

Acabar com divergências e procurar um caminho comum

Depois de dois mandatos chegou o momento de passar o testemunho. Num acto eleitoral altamente concorrido, os médicos elegeram o Dr. Pedro Nunes para o cargo de Bastonário, a quem felicito pela vitória e desejo os maiores sucessos à frente dos destinos da Ordem.

Começa assim um novo capítulo na vida da Ordem dos Médicos, mas certamente que se manterá o fio condutor que tem pautado a vida desta instituição.

Num tempo de mudança e de desafios não será fácil a tarefa do nosso Bastonário. O êxito do seu trabalho dependerá das suas capacidades e do apoio que receber dos médicos que integram os restantes órgãos sociais.

Por isso, deixo também aqui uma palavra aos Colegas eleitos para as Direcções das Secções Regionais. Terminado o acto eleitoral e com a tomada de posse, é chegada a altura de acabar com divergências e procurar um caminho comum, que ajude a fortalecer a Ordem dos Médicos.

Como médico quero deixar uma palavra para o Dr. José Manuel Boquinhas e para o Dr. João Rodrigues Pena. As suas candidaturas ajudaram ao debate e deram aos médicos a possibilidade de discutirem e escolherem livremente entre diferentes caminhos.

Nos últimos anos foram dados passos determinantes para descentralizar e democratizar a OM. Desde o controlo orçamental até ao disciplinar e deontológico, sem esquecer os Colégios, tudo é assegurado por médicos eleitos pelos seus pares.

Mas não chega. É preciso envolver e aproximar os médicos da sua Ordem e é indispensável modernizar e profissionalizar as estruturas nacionais e regionais. Uma Ordem mais próxima dos médicos é o desafio que os novos dirigentes devem continuar a perseguir. Tendo sempre presente a defesa dos princípios éticos e deontológicos que devem pautar o bom exercício da medicina.

É isso que desejo sinceramente aos novos responsáveis.

Aos que colaboraram comigo nestes últimos seis anos um sincero obrigado! Obrigado a todos os Colegas e a todos os funcionários que servem esta Ordem.

Aos que chegam agora, um mandato repleto de sucessos.

Para todos, um bom 2005.



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Pedro Nunes', written in a cursive style.

S U M Á R I O

3 EDITORIAL

6 ELEIÇÕES

Resultados do acto eleitoral para o triénio 2005/2007

8 INFORMAÇÃO

14 ENTREVISTA

Seis anos depois de ter sido eleito com o lema «pelo orgulho de ser médico», no final do segundo mandato como bastonário da Ordem dos Médicos, Germano de Sousa falou-nos sobre as algumas das suas conquistas e dificuldades

18 ACTUALIDADE

UEMS reúne em Lisboa
Decorreu em Lisboa, entre os dias 14 e 16 de Outubro, a reunião do Conselho da UEMS

22 Tempo de Trabalho que não é trabalho...

26 Congresso Nacional de Cuidados Paliativos
Decorreu nos passados dias 17 a 19 de Novembro em Lisboa, por iniciativa da Fundação Gulbenkian, o II Congresso Nacional de Cuidados Paliativos

28 É possível uma relação médico-doente no actual SNS?

34 Violência contra profissionais de saúde

38 DISCIPLINA

Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos

47 NOTÍCIAS

48 CULTURA

Inclui artigos sobre os mais recentes lançamentos literários e uma reportagem onde poderá descobrir um dos melhores campos de golfe a nível europeu.

52 LEGISLAÇÃO

Resumo da legislação publicada em Setembro, Outubro e Novembro de 2004
por Vasco Coelho - Consultor Jurídico S. R. S.

54 CONSULTORIA FISCAL

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 20 - N.º 52 - Dezembro 2004

PROPRIEDADE:



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 Reis, 242 - 2.º Esq.º
1000-057 LISBOA
E-mail: celom.omcne@omsul.com
Tel. 218 437 750 - Fax. 218 437 751

Director:
J. Germano de Sousa

Directores-Adjuntos:
Miguel Leão
António Reis Marques
Pedro Nunes

Redactores Principais:
Miguel Guimarães,
Rui Nogueira, J. Gil de Moraes

Directora Executiva: Paula Fortunato

Dep. Editorial:
Paula Fortunato
Miguel Reis

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Dep. Financeiro:
Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:
CELOM

Capa de: Carlos Rodrigues

Impressão:
SOGAPAL, Sociedade Gráfica da Paiã, S.A.
Av.º dos Cavaleiros 35-35A - Carnaxide

Inscrição no ICS: 108374
Depósito Legal: 7421/85
Preço Avulso: 1,6 Euros
Periodicidade: Mensal
Tiragem: 32.000 exemplares
(11 números anuais)

Resultados eleitorais

Após as eleições de 15 de Dezembro publicam-se nesta edição os quadros com os resultados das eleições para os Órgãos Sociais da Ordem dos Médicos.

Eleições para Presidente da Ordem dos Médicos - Total Nacional

Secções Regionais	Nº Inscritos	Nº Votantes	% Votantes	Dr. João Rodrigues Pena	%	Dr. José Miguel Boquinhas	%	Dr. Pedro Nunes	%	Votos Brancos	Votos Nulos
S. R. Sul	17696	5544	31,3	918	16,6	1609	29,0	2810	50,7	148	59
S. R. Centro	5819	2556	43,92	181	7,08	1100	43,03	1048	41,00	175	47
S. R. Norte	11102	3523	31,73	232	6,58	1816	51,54	1252	35,53	192	31
Total	34617	11623	33,6	1331	11,5	4525	38,9	5110	44,0	515	137

Secção Regional do Norte - Eleições para os Órgãos Regionais

Distritos Médicos	Mesa Assembleia Regional		Conselho Regional		Conselho Fiscal		Conselho Disciplinar	
	Lista A	Lista B	Lista A	Lista B	Lista A	Lista B	Lista A	Lista B
Braga	364	154	355	162	357	158	358	158
Bragança	43	30	43	32	43	31	43	31
Porto	1674	686	1654	693	1641	699	1649	685
Viana do Castelo	90	88	89	87	87	87	85	89
Vila Real	104	49	104	49	101	52	101	53
Totais	2275	1007	2245	1023	2229	1027	2236	1016

N.º Total de Inscritos – 11102 N.º Total de Votantes – 3517 Votos Nulos – 39 Votos Brancos - 196

Secção Regional do Norte - Eleições para os Órgãos Distritais

Distritos Médicos	Mesa da Assembleia Distrital		Conselho Distrital		Membros Consultivos	
	Lista A	Lista B	Lista A	Lista B	Lista A	Lista B
Braga	374	147	368	146	369	147
Bragança	45	30	45	30	44	30
Porto	1657	693	1645	693	1646	685
Viana Castelo	95	91	88	90	88	90
Vila Real	127		123		123	
Totais	2298	961	2269	959	2270	952

N.º Total de Inscritos – 11102 N.º Total de Votantes – 3511 Votos Brancos - 212 Votos Nulos - 48

Secção Regional do Centro - Eleições para os Órgãos Regionais

Distritos Médicos	Nº de Inscritos	Nº Votantes	ASSEMBLEIA NACIONAL		CONSELHO REGIONAL		CONSELHO FISCAL REGIONAL		CONSELHO DISCIPLINAR REGIONAL	
			A	B	A	B	A	B	A	B
AVEIRO	834	234	129	85	129	85	129	83	128	83
CASTELO BRANCO	358	155	94	52	90	56	88	56	85	59
COIMBRA	3330	1705	970	667	920	704	913	702	906	707
GUARDA	287	121	63	50	59	50	58	51	58	50
LEIRIA	439	154	81	60	77	63	76	62	78	62
WISEU	571	215	119	89	115	90	117	88	112	93
TOTAL	5819	2584	1456	1003	1390	1048	1381	1042	1367	1054
			25.02%	17.24%	23.89%	18%	23.73%	17.91%	23.49%	18.11%

Total de Inscritos - 5819 Total de Votantes - 2584 % - 44,41 Votos Brancos - 99 Votos Nulos - 24

Secção Regional do Centro - Eleições para os Órgãos Distritais

Distritos Médicos	Nº de Inscritos	Nº Votantes	ASSEMBLEIA DISTRIITAL			CONSELHO DISTRIITAL			MEMBROS CONSULTIVOS		
			A	B	CI	A	B	CI	A	B	CI
AVEIRO	834	227			168			167			164
CASTELO BRANCO	358										
COIMBRA	3330	1673	876	705		835	700		876	678	
GUARDA	287	117			99		97				96
LEIRIA	439	154			119		121				119
UISEU	571										
TOTAL	5819	2171									
Total de Médicos Inscritos – 5819 Total de Votantes – 2171 % - 37,31% Votos Brancos – 149 Votos Nulos - 34											

Secção Regional do Sul - Eleições para os Órgãos Regionais

Distritos Listas	Insc.	Vot.	%	Assembleia Regional		Conselho Regional		Conselho Fiscal		Conselho Disciplinar		Brancos	Nulos
				A	B	A	B	A	B	A	B		
AÇORES	400	127	31,7	37	77	38	77	36	77	34	79	7	3
ALGARVE	1074	368	34,3	160	170	155	164	154	165	152	168	30	7
BEJA	300	136	45,3	75	31	69	31	70	30	68	32	22	8
ÉVORA	336	111	33,0	44	49	42	49	42	49	41	50	12	6
GRANDE LX	4578	1218	26,6	546	583	526	586	531	581	528	584	61	25
LISBOA-CID.	7173	2106	29,4	898	1040	873	1035	872	1021	874	1033	127	41
MADEIRA	511	358	70,0	95	207	93	203	93	203	94	202	44	12
OESTE	554	197	35,6	78	108	78	104	78	106	75	108	9	1
PORTALEGRE	305	84	27,5	53	21	53	21	52	22	52	21	6	4
SANTARÉM	832	218	26,2	117	81	115	81	111	84	112	83	13	6
SETÚBAL	1633	496	30,4	272	178	264	181	262	177	259	184	35	11
TOTAL	17696	5419	30,6	2375	2545	2306	2532	2301	2515	2289	2544	366	124
%				43,8	46,9	42,5	46,7	42,5	46,4	42,2	46,9	6,8	2,3

Secção Regional do Sul - Eleições para os Órgãos Distritais

Distritos Listas	Inscritos	Votantes	%	Assembleia Distrital				Conselho Distrital				Membros Consultivos				Brancos	Nulos
				A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D		
AÇORES	400																
ALGARVE	1074	370	34,5	142		58	150	139		63	141	136		57	149	14	4
BEJA	300	136	45,3			82	41			79	41			79	42	8	4
ÉVORA	336	111	33,0			88				87				87		14	9
GRANDE LX	4578	1212	26,5	523	587			509	584			508	585			76	26
LX CIDADE	7030	2153	30,6	873	1050			843	1050			841	1051			185	45
MADEIRA	511	359	70,2			87	269			86	264			84	266	2	1
OESTE	554	197	35,6	68	116			66	117			66	116			9	1
PORTALEG.	305	84	27,5	66				64				63				10	6
SANTARÉM	832	208	25,0			146				145				145		41	21
SETÚBAL	1633	498	30,5	265		188		257		190		252		194		31	14

Sub-Especialidade de Hepatologia

Dada a publicação na nossa edição de Julho/Agosto dos Critérios de Idoneidade e Formação e Critérios de Admissão por consenso na sub-especialidade de Hepatologia, publicamos agora o texto que serviu de base à criação pelo Conselho Nacional Executivo da Sub-Especialidade de Hepatologia.

INTRODUÇÃO

Entre os tipos de diferenciação técnico-profissional aceites pela Ordem dos Médicos, no Artº 1.º da Secção I do Regulamento Geral dos Colégios das Especialidades, encontra-se a Sub-especialidade que reconhece a diferenciação numa área particular de uma especialidade a membros do respectivo Colégio.

Entende a Direcção do Colégio da Especialidade de Gastroenterologia ter chegado o momento adequado para propor ao Conselho Nacional Executivo a criação da Sub-especialidade de Hepatologia

A necessidade de diferenciar a Hepatologia, dentro da Gastroenterologia, resulta de vários factores.

Em primeiro lugar os doentes do foro hepatológico constituem uma parte cada vez maior da prática da gastroenterologia. É conhecida, entre nós, a elevada prevalência e incidência de do-

enças como a doença hepática alcoólica, mas é também do conhecimento geral o aumento da prevalência e da incidência de outras doenças como a hepatite crónica C ou a esteato-hepatite não alcoólica.

Por outro lado, deve ser destacado o enorme volume de conhecimentos, quer na área da gastroenterologia em geral, quer em particular na hepatologia o que torna impossível abarcar por um só indivíduo, toda essa informação. Acresce que essa informação se torna indispensável para uma correcta apreciação dos problemas clínicos e para as decisões necessárias para a sua resolução.

Se no passado os recursos disponíveis, tanto para o diagnóstico como para a terapêutica eram escassos ou inexistentes, hoje é possível dispor de meios que conduzem a um diagnóstico correcto e a uma terapêutica adequada. O uso destes meios pressupõe, contudo, uma experiência, que não é possível adquirir, se o número de casos observados não atinge um número mínimo que não é possível encontrar em todos os locais onde se exerce a prática da gastroenterologia.

A complexidade das situações clínicas observadas, quer em situações agudas, como é a hepatite fulminante, quer em fases avançadas de doenças crónicas em que o aparecimento de complicações como as hemorragias digestivas, a ascite, a peritonite bacteriana espontânea, outras infecções ou o síndrome hepato-renal, podem exigir medidas complexas em que pode ser necessário o trabalho de equipa onde a existência de sub-especialistas de Hepatologia são indispensáveis.

Alem disso, os progressos técnicos levaram à divulgação de técnicas, hoje indispensáveis na avaliação e tratamento de doentes hepáticos, como o cateterismo das veias supra-hepáticas, a biópsia por via transjugular ou a implantação de TIPS que não fazem par-

te da formação geral do gastroenterologista.

Acresce que nos últimos 20 anos vimos surgir e desenvolver-se a transplantação hepática que, passada a fase experimental, passou a constituir uma terapêutica estabelecida, utilizada em muitas situações clínicas. A selecção dos doentes, o seu seguimento, quer no pós-operatório imediato, quer após a alta hospitalar, exigem um trabalho de equipa e nessas equipas devem ser incluídos gastroenterologistas com diferenciação na área da hepatologia.

Em resumo o objectivo principal da criação da Sub-especialidade de Hepatologia é a melhoria desejável dos cuidados a prestar aos doentes portadores de doenças hepáticas e das vias biliares Além disso deverá ter-se presente que gastroenterologistas com esta diferenciação poderão contribuir para a formação geral dos gastroenterologistas e para o desenvolvimento desejável e necessário da Hepatologia em Portugal.

OBJECTIVOS

A diferenciação técnico-profissional que caracteriza a sub-especialidade de Hepatologia tem como objectivos:

1. Criar condições para formar gastroenterologistas especialmente preparados para prestar assistência diferenciada a doentes com doenças hepáticas e das vias biliares
2. Criar a actividade de consultores em Hepatologia
3. Formar gastroenterologistas que possam Integrar Equipas de Transplantação Hepática.

A FORMAÇÃO EM HEPATOLOGIA

É necessário distinguir entre o Nível 1 e o Nível 2 da formação em Hepatologia.

O Nível 1 é o nível de formação exigível a todos os gastroenterologistas que deve ser adquirido durante a formação gastroenterológica. De acordo com a proposta da Direção do Colégio da Especialidade de Gastroenterologia, deverá passar a haver, durante a formação gastroenterológica, um estágio obrigatório de Hepatologia, com a duração de seis meses, que inclui um mês de estágio num Centro de Transplantação Hepática.

O Nível 2 que confere a sub-especialidade de Hepatologia, destina-se a gastroenterologistas que pretendam dedicar-se predominantemente ou exclusivamente à prática da Hepatologia, em locais onde exista uma prática predominante ou exclusiva nesta área.

A diferença fundamental entre os dois níveis de formação é a sua duração de

que resulta um maior treino e experiência, não só em relação aos problemas clínicos das doenças hepáticas e das vias biliares, mas também à transplantação hepática.

PRÉ-REQUISITOS

Os candidatos à sub-especialidade deverão estar inscritos no Colégio da Especialidade de Gastroenterologia.

DURAÇÃO

A duração total da formação para obter o título de sub-especialista em Hepatologia é 18 meses, dos quais seis meses poderão ser o período opcional de formação no último dos cinco anos da formação em gastroenterologia.. Seis dos 18 meses serão destinados a

um período de formação num Centro de Transplantação Hepática.

LOCAL

A formação deve ser feita em Serviços de Gastroenterologia que tenham capacidade para esta formação ou em Unidades de Hepatologia neles inseridas. O reconhecimento dessa capacidade compete à Ordem dos Médicos, por proposta da Direção do Colégio da Especialidade de Gastroenterologia.

É indispensável a existência de uma Consulta de Hepatologia frequentada por doentes com patologia diversificada e áreas de internamento destinadas a doentes com patologia hepática e das vias biliares, um arquivo informatizado e Biblioteca com livros e revistas da sub-especialidade .

