a forma de dar resposta às necessidades de imigração para formação pós-graduada se traduz na criação do Centro de Formação da CMLP.

## POLÍTICAS DE SAÚDE – PAPEL DAS ASSOCIAÇÕES MÉDICAS

**Caldeira Fradique, presidente da Assembleia Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos portuguesa, Luc Weckx, 1º secretário da Associação Médica Brasileira, e Maria de Belém Roseira, presidente da Comissão Parlamentar de Saúde (Portugal), foram os intervenientes na mesa moderada pelo bastonário da Ordem dos Médicos de Angola, Carlos Alberto Pinto de Sousa.**

«O papel das associações em termos de política de saúde tem sido menor do que desejamos mas, algumas vezes, significativo», foi com estas palavras que Caldeira Fradique introduziu a temática

em debate, passando a referir o Relatório das Carreiras Médicas de 1961 como um excelente exemplo desta afirmação: «Este documento, uma iniciativa da Ordem dos Médicos, teve

uma importância primordial em termos de assistência hospitalar. Foi em torno da OM que os médicos se congregaram para a definição da política de saúde». Uma década depois, já durante o





governo de Marcelo Caetano, foi legislada aquela que seria a reforma do sistema de saúde, fase em que, essencialmente, se integraram as doutrinas contidas no relatório de 1961. «Apesar de não ter havido intervenção directa das associações médicas, o que sucedeu foi que o decreto consagrou o que já tinha sido por elas preconizado». Com o Decreto-Lei 414/71 desenhou-se a estrutura das carreiras profissionais diferenciadas na saúde. Conforme explicou Caldeira Fradique, a ausência de intervenção das associações na sua elaboração fez-se notar em várias deficiências do decreto. É em 1982 que pela primeira vez aparecem as três carreiras: hospitalar, saúde pública e clínica geral, tendo essa fase tido o acompanhamento apenas dos sindicatos médicos. Já em 1990, aquando da Lei de Bases da Saúde, não foi tida em conta a opinião das associações a não ser no que se referia a carreiras médicas, área em que, segundo o orador, «foi possível impedir a consagração em lei de alguns disparates que estavam contemplados nos projectos». Afirmando que, em pleno século XXI, se mantêm velhos problemas e que existem novos e velhos desafios a enfrentar, Caldeira Fradique lançou algumas perguntas que precisam de reflexão urgente: «As organizações têm uma doutrina própria comum? Têm poder de influência? No que se refere a financiamento, o sistema deve continuar a ser universal? Se não, para quem deve continuar a ser tendencialmente gratuito? Que matriz aplicar aos modelos assistenciais – livre escolha ou um sistema centralista? E quanto à remuneração dos médicos, deve o pagamento ser por salário em carreira, por acto em regime de convenção, por lista ou por desempenho?». Em conclusão, referiu que mesmo no caso do poder político não solicitar o apoio das estruturas médicas, estas têm o dever de fazer propostas mas não deixou de salientar que «nos últimos anos tem sido muito mais evidente o poder das associações de resistir a medidas erradas do que o poder de iniciativa para fazer propostas».

O 1º secretário da Associação Médica Brasileira, **Luc Weckx**, foi outro dos oradores deste debate, tendo na sua intervenção analisado a forma como se estabelece a relação entre as associações médicas e os decisores políticos no Brasil. Num primeiro momento, as associações fazem uma triagem dos assuntos que consideram relevantes e esses passam a fazer parte da agenda parlamentar da saúde. Sendo que 12% dos membros do parlamento são médicos, o contacto torna-se mais fácil. Existe uma comissão de assuntos políticos em que participam a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos que tem como função analisar as actividades das profissões de saúde (podólogos, farmacêuticos, optometristas, etc.). Segundo Luc Weckx, os maiores problemas no Brasil residem na abertura indiscriminada de faculdades de medicina sem qualidade: «em 1986 tínhamos 86 escolas médicas, em 2008 o número ascendeu a 176». Como consequência da má formação, o número de processos por negligência e erro médico aumentou. «A Comissão de Assuntos Políticos defende critérios mínimos para a abertura de uma escola, nomeadamente a exigência de ter um hospital com atendimento público ou, pelo menos, acordo com um hospital», tendo elaborado há dois anos um projecto nesse sentido que ainda não foi viabilizado. Outra solução preconizada é o estabelecimento de um exame de habilitação, existindo três projectos de lei nesse sentido, mas nos quais as associações médicas ainda não conseguiram encontrar consensos. Com o esbater de algumas fronteiras entre profissões médicas, o Conselho Federal de Medicina emitiu um parecer em que proíbe os médicos de ensinarem medicina a não médicos. O investimento na saúde no Brasil, é de 100 a 300 dólares per capita, enquanto que na Europa oscila entre os 1000 e os 5000 dólares. «Temos um sistema público de saúde muito bom no papel, com atendimento universal e integral, mas isso é em

teoria» pois, como explicou, no serviço público continuam a existir longas listas de espera e o atendimento é mau. Não sendo um sistema de saúde desprovido de qualidades, de realçar os 15000 transplantes por ano e a acentuada diminuição da mortalidade infantil, tem muitas fragilidades nomeadamente devido à baixa remuneração dos médicos. «81% dos médicos brasileiros têm a confiança da população. (...) Mas nada se obtém de graça e, para conseguir alguma coisa, tem que se exercer muita pressão e às vezes as associações não são suficientemente organizadas e não se coordenam devidamente».

**Maria de Belém Roseira** fez um enquadramento macro sobre a Comissão Parlamentar de Saúde que preside e na qual existem dois médicos mas referiu que «há muito poucos médicos no parlamento». Estabelecendo um paralelo com os princípios constitucionais, como a inviolabilidade da vida humana, por exemplo, Maria de Belém Roseira referiu a existência de um conjunto de funções estatutárias da OM cujo exercício é essencial. «Os principais problemas da saúde num sistema universal e tendencialmente gratuito passam pela equidade», sublinhou, citando em seguida um relatório da OMS: «as desigualdades sociais constituem diferenças em saúde que resultam de processos sociais sistemáticos, e potencialmente evitáveis, que são inaceitáveis a partir de uma perspectiva de direitos humanos». Preconizando que a equidade em saúde deve ser um resultado do sistema, a oradora explicou que «o desafio está no nivelamento por cima, seguindo os níveis dos mais desenvolvidos; a grande responsabilidade de todos, agentes e beneficiários, é melhorar o desempenho para que o mesmo seja adequado ao investimento que pomos na saúde», e concluiu: «a educação e a saúde são estruturantes para o desenvolvimento e a OM não pode deixar nunca de defender a saúde como elemento de importância estrutural».

# Ética Médica – Desafios do séc. XXI

**Josenando Théophile (Angola), Conceição Carvalho (Cabo Verde) e Walter Ossvald (Portugal) foram os intervenientes nesta mesa moderada por Edson Oliveira, presidente do Conselho Federal de Medicina do Brasil. Mais do que doutrinas ou teorias, os participantes tiveram uma preocupação constante de colocar questões e fazer reflectir sobre elas.**

Enquanto a representante de Cabo Verde, Conceição Carvalho, abordou diversas questões éticas subjacentes, por exemplo, à investigação em seres humanos e ao dever de sigilo, nomeadamente no que se refere a doentes com VIH/SIDA, o representante angolano começou por abordar os valores positivos subjacentes à ética médica (honestidade, confiança, lealdade, consciência, verdade...) tendo prosseguido com a reflexão sobre telemedicina e até que ponto as novas tecnologias põem em causa a relação médico/doente, como comunicar com o doente em face de diagnósticos de doenças infecciosas e amplitude do consentimento esclarecido. Josenando Théo-

phile referiu-se ainda às questões éticas relevantes no que se refere ao início e ao fim da vida, bem como aos problemas de uma visão mercantilista da saúde e do médico como um financeiro.

Walter Ossvald, por seu lado, realçou os desafios à ética médica, numa época em que se lhe impõe uma reavaliação e uma redefinição. «A medicina hipocrática já não constitui nos nossos dias uma base única para erigir a ética médica», disse, sublinhando, ainda assim, os dois princípios essenciais herdados de hipócrates: primado da vida e do bem do doente e sigilo/confidencialidade.

Num campo que considera já não ser

apenas do âmbito dos médicos, Walter Ossvald acrescentou: «a ética médica enquanto espaço de debate e reflexão tem que ser encarada num espírito de colaboração com não médicos com interesse pelo estudo desta matéria». Em conclusão, referiu: «podemos construir uma ética médica ao serviço dos dentes de hoje – exigentes – mas dignificante do médico responsável que a adopta».

Seguiu-se um debate muito participado em que foram trocadas ideias sobre a censurabilidade ética dos tratamentos involuntários e as implicações de algumas intervenções cirúrgicas, âmbito ético da protecção de dados, entre outras questões.



# Organização do trabalho e qualidade de vida dos médicos

**Rui Guimarães (presidente do PWG e CNMI) moderou a mesa em que participaram Claude Wetzel (presidente da FEMS), Filomena Araújo (Cabo Verde) e Manuela Arcanjo (Portugal), onde se debateram questões relativas à organização do trabalho e repercussões na qualidade de vida dos médicos.**

Dificuldades como as limitações do serviço público, aumento das tarefas administrativas e uma excessiva hierarquia foram referidas por Claude Wetzel como uma das grandes condicionantes da qualidade de vida dos médicos europeus. Referindo-se à directiva de livre circulação considerou que os resultados têm sido negativos pois tem potenciado a fuga de cérebros, o que aumenta as carências de recursos humanos qualificados. Sobre a livre circulação de doentes referiu igualmente um aspecto extremamente negativo que resumiu com uma certa instituição de «turismo de saúde». Ainda no âmbito da legisla-

ção europeia, especificamente no que se refere à directiva dos tempos de trabalho que mantinha o opt-out, permitindo a duração do trabalho semanal para além das 48 horas (até 60/65 horas), explicou que a mesma está a ser revista depois das associações de médicos europeias se terem unido para demonstrar a sua natural discordância. Outros problemas salientados foram o envelhecimento dos profissionais e a feminização da profissão, fenómeno que tem igualmente consequências na falta de médicos (em resultado das potenciais licenças de maternidade e do subsequente trabalho em part-time).

Claude Wetzel terminou a sua intervenção salientando o papel fulcral que os médicos têm para a justiça e coesão social na Europa.

Filomena Rodrigues Araújo, anestesiológica de Cabo Verde, fez uma caracterização do seu país em termos de cuidados de saúde, em que referiu, os resultados de um inquérito que efectuou: existem 230 médicos no activo e 477 enfermeiros (dados de 2007). Em termos de evolução, se em 1975 Cabo Verde tinha um ratio de 1 médico para cada 18.178 habitantes, na década de 90 o ratio tinha melhorado para 1 médico para cada 3.260 habi-



tantes. 67% dos médicos e 53% dos enfermeiros cabo-verdianos trabalham nos hospitais centrais. 48% dos médicos que responderam ao inquérito não possuem especialidade, sendo que, em média, os profissionais passam 10 anos a trabalhar em Cabo Verde antes de irem fazer a especialidade (realidade que está a sofrer alterações com a chegada dos novos médicos). Sobre as dificuldades, a maior parte dos médicos refere a falta de tempo para formação contínua e é opinião unânime que as carreiras não estão actualizadas e precisam de ser reformuladas. Desarticulação, falta de legislação relativamente à especialização, remuneração insatisfatória – o que impossibilita que os médicos façam formação contínua por sua conta e origina multiemprego e excesso de trabalho – e más condições

de trabalho, são algumas das queixas relativamente ao estado das carreiras. Definindo o trabalho como um elemento central da vida nas sociedades modernas, Manuela Arcanjo fez um enquadramento das reformas e mudanças que afectaram especificamente a profissão médica: reforma da função pública, com um Estado menos intervencionista especialmente a nível social, alteração da cultura organizacional, com a reafirmação do controlo político sobre os médicos, nomeadamente através da substituição «de bons médicos, que eram excelentes administradores hospitalares, por gestores vindos do sector privado» e com o enfraquecimento do poder da classe profissional. Quanto aos factores que afectam a motivação, de forma positiva, de referir a carreira e respectiva progres-

são, o reconhecimento, e a responsabilização individual, e, de forma negativa, a remuneração, a segurança e as condições de trabalho.

Reconhecendo que com o aumento dos prestadores privados, dado o não aumento do número de médicos disponíveis, o que se conseguiu foi «maior número de operadores, mas todos a funcionarem um bocadinho mal», dado que o mesmo número de profissionais passou a trabalhar para mais instituições. Manuela Arcanjo terminou a sua intervenção com palavras dirigidas aos novos médicos, sublinhando que «não têm que ter vergonha de escolher o operador que lhes dá melhores condições ou de querer uma remuneração elevada» pois são expectativas legítimas e «não têm culpa do país ser pobre».



## Princípios da vulnerabilidade e autonomia no processo de envelhecimento

*«A vulnerabilidade é bela.*

*Uma flor só é perfeita e bela, porque tem a chance de conhecer a vida e a morte.*

*Uma flor de plástico é impassível, invulnerável, mas não é nada”*

**Prof. Dr. Alastair Campbell – Universidade de Bristol<sup>1</sup>**



**Leonor Duarte de Almeida**  
Assistente Hospitalar Graduada  
do Serviço Oftalmologia EPE Lisboa Centro  
(Mestre em Bioética pela FML)

A partir do século XX, o interesse pelo estudo da gerontologia sofreu um enorme incremento, quer pelo desenvolvimento das ciências biomédicas que contribuíram para um melhor conhecimento da etiologia das doenças, quer pelo progressivo controlo e profilaxia das chamadas doenças infecciosas. Por esse motivo a expectativa de vida do homem aumentou e a proporção de pessoas idosas na população do globo, cresceu sem precedentes.

O actual crescimento da população idosa, decorrente do referido aumento da expectativa de vida nos países civilizados, põe em evidência o processo fisiológico e natural pelo qual todos os seres vivos passam, não devendo ser encarado como a etapa que antecede a morte<sup>2</sup>. É justamente no auge da maturidade e não quando a nossa vitalidade entra em declínio, que as questões da vulnerabilidade

de e autonomia se parecem cruzar, e nos colocam questões éticas, do ponto de vista médico, ético, social e económico.