FORMADORES (TUTORES)

Nos Serviços de Gastrenterologia onde decorrer a formação será indicado pelo Director da Unidade ou do Serviço um responsável por essa formação. Esses responsáveis deverão ser gastrenterologistas com a sub-especialidade de hepatologia.

Haverá um período em que haverá admissões por consenso na sub-especialidade de Hepatologia, segundo critérios a estabelecer.

O período de treino num Centro de Transplantação Hepática, realizar-se-á por acordo entre o Director do Centro e o responsável pela formação. O Director do Centro designará um médico da equipa de transplantação hepática que será responsável pela formação durante esse período. O acordo atrás referido e o conhecimento dos formadores, pertencentes às equipas de transplantação, são indispensáveis para o reconhecimento pela Ordem dos Médicos dos locais de formação.

CONTEÚDO DA FORMAÇÃO

CONHECIMENTOS

O maior tempo disponível para aquisição de conhecimento irá permitir um alargamento dos conhecimentos adquiridos no Nível I, nos diferentes assuntos que a seguir se indicam.

1. Anatomia, biologia e patobiologia do fígado
2. Falência hepática aguda e as suas complicações
3. Epidemiologia, etiopatogenia, anatomia patológica clínica, diagnóstico e terapêutica de doenças hepáticas:
 - a) Hepatites viricas
 - b) Doença hepática alcoólica
 - c) Fígado gordo não alcoólico e esteatohepatite não alcoólica
 - d) Hepatites tóxicas e medicamentosas
 - e) Doenças metabólicas (Hemocromatose, Deficiência de alfa I – antitripsina, Doença de Wilson)

- f) Hepatite crónica e cirrose hepática
 - g) Síndromes coleostáticas crónicas (cirrose biliar primária, colangite esclerosante primária, síndromes de sobreposição)
 - h) Doenças hepatobiliares durante a gravidez
 - i) Complicações da doença hepática crónica (Hemorragias digestivas, ascite, síndrome hepato-renal, encefalopatia hepática, infecções em particular a peritonite bacteriana espontânea)
 - j) O fígado em doenças infecciosas
 - k) Tumores hepáticos (O nódulo hepático)
4. Terapêutica anti-vírica e imunossupressora em doenças hepáticas
 5. Epidemiologia, etiopatogenia, anatomia patológica, clínica diagnóstico e terapêutica das doenças das vias biliares
 - a) Litíase biliar
 - b) Infecções
 - c) Tumores
 - d) Estenoses
 6. O programa de formação deverá também incluir a aquisição de conhecimentos indispensáveis para a prática da hepatologia, nas seguintes áreas:
 - a) Imagiologia do fígado e vias biliares
 - b) Biologia molecular
 - c) Nutrição

DESEMPENHOS

Além dos cuidados aos doentes quer no internamento quer na consulta externa onde deverá adquirir experiência nos múltiplos problemas clínicos encontrados na prática da Hepatologia, o sub-especialista deverá aprofundar o contacto e a experiência adquiridos durante a especialização em gastrenterologia como a ecografia, a CPRE, a ecoendoscopia e o TIPS.

Deverá ainda adquirir experiência na execução de técnicas não incluídas no Nível I de formação que a seguir se enumeram com a indicação do número mínimo de procedimentos que deve realizar sob supervisão:

- Punção biópsia guiada por ecografia - 20
- Cateterismo das suprahepáticas para avaliação de pressões - 10
- Biópsia transjugular - 10

FORMAÇÃO EM TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA

Este período da formação destina-se à aquisição de conhecimentos e experiência nas seguintes áreas:

- Proposta para transplante
- Avaliação pré-transplante
- Consulta de grupo e inclusão em lista de espera
- Gestão da lista de espera
- Pós-operatório imediato
- Seguimento de doentes transplantados
- Imunologia da transplantação e terapêutica
- Imunossupressora

A experiência adquirida deverá permitir ao sub-especialista a integração em equipas de transplantação hepática ou as funções de consultor e interlocutor privilegiado com essas equipas.

PARTICIPAÇÃO NA FORMAÇÃO DE NÍVEL I

Considera-se parte importante da formação a participação em acções de formação de Nível I.

INVESTIGAÇÃO

A participação em projectos de investigação deve constituir parte integrante da formação.

Sempre que possível deverá ser o sub-especialista em treino a elaborar e implementar um projecto de investigação.

AValiação FINAL

A avaliação final será feita segundo o estabelecido pela Portaria n.º 695/95, de 30 de Junho, no Capítulo IX Avaliação final.

TOMADA DE POSSE

O acto eleitoral para delegados da Ordem dos Médicos no Distrito Médico de Braga, para o triénio 2004/2007, decorreu no dia 15 de Outubro de 2004.

Tomaram posse no dia 29 de Outubro de 2004 na Sede da Secção Distrital de Braga da Ordem dos Médicos do cargo de delegados nos respectivos locais de trabalho, os seguintes médicos:

Hospital de São Marcos - Braga:

Dr. José Licínio Vieira Félix
Dr. Mário Duarte da Costa Ventura

Hospital de Santa Maria Maior - Barcelos:

Dr. Manuel Joaquim Santos Beleza Braga

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães:

Dr. José Manuel Fernandes Monteiro
Dr. Manuel Fernandes Lima Terroso

Hospital São João de Deus - Vila Nova de Famalicão:

Dr. José Augusto Monteiro da Costa

Hospital de S. José - Fafe:

Dr. António Fernandes Martins Antão

Centro de Saúde de Amares:

Dr. José Paulo Tinoco da Silva

Centro de Saúde de Barcelos - Sede:

Dr. Cândido Augusto Sousa Macedo

Centro de Saúde de Barcelos - Unidade de Saúde de Barcelinhos:

Dr.ª Maria Luísa Araújo Alvão Serra

Centro de Saúde de Braga - Unidade de Saúde do Carandá:

Dr. António José Moura Leal

Centro de Saúde de Braga - Unidade de Saúde de Maximinos:

Dr. Fernando Salvador Soeiro

Centro de Saúde de Braga - Unidade de Saúde de Infias:

Dr.ª Luísa Maria Abreu Lopes Carvalho

Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto:

Dr. Manuel Sá Nogueira

Centro de Saúde de Celorico de Basto:

Dr. Ernesto Alves Martins

Centro de Saúde de Esposende:

Dr. Alberto Luís Delgado Loureiro

Centro de Saúde de Fafe:

Dr. Raul Jorge Fernandes da Cunha

Centro de Saúde de Guimarães:

Dr. José Novais de Carvalho

Centro de Saúde da Póvoa de Lanhoso:

Dr. João Brito Mesquita Mota

Centro de Saúde das Taipas:

Dr. António Alberto Perez Dias

Centro de Saúde de Terras de Bouro:

Dr. Manuel Pereira Fonseca Andrade

Centro de Saúde de Vieira do Minho:

Dr.ª Maria Ivone Macedo Ferreira

Centro de Saúde de Vila Nova de Famalicão - Sede:

Dr. José Santos Oliveira

Centro de Saúde de V. Nova Famalicão - Unidade de Saúde de Delães:

Dr. Miguel António Gomes Mendonça Montenegro

Centro de Saúde de Vila Verde:

Dr.ª Maria de Fátima Pimenta Oliveira Peixoto

Centro de Saúde de Vizela:

Dr. António Fernando Pereira Carvalho

ENVIE-NOS OS SEUS ARTIGOS

Para que a revista da Ordem dos Médicos possa sempre ser o espelho da opinião dos profissionais de todo o país, agradecemos a colaboração de todos os médicos que desejem partilhar as suas opiniões, experiências e ideias, com os colegas, através do envio de artigos para publicação na ROM.

Para que isso seja possível, deverão enviar os artigos em disquete e impressos em papel, acompanhados de uma fotografia alusiva ao tema em destaque.

Preferencialmente os artigos não devem ter mais do que seis (6) páginas e serão sempre sujeitas à aprovação da Direcção da Revista da Ordem dos Médicos.

«Foi uma honra ser o bastonário dos Médicos portugueses»

Seis anos depois de ter sido eleito com o lema «pelo orgulho de ser médico», no final do segundo mandato como bastonário da Ordem dos Médicos, Germano de Sousa deixa a direcção da OM com um sentimento de dever cumprido e, apesar de todas as vicissitudes que teve que ultrapassar, a certeza de que o trabalho desenvolvido pela instituição permitiu que os médicos se sintam cada vez mais orgulhosos da sua profissão. No dia das eleições, antes de serem conhecidos os resultados das mesmas, Germano de Sousa falou à Revista da Ordem dos Médicos sobre as conquistas e as dificuldades com que se deparou nos seus mandatos.



Revista da Ordem dos Médicos - Termina agora dois mandatos à frente da Ordem dos Médicos (OM), como analisa o trabalho desenvolvido?

Germano de Sousa – Considero que foram seis anos de muito trabalho, interessantes mas difíceis, naturalmente. Além de ter tido que lidar com vários ministros da saúde, com diferentes orientações e políticas para o sector, quando fui eleito encontrei uma Ordem com convulsões internas, em que havia muitos desencontros, e uma classe médica que estava a ser muito atacada nos meios de comunicação social, designadamente por causa da questão da alegada promiscuidade com os laboratórios farmacêuticos. Foi uma época em que havia nos jornais parangonas muito desagradáveis e prejudiciais para os médicos.

«Foram seis anos de muito trabalho, interessantes mas difíceis, naturalmente.»

ROM – Em sua opinião a que se devia esse estado de coisas?

GS – Considero que, nos mandatos anteriores ao meu, a Ordem não tinha conseguido construir uma face visível junto dos meios de comunicação e que se tinha tornado uma instituição um pouco apagada.

ROM – Quais foram as suas principais preocupações no sentido de resolver esse mau relacionamento com os Média?

GS – Apesar da minha eleição ser unipessoal, ao ser eleito com listas para os três Conselhos Regionais em que duas não me tinham apoiado, a primeira preocupação que tive foi, desde o início, procurar consensos internos e conseguir fazer com que a Ordem ‘falasse a uma só voz’, com coerência e unida. Essa terá sido uma das coisas que consegui primeiro e de que me orgulho: fazer com que todos nós nos uníssemos pela defesa de ideais comuns.

Depois, naturalmente, preocupei-me com aquele que foi um dos vectores constantes do meu mandato: dar à Ordem credibilidade, não só perante os Colegas, mas também perante o poder político e a população. Era necessário reconquistar prestígio, demonstrar claramente que somos um organismo fundamental para a defesa da saúde dos portugueses, para a auto-regulação da medicina e para o ensino, e que somos fundamentais como parceiros sociais pois temos que ser necessariamente ouvidos, e fomo-lo sempre: fomos sempre chamados a discutir todos os assuntos que nos diziam respeito.

«Essa terá sido uma das coisas que consegui primeiro e de que me orgulho: fazer com que todos nós nos uníssemos pela defesa de ideais comuns.»

ROM - Podemos então afirmar que hoje a OM é um parceiro obrigatório em tudo o que se relaciona com a classe médica?

GS – Sim, a Ordem é um parceiro mas não no sentido de ser um ‘amigalhaço’: somos uma instituição cuja opinião tem que ser respeitada, não só ao nível do Ministério da Saúde, mas também no que diz respeito aos Ministérios da Educação, Justiça e Trabalho, e em tudo o que se prenda com a saúde e o exercício da medicina.

ROM – Considera que esse foi o objectivo mais importante que atingiu enquanto Bastonário da OM?

GS - Tornar a Ordem institucionalmente respeitada, através de uma actuação e de um trabalho a nível nacional, englobando todos os Conselhos Regionais, foi sem dúvida aquela que me parece a grande vitória dos meus mandatos porque, ao existir respeito pela OM, os médicos passaram igualmente a ser mais considerados visto que falamos em nome de todos os Colegas.

ROM - Nas mudanças na política de saúde e leis aprovadas para o sector destes últimos anos quais destaca como po-

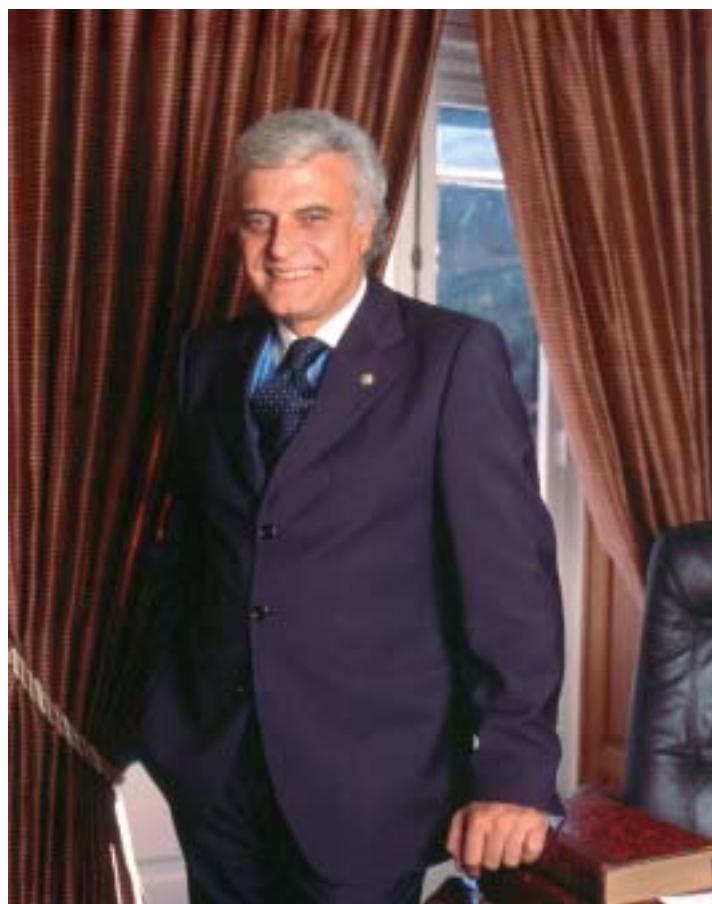
sitivas em termos da actuação da OM?

GS – Começemos pelo exemplo mais recente: a nossa vitória no que se refere ao Decreto dos Internatos Médicos. Conseguimos através do nosso desempenho que fosse reconhecida à OM a sua importância e significado fundamentais na formação pós-graduada. Praticamente todas as nossas recomendações foram inseridas no decreto.

Conseguimos igualmente impor-nos em leis como a dos medicamentos genéricos, na qual, contra o parecer das farmácias, foi-nos dado o direito, que considero inalienável, de não ver a nossa prescrição substituída pelo farmacêutico. Isto foi algo de importância fundamental para a manutenção de uma salutar relação médico-doente. Também tivemos vitórias em pequenas coisas, em inúmeras situações que quase não foram divulgadas, mas que foram importantes para a defesa da profissão médica e da saúde dos portugueses, como por exemplo o esboço de lei sobre os podologistas (em que se pretendia que os podologistas fossem uma espécie de médicos que poderiam anestésiar, fazer cirurgias aos pés, etc.). Perante o nosso protesto, o Senhor Ministro da Saúde imediatamente retirou a proposta.

ROM – E quanto à Entidade Reguladora da Saúde (ERS)?

GS - Embora estivéssemos contra a criação dessa entidade reguladora, conseguimos pelo menos minorar o proble-



ma: foi a nossa contestação que impediu que a ERS se tornasse um 'monstro' poderosíssimo, pleno de poderes e imparável, contra o qual não haveria recurso.

ROM – Mas também teve situações em que não foi possível atingir os objectivos a que se propunha...

GS - Tivemos uma situação, que, por ser de basilar importância, me deixou particularmente desapontado por não ter sido possível levar os nossos objectivos a bom porto: a questão da Lei do Acto Médico. Nesse âmbito pode dizer-se que ganhámos e perdemos. Se, por um lado, durante o governo do Engenheiro Guterres, com o apoio e acção da Dr.ª Maria de Belém Roseira, conseguimos que fosse aprovada pelo Governo a Lei do Acto Médico que era fundamental para uma clara definição de várias questões da profissão médica, infelizmente, a seguir perdemos o que tínhamos alcançado, por razões que não aceitámos, que foram as invocadas pelo Senhor Presidente da República para não promulgar a lei. A verdade é que conseguimos algo muito importante que foi a aprovação da Lei pelo Governo mas a não promulgação foi um desfecho muito ingrato em face do trabalho que desenvolvemos no sentido da sua concretização.

ROM - Considera então que a instituição Ordem dos Médicos alcançou o respeito que lhe é devido?



GS - Houve um aumento do respeito demonstrado por parte de todas as tutelas. Mas houve mais do que isso: sentiu-se da parte dos Médicos uma necessidade constante de conhecer a opinião da Ordem dos Médicos e de levar em conta essa opinião. Para isso contribuiu em grande parte a isenção da nossa actuação, nomeadamente em termos disciplinares: demonstrámos que estávamos atentos aos problemas da auto-regulação e que não somos um organismo corporativo, antiquado e fechado sobre si mesmo, apenas preocupado com a defesa dos médicos a qualquer custo. Defendemos os médicos sempre que deviam ser defendidos mas também soubemos reconhecer os erros dos Colegas quando os houve.