O processo de envelhecimento exprime-se como um fenómeno relativo, onde o factor tempo exhibe diferentes medidas, pois o valor de um ano de vida numa criança é diferente de igual período de tempo na de um idoso. Assim o tempo interior não é igual para todas as pessoas ou acontecimentos<sup>3</sup>. Por sua vez a vida da humanidade é apenas um momento, se comparado com o tempo geológico. Por outro lado, o envelhecimento, que se traduz por um desequilíbrio sucessivo entre ganhos e perdas, motivado pelo declínio de recursos biológicos e cognitivos<sup>5</sup>, não coincide com a escala do tempo cronológico, pois o organismo não envelhece uniformemente, havendo órgãos ou sistemas mais velhos do que outros num mesmo organismo, embora a sociedade fundamente a sua regras no tempo cronológico para tomar decisões. A geriatria surge como ciência moderna com uma história antiga, a quem compete o estudo destes fenómenos.<sup>4</sup>

Este declínio das capacidades é, contudo contrabalançada pela associação de novas nuances criadas pela idade. As capacidades funcionais são, todavia afectadas pela idade biológica e não cronológica.

Para entender o envelhecimento como parte da vida, há que compreender o processo que o produz, quer durante a fase evolutiva da juventude, quer da fase insidiosa da senescência, que começa na

idade adulta, o qual não segue uma evolução linear, sendo um processo lento, que se acelera durante as ultimas fases da vida. De salientar que o homem é um todo complexo, constituindo um sistema biológico, dentro de um outro maior – o ecossistema, com o qual está em permanente interação.

O desenvolvimento deste processo está condicionado por factores intrínsecos e extrínsecos todos eles inter-relacionados, havendo variações significativas de modalidades de senescência entre as diferentes populações humanas, e mesmo individuais dentro da mesma população, desde causas genéticas, aos factores de risco, às doenças intercorrentes, ou outras vulnerabilidades com sentido adjetivante.

Os profissionais de saúde, na medida em que compreendem as alterações biopsicossociais que ocorrem ao longo do envelhecimento, têm a possibilidade de melhor se aproximar deste universo, o que os poderá ajudar na sua actuação, amenizando dificuldades e colaborando para que o idoso se adapte melhor à sua realidade e não deixe de exercer a sua autonomia. Funcionando como agentes de mudança serão capazes de ajudar o outro a encarar a sua vulnerabilidade. Uma vulnerabilidade entendida não apenas num sentido adjetivante de fragilidade momentânea potencialmente reversível, mas como principio substantivo, a instituir na relação medico-doente, comum a todo o ser humano que nasce, se desenvolve e naturalmente envelhece. Nascemos, crescemos e amadurece-



mos; e do nascer ao morrer passamos toda a vida a envelhecer.

O aumento da expectativa de vida é um fenómeno dinâmico, onde as transformações que surgem no indivíduo pelo envelhecimento normal, não são limitadas ao aspecto físico, mas também psíquico. Para a manutenção da qualidade de vida é fundamental a manutenção do respeito pela autonomia do sujeito, sendo a velhice uma fase de valorização proveniente de experiências e maturidade, porque o idoso estará no acme da sabedoria, e essa autonomia enquanto princípio que se pretende e quer instituir é indissociável do outro princípio da vulnerabilidade, substantivo ao homem que ao envelhecer segue um trajecto comum a todo o ser humano, que se expõe a ser ferido como etimologicamente significa, a própria palavra.

Como, na maioria das vezes, a sociedade desvaloriza o idoso dever-se-á priorizar o trabalho de valorização da velhice. À família caberá um papel fundamental para que as opiniões do idoso sejam ouvidas e executadas, pois para além de conviver com doenças crónicas é muitas vezes nesta fase que o preconceito, a baixa auto-estima e o abandono surgem, colocando-o numa posição de vulnerabilidade adjectiva, até perder a sua autonomia, como expressão da independência para realizar e decidir pelos seus próprios meios.

A consciência desta vulnerabilidade traz o risco de poder ser ferido na exposição aos outros. Neste encontro de vulnerabilidades há um apelo ético à verdade e uma exigência assente no respeito pelas integridades física e psicológica, e promoção da autonomia.

O envelhecimento a que todos estamos sujeitos é em si mesmo um espaço onde se experimenta a vulnerabilidade humana e se questiona o projecto de vida restante, colocando-nos muitas vezes na charneira da natureza humana. É uma realidade que contém limitações que se tornam para o profissional de saúde e para o próprio numa área de possibilidades e oportunidades, mas também de dificuldades.

A vulnerabilidade do idoso convoca também a ética da diferença, pois para além

de acolher a humanidade comum a todos os seres humanos, descobre o verdadeiro rosto de cada um e personaliza a acção de cuidar o outro vulnerável que está sob os nossos cuidados, o qual tem uma dignidade intrínseca.

A vulnerabilidade do idoso apela a essa consciência ética, mas o próprio idoso enquanto ser humano encerra em si mesmo o risco de vir a ser ferido. É esta dualidade de vulnerabilidades que leva a uma prática médica de encontro de duas vulnerabilidades que se suprem mutuamente. Acolher o outro vulnerável exige uma manifestação de respeito pelo outro reconhecendo-o como ser único dotado de autonomia.

Toda a sociedade ocidental foi concebida em função de um universo para um adulto jovem em estado de saúde suficientemente bom para cumprir funções de actividade produtiva. Esta especialização de uma sociedade de adultos para adultos, gerada por adultos, explica as diferenças e dificuldades para elaborar políticas para o envelhecimento<sup>3</sup>, que envolvam o respeito pelo princípio de autonomia em indivíduos considerados vulneráveis.

O envelhecimento não é uma doença, embora as pessoas idosas formem um grupo vulnerável exposto a doença, que se manifesta muitas vezes, de forma insidiosa durante um período longo, sem sintomas e quando estes surgem podem encurtar a vida. Não se pode evitar o envelhecimento, esta pessoa vulnerável é qualquer um de nós, inserido no mesmo processo fisiológico de evolução da espécie humana. Os comportamentos geradores de mais saúde e qualidade de vida para com o indivíduo idoso constituem na sua essência uma extensão da consciência ética.

A Organização das Nações Unidas (ONU Schons; Palma, 2000), considera o período decorrente entre 1975 a 2025 como a *Era do Envelhecimento*<sup>6</sup>, e admite como factores preponderantes para o envelhecimento populacional o declínio da natalidade e da mortalidade. Em relação a esses factores estarão envolvidas variáveis como: maior acessibilidade aos métodos anticoncepcionais, aumento do nível educacional das mulheres, melhoria

das tecnologias em saúde, domínio de doenças infecto-contagiosas, vacinações profiláticas e melhorias no saneamento básico. Dados recentes indicam que a população idosa ultrapassa já em número a população jovem<sup>7</sup>.

Com a chegada do envelhecimento populacional, a sociedade no respeitante à estruturação social deverá estar preparada, fazendo-se necessária a implementação de estratégias educacionais, políticas e sociais voltadas para a promoção da saúde tanto dos idosos como daqueles que o serão no futuro. O aumento populacional dos idosos e a necessidade de mudança da concepção do homem no processo de envelhecer é transversal à própria sociedade civil, devendo protagonizar-se medidas de inclusão de conteúdos específicos sobre o envelhecimento, na formação académica do profissional de saúde, numa nova cultura sobre a velhice.

O preâmbulo da Carta da OMS, de 1946 estipula que a saúde é um estado de bem estar físico mental e social, não constituindo apenas ausência de doença ou enfermidade, e um dos direitos fundamentais do ser humano, independentemente da sua raça, sexo, religião, opinião política, condição social e económica, ou idade. A concepção de saúde restringida ao tratamento da doença foi substituída por outra, de defesa global da saúde do homem, isto é a protecção da Saúde no indivíduo são, como passo indispensável, antes que se manifeste a redução da saúde.

É particularmente difícil fazer a distinção entre estado de doença e estado de saúde entendida como total bem-estar físico, psíquico e social, no idoso, porque a prevenção no domínio gerontológico tem por finalidade passar de um objetivo máximo e absoluto (conservação total do estado de saúde), para um objetivo mínimo e relativo de conservação da capacidade de se bastar a si próprio, o que é aceitável se tivermos em consideração as características dos indivíduos idosos.<sup>2</sup>

A vulnerabilidade e a redução da autonomia são fenómenos que podem estar ou não associados, pois a perda de autonomia pode ser reversível e indivíduo

os vulneráveis poderão ser autônomos. A autonomia pode ser encarada como um conceito ético e individual enquanto a vulnerabilidade poderá pressupor o estabelecimento de relações desiguais entre indivíduos ou grupos, se encarada num sentido adjectivante. Tal desigualdade pode estabelecer-se por razões sociais, culturais, educacionais, económicas ou sanitárias, entre outras, mas o envelhecimento terá aqui um lugar de desataque em sentido substantivo, por ser inerente ao ser humano,

O respeito pelo princípio da dignidade da pessoa deve estar subjacente e qualquer actuação. A expressão da autonomia inspira-se no conceito que nos diz que é autónoma a pessoa maior de idade, capaz de decidir livremente sobre questões da sua vida e dos seus dependentes e consequentemente suportar as decorrências das suas decisões. O respeito pela autonomia do sujeito concretiza-se no chamado consentimento após informação, ou consentimento esclarecido, sendo a permissão fornecida por cada sujeito individualmente, não sendo eticamente possível alguém consentir por outro que possua autonomia plena<sup>8</sup>. Nesse item cabe a situação do idoso que poderá estar sujeito a circunstâncias que os limitem tanto na capacidade de decidir livremente como o de assumir as consequências da decisão.

A noção de vulnerabilidade protagoniza dois sentidos: como *característica* com função adjectivante, mais restrito, e com *função nominal* mais amplo remetendo para a concepção antropológica como fundamento da ética<sup>1</sup>. A confluência destes dois sentidos é testemunhada no art 8.º da Declaração da bioética e direitos humanos da Unesco, que enuncia a obrigatoriedade de respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal.<sup>9</sup> Todo o princípio obriga, desse modo o princípio exprime uma obrigação que se impõe à consciência moral sob a forma de um dever a ser cumprido. O aspecto fundamental da vulnerabilidade como princípio ético é o de formular uma obrigação de acção moral. Assim a vulnerabilidade passa a ser como princípio obrigar a reconhecer que todas as pessoas são vulneráveis e podem ser fe-

ridas por outrem, exigindo respeito no seu modo de ser (acção negativas) na abstenção de qualquer prejuízo, mas também uma acção positiva na exigência de zelo, cuidado solicitude para com a vulnerabilidade<sup>10</sup>.

A vulnerabilidade humana ao ser tomada em consideração, corresponde ao reconhecimento como traço da condição humana dentro da sua finitude e fragilidade, como exposição permanente a ser ferido, funcionando como pedido de apoio ou de ajuda, sendo entendida como condição humana persistente (enquanto somos limitados e mortais), e como situação dada (nas quais limites e «feridas» se verificam concretamente.<sup>10,11</sup>

O respeito pelo princípio da autonomia das pessoas (art 5.º, da mesma Declaração), não se pode limitar a situações de não invasão da autonomia do outro, mas determina o apoio necessário para enfrentar insuficiências e construir essa mesma autonomia, sendo ambas autonomia e vulnerabilidade dois pilares que funcionam em articulação, devendo a autonomia ser pensada em função da vulnerabilidade, como componente indispensável, funcionando esta como pedido de apoio ou de suporte<sup>9</sup>. A vulnerabilidade é então um conceito necessário para que o próprio conceito de autonomia se possa dar sob a razão crítica.

Grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos sempre que a inerente vulnerabilidade humana se encontre agravada por circunstâncias várias, diz a Declaração de 2005 (art. 7.º). A vulnerabilidade é uma categoria *sui generis* que pode ser aplicada a qualquer ser vivo, o qual pode ser ferido de acordo com o sentido da palavra latina *vulnus*, mas não, necessariamente o será, ou seja a mera potencialidade inserida no termo não pode ser confundida com a chamada *vulneração*, de acordo com distinção entre potencialidade e acto em si mesmo.<sup>12-14</sup>

Realmente o termo vulnerabilidade com sentido adjectivante tem sido frequentemente utilizado nos próprios documentos internacionais relacionados com investigações experimentais, de que é exemplo o Relatório Belmont (1978)<sup>15</sup>,

que tem implícito a obrigatoriedade de defender tais grupos.

Também enunciado na Declaração de Helsinque<sup>16</sup>, para indicar não condições potenciais, mas condições que podem ser actuais como levadas a cabo em populações, que para além das condições genéricas de vulnerabilidade, apresentem características de vulneração, como é o caso de grupos de pessoas institucionalizadas, desprotegidas, órfãos, prisioneiros, idosos e mais tarde judeus e outros grupos étnicos considerados inferiores ou mesmo povos, e ainda grupos minoritários ou socialmente desfavorecidos.

A obra clássica de B. e Childress (2001) inspirada nas conclusões do referido relatório, introduziu a corrente teórica denominada Princípioalismo, com os quatro princípios: *autonomia, beneficência, não maleficência e justiça*, onde o respeito pelas pessoas (autonomia), incorpora duas convicções éticas: a de que as pessoas devam ser tratadas com autonomia e a de que as pessoas cuja autonomia está diminuída (vulneráveis), deverão ser protegidas<sup>16</sup>.

Nesta óptica o ser vulnerável é alguém que possui cidadania frágil e que ignora a relevância do direito à integridade física e psicológica como condição de acesso aos seus direitos. Destacamos vários documentos encarando a vulnerabilidade sempre no domínio da experimentação humana como o *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, do *Council for International Organizations of Medical Sciences* articulado com a *World Health Organization (CIOMS/WHO)*<sup>20</sup>, a *Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights*, 1997, referindo-se as sucessivas formulações de 1982, 1993 e 2002 ao mesmo sentido adjectivante da vulnerabilidade<sup>21</sup> ou a Declaração de Helsinquia.<sup>22</sup>

A vulnerabilidade está, contudo presente em todo o indivíduo e nas diversas fases da sua vida, embora possa ser ampliada em indivíduos mais susceptíveis que por falta de estrutura (familiar, educacional ou social), torna a pessoa humana susceptível ou sujeita a diversas influências, sobre as suas idéias ou pensamentos.

A condição humana é assim marcada por um extenso grau de fragilidades devido às características temporal e finita da própria vida humana, só se podendo aprender a viver em segurança quando se reconhece a própria vulnerabilidade e a vulnerabilidade do outro, protegendo-as e sabendo conviver com elas<sup>10,11</sup>. Dentro desta concepção o respeito pela dignidade da pessoa humana significa acima de tudo a promoção da sua capacidade de pensar decidir e agir por isso respeitar a autonomia de outrem é não apenas reconhecer a sua autodeterminação, mas ajudá-la a ir ao limite de si mesma e a escolher o que está de acordo com o sentido de respeito à dignidade humana.

Numa sociedade perspectivada para o sucesso a ocultação da vulnerabilidade pode ser uma tentação, pela dificuldade de se conviver com as fragilidades. A ocultação da vulnerabilidade terá uma incidência sobre o próprio sujeito que se imagina autónomo. Ao contrário, valorizando a vulnerabilidade, o sujeito elabora as suas decisões tendo em conta os limites e condicionamentos da sua própria liberdade. Isto significa que o reconhecimento da vulnerabilidade tem em si mesmo uma função metodológica no próprio estabelecimento da autonomia.<sup>11</sup>

Quando, por exemplo, se investiga sobre as atitudes dos profissionais de saúde com doentes idosos com patologia ocular incapacitante, é preciso considerar não apenas a vulnerabilidade dos doentes, mas, também, a dos próprios profissionais ali actuantes. Levando a sério a vulnerabilidade, o sujeito elabora as suas decisões, tendo em conta os limites e condicionamentos da sua própria liberdade. O reconhecimento da própria vulnerabilidade é o ponto de partida para uma construção que possibilita um encontro construtivo com o Outro e as medidas necessárias para superar as próprias fragilidades e é esse reconhecimento que favorece na prática a dinâmica trans-individual que encara a vulnerabilidade como carência do outro.<sup>17-19</sup> É a partir dos anos 90, que se reconhece essa crescente valorização temática da vulnerabilidade<sup>19</sup>, que se evidencia nos vários do-

cumentos fundamentais de índole ético-jurídica e de alcance internacional.

Os idosos do século XXI serão porventura diferentes dos de gerações anteriores, terão um nível de instrução mais elevado e também mais saúde, viverão mais anos e seguramente com mais qualidade, e a sociedade adoptará estilos de vida adequados aos novos padrões e realidades.

Mas reconhecer a vulnerabilidade na pessoa idosa, é reconhecer em todos nós a beleza da vida, é saber que desde o nascimento em diante, passaremos toda a vida a envelhecer, dinamicamente, apresentando fragilidades e riscos de ser feridos, e é nesse imponderável que está justamente a magia da biologia e o papel regulador da bioética.

## Bibliografia

1. [www.hcnet.usp.br/adm/dc/napesq/III\\_simposio/Apresenta%E7%E3o%20Prof.Dr.%20Claudio%20Cohen.ppt](http://www.hcnet.usp.br/adm/dc/napesq/III_simposio/Apresenta%E7%E3o%20Prof.Dr.%20Claudio%20Cohen.ppt)
2. Junior, JR. O processo de envelhecimento. Uma vida, uma história, um século. 1994. pp, 123-126. Lisboa
3. Junior, JR. Uma sociedade constituída para um adulto saudável. Uma vida, uma história, um século. 1994, 130-133.
4. Burstein, SR. Gerontology: modern science with a long story. *Postgrad med J*: 185-190, 1946
5. Schroots, J.J. (1995). Psychological models of aging. *Canadian Journal on Aging*, 14(1), 44-66
6. PALMA, L.T.S. Educação Permanente e Qualidade de Vida: indicativos para uma velhice bem sucedida. Passo Fundo: UPF, 2000. p 12-43.
7. INE (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica sócio-económica recente das pessoas idosas*. Documento preparado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População
8. [www.portalmédico.org.br/revista/bio/v7/autonomia.htm](http://www.portalmédico.org.br/revista/bio/v7/autonomia.htm) Acesso 2009-04-10
9. UNESCO. *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* (2005). Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180E.pdf> Acesso em: 2009-04-10.
10. Neves, MCP. Sentidos da vulnerabi-

lidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética* 2(2), 2006. pp. 157-72.

11. Anjos M. FA. A vulnerabilidade como parceira da autonomia *Revista Brasileira de Bioética* 2(2), 2006. pp. 173-185.

12. Schramm, FR. A saúde é um direito ou um dever? Uma autocrítica da Saúde Pública. *Revista Brasileira de Bioética* 2(2), 2006. pp. 187-200

13. Osswald W. Desafios postos pela vulnerabilidade aos pesquisadores, *Revista Brasileira de Bioética* 2(2), 2006. pp. 248-253

14. Schramm, FR. Información y manipulación: como proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la Bioética de la Protección. *Revista Brasileira de Bioética*, 2005 1(1). pp. 18-27.

15. WMA. *Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*, 2004. Disponível em: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm> Acesso em: 10-04-2009

16. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*, 1979. Disponível em: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html> Acesso em 2009-04-10

17. Kahn, A & Lecourt, D. *Bioéthique et liberté: entretien réalisé par Christian Godin*. Paris: Presses Universitaires de France, 2004. p. 38.

18. *Op. cit.* p. 40.

19. Lévinas, E. *Éthique comme philosophie première*. Paris: Rivages, 1992

20. CIOMS/WHO. *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, 2002. Disponível em: [http://www.cioms.ch/frame\\_guidelines\\_nov\\_2002.html](http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.html) Acesso em: 18/10/2006

21. UNESCO. *Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights*, 1997. Disponível em: [http://portal.unesco.org/en/ev.phpURL\\_ID=13177&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/en/ev.phpURL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html) Acesso em: 2009-04-10.

22. WMA. *Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*, 2004. Disponível em: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm> Acesso em: 18/10/2006.



# QUESTIONÁRIO PARA O ESTUDO DA SAÚDE DOS MÉDICOS PORTUGUESES

**Solicita-se a participação de todos os Colegas!**

Com a participação dos Colegas, e baseado no questionário que vem nas páginas seguintes da Revista, o Estudo da Saúde dos Médicos Portugueses pretende reunir dados que caracterizem a saúde do nosso grupo profissional. Comprovada a capacidade do Sector Saúde e dos Profissionais da Saúde para prevenir, diagnosticar, e curar as doenças dos seus pacientes, é importante conhecer o interesse, o saber e o poder dos médicos e a forma como usam estas capacidades para se manterem activos e saudáveis e, também, para zelar pela manutenção e promoção da saúde dos cidadãos, para além de os tratar e curar quando estão doentes.

Em Portugal a Saúde dos Médicos não tem sido objecto de muitos estudos.



Sabe-se que estão expostos a níveis elevados de stress e a outros factores de risco relacionados com as exigências e organização do trabalho, e com factores biológicos, químicos e físicos; diz-se que nem sempre se preocupam e cuidam bem da sua própria saúde. Mas esta informação advém de estudos e dados segmentados, a grande parte dos quais colhidos de bibliografia estrangeira.

O Questionário cujo preenchimento lhe solicitamos resulta da tradução do que foi inicialmente validado e usado no Canadá por Erica Frank, cujo preenchimento diz tomar cerca de 15 minutos. Foi ajustado a partir de diversas consultas e estudos preliminares, que, embora não sendo representativos, ajudaram e confirmaram a sua boa aceitabilidade. De um destes (34 respondentes) ficamos a saber que só 8,8% estão pouco satisfeitos com o seu trabalho; que 91% teria ainda escolhido ser médico se pudesse voltar atrás; que 41,2% concordam em absoluto com a afirmação de que trabalham intensamente e por períodos prolongados, afirmação que merece de 47% concordância parcial. Apenas 2 respondentes disseram ter gasto mais que 15 minutos a responder.

A Ordem dos Médicos e a Direcção Geral da Saúde consideram o Estudo relevante e de grande interesse e solicitam a colaboração de todos os Colegas. O anonimato das respostas está garantido.

Destaque as páginas centrais da revista, preencha o questionário e envie-nos através do envelope RSF que está incluído nesta edição da revista da Ordem dos Médicos.

**Colabore neste Estudo que vai permitir conhecermos mais sobre nós.**

**Direcção-Geral da Saúde**  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



**Ministério da Saúde**





2009

# ESTUDO DA SAÚDE DOS MÉDICOS PORTUGUESES

A sua participação neste Estudo da Saúde dos Médicos Portugueses ajudará a conhecer e melhorar os recursos e serviços disponíveis para manter e promover a saúde e o bem-estar dos médicos.

## **A sua privacidade e a confidencialidade são protegidas.**

As perguntas feitas neste questionário são de natureza pessoal. Pode estar seguro que a sua participação voluntária é completamente anónima, e que toda a informação será tratada com rigorosa confidencialidade. O responsável pelo Estudo assegurará a custódia dos dados, facilitando ao investigador/escritinador o acesso a dados anónimos e não identificados que, por normas de estrita ética e confidencialidade, ficará obrigado a manter a integridade dos dados. A análise e publicação dos resultados serão feitas exclusivamente de forma agregada.

O Conselho de Ética da Ordem dos Médicos foi ouvido pelo CNE.

Se tiver qualquer questão em relação à privacidade e confidencialidade, poderá contactar [saudedosmedicos@omcne.pt](mailto:saudedosmedicos@omcne.pt) ou [saudedosmedicos@dgs.pt](mailto:saudedosmedicos@dgs.pt)

## **Estimamos que o preenchimento do questionário tomará 15 minutos do seu tempo.**

O Estudo da Saúde dos Médicos Portugueses tornou-se possível pela autorização e apoio científico do Canada Research Chair in Preventive Medicine and Population Health, da University of British Columbia e do Departamento de Ergonomia da FMH da Universidade Técnica de Lisboa, e a colaboração da Ordem dos Médicos e da Direcção Geral de Saúde.



Direcção-Geral da Saúde  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



Questionário traduzido e adaptado do Canadian Physician Health Study 2007-2008





# Como preencher este Questionário

Por favor assinale de forma clara usando cor **preta** ou **azul**.  
Encha um círculo (●) ou ponha algarismos numa caixa (19[9]8)

## Satisfação profissional

1. No geral, está satisfeito com o seu trabalho?
- Muito satisfeito
  - Razoavelmente satisfeito
  - Pouco satisfeito
  - Insatisfeito
2. Independentemente da sua posição actual, está satisfeito por ser médico?
- Muito satisfeito
  - Razoavelmente satisfeito
  - Relativamente satisfeito
  - Muito insatisfeito
3. Se pudesse voltar atrás, ainda teria escolhido ser médico?
- Claro que sim
  - Provavelmente sim
  - Talvez
  - Provavelmente não
  - Claro que não
4. Gostaria de mudar de especialidade?
- Claro que sim
  - Provavelmente sim
  - Talvez
  - Provavelmente não
  - Claro que não

5. Usando a escala que se segue, indique se alguma vez sentiu e com que frequência as seguintes sensações. Caso nunca tenha tido os pensamentos e as sensações descritas seleccione **Nunca**. Se já experimentou essas sensações ou pensamentos preencha a resposta mais adequada ao seu caso.

	Nunca	Esporadicamente (poucas vezes ao ano)	Algumas vezes (uma vez ou menos por mês)	Regularmente (algumas vezes por mês)	Frequentemente (uma vez por semana)	Várias vezes por semana	Diariamente
Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalhar todo o dia é realmente cansativo para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me exausto com o meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tornei-me menos entusiasta em relação ao meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na minha opinião, no meu trabalho eu sou bom profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me contente quando atinjo um objectivo no meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizei muitas coisas de valor neste trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apenas quero fazer o meu trabalho e não ser incomodado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tornei-me mais céptico em relação ao contributo resultante do meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Por favor use a escala para indicar em que medida concorda com as seguintes afirmações.

	Discordo em absoluto	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo em absoluto
Trabalho intensamente e por períodos de tempo prolongados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho tanto trabalho a fazer no meu emprego que me desligo dos meus interesses pessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esqueço o meu trabalho quando vou para casa no final do dia de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho o meu trabalho sob controlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posso obter o equipamento e espaço necessários para o meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho autonomia profissional/independência no meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que o meu trabalho é reconhecido pelos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu trabalho é valorizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalmente os meus esforços passam despercebidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou integrado numa rede de colegas que me apoia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todos os meus colegas cooperam entre si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não me sinto ligado aos meus colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os recursos disponíveis no sistema de saúde são bem distribuídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As oportunidades profissionais na área da saúde estão apenas relacionadas com o mérito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponho de meios de contestação eficazes para questionar uma decisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os meus valores e os do Sistema de Saúde são semelhantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os objectivos do Sistema de Saúde influenciam a minha actividade profissional no dia-a-dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As metas da minha carreira são compatíveis com as oportunidades do Sistema de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Estado de saúde

7. A sua altura é  
 Metros  centímetros

8. O seu peso é:  
 Em quilogramas   
 (NOTA: se está grávida, por favor registe o seu peso antes de engravidar.)

9. Em geral, pode dizer que a sua saúde é:

- Muito boa       Fraca  
 Boa       Má  
 Razoável

10. Tem um médico que regularmente vigia a sua saúde?

- Sim       Não

11. Em geral, como classifica a qualidade de cuidados de saúde que lhe foram prestados?

a. Recorri a serviços de saúde **nos últimos 12 meses** que eu considero:

- Excelentes     Bons     Razoáveis     Fracos     Não aplicável

b. Os cuidados de saúde a que recorri **há mais de 12 meses** foram:

- Excelentes     Bons     Razoáveis     Fracos

12. Que ênfase deu o seu médico para o ajudar a manter-se saudável e a prevenir doenças para além de as tratar?

- Muita       Alguma       Pouca       Nenhuma

13. Quando fez pela última vez (assinale um /uma em cada linha)

	< 1 ano	1 a < 2 anos	2 a < 3 anos	3 a < 4 anos	4 a < 5 anos	5 ou + anos	Nunca
Exame médico geral (check up)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medição da Pressão arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exame testicular ou da mama (feito por médico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacina anti-gripal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medição do colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesquisa de sangue oculto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografia (só nas mulheres)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Papanicolau /colpocitologia (só nas mulheres)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonoscopia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. É familiar ou próximo de alguém que sofreu problema de saúde grave ou que morreu devido a uma patologia ou condição que podiam ter sido evitadas?

- Sim, muito chegado       sim, relativamente chegado       não

15. Nas últimas 4 semanas, qual a frequência com que a sua **saúde física** dificultou o cumprimento dos seus deveres profissionais como médico?