«Defendemos os médicos sempre que deviam ser defendidos mas também soubemos reconhecer os erros dos Colegas quando os houve.»

ROM – Podemos dizer que termina o mandato com o mesmo lema com que o iniciou – «pelo orgulho de ser médico»?

GS – Naturalmente que sim. Eu acredito firmemente que, pelas nossas raízes deontológicas e éticas, pelo modo como fomos e somos educados e instruídos, pela maneira que temos de estar na vida, pelo papel que desempenhamos na sociedade e pela defesa que fazemos da saúde da população, nós os médicos temos toda a razão para termos um enorme orgulho na nossa profissão. Não é com certeza pelo facto de, por vezes, sofrermos ataques incompreensíveis, quer dos políticos quer até dos próprios meios de comunicação social, os quais procuram e precisam de sensacionalismo, que deixamos de representar e exercer uma profissão notável, única, na qual devemos ter sempre orgulho. A maneira mais correcta de demonstrarmos esse sentimento é sabermos que cada médico é guardião da ética. Apesar das circunstâncias, muitas vezes adversas, continuamos orgulhosamente a agir de acordo com os princípios éticos e deontológicos. Acredito que preservamos os nossos valores e que só uma reduzida minoria poderá, eventualmente, ser apontada como não o tendo feito. Nós temos realmente orgulho em exercer medicina.

ROM - Após se ter dedicado de corpo e alma, com certeza com muitos sacrifícios pessoais, mas com empenho e generosidade, à defesa da Medicina e dos Médicos, o que o levou a não se recandidatar?

GS – Foram muitas as razões: primeiro que tudo, penso que seis anos é mais do que suficiente para estar numa Ordem. Ao fim de seis anos começa a faltar-nos a imagina-

ção e começamos a não conseguir dar o nosso melhor ao serviço dos médicos e dos doentes. Naturalmente que me sinto cansado pois foi uma dedicação praticamente a tempo inteiro a um trabalho que fiz com muito prazer, mas sinto que já não tenho capacidade para manter esta enorme responsabilidade. Quando já não é possível darmos o nosso melhor, está na altura de dar lugar a outros. Entendo que é necessário 'sangue novo' na OM. Foi por tudo isto que decidi não me recandidatar.

«Tentei ser o elo de ligação entre a classe médica e a população portuguesa. Essa é a minha imagem: uma imagem de tranquilidade e diplomacia que corresponde ao arquétipo do médico.»

ROM – Olhando para trás como define a sua imagem e postura enquanto Bastonário da Ordem dos Médicos?

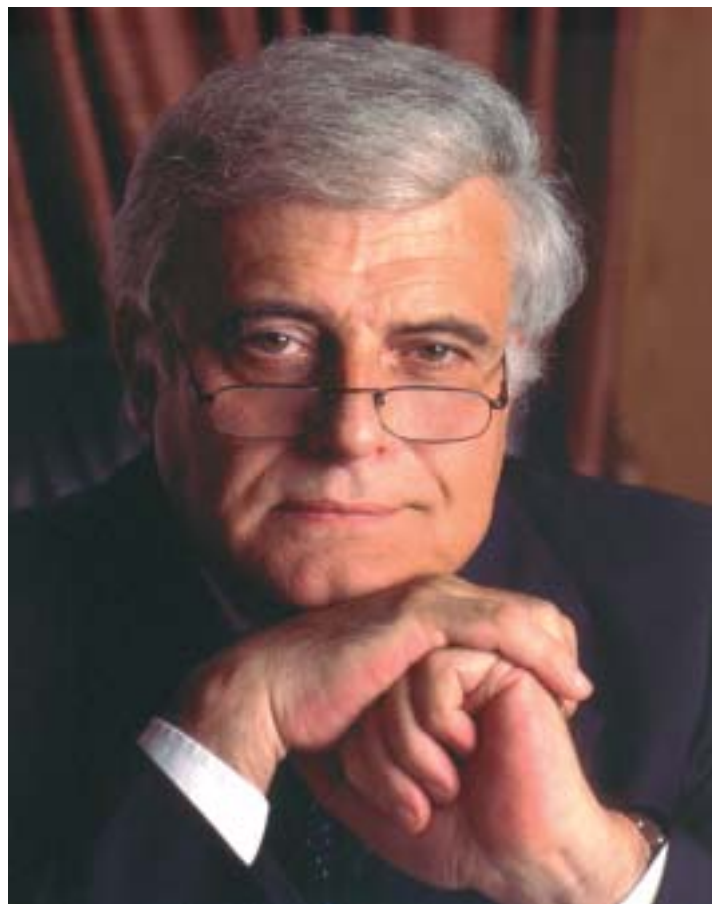
GS – Penso que mantive uma imagem de um bastonário consensual, que se preocupou em defender os médicos e em dar a cara pela classe, sempre que foi necessário. Também me preocupei sempre em explicar com clareza a todas as pessoas, tutela, meios de comunicação social, doentes, etc., os nossos problemas. Indiscutivelmente, tentei ser o elo de ligação entre a classe médica e a população portuguesa. Essa é a minha imagem: uma imagem de tranquilidade e diplomacia que corresponde ao arquétipo do médico.

ROM - Que conselhos deixa para os próximos corpos dirigentes da OM?

GS - Deixo apenas o seguinte conselho: que os novos dirigentes da OM não a transformem nem numa arma de arremesso político, nem num partido, nem num sindicato. A Ordem dos Médicos necessita de ser gerida com tolerância e tranquilidade, é preciso ser-se diplomata para se estar à frente dos seus destinos. Que mantenham a imagem da Ordem com muita elevação. Naturalmente que todos o farão. É preciso ter a noção de que não é com processos histriónicos que se resolvem os problemas da classe.

ROM - Quais as principais dificuldades que pensa que o próximo Bastonário vai encontrar?

GS - As eleições para a OM vêm numa altura em que há também uma eleição política em curso. Naturalmente que



a acção do próximo bastonário vai ser sempre condicionada pela política que for instaurada para a saúde. Assim sendo, neste momento, é difícil prever as dificuldades que o próximo bastonário vai ter que enfrentar.

ROM - Quer deixar alguma mensagem para a classe?

GS – A todos os Colegas quero dizer que foi para mim uma grande honra ser o bastonário da Ordem dos Médicos e ter representado os médicos portugueses. Foi uma honra porque, se o meu lema inicial era uma eleição pelo orgulho de ser médico, afianço-lhes que, durante todo este tempo, tive muito orgulho em ser o bastonário dos médicos portugueses.

«Se o meu lema inicial era uma eleição pelo orgulho de ser médico, afianço-lhes que, durante todo este tempo, tive muito orgulho em ser o bastonário dos médicos portugueses.»

UEMS reúne em Lisboa

Decorreu em Lisboa, entre os dias 14 e 16 de Outubro, a reunião do Conselho da UEMS - Union Européenne des Médecins Spécialistes (União Europeia dos Médicos Especialistas), da qual **Ciro Costa é vice-presidente. Durante esta reunião foram apresentados os novos delegados e debatidas questões sobre as políticas europeias de saúde, nomeadamente o Fórum Europeu de Saúde e a Directiva sobre Tempos de Trabalho.**

Hannu Hallila, presidente da UEMS, deu as boas-vindas aos delegados representantes dos novos membros de pleno direito da UEMS (Chipre, República Checa, Estónia, Hungria, Letónia, Malta, Polónia, Eslováquia e Eslovénia) expressando a sua satisfação em ver o número de países membros alargado para 27. Um dos representantes do Reino Unido referiu a este propósito que «o envolvimento dos novos países irá levar a UEMS a debruçar-se sobre áreas que ainda não tinham sido completamente analisadas pela organização, tais como as prioridades dos sistemas de saúde, o financiamento, etc.». Foi realçada a importância deste alargamento pois «os doentes têm doenças semelhantes e é importante que se utilizem os mesmos *standards* para o tratamento». Todos os novos países membros expressaram a sua satisfação e orgulho por pertencerem à UEMS, e o desejo de, através do trabalho em conjunto, construir o futuro das especialidades médicas.

Um dos pontos da agenda prendia-se com o valor dos «exames europeus» para a livre circulação dos especialistas,

tendo sido expressa, por alguns membros, a ideia de que a UEMS deve dizer claramente que os exames não são obrigatórios e que não têm qualquer valor legal formal. Em alguns países poderão, contudo, servir como indicadores da qualidade da prática e poderão representar uma mais valia curricular. Edwin Borman, da delegação do Reino Unido, referiu a este propósito que apesar dos exames terem um valor limitado, «não são uma perda de tempo». O PWG – Permanent Working Group of European Junior Doctors, aqui representado por Barbara Goeggel e Nina Tiainen, defendeu a necessidade da harmonização da formação a nível europeu.

Quanto à Directiva de Reconhecimento da Qualificação Profissional, o princípio actualmente instituído é o do reconhecimento generalizado das especialidades que existam em 2/5 dos Estados Membros da União Europeia. Segundo o presidente da UEMS, Hannu Hallila, o estudo comparativo das especialidades nos 25 países efectuado demonstra que existem 17 especialidades comuns a todos os países e outras 26 especialidades que são comuns a 2/5 ou mais países membros, o que significa que um total de 43 especialidades seriam reconhecidas automaticamente em todos os países da UE e o livre movimento entre os Estados dos médicos dessas especialidades. Apesar de considerar que é um resultado muito positivo, Hannu Hallila explicou que «a UEMS continua a defender o princípio dos 'dois ou mais países' pois a regra de 2/5 pode colocar as especialidades em dois níveis diferentes». Dos relatórios das várias Secções e grupos de trabalho retiram-se conclusões, nomeadamente, quanto à falta generalizada de médicos em algumas especialidades (foram referidas as especialidades cirúrgicas como as mais deficitárias a nível europeu), merecendo um especial destaque o relatório do grupo de trabalho sobre CME/CPD (Continuing Medical Education/Continuing Professional Development).



nal Development) apresentado por Edwin Borman, uma análise completa e pormenorizada sobre a promoção de cuidados de saúde de qualidade, em que se propõe a adopção de um modelo baseado em ciclos QA (*quality assurance*), com os seguintes passos: estabelecimento de *standards*, monitorização da prática existente, revisão de resultados, procura de melhorias através da introdução de mudanças, e estabelecimento de novos *standards* para o novo ciclo, após a análise efectuada.

Outra questão debatida durante estes três dias de trabalhos foi o pedido da Secção de Oftalmologia da UEMS para que se desenvolvam todos os esforços necessários para que exista uma definição de Acto Médico oficialmente reconhecida pela Comissão Europeia e/ou pelo Parlamento Europeu. Todos os membros reconheceram que esta é uma questão de relevância crucial para todas as especialidades e que, mais do que defender os médicos, trata-se de uma forma de garantir a segurança os doentes. Neste ponto, Pedro Nunes, membro da delegação portuguesa e vice-presidente do Comité Permanente dos Médicos Europeus, explicitou que «a definição de Acto Médico é uma questão política importante e urgente» e que a definição proposta («o Acto Médico é a totalidade dos passos científicos dados exclusivamente por um médico/doutor em medicina, em todos os campos da saúde, com o intuito de formular um diagnóstico, o qual é seguido, quando necessário, pela aplicação de uma terapêutica médica ou cirúrgica ou de acções preventivas para a promoção da saúde do paciente»), apesar de ter que ser melhorada, era já muito próxima do desejado.

Foi apresentada uma proposta de 'promoção' da divisão de Cirurgia Vascolar a Secção, questão de funcionamento interno da UEMS mas com relevância para a especialidade em causa. Essa proposta, apresentada pela Finnish Medical Association e pela Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e defendida pelas delegações da Finlândia, Itália, Eslováquia, Grécia, Portugal e Dinamarca, consubstancia-se



no facto de se tratar de uma especialidade com grande desenvolvimento e em franca expansão. Foi defendido que a Divisão de Cirurgia Vascolar, já sendo uma força motriz no seu campo de acção, poderia ser ainda mais eficaz se tivesse independência e que essa 'promoção' faria com que as especialidades cirúrgicas tivessem um posicionamento ainda mais forte. Bem definida ficou a continuação da cooperação entre todas as especialidades cirúrgicas para a defesa dos interesses das mesmas e os benefícios mútuos que daí advêm. A alteração do estatuto da Divisão de Cirurgia Vascolar foi aceite.

A Directiva do Reconhecimento Profissional também foi debatida no âmbito da UEMS (questão que se prende com a mobilidade dos médicos pelos vários países e a necessidade ou não de serem reconhecidos pelo Estado de acolhimento), assim como o European Health Fórum (que pretende ser um mecanismo de protecção da saúde e do consumidor e que inclui organizações de diferentes sectores da saúde), a Directiva sobre Serviços (que tem como objectivo tornar a Europa a mais competitiva economia mundial e o desenvolvimento de um crescimento sustentado a nível económico) e a Directiva sobre os Tempos de Trabalho.

Quanto à Directiva sobre Serviços não está ainda determinado se os cuidados de saúde estarão incluídos nesta directiva europeia, existindo um grupo de trabalho da UEMS a debruçar-se sobre as





implicações da mesma e cujas primeiras conclusões apontam para a possibilidade de algumas das cláusulas da directiva serem nocivas para a profissão médica por colocarem em causa a qualidade dos cuidados de saúde: «não queremos fazer da doença um mero negócio» e todas as delegações concordaram que essa directiva tem uma abordagem meramente mercantilista, concepção que não poderá nunca prevalecer no âmbito da profissão médica.

Em relação à Directiva sobre os Tempos de Trabalho foi apresentada por Nina Tiainen do PWG uma análise das implicações dos conceitos que essa Directiva pretende implementar (*on call duty* - activo e inactivo) que foi depois comentada pelos restantes participantes da reunião do Management Council da UEMS. Hannu Hallila defendeu que a União Europeia dos Médicos Especialistas deveria pronunciar-se «a uma só voz» sobre esta questão para manter a força das posições tomadas e alertou para o facto dos jovens médicos serem os mais vulneráveis na questão do «opt-out» que esta Directiva coloca pois têm menos possibilidade de influenciar o seu próprio horário de trabalho, enfatizando que a UEMS pretende «defender a segurança de médicos e doentes» (vide texto da conferência de imprensa inserido nesta edição, intitulado «Tempo de trabalho que não é trabalho...»).

Na fase de análise do trabalho desen-



volvido pelas outras organizações médicas europeias, foi abordado o Processo de Bolonha, a questão da Directiva Europeia sobre Tempos de Trabalho, etc. O vice-presidente da UEMS, Ciro Costa, destacou do trabalho da AEMH - Associação Europeia dos Médicos Hospitalares, o simpósio sobre gestão de risco e referiu a eleição dos novos vice-presidentes dessa organização, entre os quais João de Deus.

A reunião do Conselho da UEMS contou com a presença de representantes dos seguintes países: Áustria, Bélgica, Croácia República Checa, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Luxemburgo, Malta, Noruega, Polónia, Roménia, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça, Holanda, Turquia e Grã-Bretanha. Estiveram também representadas várias instituições: AMSCE (Associação de Médicos Especialistas da Comunidade Europeia), CEPLIS (Comité Europeu de Profissões Liberais), CPME (Comité Permanente de Médicos Europeus), PWG (Grupo de Trabalho Permanente dos Jovens Médicos Europeus) e UEMO (União Europeia dos Médicos de Clínica Geral). Bénédicte Reyhler (managing director), Bernard Maillet (secretário geral), Vincent Lamy (tesoureiro), Frédéric Destrebecq (secretário geral adjunto), Hannu Hallila (presidente), Giorgio Berchicci (vice-presidente), Ciro Costa (vice-presidente), Leonard Harvey (liaison officer to the CPME) e Peter Theuvenet (vice-presidente) foram os representantes da UEMS que presidiram à reunião.

Desta reunião, infere-se que é no âmbito da UEMS que se debatem as propostas das secções das várias especialidades e que se tomam decisões com interesse específico para essas mesmas especialidades no que se refere às linhas gerais de actuação para influenciar as políticas europeias, uma abrangência cada vez mais decisiva na conjuntura de globalização que se vive actualmente. A próxima reunião do Conselho da UEMS terá lugar nos dias 21 e 22 de Outubro de 2005, em Munique, Alemanha.

Tempo de trabalho que não é trabalho...

No dia 16 de Outubro, após a reunião da UEMS, alguns dos responsáveis máximos das organizações médicas europeias presentes em Lisboa, participaram numa conferência de imprensa cujo tema central foi a proposta da Comissão Europeia de alterar para os médicos a Directiva Europeia sobre tempo de trabalho, criando uma inusitada categoria de «trabalho inactivo».