- Nunca       Em metade do tempo       Todo o tempo  
 Algum tempo       Na maior parte do tempo

16. Nas últimas 4 semanas, qual a frequência com que a sua **saúde mental** dificultou o cumprimento dos seus deveres profissionais como médico?
- Nunca  Em metade do tempo  Todo o tempo  
 Algum tempo  Na maior parte do tempo
- 

17. Viu alguma vez afectado o seu trabalho em qualidade ou quantidade por uma incapacidade física ou mental, ou por outro problema de saúde de longa duração?
- Nunca  Algumas vezes  Frequentemente
18. Modificou o seu ambiente de trabalho habitual por causa de uma incapacidade?
- Não  
 Sim. Com pequenas modificações das condições de trabalho (p.ex. modificações do ambiente ou técnicas, como a compra de mobília ou equipamento ergonomicamente mais adaptado)  
 Sim. Com grandes modificações (p.ex. mudança do tipo de trabalho ou emprego, ficando com baixa, reduzindo as horas de trabalho ou visitas de pacientes, etc.)
- 

19. Tem um seguro de vida e de incapacidade?\*
- Sim  Não
20. Alguma vez lhe foi negado um seguro de vida ou de responsabilidade profissional?
- Sim  Não
- 

## Comportamentos saudáveis

21. Habitualmente quantas horas dorme por noite?
- |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    | 11+                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 

22. Nos **últimos 12 meses**:
- a. Perdeu, por um período de 2 ou mais semanas, interesse por coisas como *hobbies*, trabalho ou actividades que normalmente lhe dão prazer?
- Sim  Não
- b. Alguma vez lhe aconteceu sentir-se triste, desmotivado, em baixo ou deprimido por 2 ou mais semanas seguidas?
- Sim  Não
- Se respondeu **Não** à 22a e à 22b passe à questão 23.  
Se respondeu **Sim** à 22a ou à 22b:
- c. Durante essas 2 ou mais semanas pensou muito na morte, quer na sua morte, quer na de outra pessoa, ou na morte em geral?
- Sim  Não
- 

23. Nos **últimos 12 meses** com que frequência bebeu bebidas alcoólicas?
- Nunca  2 ou 3 vezes por mês  4 a 6 vezes por semana  
 Menos de uma vez por mês  Uma vez por semana  Todos os dias  
 Uma vez por mês  2 ou 3 vezes por semana
- 

→ Se respondeu **Nunca** passe à questão 26.

\* A Ordem dos Médicos assegura a todos os médicos, desde Janeiro de 2007, um seguro de responsabilidade civil.

24. No **último mês**, nos dias em que bebeu, quantas bebidas bebeu em média por dia?  
(1 bebida = 1 lata ou garrafa de cerveja, 1 copo de vinho, 1 cocktail, 1 whiskey ou rum, 1 cálice de vinho do Porto)
- |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9+                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
25. Com que frequência, nos **últimos 12 meses**, bebeu 5 ou mais bebidas alcoólicas numa só ocasião?
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Nunca                    | <input type="radio"/> Uma vez por mês      | <input type="radio"/> Uma vez por semana          |
| <input type="radio"/> Menos de uma vez por mês | <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes por mês | <input type="radio"/> Mais que uma vez por semana |
- 
26. Fumou no total 100 ou mais cigarros em **toda a sua vida**?
- Sim       Não      → Se respondeu **Não** passe à questão 29.
- 
27. **Presentemente**, fuma cigarros?
- Diariamente → Passe à questão 29.       Não
- Ocasionalmente → Passe à questão 29.
28. Quando deixou de fumar cigarros?
- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Há menos de 1 ano | <input type="radio"/> Há 3 a 5 anos     |
| <input type="radio"/> Há 1 a 2 anos     | <input type="radio"/> Há mais de 5 anos |
- 
29. No **mês passado**:
- |  |                           |                           |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Fumou charutos?                          | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| Usou tabaco para mascar ou para cheirar? | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| Fumou cachimbo?                          | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| Fumou cigarros ou parte de cigarros?     | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
- Se não fumou nenhum cigarro no mês passado, passe para a questão 31.
- 
30. Nos dias em que fuma, quantos cigarros costuma fumar?
- 

## Actividade física e nutrição

31. Em média, quantas vezes por semana pratica algum exercício, ainda que seja **mínimo ou ligeiro** (p.ex. passeio fácil, golfe, bowling, yoga)?
- |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    | 11                    | 12                    | 13                    | 14+                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 
32. Em média, qual é a duração de cada sessão durante a qual faz exercício **mínimo ou ligeiro**?
- minutos por sessão
- 
33. Em média, quantas vezes por semana pratica exercício **moderado, não exaustivo** (p.ex. andar depressa, ténis, voleibol, dança, natação fácil ou ciclismo)?
- |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    | 11                    | 12                    | 13                    | 14+                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 
34. Em média, qual a duração de cada sessão de exercício **moderado, não exaustivo** que pratica?
- minutos por sessão
-



35. Em média, quantas vezes por semana pratica exercícios **vigorosos com esforço**, que façam o seu coração bater rapidamente (p.ex. *jogging*, futebol, aeróbica e natação vigorosa ou ciclismo de forma enérgica)?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14+
- 

36. Quanto dura, em média, cada sessão destes exercícios **vigorosos com esforço**?
- minutos por sessão

37. Quantas vezes, nos últimos 7 dias, usou um conta-passos (pedómetro)?
- 0 1 2 3 4 5 6 7
- 

38. Quantas **vezes** consome os seguintes alimentos (**diária, semanal ou mensalmente**)? Por favor assinale com «0» os itens que nunca consome. Marque o número e frequência para cada item.

Exemplo	Número de vezes							diário	semanal	mensal
	0	1	2	3	4	5	6			
Sumo de fruta (p.ex. citrinos e tomate)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Fruta (inteira)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo	Número de vezes							diário	semanal	mensal
	0	1	2	3	4	5	6			
Sumo de fruta (de citrinos, tomate)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fruta (inteira)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salada verde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Batatas (não fritas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cenouras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros vegetais que não cenouras, batatas, salada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cafeína (café, soda, coca cola, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multivitaminas/suplementos vitamínicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suplemento de cálcio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros: vitaminas/suplementos minerais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Actividades de cuidados a pacientes

39. Com um paciente típico, qual a **frequência** com que desenvolve as seguintes actividades?

a. Falar ao paciente sobre (assinale a frequência para cada item):

	Nunca/Raramente	Algumas vezes	Usualmente/Sempre
Nutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercício/actividade física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização do Pedómetro (conta-passos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cessaçãotabágica (para os fumadores)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saúde mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segurança no local de trabalho/Prevençãotrabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suplemento de cálcio (para mulheres na menopausa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b. Receitar/executar/recomendar (assinale a frequência para cada item):

	Nunca/Raramente	Algumas vezes	Usualmente/Sempre
Teste de colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografia (para mulheres com idade entre 50-75 anos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Quanto **treino e formação** recebeu sobre os seguintes tópicos?

a. Para falar ao paciente sobre (assinale um tipo de formação para cada item):

	Nenhum	Algum	Intenso
Nutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercício/actividade física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização do Pedómetro (conta-passos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cessaçãotabágica (para os fumadores)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saúde mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segurança no local de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexo seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suplemento de cálcio (para mulheres na menopausa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b. Para receitar/executar/recomendar (assinale um tipo de formação para cada item):

	Nenhum	Algum	Extensivo
Teste de colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografia (para mulheres com idade entre 50-75 anos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Opiniões sobre cuidados de saúde

41. Indique, por favor, em que medida concorda com as seguintes afirmações.

	Concordo em absoluto	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo em absoluto
Para encorajar a adesão efectiva do paciente a um estilo de vida saudável, o médico deve ter também aderido a ele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especificamente, os meus conselhos serão mais credíveis e eficazes se:					
a. Faço uma alimentação saudável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Faço exercício e mantenho-me em forma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Mantenho um peso saudável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Bebo álcool com moderação ou não bebo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Não fumo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto ser encarado como mais profissional se tiver uma vida mais equilibrada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que tenho um bom equilíbrio entre o trabalho e as outras actividades na minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que controlo o meu ambiente de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considerando os meus esforços e sucessos, obtenho o respeito e prestígio que mereço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se posso, continuo a trabalhar quando estou doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se possível, cuido das minhas próprias necessidades médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conheço recursos que posso utilizar à vontade e facilmente, caso necessite de ajuda para um problema de saúde física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conheço e poderei recorrer a ajuda, se a necessitar, para a minha saúde mental ou para problema de abuso de substâncias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Indique, por favor, em que medida concorda com as seguintes afirmações (continuação).

	Concordo em absoluto	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo em absoluto
Para mim é importante ter um seguro de vida e incapacidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com o meu seguro de doença e de incapacidade (caso não tenha seguro deixe esta linha em branco)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu ambiente de trabalho encoraja-me a ser saudável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No meu local de trabalho tomam-se as precauções necessárias para prevenir a disseminação das doenças infecciosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nos últimos 12 meses a segurança pessoal no meu trabalho principal foi boa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No meu local de trabalho a relação médico/enfermeiro é boa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os médicos necessitam de mais formação e treino em prevenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prevenção é, para mim, menos interessante que tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os pacientes não estão interessados em Prevenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os pacientes adoptam mais facilmente estilos de vida saudáveis quando os médicos os aconselham	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É da responsabilidade do médico promover a medicina preventiva dos seus pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O acesso a cuidados básicos de saúde é um direito humano fundamental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Numa consulta típica disponho do tempo suficiente para atender os meus pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho liberdade para tomar as decisões clínicas adequadas às necessidades dos meus pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É-me possível prestar cuidados de alta qualidade a todos os meus pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou preocupado com potenciais efeitos do ambiente físico do meu local de trabalho sobre a saúde dos pacientes e a minha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mim é pessoalmente importante ter um ambiente saudável:					
a. no trabalho médico e vida profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. na vida pessoal e em casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É para mim clinicamente importante ler regularmente jornais e/ou revistas sobre investigação biomédica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Educação e local de trabalho

42. A sua formação em Medicina foi obtida:
- Numa Faculdade de Medicina portuguesa
  - Numa Faculdade ou Escola de Medicina europeia, não portuguesa
  - Numa Escola Médica não europeia
- 
43. Qual a sua especialidade?
- \_\_\_\_\_
44. Em que distrito exerce a sua **principal actividade** médica?
- \_\_\_\_\_
- 
45. Caracterize o local onde exerce a sua **actividade principal**?
- Cidade
  - Urbana e suburbana
  - Zona rural/Cidades pequenas/áreas mais remotas
- 
46. O regime dominante em que exerce medicina é:
- Clínica privada/livre individual
  - Clínica privada/livre em grupo
  - Serviço de Saúde Privado
  - Serviço Hospitalar do Serviço Nacional de Saúde
  - Serviço Hospitalar do Sector Privado
  - Centros de Saúde, Extensões e Unidades de Saúde Familiar (USF) do Serviço Nacional de Saúde
  - Outros (quais) \_\_\_\_\_
47. A seguir está uma lista de locais de trabalho. Selecciona a ou as categorias que melhor descrevem os locais em que trabalha (assinale todas as que lhe correspondem):
- Consultório ou clínica privada (excluindo as clínicas de entrada livre e grátis)
  - Centro de Saúde/Extensão de um Centro de Saúde/USF
  - Clínicas comunitárias de acesso gratuito, como misericórdias e outras instituições
  - Centro académico de ciências da saúde
  - Hospital Público
  - Hospital Privado
  - Serviços de emergência (em hospitais públicos, hospitais escolares)
  - Cuidados continuados/residências para idosos
  - Administração – Escritório
  - Unidade de Investigação
  - Laboratório de análises clínicas
  - Companhias Seguradoras
  - Outros (quais) \_\_\_\_\_
48. No ano passado, de onde lhe adveio o seu maior rendimento profissional (assinale apenas um):
- Clínica livre
  - Vencimento
  - Avenças
  - Trabalho sazonal/Ajudas de custo/horas
  - Contratos de serviço
  - Incentivos e prémios
  - Outros \_\_\_\_\_



49. Excluindo as actividades *on-call* e em serviço de urgência, quantas horas, em média, dedica semanalmente a:
- a. Cuidados a pacientes?  horas por semana
- b. Outras actividades profissionais (p.ex.: administração, gestão / trabalho em comités, ensino (aulas), investigação)?  horas por semana
- 
50. a. Indique, por estimativa, o número total de horas de trabalho *on-call* ou em serviço de urgência que faz por mês:  horas/mês
- b. Indique, por estimativa, quantas das suas horas mensais *on-call* dedica aos cuidados directos prestados a pacientes:  horas/mês
- 

## Dados demográficos

51. A sua idade é:  < 35 anos  35 a 44  45 a 54  55 a 64  65 ou +
52. O seu sexo:  Feminino  Masculino
53. Onde nasceu:  Portugal continental  Ex-colónias  Outro (qual) \_\_\_\_\_
- 
54. Estado civil:
- Solteiro (nunca casou)  Casado  Viúvo
- Relação de facto  Separado ou Divorciado
- 
55. Tem filhos?  Sim  Não.
- Se **sim**, quantos no total?
- Quantos com 6 ou menos anos?
- Quantos com 7 a 18 anos?
- 

56. Comentários

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Obrigado pela sua participação neste Estudo

Por favor devolva o Questionário no envelope que lhe foi enviado pela Ordem dos Médicos e está dirigido ao Estudo da Saúde dos Médicos, Direcção Geral da Saúde – Alameda Dom Afonso Henriques 45 – 1049-005 Lisboa.

Se tem qualquer pergunta ou questão relacionada com o Estudo, pode contactar por e-mail [saudedosmedicos@dgs.pt](mailto:saudedosmedicos@dgs.pt) ou [saudedosmedicos@omcne.pt](mailto:saudedosmedicos@omcne.pt)

## Exercício da Medicina liberal

**Publica-se em seguida carta do Colega Francisco Gonçalves dirigida a Pedro Nunes, bastonário da OM, em resposta a artigo publicado na ROM de Fevereiro.**

«Caro Colega Bastonário da Ordem dos Médicos:

Os meus cumprimentos.

Leio na capa da Revista da O.M. n.º 98 de Fevereiro de 2009:

1.- «A OM respeita a opinião dos médicos e quer ouvi-la».

2.- Na página 25 da mesma revista sobre a «REUNIÃO CONJUNTA», na proposta 5) -d): «Não é aceitável a existência de médicos indiferenciados».

Ora, antes de mais, convém identificar-me. Para isso, envio uma espécie de CV (que deixei de actualizar desde há alguns anos, porque já não me interessa). Sou portador da C.P. n.º 16531, formei-me em 1976. Exerço Clínica Geral liberal e Medicina do Trabalho (Tenho a Especialidade de MT pela OM) sediado em Barcelos. Após finalizar o Curso de Medicina, cheguei a ser colocado como MF no CS de Barcelos. Todavia, como a minha maneira de trabalhar e hábitos de trabalho, não se dão com o espírito de «funcionário público», passei para a docência da FMUP, onde já era Assistente-Convidado de Microbiologia a tempo parcial. E assim, estou aposentado, há cerca de 12 anos (?). Claro que, desde o fim do curso fui fazendo, simultaneamente, clínica geral, liberal. Este facto não prejudicava a minha actividade docente porque, antes mesmo de entrar na Faculdade de Medicina, era Preparador de Laboratório no Serviço de Microbiologia e, portanto, a Microbiologia prática e, depois de fazer a cadeira (com 19 valores), teórica, não tinha, digamos, segredos para mim. Se fui, ou não, um bom docente... não posso ser eu a julgá-lo.