Pedro Nunes (vice-presidente do Comité Permanente dos Médicos Europeus) presidiu a esta conferência onde também estiveram presentes Bernard Grewin (presidente da Associação Médica Sueca e do Comité Permanente dos Médicos Europeus), Hannu Hallila (presidente da União Europeia dos Médicos Especialistas), Kristine Fabian (presidente da União Europeia dos Médicos Generalistas) e Nina Tiainen (presidente do PWG - Associação Europeia dos Jovens Médicos). Esta última começou por referir que a proposta de alteração em relação aos médicos da Directiva de tempo de trabalho, que foi apresentada durante o mês de Setembro, ao pôr em causa a saúde e segurança dos médicos estará também, necessariamente, a pôr em causa a saúde dos doentes. Se anteriormente, em relação ao tempo de trabalho só existiam duas categorias possíveis – trabalho e descanso – o aparecimento de uma terceira categoria – *on call work*, com duas sub-categorias activo e inactivo – foi claramente contestada pela representante do PWG. A definição de *on call work* inactivo corresponderia a situações em que o médico se encontraria no local de trabalho mas sem estar com os doentes, estando «apenas» pronto a desempenhar as suas funções no caso de ser necessário, e que não seria pago como tempo de trabalho (a menos que fosse estipulado de forma diferente pela legislação nacional ou por contrato colectivo). Nina Tiainen frisou: «se o médico está às ordens do empregador, tem que se considerar que está a trabalhar pois não pode usar o seu tempo livremente». Mesmo entendimento foi expresso em dois acórdãos do Tribunal Europeu de Justiça que estatuíam claramente que «tempo de trabalho é todo o

período de tempo em que o médico tem que ficar no hospital, às ordens do empregador». A tornar-se efectiva esta categoria de «trabalho inactivo», a situação poderá levar a abusos pois o médico pode ser obrigado a ficar no hospital, sem direito a descanso, e considerando-se que não está de facto a trabalhar, o que se reflectirá na qualidade do atendimento. Outra questão levantada por esta Directiva, o chamado *opt-out*, também recebe o mesmo tipo de oposição por parte dos representantes das organizações médicas europeias presentes nesta conferência. A presidente do PWG explicou: «ninguém deve trabalhar mais de 48 horas de média semanal. Contudo há a opção do médico dizer que não quer ser protegido, através do *opt-out*, optando por efectuar mais horas. Os médicos internos podem facilmente ser levados a efectuar o *opt-out*». Nina Tiainen considera essa situação perniciososa pois os problemas dos sistemas de saúde não podem ser resolvidos à custa de mão de obra barata e defende a máxima protecção dos jovens médicos nesta questão dada a sua vulnerabilidade às pressões (a representante do PWG relatou casos de abusos na Grã-Bretanha, em que os jovens médicos eram obrigados a assinar a cláusula de *opt-out* no preciso momento em que assinavam o contrato com o empregador).

Bernard Grewin, presidente da Associação Médica Sueca e do Comité Permanente dos Médicos Europeus, acrescentou que facilmente se poderá falsear a Directiva em causa, através de pressões para obrigar ao *opt-out*. A presidente da União Europeia dos Médicos Generalistas, Kristine Fabian, por seu lado, referiu que as organizações europeias estão na essência de acordo contra estas alterações à Direc-



tiva do Tempo de Trabalho e que «mais do que uma questão do horário dos médicos, o que se defende aqui é a qualidade dos cuidados prestados aos doentes». Respondendo à questão colocada pela Revista da Ordem dos Médi-

cos, sobre se a categoria de «trabalho inactivo» não representaria uma espécie de prisão domiciliária para os médicos, visto que apesar de não ser considerado trabalho efectivo e não ser pago como tal, os médicos não podiam dispôr livremente do

seu tempo e teriam que estar às ordens do empregador, Hannu Hallila referiu: «essa é uma questão muito relevante pois estamos a falar de um tempo passado no local trabalho e que não é considerado trabalho. Mas também sucede os médicos terem que estar em casa 'de prevenção' para o caso de serem chamados ao hospital para prestar serviço, e portanto, de facto às ordens do empregador. Isto obviamente que afecta a qualidade de vida dos médicos pois não podem dispôr livremente do seu tempo», uma situação claramente inaceitável se considerarmos, como pretende a Comissão Europeia, que esse tempo não é de facto trabalho. As organizações presentes, em particular, e os médicos europeus em geral estão apreensivos quanto a esta eventual alteração da Directiva pois, além de tudo, a mesma deturpa os objectivos originários da Directiva que passavam pela protecção e segurança dos trabalhadores, alteração que, quando falamos da profissão médica, põe também em causa os bons cuidados prestados aos doentes.

X International Symposium on Biology and Clinical Usefulness of Tumor Markers

Barcelona - 16 a 19 de Fevereiro de 2005

Organização:

Servicio de Bioquímica Clínica (Unidad de Estudio del Cáncer)
Hospital Clínico y Provincial
Fundación Privada Clínic para la Investigación Biomédica
Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi Sunyer
Departamento de Ciencias Fisiológicas I
Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona
Red Temática del Cáncer
Instituto de Salud Carlos III, nº C03/10
Societat Catalana de Bioquímica Clínica
Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears

Programa

- Nuevos Marcadores Tumorales: SCC-1, SCC-2, PSA complex, ProGRP
- Guías Clínicas con Marcadores Tumorales: Mama, Gastrointestinal, Ginecológica, Pulmón y Próstata
- Nuevas aplicaciones de los Marcadores Tumorales
- Actualización de Marcadores Tumorales en Neoplasias testiculares
- Oncogenes, Genes Supresores en el diagnóstico, pronóstico y

tratamiento

- Microchips: aplicaciones clínicas
- DNA plasmática: aplicaciones clínicas
- Apoptosis y proliferación celular
- Marcadores de remodelado óseo: utilidad en el diagnóstico y monitorización de las metástasis óseas
- Proteasas como factores pronósticos
- Moléculas de adhesión celular, reguladores del ciclo celular y factores angiogénicos como indicadores pronósticos
- Utilidad de los Oncogenes y Marcadores tumorales en el despistaje y diagnóstico precoz del cáncer
- Criterios para la valoración de la eficacia terapéutica
- Citoquinas y Factores de Crecimiento
- Enfermedad Mínima Residual: utilidad clínica en melanoma y tumores gastrointestinales

Secretariado técnico:

J. Molina, Barcelona (Espanha) - **Telef.: 629 94 02 95;**
Fax: 93 227 56 97; E-mail: symposiumbarcelona@hotmail.com
Para mais informações consultar:
www.oncolab.net/symposium2005.htm

Congresso Nacional de Cuidados Paliativos

Decorreu nos passados dias 17 a 19 de novembro em Lisboa, por iniciativa da Fundação Gulbenkian, o II congresso nacional de cuidados paliativos. Foi organizado por um grupo de profissionais de várias áreas da saúde e ligados à prática dos cuidados paliativos em diferentes contextos, e teve também o apoio da Fundação Grunenthal, da Ordem dos Médicos e de mais alguns parceiros dedicados à causa da dor e dos cuidados paliativos.

Estiveram presentes reputados conferencistas nacionais e estrangeiros e o nível de participação foi muito elevado – não foi possível, apesar de centenas de pedidos extra, ultrapassar os 500 inscritos, por questões de logística do local do congresso. Dos participantes, mais de 50% eram médicos de várias especialidades, e os restantes dividiam-se entre enfermeiros, psicólogos, terapeutas de reabilitação e voluntários, entre outros.

A comissão organizadora gostaria de destacar alguns dos aspectos que mais contribuíram para o sucesso deste evento:

- O elevado número de participantes, de diferentes grupos profissionais, registando-se um nível significativo de presenças de médicos;
- A variedade de temas abordados, genericamente com uma qualidade científica elevada, estando bem presente o cariz científico e a especificidade que os cuidados paliativos reclamam para si;
- A elevada qualidade e participação em comunicações livres e posters – quase uma centena – envolvendo participantes desde o ensino pré-graduado aos profissionais de cui-

dados paliativos, tendo sido atribuídos 6 prémios;

- O impacto deste evento na sociedade civil, corporizado no interesse de alguns políticos – estiveram presentes vários deputados, representantes de partidos políticos e o próprio Ministro da Saúde presidiu à abertura do congresso - e dos media (imprensa falada e escrita), que ofereceram uma boa cobertura do congresso e chamaram a atenção para a problemática dos cuidados paliativos nacionais.

O balanço a realizar é extremamente positivo. Face a outros eventos científicos no âmbito dos cuidados paliativos, podemos dizer que este foi o maior e mais participado congresso que já se organizou em Portugal, que se reforçou a especificidade e a qualidade técnico-científica desta área da saúde, reforçou-se o contributo multidisciplinar para a mesma e que, mais uma vez, se alargou à sociedade civil a divulgação das questões em torno da doença terminal e dos cuidados de saúde a ela devidos.

Por outro lado, foi sublinhada a necessidade de promover formação específica rigorosa para a preparação adequada daqueles – profissionais e vo-

luntários - que pretendem dedicar-se aos cuidados paliativos, bem como a necessidade de, com a maior celeridade possível, concretizar as promessas do programa nacional de cuidados paliativos, aprovado em junho deste ano. Foi também possível demonstrar que um grupo de pessoas verdadeiramente empenhadas nesta causa e em lhe dar a visibilidade que o dever ético perante a sociedade justifica, tem capacidade para organizar um congresso de nível incontestável, existindo desta forma condições para viabilizar, num futuro próximo, a realização de um grande congresso internacional no nosso país.

Achamos que podemos dizer que o interesse pela divulgação e consolidação dos cuidados paliativos em Portugal saiu reforçado com esta iniciativa e que cada vez mais os profissionais e a sociedade civil em geral está a interessar-se por esta problemática. Esperamos das autoridades competentes o apoio devido face aos compromissos assumidos e o rigor que a temática dos cuidados paliativos impõe.

Comissão Organizadora
Congresso Nacional de Cuidados Paliativos
Lisboa, Novembro 2004

É possível uma relação médi

No âmbito do Ciclo de Conversas de Bioética da Faculdade de Ciências Médicas, realizou-se em Outubro uma conferência sobre a difícil questão «possível (ou não) ‘relação médico-doente’ no actual SNS». Daniel Serrão, Presidente do Conselho Nacional de Ética, tem a este respeito uma opinião peremptória: «no Serviço Nacional de Saúde é difícil, mas não é, nunca, impossível».

A Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa foi representada nesta conferência por Nuno Ferreira que referiu o porquê da inclusão deste tema no ciclo de conferências: conscientes dos condicionalismos existentes no SNS, nomeadamente os de ordem económica, e das pressões que em virtude dos mesmos os médicos sofrem, os organizadores destas palestras (Associação de Estudantes e Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico da FCM) consideraram «fundamental proporcionar uma reflexão sobre o tipo de relação

médico-doente que é possível existir neste momento». A Esperança Pina, director do Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico, coube a apresentação do palestrante, o que fez definindo a presença de Daniel Serrão na Faculdade de Ciências Médicas como «uma honra muito especial», demonstrando uma admiração, sem dúvida mútua, que, como referiu, remonta a 1969. Daniel Serrão é presidente do Conselho Nacional de Ética da Ordem dos Médicos, professor catedrático jubilado de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

membro da Academia das Ciências (Portugal), da Academia Europeia das Ciências e das Artes (Salzburg) e da Academia Pontifícia para a Vida (Santa Sé) e professor de Bioética e Ética Médica, no Curso de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Enquadramento histórico

Para chegar ao epílogo referido na abertura, em que a relação médico-doente no Serviço Nacional de Saúde (SNS) é difícil, mas nunca impossível, Daniel Serrão iniciou a conferência efectuando uma cuidadosa análise da estrutura e modo de funcionamento do SNS e o respectivo enquadramento histórico, nomeadamente nas vertentes de cuidados primários de ambatório e de atendimento hospitalar. Esta explicação preliminar, de fundamental relevância para uma geração que nasceu e cresceu já com o SNS instalado, caso da maior parte da assistência que se encontrava no auditório, percorreu os momentos mais importantes da evolução dos serviços, das caixas de previdência aos actuais centros de saúde, referindo as alterações que se verificaram nos contornos da relação médico-doente e sublinhando pontualmente os constrangimentos que se foram gerando para o desenvolvimento dessa mesma relação. Constrangimentos esses que perduram na actualidade no nosso SNS, como se pode inferir das palavras de Daniel Serrão: «chamou-se, na altura, a esta forma de exercer medicina, “caixificação”. E ainda hoje,



co-doente no actual SNS?

quando a prática médica é enredada por um processo burocrático e administrativo que limita a liberdade do médico e a sua autonomia técnica e científica, vejo ser usada esta expressão: estão a “caixificar” o trabalho médico». Conforme explicou o orador, com a Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, o SNS absorveu a estrutura «complexa, burocratizada e ineficiente» que o antecedeu, «agravando a situação por conceder o acesso geral, ou seja, aberto a todo e qualquer cidadão, independentemente da sua situação económica e da sua contribuição financeira para a sustentação dos serviços». Conclui-se que os alicerces financeiros do sistema foram, portanto, desaparecendo, sendo que «o Ministério tem um orçamento que cresce todos os anos (...) e nunca chega para cobrir as despesas», orçamento esse cuja boa aplicação é, naturalmente, discutível: «o presidente do Conselho de Administração de um Hospital SA, em início de funções e mesmo que nunca tenha trabalhado na área da saúde, recebe um ordenado muito elevado; um médico, Director de Serviço, com trinta ou mais anos de profissão como especialista, reconhecido pelos seus pares no país e no estrangeiro como de elevada competência, recebe bastante menos de metade. Ora, não há qualquer comparação entre a qualidade ética e a responsabilidade técnica das decisões de um e de outro porque a vida humana não tem preço e tem um valor infinito».

Paixão pela medicina, burn out e burocracia

Baseando a sua apresentação num conhecimento feito de experiência, pois Daniel Serrão, no âmbito da sua presidência do Conselho de Reflexão sobre a Saúde, participou activamente na elaboração de uma proposta de

reforma estrutural da saúde, durante a preparação da qual visitou centros de saúde dos mais diversos pontos do país, o orador referiu ter encontrado «de tudo»: instalações sem o mínimo de condições, outros muito bem equipados, «médicos apaixonados pelo seu trabalho, dedicados e cumpridores, resolvendo com sabedoria a questão das marcações de consultas segundo os ritmos de trabalho dos doentes da sua lista, disponíveis para a visita domiciliária e o acolhimento da família (...). Também encontrei médicos burocratas. Cumpridores zelosos de quantos regulamentos, circulares, ordens de serviço, portarias e despachos, os Ministros da Saúde têm produzido ao longo destes anos, esquecem muitas vezes que o doente é uma pessoa que sofre, não é um utente abstracto contabilizado nas estatísticas de produtividade, para gáudio dos dirigentes de secretária. Encontrei ainda médicos e principalmente médicas em estado de fadiga extrema (*burned out*) porque não há médicos suficientes para atender os utentes inscritos no CS mas sem vaga nas saturadas listas de cada médico, porque têm de fazer horas extraordinárias para tenderem doentes que não conhecem – o que é a negação da teoria da Clínica Geral e Familiar – nem vão acompanhar depois, porque se sentem frustrados com as naturais queixas dos doentes com os quais não conseguem estabelecer uma relação de confiança mútua, de respeito e até de amizade, que são os pilares fundamentais da Clínica Geral e Familiar»... Toda esta conjuntura cria entraves ao desenvolvimento de uma boa relação médico-doente pois como foi realçado, «a medicina não é uma actividade humana burocratizável» e «o modelo dos Centros de Saúde, como estruturas administrativas, com chefias técnicas e burocráticas e médicos assalariados à hora, é o pior modelo para que,

entre a pessoa doente e o médico que a atende, haja uma relação médico-doente com a dignidade ética e a qualidade científica e técnica que este encontro clínico deve ter», uma situação que é agudizada pela falta de condições de muitas instalações e por uma pressão crescente para que os médicos efectuem as consultas em menos tempo, pois «o Clínico Geral não pode exercer a sua actividade como Médico de Família a partir de encontros fortuitos e rápidos, em lugares desconfortáveis e, muitas vezes, sem privacidade, recebendo pessoas que esperam duas ou mais horas e vão ser despachadas em dez minutos».