Não segui a carreira académica na Microbiologia, como pareceria ser o trajecto «natural» porque, quando comecei as disciplinas clínicas, fiquei apaixonado pela clínica. Pela Clínica Geral! Nunca me seduziu uma Especialidade... Embora, por vezes, me ponha essa questão ao comparar o trabalho que tenho para auferir o que aufero, comparativamente com a maioria das especialidades... Mas isso logo passa. Deixemos este intróito e entremos no que me leva a escrever esta carta.

Em primeiro lugar e, relação ao tal ponto 5) d): O que é entendido por «médicos indiferenciados»?... Será que eu, como Clínico Geral sou um «médico indiferenciado» (ignorando, como faço questão, a Medicina do Trabalho)? É que, no meu ponto de vista, o que faz mesmo falta na assistência médica aos utentes, é o Clínico Geral! Digo Clínico Geral e não Médico de Família, positivamente. Porque, gostaria de saber, quantos MF têm nos seus ficheiros (por vontade dos utentes...) a totalidade dos membros das famílias? Pois, como é sabido, as pessoas escolhem o seu médico assistente por uma série de factores entre os quais, e provavelmente o determinante, é a simpatia ou empatia pessoal. E deveria ser assim, sempre.

Presentemente ainda faço Medicina do Trabalho em algumas empresas (desde há mais de 30 anos...) mas com a aliciante para mim, de sempre ter feito, simultaneamente, a medicina curativa. Eu sei que, «legalmente», há certas reticências a esta prática mas, afinal, fui de início para essas empresas como «Médico de Empresa»; depois, «apareceu» a Medicina do Trabalho... e eu continuei a desempenhar ambas as funções. Afinal, em meu entender, elas complementam-se. Ninguém, melhor que o Médico da Empresa pode relacionar qualquer patologia do trabalhador com o seu posto de trabalho e função que desempenha. O que é preciso é haver, e pugnar para que tal suceda, independência no exercício das suas funções. Felizmente, sempre gozei da confiança dos trabalhadores das Empresas e das Entidades patronais. Quando tive atropelos (tive dois casos...), larguei as funções.

O que mais me desgosta nesta altura é verificar a dificuldade cada vez maior de as pessoas terem acesso à assistência médica quando, em meu entender, medidas muito simples, expeditas e sem encargos para o erário público (creio que mesmo, com poupança...) poderiam melhorar a situação e, simultaneamente, captar verdadeiros «MÉDI-

---

**Tenho para mim que, se o Estado comparticipasse em 50%, por ex., as consultas médicas, contra-recibo, na medicina liberal, ganharia dinheiro e, para além disso, aliviaria a carga de utentes dos CS permitindo, assim, aos MF prestarem uma melhor assistência por maior disponibilidade de tempo**

---

COS» para esta aliciante e, ao mesmo tempo, penosa e espinhosa profissão. Refiro-me à simples permissão de, em clínica liberal, ser permitida a prescrição dos exames subsidiários mais básicos. Para comprovar o custo irrelevante de tais exames, envio um pequeno quadro com os seus custos para o Estado e para o utente. É inadmissível que, por esse interior do país, pessoas que vivem com muito fracos rendimentos do seu trabalho, tenham de despende-meio dia, para ir ao Centro de Saúde deixar as embalagens dos medicamentos para o MF passar e, passados 2 ou 3 dias, terem de perder outro tanto tempo, simplesmente para levantar as receitas...

Claro que, se for para marcar uma consulta do MF, em muitos casos só terão essa consulta passadas 2 ou 3 semanas... Obviamente, a alternativa é ir ao Serviço de Urgência. Mas, que qualidade têm as consultas do SU? Aliás, nem podem ter qualidade, tal é a afluência de utentes a essas consultas. Certamente, se eu trabalhasse nesse regime, não faria melhor, acredito.

Ora, a lógica da Medicina Liberal não é essa. Aliás, enquanto escrevia esta carta, já dei instruções por solicitação telefónica, a 2 doentes que sofrem de Diabetes ID para ajustamentos nas suas medicações... E constantemente, por instruções telefónicas ou pessoais ou, mesmo, visita domiciliária atempada, consigo evitar o recurso ao Serviço de Urgência.

Tenho 67 anos. Trabalho há mais de 50 anos. Não me interessa arranjar mais trabalho ou clientes. Gostaria que os Médicos que têm a coragem de optar pelo exercício da profissão livremente, a pudessem exercer em livre concorrência com os colegas funcionários públicos. Aliás, não se percebe porque é que os utentes do SNS não-de perder direitos (o de beneficiar da prescrição de exames subsidiários), quando recorrem a um consultório e a um médico que não custam nada ao Estado! Tenho para mim que, se o Estado participasse em 50%, por ex., as consultas médicas, contra-recibo, na medicina liberal, ganharia dinheiro e, pa-

ra além disso, aliviaria a carga de utentes dos CS permitindo, assim, aos MF prestarem uma melhor assistência por maior disponibilidade de tempo.

Parece-me que a lógica do Estado vai antes, no sentido de permitir o exercício a Clínicas e Hospitais Privados que, multiplicando as consultas e os exames subsidiários multiplicam, também, o valor da factura a pagar.

Para finalizar diria que, ao contrário da imagem que passa, o médico «João Semana» é capaz de ser, presentemente, tanto ou mais necessário do que no tempo de Júlio Dinis... Só que, em vez de se deslocar montado numa égua (ou cavalo...), vai num Mercedes (como é o meu caso, porque não dizê-lo...) de muitos cavalos. O que, por outro lado, também lhe permite ir a Congressos e Jornadas Médicas constantemente e inclusive sujeitar-se, como eu faço, a fazer um teste mensal de auto-avalia-

ção, para aferir do seu grau de conhecimento.

**Em suma:- A Ordem dos Médicos apoia o exercício da Medicina liberal, individual?**

Aceite os meus cordiais cumprimentos com desejos de muito êxito no desempenho da sua espinhosa função.

**Francisco José Passos Gonçalves**

**P.S.-** Achei interessantes as expressões utilizadas pelos colegas dos Sindicatos Médicos para se dirigirem ao Bastonário da sua Ordem.

Anexos:

I.- Pequeno resumo de exames subsidiários com seus custos para o utente e o Estado.

Custos de Exames Subsidiários								
Exames	Nº. de Cs (C=0,439)	Custo do Exame	Taxa Moderadora	Custo ao Estado	Exemplos Práticos			Custo
					Nº. 1 Custo	Nº. 2 Custo	Nº. 3 Custo	
Hemograma	7	3,07	1,10	1,97	1,97	24,51		
V.S.	2	0,88	0,40	0,48				
Plaquetas	3	1,32	1,10	0,22				
Ureia	2	0,88	0,40	0,48				
Glicose	2	0,88	0,35	0,53				
Ácido Úrico	3	1,32	0,40	0,92				
GOT	3	1,32	0,40	0,92				
GPT	3	1,32	0,40	0,92				
Colesterol total	3	1,32	0,40	0,92				
HDL	4	1,76	0,60	1,16				
TG	6	2,63	0,35	2,28				
Urina II	2	0,97	0,65	0,32				
Grupo Sanguíneo	6	2,63	1,55	1,08				
T. Protrombina	6	1,76	1,10	0,66				
				0,00				
Rx Coluna lombar		5,95	1,70	4,25				
Rx Coluna cervical		4,48	1,70	2,78				
Rx Pulmonar		4,20	1,70	2,50				
				0,00				
Ecog. abdominal		20,12	3,40	16,72				
Ecog. renal		22,42	3,40	19,02				
Ecog. ginecológica		14,30	3,40	10,90				
				0,00				
				0,00				
				0,00				
				0,00				
				0,00				
				0,00				
				0,00				
				0,00				
<b>Total</b>		93,53	24,50	69,03				

## Uma bota difícil de descalçar



E pronto, a situação foi-se deixando estar, a gestão clínica dos hospitais foi completamente engolida pela administrativa, a tónica posta nesta, com afastamento para trás de tudo o que lhe possa constituir o mais pequeno entrave. Pouco faltará, neste trajecto, para o que quer que seja ou se chame a estrutura com funções clínicas (serviço, departamento, unidade, a.i.g., u.a.g., o que for) passe a ser dirigido directamente por um administrador. Por enquanto vai havendo uns médicos de permeio. Nesta conformidade, e nestes hospitais, é difícil entender a permanência numa estrutura como as carreiras médicas. E não se esboça qualquer intenção do governo de alterar seja o que for nessa matéria, eventualmente animado por alguns que parecem estar de acordo. Há sempre alguém disposto a aproveitar a oportunidade de apanhar um comboio vá ele para onde for...

A verdade também é que continua a haver quem acredite que as carreiras se podem manter sem se operar uma mudança significativa nalguns aspectos estruturantes da actual lei de gestão hospitalar. É bom que essa esperança exista, ajuda a não as deixar cair no esquecimento, se bem que, com esta gestão EPE, eu tema que as carreiras possam ter a mesma eficácia e futuro que um cadáver mantido em ventila-

ção para se evitar que o coração pare de vez. Oxalá estivesse enganado. Os hospitais-empresas foram entregues a administrações nomeadas que se comportam como verdadeiros donos, com a enorme vantagem de ao fim de algum tempo se poderem ir embora sem qualquer preocupação com o que ficar para trás. Gerem o hospital conforme entendem, contratam e descontratam, pagam o que entendem a quem querem, tratam os doentes segundo uma lógica administrativa, isto é, de lucro e de números. E cada instituição dessas é um caso, com as suas particularidades próprias, na dependência directa de quem lá foi posto a dirigir. Os aspectos médicos e de formação foram completamente subalternizados, o que veio criar problemas de difícil resolução numa empresa que acima de tudo é um hospital. Problemas que já levaram o Presidente francês Sarkozy muito recentemente a afirmar, *sic*: «Je n'ai jamais dit que les hôpitaux devraient devenir des entreprises». Mas por cá insiste-se. Haja os prejuízos que houver, não se quer voltar atrás. E, nestas condições, anunciam-se acordos entre os sindicatos médicos e o governo em matéria de carreiras. É um passo importante, com certeza, mas note-se que não é difícil manter os graus que já havia, ainda para mais se os respectivos concursos, abertos a todos os médicos, dentro e fora do Estado, forem da responsabilidade e com a despesa da Ordem dos Médicos. O que é obra é fazer com que esses concursos e graus sirvam realmente para alguma coisa, face à lei EPE: isso é que é uma bota muito difícil de descalçar.

Não vou repetir o que já escrevi tantas vezes, vou apenas chamar a atenção para alguns pontos particulares, e tão somente sobre carreiras médicas e formação.

Os hospitais EPE não têm um quadro de pessoal médico. Cada vez mais contratam quem querem ocasionalmente, para trabalhos específicos, recorre-

do de modo crescente a médicos à tarefa e à hora por intermédio de empresas de prestação de serviços. Quem os obrigará a contratar quotas de médicos dos vários graus da carreira? Sobretudo se alguns ganharem mais do que outros e puderem ter o privilégio de ficar dispensados de alguns trabalhos (benefícios da idade, consagrados legalmente)?

Mas têm contratado médicos reformados ou com licença sem vencimento, por valores proibitivos em matéria de função pública e com horários especiais acordados, até para desempenharem funções de direcção e de gestão, funções estas para as quais a hierarquização técnica – leia-se carreiras – não tem significado: considera-se que qualquer um as pode desempenhar.

Numa carreira espera-se que aos que chegam aos lugares do topo sejam cometidas funções correspondentes, de direcção, de orientação, de comando, de representação, de gestão. Não se pode sequer imaginar que alguém no topo seja comandado, dirigido, orientado, representado, por outro que não conseguiu lá chegar.

O lugar de director de serviço (ou de departamento, ou de u.a.g. ou u.i.g., ou a.i.g., ou qualquer coisa dessas) é entregue a quem a administração EPE quiser, por razões que só a ela dizem respeito. Não tem, portanto, implicações técnicas. O que não impede que haja quem obrigue a que os júris para provimento no lugar de chefe de serviço sejam presididos por um director desses (se for chefe de serviço...)! É a mesma incongruência de querer incluir actualmente o desempenho do cargo de director de serviço ou de departamento na avaliação do currículo para chefe de serviço!

Está-se a ver claramente a incompatibilidade entre este estado de coisas e as carreiras médicas, mesmo que se consiga a existência de concursos e graus. Se não tiverem verdadeira tradução na prática hospitalar, no trabalho em equipa que é a pedra de toque

da medicina hospitalar, para que servem? Para quê perder tempo e dinheiro, para quê admitir concursos e recursos? Mesmo que sejam por conta da Ordem, é dinheiro do país, vão seguramente encarecer a saúde – e sem qualquer vantagem palpável.

Admitamos que se logra estabelecer um pagamento base diferenciado para cada grau. Como irá uma empresa aceitar pagar mais a um chefe de serviço que não tem qualquer função de chefia, e faz um trabalho básico, do que a um assistente que é director, da sua particular simpatia e detentor de toda a responsabilidade? E será que este último, sob o peso da responsabilidade de zelar para que se faça exactamente o que a administração de quem é amigo – por isso foi nomeado – quer, se contentará em receber menos que o que foi mais longe que ele na carreira mas está sob as suas ordens? Difícil de descalçar, não é?...

Claro que sempre existirá a classificação SIADAP, que permitirá ordenar os ordenados, dos amigos até aos outros,

em decrescendo. E a pergunta assoma outra vez ao espírito: para quê as carreiras? Pelo prazer de fazer exame?... E gastar dinheiro em currículos, e em trabalhos?... E deixar de ganhar remunerações exorbitantes no trabalho à tarefa?...

A progressão na carreira ia paralela ao trabalho científico e técnico, ao prestígio conseguido, ao peso profissional, até à direcção dum serviço, à responsabilidade na formação do «seu» pessoal. Tudo isto acompanhava a capacidade e possibilidade de tomar decisões, de orientar o desenvolvimento tecnológico da instituição. Os actuais directores não são necessariamente isto nem têm condições para fazer nada disto (só por acaso, já que a sua nomeação é declaradamente por outros motivos, sejam eles quais forem, do «amiguismo» ao alegado jeito administrativo).