Recriar a figura do médico assistente confiável e prestigiado

Considerando que «mais do que em qualquer outra especialidade, o Clí-



nico Geral como o Internista, têm de assumir-se como médicos assistentes», Daniel Serrão fez a apologia de um SNS em que o médico assistente se refira ao doente como sendo «o meu doente» e em que, em contrapartida, os doentes se lhe refiram como sendo «o meu médico». «A figura do médico assistente tem de ser reabilitada e, na vida moderna, apressada e complexa, mas onde nem tudo é mau, há condições para recriar esta figura do médico assistente confiável e prestigiado». As condições propícias a que se referiu o orador prendem-se, nomeadamente, com a possibilidade de recurso «às modernas tecnologias de informação em rede» que, em seu entender, deverão ter um papel fulcral logo desde a formação pré-graduada. «O uso intensivo de tecnologias de informação permite preparar um médico com real capacidade para aprender ao longo de toda a sua vida profissional. (...) O Clínico Geral, como Médico Assistente, deve ser preparado na Faculdade e no Internato para exercer o raciocínio clínico a partir da informação que obtém do doente (...) e de toda a informação que vai buscar, não à sua memória ou aos livros, mas a programas informáticos de grande nível científico, preparados pelos melhores especialistas nos países tecnicamente mais desenvolvidos e onde se pratica uma medi-

cina já integrada no que foi designado, pelos peritos da Andersen Consulting, já em 1996, como o “Infocosmos da Saúde”.» Num país com as dimensões do nosso, como referiu Daniel Serrão, é possível colocar em rede todos os especialistas em Medicina Geral e Familiar, criando assim uma «intranet profissional» ligada à intranet pedagógica das Faculdades de Medicina, e dotá-los da informação mais actualizada e cientificamente mais correcta, dando assim lugar à «forma moderna de uma relação médico-doente pessoal, humanizada e respeitadora da autonomia do doente, como pessoa livre e sujeito de todos os direitos humanos; respeitadora igualmente da autonomia do médico, da sua competência específica e da sua vontade de fazer, pelo “seu” doente, o que de melhor possa ser feito para o tratar, para o curar quando possível e para o consolar, sempre», tudo isto através de um «encontro clínico com apoio informático, no qual a pessoa doente está sempre presente e é associada, desde o início, ao processo de diagnóstico».

Relações autênticas – uma proposta de solução

Considerando essencial que, nomeadamente, no atendimento no ambulatório do Serviço Nacional de Saúde, aconteçam «autênticas relações

médico-pessoa doente», Daniel Serrão defende que isso nunca acontecerá enquanto se continuar a apostar em melhorias avulsas em vez de se «refundar o Serviço Nacional de Saúde». Mas «como pode ser refundada esta pesadíssima máquina?» A resposta foi apresentada de forma clara e dividida em quatro metas/etapas – uma proposta apresentada pelo Conselho de Reflexão para a Saúde em 1998 - que requerem «decisões rápidas e corajosas»:

- Total informatização do SNS, com redução drástica de toda a burocracia e eliminação de todos os registos em papel (a decisão imediata necessária é a de abrir um concurso internacional para preparar o caderno de encargos para o futuro concurso, igualmente internacional, de informatização global do Serviço incluindo o processo clínico e de enfermagem);
- Alteração dos métodos e programas das Faculdades de Medicina de forma a prepararem, em cinco anos, um médico capacitado para exercer Clínica Geral em estruturas informatizadas (a decisão caberá às faculdades públicas «e nenhuma faculdade privada será autorizada se não adoptar esta forma de ensino/aprendizagem por tecnologias de informatização»);
- «O Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar toma a seu cargo construir os conteúdos

Relação médico-doente na prática hospitalar

A intervenção de Daniel Serrão nesta conferência foi baseada no contexto de ambulatório, algo completamente intencional, como explicou à assistência: «o Hospital é outro universo, fortemente marcado pela alta tecnologia na terapêutica médica e cirúrgica.» Num ambiente em que o doente é visto por vários médicos e outros técnicos de saúde até à confirmação do diagnóstico, «não pode falar-se de relação médico-doente, mas de múltiplos encontros nalguns dos quais o médico nem sequer vê o doente e apenas trabalha sobre imagens, tecidos ou órgãos, resultados analíticos, culturas de agentes patogénicos, etc.» Mas a solução ideal para que durante o internamento hospitalar subsista

uma boa relação médico-pessoa doente, é fácil, conforme explicou o orador: se o sistema for devidamente informatizado, o médico de família que examinou o doente e decidiu promover o seu internamento no hospital, deverá enviar por via informática o essencial da história clínica e justificação do internamento e deverá ser informado, da mesma forma, de toda a evolução do “seu” doente. «No caso da medicina hospitalar, o importante é que o doente estabeleça uma relação personalizada com a instituição, tendo gosto em dizer: fui tratado nos HUC ou em Santa Maria».

da intranet de Clínica Geral e mantê-los actualizados» (a decisão necessária passa por adoptar e adaptar para o nosso país, «um dos campos de conteúdos já existentes, por exemplo o finlandês, especificamente para Clínica Geral»);
- «O Clínico Geral – Médico de Família tem liberdade de estabelecimento do seu consultório, isolado ou em grupos, assume a responsabilidade por uma lista de 2.000 pessoas que têm o direito de acesso em condições sujeitas a contrato individual, público e transparente com garantias mútuas, podendo incluir o atendimento 24 horas sobre 24 horas, contrato outorgado ao nível autárquico com os profissio-

nais» («o Estado disponibiliza para aluguer, pelos médicos, os espaços que ficarem livres nos Centros de Saúde depois de criar neles actividades da moderna saúde pública, com médicos e enfermeiros especializados, com actividades de prevenção primária e secundária e de educação para a saúde, de carácter interventivo, nas Escolas e na Comunidade»).

Tornar estas quatro metas uma prioridade «exige coragem política e muita competência», mas sem que isso aconteça, segundo Daniel Serrão, sem que se refunda o Serviço Nacional de Saúde, especificamente na sua vertente de ambulatório, «reforçando-o, desconcen-

trando-o, libertando-o de um espartilho burocrático pouco mais que inútil e entregando-o à iniciativa e responsabilidade dos médicos, nada do que se fizer na vertente hospitalar terá sucesso».

Em conclusão...

Referindo a enorme relevância que um simples toque no ombro de um doente pode ter num encontro clínico, Daniel Serrão concluiu: «o médico não pode ser uma pessoa medíocre com dificuldade de comunicação com a pessoa doente, incapaz de estabelecer com ela uma relação de empatia profunda que deve brotar, naturalmente, da sua personalidade e do seu carácter. Para merecer e receber a confiança da pessoa doente no quadro de uma relação que deve ser de amizade, não basta ao médico ser tecnicamente competente, com tem de ser. Ao lado da competência científica e profissional e ao serviço dela, devem estar virtudes humanas como a simpatia, a honestidade, a disponibilidade, a prudência e a coragem nas decisões, o desinteresse de valores materiais, o optimismo moderado e a compaixão. Uma compaixão afectuosa, delicada, respeitadora dos valores espirituais da pessoa doente que a ele se entregou. Só um médico perfeito e virtuoso é garante de uma relação médico-pessoa doente que seja uma relação perfeita e virtuosa».

Perante o enquadramento - histórico e ético - efectuado o único corolário possível desta conferência é de facto que, numa organização complexa e plural, como é o SNS, onde tudo pode acontecer - «o bom, o muito bom, o mau e o muito mau» - e onde se praticam, diariamente, milhões de encontros terapêuticos, condicionados por questões logísticas e formais, como o espaço físico, a organização, etc., «é difícil, mas não é, nunca, impossível» estabelecer uma boa relação médico-doente.



Violência contra profissionais de saúde

O problema da violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho é, infelizmente, uma realidade cada vez mais frequente. Quais os factores que originam a violência? De que dados dispomos? Como lidar com o problema e o que fazer para prevenir as situações de violência? Estas foram algumas das questões a que se tentou dar resposta num seminário organizado pela AGO – Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta e pela Ordem dos Médicos, onde foram apresentadas algumas recomendações.

Isabel Caixeiro, em representação do Bastonário da Ordem dos Médicos, abriu a sessão de trabalhos referindo que «a violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho é um fenómeno transversal e multifactorial» cuja importância levou à organização deste seminário. Referindo a facilidade com que «quer a tutela quer os meios de comunicação social, têm atribuído aos médicos a responsabilidade pelas insuficiências e deficientes condições de acessibilidade dos cidadãos a cuidados de saúde de qualidade», expli-

cou que no entender da Ordem dos Médicos essa abordagem tem contribuído para um aumento crescente da violência contra estes profissionais. Uma situação nefasta para os dois pólos da relação terapêutica, conforme dilucidou Isabel Caixeiro: se por um lado «a violência destrói a relação de confiança médico-doente e influencia negativamente a qualidade do acto médico praticado, já que o médico se sente constrangido na sua decisão clínica e terapêutica», por outro, «as agressões verbais, físicas, psicológicas levam a

stress profissional crescente com desmotivação e *burn out*», algo que também contribui necessariamente para a diminuição da qualidade dos cuidados prestados. Factor agravante da escalada de violência que se verifica são «as deficientes condições de trabalho em muitas unidades de saúde». Isabel Caixeiro, terminou a sua intervenção salientando a necessidade de «dotar os médicos de conhecimentos e competências que lhes permitam prevenir e lidar com situações de violência por parte dos que procuram os seus cuidados» mas «também alertar a sociedade para outro tipo de violência menos visível e que também influencia a qualidade do acto médico». Isabel Caixeiro referia-se especificamente às modificações em curso no sistema de saúde em Portugal que têm originado «assédio moral e pressão por parte das chefias ou administração para alterar a decisão terapêutica ou outras áreas do exercício técnico, baseadas em critérios economicistas, sem evidência científica, que não originam manchetes nos jornais mas são tão ou mais perigosos para a saúde dos cidadãos como a violência verbal ou física».

Seguiu-se o seminário que foi composto por quatro temas principais:

- O que se sabe e o que se faz - primeira mesa, que contou com a participação de Paulo Ferrinho (Instituto de Higiene e Medicina





Tropical da Universidade Nova de Lisboa, AGO), Mireille Kingma (enfermeira, em representação da Organização Mundial de Saúde/Organização Internacional do Trabalho/Public Services International/ International Council of Nurses) e Inês Fronteira (enfermeira, AGO);

- Como abordar o problema? – temática abordada por André Biscaia (Centro de Saúde de Cascais, AGO), Marco Ramos (psicólogo, Director Técnico do Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional) e June Chandler (Senior Office of UNISON – Federação de Sindicatos do Sector da Saúde do Reino Unido);
- O que pensam as organizações do sector da saúde? – com a participação de Isabel Craveiro (Socióloga, AGO), Jacinto Oliveira (Enfermeiro, Ordem dos Enfermeiros), Edgar Loureiro (Técnico de Radiologia, Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica), Eduardo Mendes (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral) e Pires Miguel (Jurista, Sindicato Independente dos Médicos);
- Para uma abordagem relevante – esta mesa contou com a presença de Miguel Múrias (representante do Sindicato dos Jornalistas), Fernando Coelho das Neves (representante da DECO) e com a in-

tervenção do relator do seminário, Rui Portugal.

Tolerância Zero

Neste encontro foram apresentados os resultados de um estudo sobre violência no local de trabalho, que englobou vários anos, através dos quais se concluiu, entre outras situações, que a violência tem maior prevalência nos Centros de Saúde (CS) do que nos Hospitais (a este propósito, André Biscaia esclareceu que isso se deve, naturalmente, ao facto dos centros de saúde serem «o primeiro nível de contacto, a face visível de um sistema de governo, de sociedade que agride as pessoas»). Nos CS as principais vítimas são do sexo feminino, sendo os principais agressores do sexo masculino, tratando-se geralmente dos doentes e seus familiares. Os turnos nocturnos são aqueles em que se regista maior número de casos (o que tem diversas razões de ser, entre as quais o facto de os profissionais de saúde estarem a trabalhar há mais horas, com o conseqüente desgaste, o que leva a uma maior dificuldade em lidar com situações de potencial violência que possam surgir, até porque um momento aparentemente pouco importante pode originar uma escalada de violência que termina em agressão).

June Chandler, representante da Federação de Sindicatos do Sector da Saúde do Reino Unido, referiu como sendo um trabalho muito positivo a Campanha da Tolerância Zero que foi lançada em Inglaterra há cinco anos com o objectivo de fazer com que as pessoas tivessem consciência da dimensão do problema e que comesçassem a actuar para o resolver. Contudo, considera que ainda é cedo para conhecer a amplitude dos resultados. Na sua intervenção defendeu a comunicação dos incidentes de forma a alertar os responsáveis para que possam agir. Para que isso seja possível explicou que os formulários de relatório de agressões (e sali-



entou que a violência física não é o maior problema) não podem ser demasiado extensos ou burocráticos, pois isso desincentiva o seu preenchimento. Para lidar com a violência, June Chandler considera que, além de «integrar a Tolerância Zero na cultura do local de trabalho», se deve «ver a prevenção da violência como central nas políticas de saúde e segurança».

Perante o alheamento das administrações/gestores/tutela em relação às consequências da violência exercida sobre os profissionais de saúde, foi deixada a sugestão de tentar apresentar o problema como uma questão de diminuição de custos: de facto, além das consequências que a violência tem no bem estar físico e psicológico dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, na relação médico/doente, este é também um problema com reflexos económicos pois a solução desta problemática diminuiria, por exemplo, o absentismo dos profissionais. «Quanto vamos poupar? – esta é a linguagem certa para falar destas questões aos administradores», referiu Rui Portugal.

Para solucionar este problema, parece ser unânime a ideia de que se deve apostar na prevenção: a nível

macro (medidas com impacto a mais de 10 anos como legislação, políticas e estratégias nacionais, consciência cívica da sociedade, etc.), médio (normas internas, medidas de gestão, condições de trabalho, etc.) e micro (acções sobre os factores que geram ou facilitam a violência e que se podem aplicar imediatamente nos locais de trabalho – em termos de arquitectura, instalações, como por exemplo salas de espera mais pequenas e confortáveis ou sistema de marcação de consultas mais facilitado, situações que facilitam a relação interpessoal). Foi apresentado o exemplo do Hospital Fernando da Fonseca em que várias medidas foram implementadas e em que a política geral do hospital se traduz na ideia de que «um episódio de violência contra um profissional de saúde é assumido como um episódio de violência contra a instituição»; Neste hospital existe uma parceria com a polícia (actuação a nível médio) e um sistema de vigilância destas ocorrências e indicações sobre como lidar com as consequências da violência. Boas práticas que é preciso conhecer e divulgar, conforme afirmou André Biscaia. Ainda ao nível da prevenção, mais precisamente na área da formação, foram referidos os cursos que existem em alguns países como o Reino Unido, em que se ensina a detectar os sinais de agressividade e como lidar com a situação para evitar a consumação da violência.

Como nem sempre as medidas de prevenção resultam, devem ser criados mecanismos para lidar com as consequências da violência para reabilitação de vítimas e agressores, só assim se poderá evitar o aumento da medicina defensiva, algo que é unanimemente considerado como pernicioso, e a repetição dos actos de violência.

O representante do Sindicato dos Jornalistas, Miguel Múrias, explicou a quase ausência de notícias sobre os casos de violência contra os pro-

fissionais de saúde pelo facto desse tipo de informação não chegar aos meios de comunicação social. Apesar de não negar que os meios de comunicação «são uma montra de violência» e que «a televisão é a *baby-sitter* dos tempos modernos», este interlocutor defendeu que não é essa a influência que tem determinado o aumento da violência contra os profissionais de saúde pois, como referiu, inúmeras situações do dia-a-dia têm igualmente uma carga violenta mesmo quando não é aparente: «uma bofetada intempestiva não justificada, equivale a quantos tiros de uma série policial?». O representante da DECO, Fernando Coleho das Neves, começou por referir que «não há desculpas para a violência, mas existem muitas razões», acrescentando que «a violência não é a excepção, é a regra: na estrada, na escola, na política, em casa, no emprego, nos meios de comunicação social», o que faz com que «convivamos com a violência como se fosse normal». Para minorar esta questão, sugere o melhoramento das condições sociais, a instituição de um ensino com qualidade, uma forte aposta na qualidade dos serviços de saúde e responsabilização de todos.

Conclui-se deste seminário que a abordagem a este problema tem que ser sistemática, global, participativa, sensível a especificidades (culturais, de género, etc.) e não discriminatória, com especial incidência na prevenção. A intervenção deve incluir: reconhecimento da violência, avaliação do risco, monitorização, avaliação, diálogo com as vítimas e que deve ser implementado um sistema de «Tolerância Zero».

Na sessão de encerramento o Director-Geral da Saúde, Pereira Miguel referiu que «as respostas a este problema têm sido manifestamente inadequadas» e que, apesar de ser importante conhecer as causas da violência, fundamental neste momento é «começar já a intervir no âmbito do SNS».



Por bem fazer, mal haver!

A conflitualidade entre doentes e médicos, particularmente nas Instituições Públicas de Saúde, tem vindo a aumentar exponencialmente. Se tal crescendo é, em parte, motivado pela carência de meios (casa onde não há pão todos ralham e ninguém tem razão) é, frequentemente, criada pela falta de senso na forma de comunicação entre alguns médicos e os doentes que os procuram, ao referirem-se à actuação de outros colegas que anteriormente cuidaram daqueles mesmos doentes, criticando actuações técnicas sem conhecerem as circunstâncias na sua globalidade, gerando dúvidas aos doentes, descrédito nos médicos e, em última análise descrédito na Medicina, muitas vezes com abandono ou descontinuidade nas terapêuticas iniciadas e subsequente prejuízo para os doentes.

Não é exactamente esta a situação do Processo Disciplinar que apresentamos hoje. Este é, apesar de tudo, menos grave do que as inúmeras referências que, em dezenas de processos, os doentes nos relatam, escrevendo que, em última análise, participam à Ordem dos Médicos porque um Médico os “informou” de que foram mal diagnosticados, mal tratados ou desconsiderada a sua situação.