As indústrias farmacêutica e de material cirúrgico têm sido indubitavelmente o suporte do trabalho científico e de investigação nos nossos hospitais. Com

intuitos, compreensivelmente, de *marketing*, mas dos quais resultava uma mais-valia científica notável, ao ser utilizado o seu apoio através dos directores e responsáveis que personificavam o interesse, a prática e o êxito nessa área. Com certeza o *marketing* levá-las-á a continuar a apoiar sobretudo os que têm possibilidade de decidir, só que o interesse científico deses e a sua capacidade nesse campo estarão agora maioritariamente ausentes, já que não foram escolhidos por isso. Quer dizer, a tal mais-valia científica do *marketing* empresarial está a um passo de se desvanecer, por mau aproveitamento.

E tanta coisa mais se poderá antever, num acordo de carreiras face a esta lei de gestão hospitalar, mas vamos ficar por aqui. Nunca fomos chamados a dar a nossa opinião, mas sempre a procurámos deixar expressa, para não sermos um dia acusados de desinteresse, ingenuidade ou má-fé. O tempo será o grande julgador, e cremos que ele no fim nos dará razão.

**EVENTO:** XII JORNADAS DE CARDIOLOGIA DE BRAGA E XV JORNADAS DE CARDIOLOGIA DO MINHO

**LOCAL:** Hospital de São Marcos, Braga

**DATA:** 18 e 19 de Junho

**CONTACTOS:** Serviço de Cardiologia – Hospital de São Marcos; tel: 253 209 155

**EVENTO:** I JORNADAS DE ALCOOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR PSQUIÁTRICO DE LISBOA

**LOCAL:** Sesimbra

**DATA:** 18 a 20 de Junho

**CONTACTOS:** C.H.Lisboa; 21 791 70 00/21-317 74 00

**EVENTO:** X JORNADAS SOBRE INFECÇÃO VIH

**LOCAL:** Vilamoura

**DATA:** 19 e 20 de Junho

**CONTACTOS:** SPMI; secretariado@spmi.webside.pt

**EVENTO:** CURSO DE VERÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

**LOCAL:** Trancoso

**DATA:** 19 a 21 de Junho

**CONTACTOS:** SPPediatria; tel: 21-757 46 80

**EVENTO:** 15TH MEETING OF THE EUROPEAN NEUROLOGICAL SOCIETY

**LOCAL:** Milão, Itália

**DATA:** 20 a 24 de Junho

## AGENDA

**EVENTO:** 11TH WORLD CONGRESS ON GASTROINTESTINAL CANCER

**LOCAL:** Barcelona, Espanha

**DATA:** 24 a 27 de Junho

**CONTACTOS:** Amgem

**EVENTO:** 3º CONGRESSO NACIONAL DO IDOSO

**LOCAL:** Lisboa

**DATA:** 25 e 26 de Junho

**CONTACTOS:** Admédic; Tel: 21 8429710; Fax: 21 842 9719

**EVENTO:** REUNIÃO DE S. JOÃO 2009- ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO

**LOCAL:** Porto

**DATA:** 26 de Junho

**CONTACTOS:** Serviço de Imunoalergologia do Hospital de S. João

**EVENTO:** 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL EM SIMULAÇÃO BIOMÉDICA

**LOCAL:** Hospital Pedro Hispano

**DATA:** 26 e 27 de Junho

**CONTACTOS:** Departamento de Anestesiologia do Hospital Pedro Hispano

**EVENTO:** 9TH WORLD CONGRESS OF BIOLOGICAL PSYCHIATRY

**LOCAL:** Paris, França

**DATA:** 28 de Junho a 2 de Julho



## VIAAGEM PELO MUNDO DA MEDICINA DE URGÊNCIA

**A Medicina Interna é uma especialidade fascinante, multifacetada e intelectualmente estimulante. Estas características têm permitido que ao longo dos anos muitos jovens médicos de alta qualidade a escolham, a despeito de ser uma das mais trabalhosas e menos bem remuneradas.**

Uma das magias da Medicina Interna é o seguimento do doente desde a sua chegada ao Hospital pelo Serviço de Urgência (SU) até ao momento da sua Alta, com o raciocínio contínuo que começa na anamnese, passa pelo exame objectivo, pedido de exames, diagnóstico, terapêutica, controlo dos efeitos da mesma e prognóstico, com a vantagem para o doente de não haver quebra na prestação dos cuidados. Por isso, apesar do cansaço inerente às noites sem dormir, a maioria dos internistas adora o trabalho na Urgência, está ávida de formação nesta área (todos os cursos organizados pela SPMI nesta área estão repletos), não quer trabalhar só na Urgência porque grande parte do raciocínio clínico é aprendido à cabeceira dos doentes na enfermaria, mas está disposta a colaborar em novas formas organizativas dos SUs, desde que a deixem rodar pelos vários locais de trabalho hospitalar onde se sente útil.

Quando se fala da instituição de uma especialidade de Medicina de Urgência, não podemos deixar de pensar que uma parte importante da Magia da Medicina Interna estaria para sempre perdida, e talvez uma das mais atractivas para os mais jovens. Mas este facto não seria importante se nos provassem que o doente sairia beneficiado com o aparecimento daquela especialidade. Mas como passaremos a explicar, dando exemplos de países onde a especialidade de emergência já existe, tal não é verdade.

Começamos pelos EUA, onde o internato da especialidade foi instituído pela primeira vez em 1970. Na sequência

do aparecimento das múltiplas especialidades médicas ao longo do século XX, e com a criação do tronco comum que permitiu que todos os internistas pudessem fazer mais dois anos de especialidade e sair sub-especialistas de qualquer outra coisa, aumentando-lhes as oportunidades de emprego e melhor remuneração, a certa altura verificou-se uma desertificação de internistas puros nos Hospitais, com a agravante acrescida de os internistas terem ido ocupar uma posição relevante nos cuidados de saúde primários na comunidade. Faltaram então médicos hospitalares que trabalhassem, nomeadamente nos SUs com a consequente necessidade de criar especialistas que ocupassem aquele espaço. Como um dos argumentos dos defensores da especialidade na Europa é de que esta é necessária para melhorar o modo como as Urgências funcionam, dir-se-ia então que passados quase 40 anos os Serviços de Urgência norteamericanos funcionam muito bem. Vejamos então o que escreve Maryn McKenna, num artigo com o título «Future of Emergency Care», nos *Annals of EM* em 2006: «The US emergency care system is overwhelmed, underfunded and at the breaking point»... «situation accelerating out of control»... «patients wait hours or days on gurneys for admission». Ou seja, o panorama não é muito diferente do nosso, e 36 anos de especialidade de Urgência nos EUA não resolveram nada. Mas pelo contrário, durante este caminho, o sistema percebeu que lhe faltavam médicos generalistas nas enfermarias e foram

obrigados a inventar uma nova especialidade que aí seguisse os doentes (Hospitalistas). Parece ser óbvia a falta de bom senso em todo este percurso. Outra das realidades americanas é que ao fim de décadas ainda não há especialistas de Urgência fora dos grandes centros, o que nos dá a certeza de que a criação da especialidade não resolveria o défice de especialistas nas regiões mais periféricas.

No Reino Unido a especialidade veio também colmatar a falta de internistas puros que observassem os doentes na Urgência. Mas seguiram um caminho ainda mais exclusivista e hoje em dia estão, por lei, limitados às primeiras 6 horas após a entrada dos doentes no SU. A filosofia é de pura estabilização, assumindo que o seu papel não é o de fazer diagnósticos (que voltas não daria Sir William Osler na tumba?). Ora como após as primeiras 6 horas frequentemente o doente não está estabilizado, e tem forçosamente de ser transferido para uma enfermaria onde não há internistas, após algumas fatalidades que provocaram escândalo foi criada uma nova especialidade que estabiliza os doentes até às 48 horas, antes de serem transferidos para os pisos. Curiosamente esta nova especialidade (Acute Medicine) veio recentemente pedir para aderir à European Federation of Internal Medicine. Depois da destruição a regeneração. Mas ainda têm por resolver os generalistas após as 48 horas, e não me admiraria muito que brevemente comessem a aparecer hospitalistas, também no Reino Unido.

A Espanha tem um sistema de saúde muito semelhante ao nosso, com toda a estrutura hospitalar baseada na Medicina Interna. Recentemente (2007) um ministro da Saúde estabeleceu por decreto a criação da especialidade de urgências, o que tem gerado um movimento nunca antes visto, de união dos médicos contra uma decisão governamental, liderado pelas especialidades de Medicina Interna, Pediatria e Clínica Geral. É ainda incerto que a especialidade seja criada contra o bom-senso dos médicos. A um outro nível, num trabalho apresentado recentemente pela Dra Yolanda Romero no último Congresso Nacional Espanhol de Medicina Interna verifica-se que o grau de auto-estima dos médicos internistas espanhóis que trabalham só em Urgências é muito baixo. Neste inquérito 85.7% dos médicos gostaria de trabalhar também na enfermaria, 87.1% acha que esta rotação de local de trabalho seria útil para os doentes e 90% afirma que se sentiria mais realizado profissionalmente.

A nível europeu em geral, incluindo Portugal, o movimento de promoção da especialidade tem sido liderado pela European Society of Emergency Medicine (EuSEM) que tem pronto um programa de Internato de 5 anos, claramente baseado no modelo inglês de manter o doente vivo nas primeiras horas, com conteúdos que abarcam a Me-

dicina Interna, Cirurgia, Ortopedia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e até ORL e Oftalmologia, no que respeita à actuação destas especialidades no SU. E aqui percebemos porque é o Governo espanhol quis criar esta especialidade e porque é que alguns administradores hospitalares em Portugal defendem esta solução. É que estes especialistas em Urgência iriam substituir vários profissionais no SU, com óbvio benefício nos custos, mas também, com evidente perda de qualidade. Ninguém que tenha uma fractura óssea, preferirá ser visto por este especialista tipo «canivete-suiço» em vez de um ortopedista. Uma laceração na face de uma rapariga de 12 anos, será seguramente melhor tratada por um cirurgião plástico. Um lactente com febre é concerteza melhor diagnosticado por um pediatra. É por este motivo que, nos próprios documentos da EuSEM, se verifica que a expectativa do número de países europeus que aderiria a esta especialidade tem vindo a diminuir (11 em 2007 para 9 em 2009). Por todos estes motivos somos claramente contra a criação da especialidade de Medicina de Urgência, mas propomos as seguintes medidas para melhorar os SU em Portugal:

I – Mantenham os SUs multidisciplinares. Os profissionais aprendem muito uns com os outros e os doen-

tes agradecem a excelência dos cuidados.

2 – Melhorem a formação de Urgência das várias especialidades (eventualmente com o alargamento da competência de emergência aos vários saberes) e a organização dos próprios SUs.

3 – A Medicina Interna vai proceder a uma mudança curricular que aumentará de forma significativa o componente da Medicina de Urgência no seu Currículo obrigatório.

4 – Ajudem-nos a convencer os decisores políticos e administrativos a encher as enfermarias (especialmente de algumas especialidades cirúrgicas onde os doentes estão muito entregues a si próprios) de internistas e não vão faltar médicos nas Urgências.

5 – Que Hospitais de Dia e outras estruturas a criar permitam que os doentes crónicos tenham o seu próprio espaço de recurso hospitalar, sem necessidade de recurso ao SU.

6 – Melhorem a triagem pré-hospitalar ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Estas medidas, de implementação relativamente simples, farão a verdadeira revolução positiva nos nossos SUs.

**António Martins Baptista**  
Vice-Presidente da SPMI

## Livros

### **O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social**

Coordenadores: Manuel Viegas Abreu e Eduardo Ribeiro dos Santos  
Editora Almedina

Este livre inclui os textos das várias conferências proferidas no âmbito do Primeiro Congresso de Reabilitação e Inclusão na Saúde Mental cujas temáticas abordadas são tão diversas como 'Cultura e Saúde Mental', 'Psicologia Comunitária', 'Modalidades de Apoio às Famílias: As Intervenções Psico-educativas', 'Justiça e Desenvolvimento Social', etc. Do conjunto de actas do congresso que a Almedina publicou fazem igualmente parte as conclusões do encontro.



## Exames auxiliares de diagnóstico na medicina privada

É ponto de honra que, diariamente, através do exercício da medicina, tentamos prestar aos nossos utentes os melhores cuidados de saúde.

Com a criação do SNS o Estado comprometeu-se com os cidadãos a oferecer-lhes, de maneira tendencialmente gratuita, todos os recursos nesta área, de modo a atingir os objectivos propostos. Apesar de ser, em termos de serviços públicos, aquele que melhores resultados apresenta (comparemos com a Justiça e a Educação, por ex.) não deixa de ser relevante a contribuição que dá a medicina privada (só ou através de convenções com o SNS).

Vão longe os tempos do PREC e da classificação da medicina privada de *elitista, classista, contra revolucionária*.

Ainda que não acessível (infelizmente) a todas as bolsas, não deixa de colmatar lacunas assistenciais porque o SNS, apesar de universal, ainda deixa largas centenas de milhar de portugueses sem médico de família.

E quem, por princípio ou maior poder de compra, acede habitualmente aos consultórios privados, também não sobrecarrega o SNS, possibilitando a outros mais fácil acesso às consultas dos C. de Saúde e/ou urgências hospitalares. Proponho pois uma séria reflexão sobre a situação actual e a sua modificação porque entra em conflito com a dignidade do exercício da medicina e com os direitos, constitucionais, dos cidadãos. Será justo e ético exigir aos médicos de família do SNS, que ocupem parte

do seu tempo diário nos C. de Saúde a transcrever para os modelos desse mesmo SNS, requisições de exames auxiliares de diagnóstico, pedidos por si próprios ou por outros colegas nas consultas privadas?

Será justo pedir a quem pagou consulta privada, mas descongestionou a consulta do C. de Saúde (porque não a utilizou) que tenha que recorrer agora ao C. de Saúde (e às filas que começam sempre a horas impróprias na madrugada) para obter as credenciais que lhe são necessárias para complemento da sua consulta e eventual esclarecimento diagnóstico?

Estamos em tempo de vacas magras, assistimos à implementação económica de um modelo diferente de SNS, mas continuar a obrigar cidadãos a andar de Anás para Caifás, à procura de credenciais a que poderia ter acesso sem mais perdas de tempo nem desgaste psíquico, será mais condizente com um qualquer país terceiro mundista que com um país moderno, simplex, como nos pretendemos apresentar.

Assim, tal como foram facultadas as receitas também deveriam ser as requisições de exames auxiliares de diagnóstico, conforme protocolo a assinar entre o Ministério da Saúde e a Ordem dos Médicos, ouvidas as associações de classe e os colégios das especialidades. Para a Clínica Geral, por ex., poderiam estar disponibilizados os seguintes exames, tendo em conta as patologias

mais prevalentes, a vigilância do hipertenso, do diabético e da grávida antes da referência ao obstetra, o rastreio dos cancros da mama, ginecológico, da próstata e do aparelho digestivo.

**ANÁLISES** – Hemograma, plaquetas, VS, Glicemia, HG glic A1c, Uricemia, Ionograma, Colesterol, HDL e LDL Colest., função HEPÁTICA, RENAL e TIROIDEIA, serologia para RUBEOLA, TOXOPLASMOSE, HB, HVC, SIFILIS, HIV e D. REUMÁTICA, Exs. Vaginal e Urocultura.

**RX** – Tórax, Crânio, SPNasais, Coluna, Bacia e Membros.

**ECG SIMPLES** e com **PROVA DE ESFORÇO – ECOCARDIOGRAMA**

**ECOGRAFIA** – HBPancreática, Renal, Vesical e Prostática TR.

Ginecológica (2 vias) e Obstétrica às 12, 21 e 32 semanas.

**ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA** e **COLONOSCOPIA. IMAGIOLOGIA MAMÁRIA.**

Penso que, com esta medida, ganharíamos todos, médicos e cidadãos, utilizando com critério estes recursos. Para todos aqueles grandes gastadores/esbanjadores ...uma vigilância mais atenta da OM, MS e ERS (não só na medicina privada mas também no SNS). Haja CORAGEM!

**Miguel Franco Pinto**

Assistente de Clínica Geral

### Envie-nos os seus artigos

Para que a revista da Ordem dos Médicos possa ser sempre o espelho da opinião dos profissionais de todo o país, agradecemos a colaboração de todos os médicos que desejem partilhar as suas opiniões, experiências ou ideias com os colegas, através do envio de artigos para publicação na Revista da Ordem dos Médicos. Os artigos devem ser acompanhados de uma fotografia do autor (tipo passe) e poderão ser enviados para os contactos que se encontram na ficha técnica (morada da redacção e/ou respectivo e-mail).

## Abel Salazar – um espírito atormentado na arte e do pensamento português do século XX

**Abel de Lima Salazar (1889-1946) nasce em Guimarães e vive em Matosinhos (S. Mamede de Infesta) na casa que hoje tem o seu nome, durante mais de 30 anos. Se fosse vivo faria no mês de Julho, cento e dezanove anos.**

Tem como actividade principal a medicina, tendo-se doutorado, com 20 valores em 1915, com a tese Ensaio de Psicologia Filosófica. Investigador e, professor universitário é a partir de 1919 proprietário da cadeira de Histologia e Embriologia na Faculdade de Medicina do Porto, o que lhe traz reconhecimento internacional, ex. o seu método tano-férrico passa a ser mundialmente conhecido em todos os laboratórios de biologia microscópica.

A partir de agora vai representar a sua Escola, em muitos congressos internacionais.

Existe, no Porto, em sua memória, o \*Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, dedicado ao ensino e à investigação – um centro de pesquisa biomédica da Universidade do Porto, criado em 1975 e que leva o nome deste insigne cientista.

Figura de prestígio nas artes e nas ciências em Portugal, é um activo opositor da ditadura salazarista do Estado Novo, o que lhe vai acarretar grandes dissabores pela vida fora. Em 1935, perde o seu cargo de docente universitário ao ser afastado compulsivamente por motivos políticos. Reintegrado em 1941 na Faculdade de Farmácia, aí, ainda produz uma intensa actividade científica antes de morrer já em Lisboa – 1946, após doença prolongada.

Abel Salazar, homem de grande cultura, inteligência e energia criativa, exprime-se de modo

directo, impetuoso, sem rodeios. *Escrevia como pensava, pintava como sentia*, de modo imediato e ardente. Além de médico, professor, cientista, filósofo, prosador, ensaísta, historiador, polemista, crítico de arte, divulgador de doutrinas e de ideais progressistas, é ao mesmo tempo um excelente artista amador, multifacetado, cujo génio inato se abre nas suas várias vertentes à pintura (a óleo e aguarela), escultura, desenho, gravura, cobses martelados, etc., ao fazer da sua arte um veículo de intervenção sócio-política. Há quem o considere, um dos grandes pintores portugueses do século XX, o que lhe vale, em 1939, o epíteto de *o maior pintor português vivo*. Tem uma vivência e uma obra intimamente relacionadas com a cidade do Porto.

A vida parece que passou por ele mas ele pouco deu por isso, tal era o estado de febril concentração em tudo a que se aplicava, parecendo adivinhar que o tempo de vida para ele seria curto e não havia tempo a perder com as pequenas minudências, no dia-a-dia do

\* Esta instituição mantém relações privilegiadas com o Hospital Geral de Santo António, e também com o ICAV-UP (Vairão-Vila do Conde), onde são leccionados cursos clínicos para licenciaturas em medicina e em medicina veterinária, respectivamente, além de estudos sobre aquacultura e pescas, controlo de qualidade e controlo ambiental e sanitário nas ciências do meio aquático, ou indústria na área da bioquímica.





homem comum, para alguém com uma invulgar cultura histórica e filosófica.

## A Arte na vida de Abel Salazar

A primeira fase da produção pictórica de Abel Salazar, sem influência directa das escolas artísticas, testemunha a originalidade das suas composições apesar de não se ter solto totalmente da estética dos pintores de oitocentos, exs. Silva Porto (1850-1893), Henrique Pousão (1859-1884), Artur Loureiro (1853-1939), António Carneiro (1872-1930); revela no entanto, uma representação imediata da natureza sem recorrer à reflexão ou a regras abstractas.

De início, intérprete da paisagem rural e hábil na reprodução da atmosfera das manhãs brumosas do Norte, transmite-nos uma perfeita ideia na sua paleta de cores, desta *luminosidade interior*, pela delicadeza extraordinária da luz, reflectindo a sua atracção e admiração pelo impressionismo.

A temática recorrente das suas composições vai ao encontro das vidas da mulher trabalhador no seu constante labor, os dramas sociais, a terra e a sua desventura, ou seja, o povo na luta diária pela sobrevivência.

Nos anos 30 enceta uma nova fase, optando pelas superfícies preenchidas com pinceladas largas e densas manchas de luz e sombra que vão orientando as telas para um monocromatismo surdo e obscuro. Abel Salazar sublinha agora o realismo da figura humana e das frustrações da vida quotidiana citadina, ao colocar de novo a mulher no cerne da sua obra: são figuras femininas, por vezes de grande intensidade dramática, tanto no trabalho (carrejonas, carvoeiras, trapeiras, vendedoras) como em mercados e feiras, que dominam os seus trabalhos – talvez pelo seu casamento infeliz com uma costureira – isto é, *a arte, como tendência histórica, deve exprimir a realidade viva e humana progressista de uma época.*

*A sua pintura, de temática urbana e rural, saída do naturalismo, vai fixar-se numa iconografia de crítica social, com especial incidência na problemática da mulher trabalhadora (ver catálogo das obras, publicado durante o ano do 1º Centenário do nascimento de Abel Salazar, 1889-1989)*

Segundo José Augusto França, «*Dedicou-se com entusiasmo à pintura, à gravura, sobretudo à água-forte e ao relevo metálico, em cobres martelados e tratados com ácidos*», tendo sido um dos raros casos de realismo em Portugal. «*Pin-tando de preferência temas urbanos e*



*rurais, envolvendo trabalhadores e trabalhadoras, Abel Salazar imprimiu sempre às suas composições um dramatismo que o faz ultrapassar a linhagem naturalista em que se insere. (...) o que permite atribuir-lhe um lugar de precursor do movimento neo-realista português.»*

Abel Salazar vai ser uma das grandes influências dos jovens neo-realistas, sendo mesmo, segundo Júlio Pomar, «*o único dos mais velhos que deveria ser integrado numa exposição colectiva de jovens*». Abel Salazar foi uma daquelas excepções em que as formas «velhas», impressionistas ou expressionistas, tinham um conteúdo «novo», o povo e a sua vida.

Foi também um teórico de arte. A sua colaboração com artigos para revistas literárias e de Imprensa foi grande, exs. *O Diabo, O Trabalho, Seara Nova, Sol Nascente* e deixou livros como *Notas sobre a Filosofia na Arte* (1931) e *O Que é a Arte?* (1940).

Neste seu livro, *O Que é a Arte?* Escreveu: «*Toda a arte é pela arte e toda a arte é humana*», em que enuncia uma caracterização da arte assente nas teorias mecanicistas de Kretschmer.

Esta tese, defendida por Abel Salazar, é aqui citada porque foi produzida no contexto da famosa polémica de 1939, entre Álvaro Cunhal e José Régio, ou seja, entre o neo-realismo e o presentismo, ou a arte de intervenção e o subjectivismo formalista.

A sua obra também privilegia a área urbana do Porto, cidade pela qual mantinha um especial carinho e apego, bem como a S. Mamede de Infesta, ali ao lado, onde conserva a sua residência e atelier.

## A Paisagem no Olhar de Abel Salazar

A história da pintura de Paisagem na arte ocidental reflecte uma atitude em relação à natureza e à sua essência, e ao lugar nela ocupado pela Humanidade. Canaletto (Giovanni Canale, 1697-1768) é o seu maior representante no século

XVIII. Este pintor veneziano pinta a cidade dos doges, com as suas praças, pontes, gôndolas e canais, em grandes perspectivas, com ajuda de uma intensa riqueza cromática e de luz.

A pintura de paisagem vai atingir o seu auge no século XIX, com a representação máxima da natureza na pintura ao ar livre, ex. William Turner (1775-1851). Uma das inovações que vai ajudar à sua divulgação, é a invenção dos tubos de tinta descartável.

O impressionismo desenvolvido por alguns pintores franceses do final de oitocentos terá a sua expressão estética mais destacada, com: Claude Monet (1840-1926), Pierre-Auguste Renoir (1841-1919), Camille Pissarro (1830-1903), Georges Seurat (1859-1891). Aqui a observação da natureza parte da riqueza cromática das impressões pessoais e de sensações visuais imediatas (*captar o instante*), com o esbatimento dos contornos e dos claro-escuros.



São famosas as paisagens de Cézanne (1839-1906), Van Gogh (1853-1890) e Henri Matisse (1869-1954), pela renovação estilística, na procura sistemática dos efeitos de vibrações da luz e da luminosidade das cores, que em muitos aspectos atingem uma energia e uma força quase místicas.

Inicialmente, a pintura de paisagem Abel Salazar, ou pintura ao ar livre, surge como meio de construção de um saber a partir da inspiração nas paisagens do norte do país, assim como, a sua paixão pelo esboço orientado para temas sociais da sua simpatia (mercados e feiras) o torna precursor do neo-realismo na pintura, em oposição ao academismo (ou a modelos de estúdio) e a certos *estrangeirismos* – temáticos, estéticos, etc..

Estamos assim perante uma representação imediata da natureza, de uma sensibilidade pictórica que não recorre a um tempo de ponderação ou a normas estritamente abstractas. Os seus trabalhos sofrem então influências tardias do impressionismo, exs. *Pomar-Efeito do sol* (1920), *Canto da horta* (1920), *Paisagem* (1923), *Bouça-Minho* (1925), etc..

Nunca se preocupou muito com a estrutura e organização dos seus quadros, mas mais com as qualidades plásticas e cromáticas dos objectos e dos temas por si retratados, revelando motivos de índole social, em grandes composições, onde utiliza a mancha e o volume como força da sua expressão, tanto dramática como algo de ilusória. Liberdade e rigor técnico caracterizam a sua obra plástica original, particularmente no domínio onde se evidencia a principal realização do artista, a experimentação – mantendo os ideais de identidade formal e estilística, de sensibilidade artística e de individualidade pelo seu génio criador por muitos reconhecido.

Exemplos da sua observação, experiência e da ubiquidade no humanismo que interiormente transporta, são os múltiplos desenhos, caricaturas, gravu-

ras, pinturas, esculturas e a muita originalidade dos pratos acobreados. São cerca de 2 000 peças, a maioria reunida na Casa-Museu que leva o seu nome, ali para as bandas de Matosinhos. Da pintura de paisagem, Abel Salazar depressa evolui para outro tema, para ele muito sensível, o da mulher. Ao colocar o universo feminino no âmago da sua obra, talvez isso se deva, em parte, ao seu casamento mal sucedido com uma costureira, que também por uma vez retratou. Paradoxalmente, a mulher enquanto tal foi por ele muito estudada, desde a mulher fútil da burguesia mundana parisiense, ex. *Galerias Lafayette*, até à mulher trabalhadora voluptuosa da Ribeira no afã e car-



rego da sua fadiga diária, exs. *Ribeira* (1921), *Sob as arcadas da ribeira*, (1923), *Trapeiras*, *Ao sol*, *Mercado do anjo*, etc..

Os seus últimos quadros são deveras sombrios, melancólicos e tristes, numa sóbria monocromia em tons soturnos, crepusculares, um quase-negro, que poderá traduzir o seu estado de alma e o carácter esquizóide da sua visão da vida que vinha manifestando havia algum tempo, acentuado por variações súbitas de humor associado a um componente psicossomático latente.

Ou será, como alguém já referiu, se Abel Salazar não sofreria também de uma qualquer forma de daltonismo, apresentando ele próprio uma dificuldade de discriminação das cores, em razão da sua paleta baça, terrosa, saturada de sépias?

Abel Salazar é um exemplo acabado de autodidacta cuja formação estética e de filosofia da arte se faz, independentemente de qualquer escola. Ape-

sar disso, ou talvez por isso, é um grande artista plástico ao distinguir-se pela originalidade das suas composições, tendo-se libertado do movimento naturalista que tanto influenciou a nossa pintura na segunda metade do século XIX.

## A Casa-Museu

Abel Salazar morre a 29 de Dezembro de 1946, em casa de sua irmã Dulce que vai ter um papel fundamental na preservação de todo o seu património artístico. Só após a sua morte é que se veio a ter uma noção real, de muito do seu espólio, devido à grande maioria dos quadros e pinturas até aí desconhecidos que por regra, ele generosamente lhe oferecia.

No intuito de preservar a memória do Mestre e obstar à dispersão e ao desbarato da sua imensa obra, o grande matemático e Professor Ruy Luís Gomes com mais alguns amigos como o Abade de Baçal, os médicos Egas Moniz, Celestino da Costa, Fernando da Fonseca, os escritores Aquilino Ribeiro, Ferreira de Castro, além

de outros importantes rostos da cultura, procuraram criar a Fundação Abel Salazar que as autoridades da época nunca permitiram que se constituísse legalmente, tendo apesar de tudo a sua casa, sido parcialmente aberta ao público logo em 1950. Devido ao tempo político pouco propício da altura, aquela passou a constituir-se em Cooperativa sob a presidência do Prof. Alberto Saavedra – 1963.