Infelizmente, em nenhum destes processos, este Conselho Disciplinar conseguiu provar tais afirmações (na dúvida para o réu), pelo que delas não constam referências nos acórdãos e, daí, o ter-me socorrido de um exemplo que não transmite na perfeição o alerta de hoje.

A atitude de pura maledicência, quer expressa, quer insinuada, além de constituir facto passível de procedimento disciplinar, não esqueçamos que, **nunca dignifica quem a profere nem ajuda os doentes**. É por demais evidente a atitude correcta a adoptar, para benefício dos doentes, pelo que nos abstemos de a indicar. O alerta está dado!

PROPOSTA DE ARQUIVAMENTO

1. O presente processo disciplinar foi instaurado na sequência de participação, datada de..., dirigida ao “Conselho de Ética Profissional” da Ordem dos Médicos e subscrita pelo Ex.mo Senhor Dr....

2. O participante alega o seguinte: «..., de 79 anos de idade, vai à minha consulta privada em 04 de Março de 2002 e é-lhe diagnosticado uma muito provável neoplasia da cabeça do pénis, sangrando abundantemente pelo meato, corrimento purulento e dores intensas. Dada a gravidade da sintomatologia atrás descrita, recorri á consulta de cirurgia do Centro de Saúde de... e pedi



Maria José Cardoso
Presidente do Conselho Disciplinar SRN

a um Colega Cirurgião do Hospital de... para o observar, confirmar o diagnóstico e encaminhar o doente para uma solução rápida, como se impunha. Dada a gentileza e amizade do Ex.mo Colega, foi o mesmo doente convocado, como se impunha, para uma consulta de Urologia para o Hospital de... meia dúzia de dias depois, que uma vez mais confirmou o diagnóstico e marcou intervenção imediata. A falta de preparação psicológica do doente aliada á idade e pouca cultura fizeram que este tivesse uma reacção impensada de recusa. Foi portanto aconselhado a fazer a inscrição normal na consulta e “a guardar a sua vez”.

Dada a delicadeza da situação pedi ao doente que me tivesse ao corrente da situação. Fiz-lhe ver quanto tinha de imprudente a atitude tomada, tanto pela necessidade de resolver rapidamente a situação, pela congestão dos serviços de cirurgia e implicitamente pela minha situação perante um Ex.mo Colega extremamente disponível, a quem teria de dar uma satisfação. Obtida a anuência e concordância do doente, retomei o ciclo, expliquei a falta de informação do doente, e até porque a situação e estado clínico se tinha agravado muito, consegui uma consulta de Urologia para 22/04/02 no Hospital de...

O médico que o iria examinar, quando o viu no consultório reconheceu-o, não o observou e disse-lhe simplesmente: Estou dentro do assunto e o Sr. está a sofrer as consequências da sua atitude impensada de 12/03/02 VÁ PARA A BICHA!!! Trata-se do Dr...., Urologista no Hospital de... O doente, como acima referi com o quadro clínico muitíssimo agravado recorreu hoje ao...».

3. A fls. 6 dos autos foi junto o ofício n.º 1477, de 10 de Maio de 2002, subscrito pelo Exmo. Senhor Coordenador da Comissão Regional de Ética e

Deontologia Médicas, dirigido ao Exmo. Senhor Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, com o seguinte teor:

«Em resposta ao ofício de V. Exa, a C.R.E.D.M., na sua reunião de 9 do corrente mês, aprovou as seguintes considerações:

1. Dando como exactos os termos, 'os factos e as circunstâncias relatados pelo Colega..., o Especialista de Urologia Dr..., infringiu o disposto nos art.s 26.º e 27.º, em conjugação com o art.º 33.º, do Código Deontológico.

2. A serem exactos os comportamentos atribuídos ao citado Dr..., haverá infracção deontológica mas qualquer decisão carece da audição do médico Dr...».

4. Instado para se pronunciar sobre o conteúdo da participação, o Exmo. Senhor Dr..., em carta datada de 26 de Junho de 2002, alegou o seguinte:

«No dia 14 de Março de 2002, observei o Sr... no Hospital de..., a pedido do Sr. Dr..., que tinha consultado este doente em 13.03.2002 no centro de Saúde de... e cujo diagnóstico provável era de neoplasia peniana. Dado não ser uma consulta oficial, mas simplesmente uma opinião pedida por um colega de outra especialidade, informei o doente da necessidade de proceder ao seu registo no Hospital, para posteriormente serem desencadeados todos os procedimentos necessários ao seu tratamento. Assim, escrevi uma carta ao doente autorizando-lhe uma consulta de Urologia para o dia 18.03.2002., segunda-feira, que é o meu dia de consulta no Hospital de... Informei também o doente da provável necessidade de amputação parcial do pénis, dado o estado avançado em que a lesão se encontrava, tendo o doente ficado muito admirado e assustado com tal opção, referindo que não a aceitava. Pedi-lhe para meditar e que posteriormente conversáramos na consulta que lhe marquei, mas que independentemente da decisão que tomasse não deixasse de comparecer à consulta. Todos estes procedimentos foram efectuados na presença do Sr. Dr. ...

No dia 18.03.2002 o doente não com-

pareceu na consulta nem informou da razão da sua ausência, o que me deixou preocupado, pelo que contactei o Sr. Dr... informando-o do sucedido. Fui então informado por este clínico que o doente já teria sido observado por outros Urologistas em consultório privado, estando inclusivamente informado do custo da cirurgia. Fiquei tranquilo por o doente já estar orientado e admirado por ele me ter omitido as observações a que já tinha sido sujeito e de ter revelado tanta surpresa com a opção terapêutica que lhe coloquei.

Em relação a estes factos anexo a informação que pedi ao Sr. Dr... a esse respeito - Documento 1.

Posteriormente fui contactado telefonicamente por um colega, que se identificou como sendo o Sr. Dr..., numa Segunda-feira que não consigo situar no tempo, que me informou ser o médico assistente do doente e me afirmou que este teve uma atitude precipitada e que desejava ser observado no Hospital..., ao que eu acedi disponibilizando-me para o observar na consulta seguinte. No entanto o doente voltou a não comparecer.

Este foi o único contacto que tive com este clínico.

No dia 17.04.2002 o Sr. Dr... e eu fomos solicitados pelo Sr. Dr... (Urologista responsável pela consulta externa de Urologia), para o ajudar na sua consulta externa, dado ter um número elevado de doentes para observar e já se encontrar atrasado em relação ao agendamento. (Anexo lista de doentes marcados para o Dr. - Documento 2). Assim, com um esforço suplementar, e após termos cumprido o nosso trabalho, dirigimo-nos à consulta externa para auxiliar o nosso colega, onde observámos alguns destes doentes no gabinete...

Por volta das 12h45 chamei para consulta o Sr... (Documento 3) que era uma das primeiras consultas seleccionadas pelo Dr..., de entre os pedidos de primeiras consultas enviados pelos colegas da Especialidade de Clínica Geral. Quando o doente entrou no consultório dirigiu-se a mim como se fosse a primeira vez que me contactava; no entanto, recordei-me imediatamen-

te que se tratava do doente que me fora apresentado pelo Sr. Dr.... Reparei que o pedido de observação foi efectuado pelo Sr. Dr... e não pelo colega que me havia telefonado. O doente referiu-me então que agora estaria interessado em realizar a cirurgia proposta e exigia que esta fosse efectuada imediatamente. Nesta consulta, no decurso do seu exame físico, confirmei a presença de adenomegalias inguinais, tendo-o então medicado, e referido que o iria colocar na lista de espera prioritária (lista de doentes do foro oncológico), o que equivaleria a que fosse operado no prazo máximo de 4 semanas. O doente insurgiu-se contra tal proposta exigindo ser operado de imediato. Afirmei-lhe que tal não era possível porque havia doentes em situação igualmente grave já a aguardar, que ninguém passaria à sua frente mas que ele também não poderia ultrapassar os doentes com patologia oncológica que já estavam programados para cirurgia. O Sr. Dr... presenciou estas minhas afirmações.

Passadas duas semanas o doente é contactado pelos serviços administrativos do Hospital (dia 02.05.2002), para ser internado no dia 06.05.2002 com vista a preparação para a cirurgia que estava marcada para 08.05.2002. Fui então informado pelos serviços administrativos que o doente já se encontrava internado noutra instituição hospitalar (documento 4).

Em relação ao Código Deontológico da Ordem dos Médicos, a acusação que me dirigem baseia-se nos artigos 26, 27 e 33. Penso, em consciência, ter proporcionado ao doente os melhores cuidados ao meu alcance, agindo com a prontidão e a rapidez que o processo exigia, no sentido de lhe suavizar o sofrimento e lhe prolongar a vida, mesmo havendo omissões graves por parte do doente em relação às observações prévias e propostas terapêuticas que já lhe haviam oferecido, não tendo fornecido todos os dados de que dispunha ao médico, recusando o tratamento que lhe sugeri e tendo faltado às consultas marcadas sem qualquer justificação. Nada disto influen-

ciou a maneira isenta como agi, oferecendo-lhe o melhor que sabia e podia, dentro das limitações e disponibilidades da instituição em que trabalho.

Gostaria de salientar que temos uma média de espera de 4 semanas para cirurgia oncológica e cerca de 2 anos de espera para patologia do foro benigno. Este doente foi chamado em 2 semanas.

Sinto-me profundamente magoado e ofendido com as acusações falsas do Sr. Dr..., que nunca esteve presente no Hospital de... a acompanhar este doente”.

5. O Exmo. Senhor Dr.... anexou os seguintes documentos à sua exposição:

5.1. Declaração assinada pelo Exmo. Senhor Dr..., com o seguinte conteúdo:

«Em relação ao processo instaurado ao Dr.... pela Ordem dos Médicos cumpre-me informar o seguinte: No dia 12 de Março de 2002 observei o Sr... no centro de Saúde de..., pareceu-me tratar-se de neoplasia peniana. Como o doente se apresentava assustado apesar de já apresentar aquela lesão há meses, pedi-me para eu o observar, no entanto disse-lhe que era melhor ser observado por um colega da especialidade. Assim no dia seguinte tomei a liberdade de o levar ao Hospital de... e pedi a um especialista de Urologia (Dr....) para me dar a sua opinião sobre o caso. O colega aceitou ao meu pedido e consultou o doente no piso..., estando eu presente. No entanto avisou-me que tal consulta não era oficial e que era necessário proceder a inscrição do doente na consulta externa, para o poder posteriormente propor para cirurgia. Simultaneamente escreveu uma carta ao doente autorizando-lhe consulta para a 2.ª feira seguinte, dia 18/03/2002.

Paralelamente conversou com o doente explicou-lhe a provável necessidade de amputação peniana, mas o doente recusou e pareceu surpreso com tal proposta.

Quando abandonamos o Colega de Urologia e enquanto tentava convencer o doente a deixar realizar a cirurgia, este confessou-me que já havia sido observado por outros especialistas de Urologia em regime privado que lhe tinham

proposto o mesmo e inclusivé tinham informado o custo da cirurgia, mas que ele não estava disposto a realizar.

Fiquei admirado quando na 2.ª feira o Dr... me contactou porque o doente tinha faltado à 1.ª consulta de Urologia, mas sosseguei-o informando-o dos dados que entretanto o doente comentou comigo (já tinha sido observado por outros urologistas, provavelmente teria escolhido tratamento noutra local). Aproveito para realçar toda a disponibilidade e empenhamento colocados pelo colega de Urologia para a resolução deste problema, não só na prontidão com que observou o doente como na tentativa de esclarecer o doente sobre a gravidade da situação e na celeridade com que lhe marcou a consulta.

O Exmo. Senhor Dr... deveria ter-se inteirado da realidade da situação antes de apresentar a sua exposição à Ordem dos Médicos.

Depois disto desconheço que seguimento teve o doente»

5.2. Folha de marcação de consultas externas para o período da manhã do dia 17 de Abril de 2002, Serviço de Urologia, a cargo do Senhor Dr.... Destes documentos constam vinte e duas consultas, cinco delas primeiras consultas, estando nestas últimas incluído o Senhor...

5.3. Declaração, datada de 19 de Junho de 2002, emitida pelos Serviços Administrativos do Hospital de..., com o seguinte teor: «Para os devidos e legais efeitos se declara que o Sr..., esteve nesta Instituição, na Consulta Externa no dia 17/04/2002, entre as 10:02 e as 13:30 horas».

5.4. Declaração, datada de 19 de Junho de 2002, emitida pelo Departamento

Cirúrgico do Hospital de..., com o conteúdo seguinte:

«Declara-se que o Sr..., após proposta cirúrgica por parte da Unidade de Urologia para o dia 08/05/02, foi contactado pelo sector administrativo para internamento no dia 06/05/02, às 09 horas.

Foi comunicado pela esposa do doente, via telefone, que o Sr... estava internado e a ser tratado no... e por isso ficava sem efeito a marcação de cirurgia.

Anexo documento de proposta de cirurgia e cópia de lista de espera para Bloco Operatório».

5.5. Documento comprovativo da marcação da cirurgia para o dia 8 de Maio de 2002 e indicação para ser chamado para internamento no dia 5 de Maio de 2002. Manuscrita, a indicação de o doente estar já internado no... .

6. Entendo que os elementos constantes dos autos permitem concluir o seguinte:

6.1. O Exmo. Senhor Dr.... cumpriu todos os seus deveres éticos e deontológicos.

6.2. Observou o doente, sem consulta agendada, para se inteirar do problema e propôs uma solução adequada.

6.3. Agendou consulta oficialmente, como era seu dever, e fê-lo num prazo muito curto.

6.4. Após a consulta hospitalar oficial, a cirurgia foi agendada num prazo de quinze dias, tendo o doente sido informado que o período máximo de espera era de quatro semanas, porque se tratava de uma situação oncológica.

6.5. O doente foi inserido na lista de doentes prioritários, de acordo com a patologia que apresentava.

6.6. O doente não ultrapassou outros doentes já agendados com patologia de igual gravidade, nem deveria tê-lo sido. Isso sim, constituiria violação dos deveres ético-deontológicos.

6.7. O Exmo. Senhor Dr.... deveria ter-se inteirado da realidade da situação antes de apresentar a sua exposição à Ordem dos Médicos.

Em face do exposto, proponho o arquivamento do presente processo.

Porto ...

A Relatora

HORA DA DESPEDIDA

- OS ENCANTOS E OS DESENCANTOS

No prenúncio da saudade, que se confunde com o alívio do adeus às responsabilidades e com a sensação do dever cumprido, não quero encerrar este ciclo de comunicações, sem exprimir algo de mais vivencial do que o apresentado ao longo destes meses.

Iniciei a colaboração nesta Revista, respondendo ao proposto pelo Senhor Presidente da Ordem dos Médicos, Doutor Germano de Sousa, aquando da sua “remodelação” da “Revista”. Parabéns CHEFE!

Aderi convicta e de imediato porque, como referi no primeiro artigo, considerava a Secção “Conselho Disciplinar”, com potenciais pedagógicos muito válidos. Pela minha parte, fiz o melhor que soube.

Mas, na hora do balanço, há encantos e desencantos. Considero obrigação de todo o Médico inscrito na nossa Ordem colaborar, na medida das suas capacidades, para que Ela desempenhe cabalmente as suas funções e, obviamente, não vou inumerá-las. Considero esse, um trabalho cívico, o qual, obviamente, NUNCA e em quaisquer circunstâncias, poderá ser uma sinecura mas, sim, um DE-

VER. Penso que o cumpri. Tenho a honra de ter terminado este mandato com os Colegas que, acredito, assim o consideraram, também.

Falava eu de encantos e desencantos. Desencantos, porque sempre ficam as dúvidas de ter sido possível fazer melhor, frente às circunstâncias.

Desencantos, porque a resposta do Conselho Disciplinar não foi tão pronta quanto todos nós, incluindo eu própria, desejávamos, isto é, a celeridade não foi a ideal (mas, acreditem, foi a possível, para respondermos com qualidade).

Desencantos também, aqueles que, ainda que na hora da despedida, se não devem mencionar...

Mas, falemos dos encantos pois são esses os que nos farão continuar a SERVIR a nossa Ordem e foi por esses que nos candidatámos, fomos eleitos e servimos. O encanto de termos reformulado todo o funcionamento do Conselho Disciplinar, impondo uma maior celeridade e eficiência e a de termos conseguido a organização logística deste Conselho (em boa verdade nem eu nem qualquer outro membro deste Conselho teve qualquer pontinha de mérito nesta organização –

este, vai, inteirinho, para o nosso Escrivão, Senhor António Mendes) e, last but not the least, em consciência, tudo fizemos para ser justos.

O mundo de hoje gosta, diria mesmo, vive de números. Assim sendo, apresento as estatísticas destes seis anos de trabalho e, pelos motivos óbvios, não identifico os Colegas (a estatística, será apresentada aleatoriamente, quanto aos intervenientes). Não posso, no entanto, deixar de mencionar que, no primeiro triénio, um dos elementos que concorreu a eleições não tomou posse das funções que se propôs desempenhar e que um dos outros elementos, ainda antes da metade do mandato, pediu a sua demissão. De dizer também que, nos primórdios do segundo mandato, um dos Colegas pediu a suspensão de funções para ocupar um cargo na Administração Pública. Em “ar de graça”, poderei dizer que, enquanto presidente, tenho grande aptidão para “perder peças”.

Agora, os números. (Até 30 de Novembro de 2004).

Maria José Cardoso

Presidente do Conselho Disciplinar SRN

ORDEM DOS MÉDICOS CONSELHO DISCIPLINAR REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS			
ANO DE 1999			
PROCESSOS DISCIPLINARES ENTRADOS	103		
- Pedido de Parecer às Direcções dos Colégios de Especialidade	35		
• Anatomia Patológica	1	• Pediatria	1
• Cardiologia	4	• Psiquiatria	1
• Cirurgia Geral	4	• Radiodiagnóstico	3
• Cirurgia Plástica Rec. e Estética	2	• Urologia	2
• Dermatovenereologia	1		
• Estomatologia	1	- Pedidos de Parecer à Comissão Regional de Ética e Deontologia Médicas	11
• Gastrenterologia	1	- Pedido de Parecer à Comissão Regional do Exercício Técnico da Medicina	1
• Ginecologia/Obstetrícia	4	- Despachos de Acusação	23
• Medicina Interna	1	- Convocatórias para prestar declarações	66
• Oftalmologia	1	• Colega - A	45
• Oncologia Médica	1	• Colega - B	13
• Ortopedia	7	• Colega - C	1
		• Colega - D	7
		- Recursos para o Conselho Nacional de Disciplina	1
		- Processos Disciplinares concluídos	120

DISCIPLINA

Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos

• Colega - A	87
• Colega - B	10
• Colega - C	9
• Colega - D	14
- Número de folhas elaboradas	8709
• Colega - A	6345
• Colega - B	900
• Colega - C	694
• Colega - D	770
- Reuniões do Conselho Disciplinar	23
- Expediente	
• Ofícios recebidos	496
• Ofícios expedidos	1281
ANO DE 1999	
Processos Disciplinares concluídos e relativos aos anos de:	
	1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999
• Colega A	2 - 2 3 16 31 33
• Colega B	- - 1 3 1 4 1
• Colega C	- - - 1 2 4 2
• Colega D	- - - 1 9 4 -
Folhas elaboradas	
• Colega A	348 - 103 280 1458 2495 1661
• Colega B	- - 20 506 35 228 111
• Colega C	- - - 29 113 361 191
• Colega D	- - - 28 560 182 -
SANÇÕES DISCIPLINARES APLICADAS	
ANO DE 1999	
	Advertência Censura Censura c/Pub.Pena Susp. até 5 anos
• Colega A	1 5 - - 2
• Colega B	- - - - 1
• Colega C	1 - - - -
• Colega D	3 - - - -

CONSELHO DISCIPLINAR REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

ANO DE 2000

PROCESSOS DISCIPLINARES ENTRADOS - 711

- Pedido de Parecer às Direcções dos Colégios de Especialidade	22
• Anestesiologia	1
• Angiologia e Cirurgia Vascular	1
• Cardiologia	1
• Cirurgia Geral	2
• Doenças Infecciosas	1
• Ginecologia/Obstetrícia	4
• Neurocirurgia	1
• Neurologia	1
• Oftalmologia	1
• Ortopedia	2
• Otorrinolaringologia	1
• Psiquiatria	2
• Urologia	4
- Pedidos de Parecer à Comissão Regional de Ética e Deontologia Médicas	6
- Pedido de Parecer à Comissão Regional do Exercício Técnico da Medicina	1

- Despachos de Acusação	20
- Convocatórias para prestar declarações	43
• Colega A	26
• Colega B	10
• Colega C	7
- Recursos para o Conselho Nacional de Disciplina	8
- Processos Disciplinares concluídos	77
• Colega A	68
• Colega B	6
• Colega C	3
- Número de folhas elaboradas	5140
• Colega A	3806
• Colega B	826
• Colega C	508
- Reuniões do Conselho Disciplinar	24
- Expediente	
• Ofícios recebidos	1224
• Ofícios expedidos	1781

ANO DE 2000

Processos Disciplinares concluídos e relativos aos anos de:

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
• Colega A	-	-	-	1	1	2	46	18
• Colega B	1	-	-	-	1	1	1	2
• Colega C	-	-	-	1	-	1	1	-

Folhas elaboradas

• Colega A	-	-	-	103	75	206	2535	887
• Colega B	179	-	-	-	60	335	144	108
• Colega C	-	-	-	212	-	52	244	-

SANÇÕES DISCIPLINARES APLICADAS

ANO DE 2000

	Advertência	Censura	Censura c/Pub.Pena	Susp. até 5 anos	Susp. até 5 anos c/Pub. Pena
• Colega A	5	2	-	5	1
• Colega B	-	-	-	1	-
• Colega C	-	-	-	-	-

CONSELHO DISCIPLINAR REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

ANO DE 2001

PROCESSOS DISCIPLINARES ENTRADOS 93

- Pedido de Parecer às Direcções dos Colégios de Especialidade	35
• Cardiologia	1
• Cirurgia Cárdi-Torácica	1
• Cirurgia Geral	5
• Cirurgia Plástica Reconstru. Estét.	2
• Doenças Infecciosas	1
• Endocrinologia Nutrição	1
• Estomatologia	1
• Ginecologia/Obstetrícia	3
• Medicina Interna	1
• Neurocirurgia	3
• Oftalmologia	3
• Ortopedia	5
• Otorrinolaringologia	1
• Pediatria	1
• Pneumologia	2
• Psiquiatria	3

• Urologia	1
- Pedidos de Parecer à Comissão Regional de Ética e Deontologia Médicas	18
- Pedido de Parecer à Comissão Regional do Exercício Técnico da Medicina	1
- Pedido de Parecer à Comissão Regional do Exercício da Medicina Livre	3
- Despachos de Acusação	228
- Convocatórias para prestar declarações	30
• Colega A	22
• Colega B	8
• Colega C	-
- Recursos para o Conselho Nacional de Disciplina	22
- Processos Disciplinares concluídos	633
• Colega A	623
• Colega B	10
• Colega C	-
- Número de folhas elaboradas	17.432
• Colega A	16.240
• Colega B	1.192
• Colega C	-
- Reuniões do Conselho Disciplinar	22
Expediente	
• Ofícios recebidos	711
• Ofícios expedidos	2.266
ANO DE 2001	
Processos Disciplinares concluídos e relativos aos anos de:	
	1998 1999 2000 2001
• Colega A	- 2 602 19
• Colega B	1 1 5 3
• Colega C	- - - -
Folhas elaboradas	
• Colega A	- 364 14480 1396
• Colega B	346 175 431 240
• Colega C	- - - -
SANÇÕES DISCIPLINARES APLICADAS	
ANO DE 2001	
	Advertência Censura Censura c/Pub.Pena Susp. até 5 anos
• Colega A	174 9 - - 2
• Colega B	2 2 - - -
• Colega C	- - - - -

CONSELHO DISCIPLINAR REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS
TOTAL DO TRIÊNIO 1999/2001

PROCESSOS DISCIPLINARES ENTRADOS	907
Processos Disciplinares recebidos do anterior Conselho Disciplinar	128
- Pedido de Parecer às Direções dos Colégios de Especialidade	92
• Anatomia Patológica	1
• Anestesiologia	1
• Angiologia e Cirurgia Vascular	1

• Cardiologia	6
• Cirurgia Córdio-Torácica	1
• Cirurgia Geral	11
• Cirurgia Plástica e Estética e Rec.	4
• Dermatovenereologia	1
• Doenças Infecciosas	2
• Endocrinologia Nutrição	1
• Estomatologia	2
• Gastrenterologia	1
• Ginecologia/Obstetrícia	11
• Medicina Interna	2
• Neurocirurgia	4
• Neurologia	1
• Oftalmologia	5
• Oncologia Médica	1
• Ortopedia	14
• Otorrinolaringologia	2
• Pediatria	2
• Pneumologia	2
• Psiquiatria	6
• Radiodiagnóstico	3
• Urologia	7
- Pedidos de Parecer à Comissão Regional de Ética e Deontologia Médicas	35
- Pedidos de Parecer à Comissão Regional do Exercício Técnico da Medicina	3
- Pedidos de Parecer à Comissão Regional do Exercício da Medicina Livre	3
- Despachos de Acusação	271
- Convocatórias para prestar declarações	139
• Colega A	93
• Colega B	31
• Colega C	8
• Colega D	7
- Recursos para o Conselho Nacional de Disciplina	31
- Processos Disciplinares concluídos	830
• Colega A	778
• Colega B	26
• Colega C	12
• Colega D	14
- Número de folhas elaboradas	31281
• Colega A	26391
• Colega B	2918
• Colega C	1202
• Colega D	770
- Reuniões do Conselho Disciplinar	69
- Expediente	
• Ofícios recebidos	2431
• Ofícios expedidos	5328

TOTAL DO TRIÊNIO 1999 /2001

Processos Disciplinares concluídos e relativos aos anos de:	
	1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001
• Colega A	2 - 2 4 17 33 81 620 19
• Colega B	1 - 1 3 2 6 3 7 3
• Colega C	- - - 2 2 5 3 - -
• Colega D	- - - 1 9 4 - - -
Folhas elaboradas	
• Colega A	348 - 103 383 1533 2701 4560 15367 1396
• Colega B	179 - 20 506 95 909 430 539 240

DISCIPLINA

Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos

• Colega C	-	-	-	241	113	413	435	-	-
• Colega D	-	-	-	28	560	182	-	-	-

SANCOES DISCIPLINARES APLICADAS
TOTAL DO TRIÉNIO 1999/2001

	Advertência	Censura	Susp. até 5 anos	Susp. até 5 anos c/Pub Pena
• Colega A	180	16	9	1
• Colega B	2	2	2	-
• Colega C	1	-	-	-
• Colega D	3	-	-	-

CONSELHO DISCIPLINAR REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS ANO DE 2002

Processos Disciplinares entrados — 227

- Pedido de Parecer às Direcções dos Colégios de Especialidade	33
• Anatomia Patológica	1
• Cardiologia	2
• Cirurgia Geral	2
• Cirurgia Pediátrica	1
• Cirurgia Plástica, Rec. E Estética	1
• Doenças Infecciosas	1
• Ginecologia/Obstetrícia	4
• Hematologia Clínica	1
• Medicina Geral e Familiar	1
• Neurocirurgia	3
• Neurologia	1
• Neuroradiologia	1
• Oftalmologia	1
• Ortopedia	5
• Otorrinolaringologia	1
• Pediatria	2
• Psiquiatria	2
• Radiodiagnóstico	1
• Urologia	2

Pedidos de Parecer à Comissão Regional de Ética e Deontologia Médicas 9

- Pedido de Parecer à Comissão Regional do Exercício da Medicina Livre

- Despachos de Acusação 12

- Convocatórias para prestar declarações 40

• Colega A	29
• Colega B	3
• Colega C	-
• Colega D	8
• Colega E	-
- Recursos para o Conselho Nacional de Disciplina	8

- Processos Disciplinares concluídos 188

• Colega A	154
• Colega B	4
• Colega C	15
• Colega D	10
• Colega E	5

- Número de folhas elaboradas 12.508

• Colega A	7.835
• Colega B	1.348
• Colega C	1.295
• Colega D	1.700
• Colega E	330

- Reuniões do Conselho Disciplinar 30

- Expediente

• Ofícios recebidos	765
• Ofícios expedidos	1.561

ANO DE 2002

Processos Disciplinares concluídos e relativos aos anos de:

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
• Colega A	-	-	-	-	34	22	98
• Colega B	1	-	-	2	-	1	-
• Colega C	1	-	-	-	1	9	4
• Colega D	-	-	-	-	3	7	-
• Colega E	-	-	-	-	1	4	-

Folhas elaboradas

• Colega A	-	-	-	-	2180	2639	3016
• Colega B	182	-	-	942	-	224	-
• Colega C	272	-	-	-	75	511	437
• Colega D	-	-	-	-	771	929	-
• Colega E	-	-	-	-	54	276	-

SANÇÕES DISCIPLINARES APLICADAS

ANO DE 2002

	Advertência	Censura	Censura c/Pub.Pena	Susp. até 5 anos	Susp. até 5 anos c/Pub. Pena
• Colega A	8	16	-	-	1
• Colega B	-	-	-	1	-
• Colega C	-	1	1	-	-
• Colega D	-	1	-	-	-
• Colega E	1	-	-	-	-

CONSELHO DISCIPLINAR REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS ANO DE 2003

PROCESSOS DISCIPLINARES ENTRADOS 98

- Pedido de Parecer às Direcções dos Colégios de Especialidade 44

• Anatomia Patológica	1
• Anestesiologia	3
• Angiologia e cirurgia Vasculare	1
• Cardiologia	3
• Cirurgia Geral	2
• Cirurgia Plástica Rec. e Estética	1
• Dermatovenereologia	1
• Gastrenterologia	2
• Ginecologia/Obstetrícia	4
• Hematologia clínica	2
• Medicina do Trabalho	2
• Neurologia	3
• Oftalmologia	2
• Oncologia Médica	1
• Ortopedia	6
• Otorrinolaringologia	2
• Pediatria	2
• Psiquiatria	1
• Radiodiagnóstico	3
• Urologia	2

- Pedidos de Parecer ao Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas 2

- Pedidos de Parecer à Comissão Regional de Ética e Deontologia Médicas 13

- Pedido de Parecer à Comissão Regional do Exercício da Medicina Livre	1
Despachos de Acusação	49
Convocatórias para prestar declarações	28
• Colega A	-
• Colega B	6
• Colega C	12
• Colega D	10
Recursos para o Conselho Nacional de Disciplina	8
- Processos Disciplinares concluídos	96
• Colega A	27
• Colega B	5
• Colega C	39
• Colega D	25
Número de folhas elaboradas	7835
• Colega A	1299
• Colega B	761
• Colega C	3256
• Colega D	2519
Reuniões do conselho Disciplinar	31
- Expediente	
• Ofícios recebidos	790
• Ofícios expedidos	1212

ANO DE 2003

Processos Disciplinares concluídos e relativos aos anos de:

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
• Colega A	-	1	6	-	20	-
• Colega B	-	-	2	-	3	-
• Colega C	-	-	1	4	33	1
• Colega D	1	-	-	3	19	2

Folhas elaboradas

• Colega A	-	263	182	-	854	-
• Colega B	-	-	562	-	199	-
• Colega C	-	-	34	527	2592	103
• Colega D	188	-	-	170	1908	253

SANÇÕES DISCIPLINARES APLICADAS

ANO DE 2003

	Advertência	Censura	Censura c/Pub.Pena	Susp. até 5 anos	Susp. até 5 anos c/Pub. Pena
• Colega A	7	-	1	-	-
• Colega B	1	-	-	-	1
• Colega C	19	2	1	-	1
• Colega D	1	-	1	1	-

CONSELHO DISCIPLINAR REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

ANO DE 2004 — ATÉ 30 NOV

PROCESSOS DISCIPLINARES ENTRADOS	92
- Pedido de Parecer às Direcções dos Colégios de Especialidade	43
• Anestesiologia	1
• Angiologia e Cirurgia Vascular	3
• Cardiologia	4

• Cirurgia Geral	3
• Cirurgia Pediátrica	1
• Cirurgia Plástica, Estética, Recons.	1
• Dermatovenereologia	1
• Doenças Infecciosas	1
• Ginecologia/Obstetria	3
• Medicina Interna	1
• Nefrologia	1
• Neurocirurgia	3
• Neurologia	2
• Neurorradiologia	1
• Oftalmologia	2
• Ortopedia	6
• Otorrinolaringologia	2
• Pediatria	1
• Psiquiatria	2
• Radiodiagnóstico	4

- Pedidos de Parecer à Comissão Regional de Ética e Deontologia Médicas

	14
- Pedidos de Parecer à Comissão Regional do Exercício da Medicina Livre	2

- Despachos de Acusação

	15
- Convocatórias para prestar declarações	44

• Colega A	-
• Colega B	-
• Colega C	25
• Colega D	19

- Recursos para o Conselho Nacional de Disciplina

	10
Processos Disciplinares concluídos	98

• Colega A	6
• Colega B	9
• Colega C	51
• Colega D	32

Número de folhas elaboradas

	10.318
• Colega A	621
• Colega B	802
• Colega C	5.269
• Colega D	3.626

- Reuniões do Conselho Disciplinar

	30
Expediente	
Ofícios recebidos	801
• Ofícios expedidos	1.199

ANO DE 2004 — ATÉ 30 NOV

Processos Disciplinares concluídos e relativos aos anos de:

	2000	2001	2002	2003	2004
• Colega A	-	-	5	-	1
• Colega B	-	3	5	1	-
• Colega C	20	4	8	18	1
• Colega D	2	1	9	19	1

Folhas elaboradas

• Colega A	-	-	582	-	39
• Colega B	-	313	365	124	-
• Colega C	1.043	927	1.061	1.998	240
• Colega D	333	86	1.111	1.828	268