Mais tarde o Dr. Azeredo Perdigão, Presidente da Fundação Calouste Gulbenkian (F.C.G.), consegue com a sua determinação que esta Instituição compre, em 1965, a Casa que foi de Abel Salazar após a morte da sua viúva e adquira, em 1971, toda a colecção de obras pertencentes à irmã.

São executadas acções de restauro e adaptação desta Casa a Museu, bem como a construção de um Pavilhão de Exposições, inaugurado em Julho de 1975 com a mostra, *A Mulher no Trabalho*,

um tema tão caro ao perfil e personalidade artística do seu mentor e que tanto notabiliza a sua obra plástica.

A Casa-Museu Abel Salazar, é património da Universidade do Porto desde 31 de Maio de 1975, por doação da F.C.G., tendo sido reaberta definitivamente ao público, nesse ano, totalmente remodelada. É dirigida pela Associação Divulgadora da Casa-Museu Abel Salazar – associação sem fins lucrativos e de utilidade pública (Diário da República. II Série, de 18.01.1996), criada em 1989 (Diário da República. III Série, de 20.01.1990).

Do seu legado fazem parte, nomeadamente, desenhos, aquarelas, óleos, esculturas, gravuras, manuscritos e trabalhos de investigação da autoria do grande cientista, médico e escritor, no domínio das letras e das artes.

No rés-do-chão da casa encontram-se pequenas esculturas, desenhos e pinturas a óleo retratando paisagens, deste conceituado artista.

Na antiga capela, do século XVIII, poderá observar-se bustos da sua autoria, bem como um conjunto único de cobres martelados, sem paralelo na arte portuguesa pela qualidade da sua técnica.

No primeiro andar encontra-se uma reconstituição do ambiente em que o mestre viveu, com o seu atelier, sala de estar com estantes de livros e a sala de jantar com os móveis por ele utilizados, e telas que representam o dia-a-dia da mulher na sua faina diária.

No último andar (piso 2) são exibidos trabalhos de investigação no campo das ciências bem como algum material de laboratório, ex. o microscópio utilizado pelo próprio Abel Salazar.

Na sala seguinte, encontram-se jornais e revistas, testemunhos do seu empenho nas acções sociais e políticos do seu tempo. Nas paredes retratos de caricaturas.

Existe ainda um espaço exclusivamente dedicado aos seus trabalhos em gravura, águas-fortes, pontas secas e monotípias.

Neste mesmo andar mantém-se o quarto de dormir do mestre, mobiliado

com os móveis e objectos do seu uso pessoal.

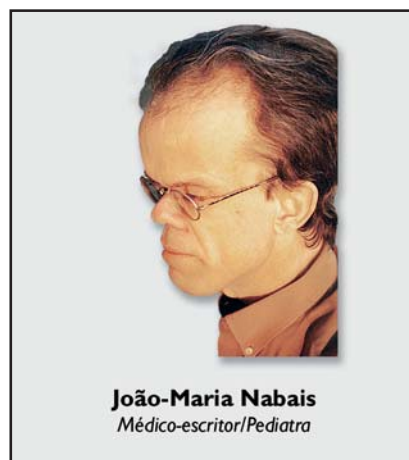
Ainda hoje a zona envolvente da Casa é um pouco isolada e afastada, mantendo as características rurais da altura, tendo ali por perto o Mosteiro de Leça do Balio, propícia ao recolhimento e sossego para um espírito renascentista e ao mesmo tempo atormentado de Abel Salazar.

## A Arte na primeira metade do século XX

Abel Salazar é **um homem do seu tempo** que influencia toda uma geração pela sólida erudição e qualidade do seu trabalho. É através da sua personalidade que podemos conseguir a chave para interpretar a linguagem dessa mesma obra ou para entrar em contacto com a realidade viva do povo português trabalhador. O objectivo era o registo de pessoas, ambientes e modos de vida, para a «*descoberta sensível dum país, duma tradição e dum povo*», que será utilizado como matéria-prima e fonte de inspiração.

Também se interessa por outros campos das artes plásticas, particularmente o desenho, caricatura, escultura (gesso e bronze), gravura e relevo sobre cobre, sem que tivesse qualquer formação específica. Pela tendência natural do seu espírito escreve trabalhos de análise e crítica de arte, filosofia e estética e publica diversos títulos neste âmbito, nomeadamente nos já citados *O Diabo, Sol Nascente e Seara Nova*. Como conferencista mantém sempre uma postura de grande dignidade cívica e de enorme ambição humanística, apesar de ter sido perseguido e demitido, das suas funções de docente universitário, em 13 de Maio de 1935, pela *influência deletéria da sua acção pedagógica-didáctica sobre a mocidade universitária*. Vive em Matosinhos na casa que hoje é Casa-Museu Abel Salazar na companhia de sua mulher Zélia com a qual sustentou uma relação sempre fria e distante.

Alguns anos da sua vida são atormentados, numa espécie auto-internamento



na Casa de Saúde de S. João de Deus, em Barcelos, durante o tempo de 1928 a 1930. Aos quarenta anos estava confrontado com um isolamento, a si imposto, por colapso e exaustão.

Viaja depois por quase toda a Europa até ao início da 2ª Grande Guerra. A partir daí vai viver para Lisboa, na casa da sua irmã Dulce Salazar, na Avenida Visconde Valmor, até à sua morte em 1946. Será ela que vai guardar todo o seu acervo artístico que desde 1963 está reunido, na Casa Museu que leva o seu nome. Deixa mais de dois mil trabalhos de pintura, gravura e escultura.

A sua vasta obra pictórica pode-se dividir em quatro secções: a mulher trabalhadora, a mulher burguesa, a paisagem e o auto-retrato. Abel Salazar, autor de quadros como *A Faina das Mulheres, Mulheres Trabalhadoras, Mulher do Povo, Carvoeira, Lavadeira* ou *Enchendo Sacos*, é homenageado na II Exposição Geral de Artes Plásticas da SNBA, em 1947.

Abel Salazar foi também prosador de excepcionais capacidades, pedagogo, crítico pungente, promotor de doutrinas e ideais de progresso, e acima de tudo, homem bom, de honra e coração, pelo seu enorme apreço pela verdade e justiça social.

No tempo que lhe resta de vida dedica-se aos estudos filosóficos que orienta para uma interpretação original da evolução da Arte, do Pensamento e da História, no Homem.

Contemporâneos de Abel Salazar, em

Portugal, há três das mais ilustres figuras que projectaram as sombras das suas memórias bem para além do tempo útil das vidas: são elas Amadeu de Souza-Cardoso (1887-1918), Fernando Pessoa (1888-1935) e José de Almada Negreiros (1893-1970). Cada um a seu modo vai deixar a sua marca indelével na história das artes e da cultura portuguesa (e não só), no século que passou. Estas são apenas algumas das muitas figuras da História que vão passar o *juízo colectivo do tempo*, para viver e re-tractar, cada um à sua maneira, o novo espírito de transição e transformação,

no qual conservadores, progressistas, bolcheviques, anarquistas, positivistas, racionalistas e místicos se vão confrontar nos alvares da contemporaneidade. Abel Salazar, de igual modo, vai percorrer a ponte para a contemporaneidade, nem que seja apenas e só, e já seria suficiente, pelo seu pensamento eloquente de homem e cientista com uma qualidade natural para as Artes. Frequentemente considerado um pensador e filósofo, a obra de Abel Salazar é hoje uma das mais importantes demonstrações da criatividade, originalidade, e profundidade de espírito, da história e

da cultura portuguesa do século XX. Personalidade ímpar, polifacetada, exprimi-se com um invulgar rigor em diversas áreas como Anatomia, Psicologia, Filosofia, Arte entre outras.

Toda a sua actividade intelectual, como Mestre da Ciência e do Pensamento, revela o democrata enérgico e activo, tantas vezes revoltado, na sua enorme ânsia de verdade e justiça social, mas ao mesmo tempo a visão de um homem exilado dentro e fora do país, analisando o mundo dos seus dias, em contínua transformação, de forma desenhada mas lúcida.

## NOTÍCIAS

### Prémio de Boas Práticas em Saúde

A Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) e a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) em parceria com a Direcção Geral da Saúde (DGS), com o Alto Comissariado da Saúde (ACS) e com as Administrações Regionais de Saúde, recorrendo ao apoio de entidades externas, vão de novo promover o Encontro sobre «Equidade, Efectividade e Eficiência em Saúde», no qual serão analisadas e aprofundadas questões centrais ao nível da gestão em saúde e, em simultâneo, fomentar-se-á o Prémio de Boas Práticas para distinguir o trabalho dos profissionais ou das equipas dos serviços dos sectores público, privado e social, que tenham vindo a cooperar para a melhoria dos resultados em saúde num dos âmbitos em questão.

Pretende-se suscitar o desenvolvimento de actos de mudança, agregando as conjunturas mais favoráveis, a fim de poderem constituir-se em casos de excelência, ilustrando Boas Práticas a generalizar à posteriori. Trata-se de divulgar aquilo que se faz bem, na expectativa de que o conhecimento obtido com essa divulgação sirva para que iniciativas semelhantes sejam desenvolvidas por outras entidades, obtendo-se mais-valias a partir dessa disseminação.

O desenvolvimento desta iniciativa assenta, em parte, num encontro onde, à semelhança da edição anterior, um perito estrangeiro apresenta o estado de arte da equidade, da efectividade e da eficiência, em termos internacionais, e onde um grupo de profissionais portugueses é convidado a apresentar a sua experiência. O encontro realizar-se-á no Alentejo, nos dias 22 e 23 de Outubro de 2009.

### Guia Prático do Desportista em Situação de Lesão

Manual de consulta rápida e acessível tanto para desportistas como para agentes desportivos, que aborda os vários tipos de lesões que podem acontecer durante a prática desportiva, as principais opções terapêuticas e informações importantes até ao completo restabelecimento.

Guia Prático do Desportista em Situação de Lesão

É uma obra da autoria de António Lacerda Sales e Nuno Cordeiro e lançada pela Lidel – Edições Técnicas que irá apoiar a ANDDI – Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Intelectual – Portugal, uma vez os direitos de autor da primeira edição reverterão integralmente a favor desta associação.

«Quanto tempo irei ficar assim?», «Será que vou recuperar totalmente?», «Vou poder voltar a praticar desporto?» – Perguntas como estas poderão não ter resposta inequívoca neste guia, mas o desportista irá encontrar aqui um espaço de reflexão, conhecimento e aprofundamento relativamente à sua lesão.

De fácil leitura, a obra resulta da compilação de importantes trabalhos sobre o tema, onde os autores foram pondo o seu cunho pessoal.





## SESSÃO SOLENE DE DISTRIBUIÇÃO DE PRÉMIOS

Realizou-se no passado dia 16 de Maio, na Biblioteca da Ordem dos Médicos, a Sessão Solene de divulgação e entrega de Prémios da SOPEAM.

Estas foram precedidas de uma palestra, proferida pelo Sr. Dr. João Maria Nabais, sobre a figura de Fernando Namora, um dos fundadores da Associação, por ocorrerem este ano 10 anos sobre a sua morte e 90 sobre o seu nascimento.

Na cerimónia esteve presente o Sr. Dr. Paulo Coelho, responsável pela Cultura da Ordem dos Médicos, em representação da Senhora Dra. Isabel Caixeiro, Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos.

Foram estes os prémios atribuídos no corrente ano:

**PRÉMIO DE POESIA «ANTÓNIO PATRÍCIO»:**

Dra. Maria do Sameiro Barroso, com «*As Vindimas da Noite*»

**MENÇÃO HONROSA**

José Dias Egípto, pseudónimo do Dr. José Carlos Pacheco Palha, com «*Transmigrações*»

**PRÉMIO DE TEATRO «MARCELINO MESQUITA»:**

Prof. Doutor Armando Moreno, com «*Amato Lusitano*»

**PRÉMIO DE ESCULTURA «CELESTINO GOMES»**

Dr. Manuel Fortuna Martins.



## JORNADAS DA PRIMAVERA DA SOPEAM, EM VIANA DO CASTELO

Realizaram-se, em Viana do Castelo, de 30 de Abril a 2 de Maio, as Jornadas de Primavera da SOPEAM, (Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos), cujo brilho excedeu todas as expectativas.

A circunstância do certame estar a cargo da colega Dra. Luísa Quintela que já, em 2004, tomara a seu cargo a realização do 48º Congresso da UMEM (União Mundial de Escritores Médicos) era, só por si, uma garantia de êxito.

A intervenção de vários associados com trabalhos literários foi abrilhantada com trabalhos de cariz científico, graças à intervenção de vários colegas do ramo da Psiquiatria, que enriqueceram, de forma agradável, os nossos conhecimentos. Fértil em surpresas, as jornadas tiveram outras componentes, nomeadamente lúdica, gastronómica e poética, não faltando passeios pela cidade, que deram aos forasteiros a oportunidade de conhecer as belezas naturais, artísticas e arquitectónicas de um dos recantos mais aprazíveis do país.

De referir o empenhamento e a lhaneza da Câmara Municipal, que não só concorreu para o elevado nível do encontro, como nos honrou com a presença do seu Presidente na Cerimónia de Abertura, Senhor Dr. Defensor Oliveira Moura, também ele médico.

Também a Universidade do Alto Minho, a Ordem dos Médicos de Viana do Castelo e algumas estruturas locais acrescentaram significativa mais valia ao acontecimento.

Fica-nos também na memória, como um dos pontos altos do encontro, a representação teatral de «O Incorrutível», pelo que tem de inédito e de artístico e a quem a Sociedade ficou grata.

O encerramento foi mais uma agradável surpresa, com a exibição de quatro equipas de futebol, duas masculinas e duas femininas, sob a égide da onda P, capitaneada pelo colega Dr. Dourado, também ele sócio da SOPEAM.

Quem não sabia ainda do que é capaz este nosso companheiro em entusiasmo, poder mobilizador e arte futebolística, (nós já o conhecíamos bem), passou a sabê-lo.

Ficou-nos ainda uma certeza. A de que, se Deus se lembrasse de acabar com todas as enfermidades deste Mundo, as colegas que no campo actuaram com tanto entusiasmo, tanta alegria, tanta disciplina e com tamanha garra, não ficariam no desemprego!...

Como Presidente da Direcção da SOPEAM, aproveito para agradecer à Organização e a todos os que contribuíram com a sua dedicação, o seu trabalho, o seu entusiasmo e o seu sacrifício, para que o nosso encontro se revestisse de tamanho êxito.