DISCIPLINA

Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos

SANÇÕES DISCIPLINARES APLICADAS

ANO DE 2004 — ATÉ 30NOV

	Advertência	Censura	Censura c/Pub.Pena	Susp. até 5 anos
• Colega A	2	-	-	-
• Colega B	2	-	-	-
• Colega C	5	-	-	1
• Colega D	3	3	-	2

CONSELHO DISCIPLINAR REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

TOTAL DO TRIÊNIO 2002/2004 — ATÉ 30NOV

PROCESSOS DISCIPLINARES ENTRADOS 417

- Pedido de Parecer às Direcções dos Colégios de Especialidade 120

• Anatomia Patológica	2
• Anestesiologia	4
• Angiologia e cirurgia Vascular	4
• Cardiologia	9
• Cirurgia Geral	7
• Cirurgia Pediátrica	2
• Cirurgia Plástica e Estética e Rec.	3
• Dermatovenereologia	2
• Doenças Infecciosas	2
• Gastrenterologia	2
• Ginecologia/Obstetria	11
• Hematologia clínica	3
• Medicina Geral e Familiar	1
• Medicina Interna	1
• Medicina do Trabalho	2
• Nefrologia	1
• Neurocirurgia	6
• Neurologia	6
• Neuroradiologia	2
• Oftalmologia	5
• Oncologia Médica	1
• Ortopedia	17
• Otorrinolaringologia	5
• Pediatria	5
• Psiquiatria	5
• Radiodiagnóstico	8
• Urologia	4

- Pedidos de Parecer ao Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas 2

- Pedidos de Parecer à Comissão Regional de Ética e Deontologia Médicas 36

- Pedidos de Parecer à Comissão Regional do Exercício da Medicina Livre 5

- Despachos de Acusação 76

- Convocatórias para prestar declarações 112

• Colega A	29
• Colega B	9
• Colega C	37
• Colega D	37
• Colega E	-

- [Redacted] disciplina 26

- [Redacted] 382

• Colega C	105
• Colega D	67
• Colega E	5

Número de folhas elaboradas 30661

• Colega A	9755
• Colega B	2911
• Colega C	9820
• Colega D	7845
• Colega E	330

- Reuniões do Conselho Disciplinar 91

- Expediente

• Ofícios recebidos 2356

• Ofícios expedidos 3972

TOTAL DO TRIÊNIO 2002/2004 — ATÉ 30NOV

Processos Disciplinares concluídos e relativos aos anos de:

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
• Colega A	-	-	-	1	40	22	123	-	1
• Colega B	1	-	-	2	2	4	8	1	-
• Colega C	1	-	-	-	22	17	45	19	1
• Colega D	-	-	1	-	5	11	28	21	1
• Colega E	-	-	-	-	1	4	-	-	-

Folhas elaboradas

• Colega A	-	-	-	263	2362	2639	4452	-	39
• Colega B	182	-	-	942	562	537	564	124	-
• Colega C	272	-	-	-	1152	1965	4090	2101	240
• Colega D	-	188	-	1104	1185	3019	2081	268	-
• Colega E	-	-	-	-	54	276	-	-	-

SANÇÕES DISCIPLINARES APLICADAS

TOTAL DO TRIÊNIO 2002/2004 — ATÉ 30NOV

	Advertência	Censura	Censura c/Pub.Pena	Susp. até 5 anos	Susp. até 5 anos e/Pub. Pena
Colega A	17	16	1	-	1
Colega B	3	-	-	1	1
Colega C	24	3	2	1	1
Colega D	4	4	1	3	-
Colega E	1	-	-	-	-

Pelos bons momentos de camaradagem porque, **trabalho sem alegria não é trabalho de verdade** e a todos os que a proporcionaram, muito obrigada. Não posso, não devo, não quero esquecer os bons momentos que devo (e o que aprendi) com os nossos Consultores Jurídicos. Muito obrigada a todos, muito em especial ao Senhor Dr Gonçalo Correia da Silva, a quem e, sem exagero, apelido de “o nosso Anjo da Guarda”. Muito obrigada, também, Senhor António Mendes pelo seu trabalho esforçado e isento e pela segurança que me proporcionou com a certeza do seu trabalho minucioso e atempado e parabéns porque, quando tinha alguma dúvida e, sabemos nós, que sempre pertinente, a apresentou, ainda que com o seu maior “defeito”, a modéstia potenciada ao infinito, quase pedindo desculpa por ter razão.

Que o Provir traga a todos, bem expenciado, tudo o que deram.

XII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA ORAL E MAXILOFACIAL

Decorreu em Lisboa, no Corinthia Alfa Hotel, de 4 a 6 de Novembro de 2004 o mais importante evento científico bienal de Cirurgia Oral e Maxilofacial, realizado em Portugal, cuja organização, da responsabilidade da Associação Portuguesa de Cirurgia Craniomaxilofacial (APCCMF), teve o Alto Patrocínio de Sua Excelência o Ministro da Saúde e o Patrocínio Científico da Ordem dos Médicos. O Congresso teve no seu Presidente, Carlos Talhas dos Santos, de Lisboa, e no seu Vice-Presidente, Eduardo Coelho, do Porto, os esteios imprescindíveis à consecução dos seus objectivos. Os ciclos de Mesas Redondas, as Conferências e os Cursos Pré-Congressos, congregaram uma excepcional plêiade de profissionais portugueses e estrangeiros, de reconhecido mérito e profundo conhecimento científico que contribuíram significativamente para o êxito da organização. A cerimónia de Abertura Solene, foi presidida pelo representante oficial do Bastonário da Ordem dos Médicos, Hernâni



Pinharanda, ilustre especialista de Cirurgia Maxilofacial, de Lisboa. Participaram nessa mesa, ainda, o Presidente do Congresso, o Presidente da APCCMF, Luís Cunha Ribeiro, Presidente do Instituto de Emergência Médica (INEM) e António Vasconcelos Tavares, Pró-Reitor da Universidade de Lisboa e Director da Faculdade de Medicina Dentária da mesma, cujos discursos abrilhantaram a sessão, abrindo excelentes perspectivas para uma profícua cooperação interinstitucional. Na cerimónia de encerramento, além da atribuição dos prémios aos melhores trabalhos científicos procedeu-se ao anúncio do XIII Congresso Nacional de Cirurgia Oral e Maxilofacial, em Março de 2006, tendo por Presidente Eduardo Coelho e por Vice-Presidente Fernando Freitas Martins, de Ponta Delgada.

Prémios literários e artísticos SOPEAM 2004

Os prémios SOPEAM - Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos destinam-se a distinguir obras

literárias e de escultura da autoria de Médicos ou estudantes de medicina, de nacionalidade portuguesa, sócios desta Sociedade. Em qualquer das categorias, cada concorrente só poderá concorrer com o máximo de duas obras e deverá entregar a sua candidatura dentro da data limite: **31 de Janeiro de 2005.**

Para os prémios literários (Prémio ANTÓNIO PATRÍCIO – POESIA; Prémio MARCELINO MESQUITA – TEATRO; Prémio REVELAÇÃO – POESIA E TEATRO) os concorrentes deverão entregar quatro exemplares da obra a concurso na sede da Ordem dos Médicos, na Avenida Almirante Gago Coutinho, 151, em Lisboa e ao cuidado da SOPEAM, com a indicação do Prémio a que concorrem.

Nos prémios artísticos/escultura (Prémio CELESTINO GOMES – ESCULTURA e Prémio REVELAÇÃO), a candidatura e a obra a concurso deverá ser entregue na sede da Ordem dos Médicos, ao cuidado da SOPEAM, fazendo referência para qual dos Prémios é concorrente, sendo o próprio autor responsável pela entrega, permanência e levantamento da obra.

Resposta da MSD à Lancet

A Merck Sharp & Dohme (MSD) divulgou uma declaração em resposta a um artigo publicado na revista *The Lancet* cujo resumo passamos a publicar: «A MSD manteve-se desde sempre vigilante no controlo e informação sobre a segurança cardiovascular do Vioxx e discorda em absoluto de qualquer declaração que indique o contrário. Mais, a MSD discorda da conclusão de que os dados da meta-análise publicada pela *Lancet* indicam que esse medicamento deveria ter sido retirado do mercado, não agora, mas vários anos antes. Como nas análises combinadas publicadas pela MSD, esta meta-análise não mostra diferença significativa quer no caso de Vioxx versus placebo, quer no caso desse medicamento versus anti-inflamatórios não esteróides (AINE), naproxeno excluído, e um significativo risco inferior no caso de Vioxx versus naproxeno. A meta-análise publicada na *Lancet* não é tão abrangente como as análises combinadas publicadas pela MSD pois não inclui vários estudos, em particular dois grandes estudos versus placebo que estão disponíveis e se encontram resumidos na informação de prescrição nos Estados Unidos. A MSD agiu de forma responsável e apropriada no processo de desenvolvimento e comercialização do Vioxx, e tomou decisões tendo por base todos os indicadores disponíveis a seu tempo. Quando, pela primeira vez, comparativamente com placebo, se registou um risco acrescido de eventos cardiovasculares confirmados a partir dos 18 meses de tratamento com Vioxx, ao fim de uma semana de análise destes resultados, a MSD agiu em coerência com o que acredita responder melhor aos interesses dos doentes e retirou voluntariamente esse medicamento do mercado».

Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes

Ana Mateus Silva
Climepsi Editores



Adão e Eva no deserto... um olhar psicanalítico

Jaime Milheiro
Climepsi Editores



Encarar a realidade

Luís Portela
Edições ASA



Angústia Fragmentária

Luísa Santos
Bico de Lacre



SOB O OLHAR DE UM MÉDICO

«Olhar de Médi.co» é o título do livro da autoria de Pedro Nunes, apresentado na Ordem dos Médicos no passado dia 30 de Novembro. Trata-se de uma recolha de parte dos editoriais que Pedro Nunes publicou desde o ano de 2000 no Medi.com, o boletim informativo da Secção Regional do Sul.

Germano de Sousa, bastonário da Ordem dos Médicos, Rolando Moisão, António Bento e Manuel Martins estiveram presentes, ao lado do autor, no lançamento de um livro que, como explicou o presidente da OM, representa «o ultrapassar da condição de médico, *tout court*» e «o lançar do seu olhar de médico sobre a vida e os outros», objectivo concretizado por «um homem de cultura», concluiu, referindo-se naturalmente ao autor.

Como vem referido no texto da contracapa de «Olhar de Médi.co», «os textos que se podem encontrar ao folhear este livro (...) resultam do olhar atento de um médico, o autor, sobre o mundo que o rodeia, fixando-se em determinados factos ou momentos, nesta ou naquela opinião emitida por determinado ministro, etc. e daí passando à análise crítica».

As opiniões expressas são emotivas mas sequentes ou irrisórias 'o inimigo é presunçoso de opiniões em ignoram'. Antópor seu lado, reneasta colectânea se-ão muitos texteresses para não realçou as questões deontológicas, dro Nunes tão bem texto». «Este não é apenas de um méos seus pares: estes onde se cruzam as referências histórias, culturais, servidos vezes por metáforas belecem a ponte enda medicina e os fe- longo destes quatro anos, contém um humor subtil e mordaz quando o tema a isso convida e os estados de alma assim o permitem, que não deixará ninguém indiferente», como se lê no próprio livro.

Na sua intervenção, Pedro Nunes começou por agradecer ao médico Cabral Fernandes, «que apostou na edição deste livro» e fez questão de dirigir algumas palavras às pessoas que se encontravam com ele na mesa: «António Bento, meu amigo de sempre, sem o qual eu não estaria aqui, homem de grande inteligência, amizade e lealdade (...); o Professor Moisão é um grande exemplo para todos os médicos pelo seu espírito e dedicação (...); Manuel Martins foi o director do hospital que me recebeu era eu interno no meu primeiro ano». Para terminar, Pedro Nunes deixou um agradecimento à família, nomeadamente à mulher e aos filhos, pelo apoio incondicional, e a todos os amigos presentes nesta sessão.



ca dos mesões que aqui são por vezes nunca inconreflectidas a ignorância todos os que matéria que nio Bento, feriu que encontrar-tos com in-médicos e t õ e s «que Pe-traduz em um livro dico para textos, sociais e muitas que esta-

tre este universo

O INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL - UM SÉCULO DE HISTÓRIA

Foi apresentado no dia 26 de Novembro, na biblioteca da Ordem dos Médicos, o primeiro livro de Pedro Abranches, «O Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Um Século de História», professor jubilado dessa instituição. A obra percorre toda a vida do instituto desde a sua criação (1902) até perfazer 100 anos (2002), lembrando os grandes nomes que construíram o IHMT.

A apresentação de «O Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Um Século de História», edição que teve o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian, contou com a presença de Germano de Sousa, bastonário da Ordem dos Médicos, Paula Fortunato, Directora Executiva do CELOM - Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos e Jorge Torgal, actual director do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT). Germano de Sousa realçou a importância que esta obra tem para a Ordem dos Médicos e o seu valor histórico enquanto relato do percurso de um instituto vital para «a ciência e a história da medicina tropical portuguesas», factores que, a par da amizade pelo autor, justificam o empenho que teve em ver este livro publicado pelo Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Germano de Sousa destacou a elevada qualidade da obra referindo que a mesma «honra a Ordem dos Médicos».

Paula Fortunato, Directora Executiva do CELOM, efectuou a apresentação da obra realçando a dinâmica da evolução histórica registada nas suas páginas e o papel fundamental que as pessoas têm na história das instituições: «Estamos na presença de uma obra que ultrapassa em muito a ideia estática

de história (...) pois todos os acontecimentos se interligam numa evolução que culmina nos nossos dias. (...) Para perceber o presente, temos que conhecer o passado. A faceta dinâmica desta obra é reforçada pela sensação que temos ao lê-la de que as pessoas que construíram o Instituto vivem nestas páginas e que é através delas que percorreremos estes 100 anos de história».

Referindo-se ao IHMT como «uma instituição com intensa e prestigiada actividade científico-pedagógica», Paula Fortunato explicou que esta não é «uma história isenta de emoções pois, neste livro, sente-se o amor e a dedicação de quem trabalhou em prol do Instituto, nomeadamente o

próprio autor». Uma obra que, como mencionou, faz um «enquadramento histórico abrangente que nos dá uma visão global e ajuda a perceber a evolução desta prestigiada instituição». A apresentação terminou com uma citação de Aldo Castellani, professor do IHMT: «Faço votos sinceros para que este instituto de Medicina Tropical, grandioso instituto, continue a desenvolver-se e a florescer sempre, para o bem de Portugal e para o bem de toda a humanidade», e uma referência final à forma de escrever «elegante e cativante» do autor e o desejo expresso de que este seja «apenas o primeiro dos seus livros» pois «os livros bem escritos nunca serão demais».

Perante uma vasta assistência, Pedro Abranches explicou o seu livro como sendo o relato de «uma epopeia grandiosa,

com momentos fantásticos julgados impossíveis, como o do extermínio da doença do sono na ilha do Príncipe, que o Estado chegou a ponderar, na altura, abandonar». Referindo-se ao presente, Pedro Abranches não quis deixar de referir o momento de crise que o IHMT atravessa, nomeadamente em virtude da atribuição de um «orçamento zero» e a necessidade de encontrar soluções para os problemas desta instituição se-



cular, algo que o autor acredita ser viável, desde que exista vontade política, pois «a actividade científica tem tido nos últimos anos um crescimento exponencial». Jorge Torgal considera igualmente desejável e provável o recrudescer desta instituição que «apesar de não ser muito apreciado por alguns decisores orçamentais, vai ultrapassar as actuais dificuldades» e honrar a Ordem dos Médicos, concluiu. O director do IHMT agradeceu a Pedro Abranches o facto de ter elaborado uma obra que permitirá que fique «devidamente registada e avaliada» a história do IHMT, instituição que assume «uma grande importância no quadro da medicina portuguesa e do ensino universitário».



PARA TI

Ofélia Bomba lançou, na sede da Academia Portuguesa da História, o seu último livro de poemas, “Para Ti”, com prefácio e apresentação de Veríssimo Serrão, numa sessão onde se criou uma verdadeira atmosfera de envolvimento afectivo.

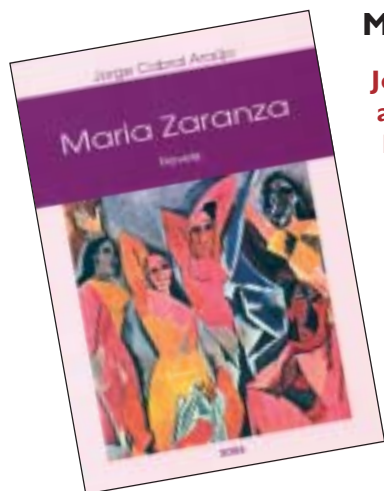
A poetisa e médica psiquiatra Ofélia Bomba acabou de publicar o seu terceiro livro de poemas intitulado “Para Ti”. Grande apreciador da sua poesia, Veríssimo Serrão pôs a Academia Portuguesa da História, de que é Presidente, à disposição para o lançamento deste livro, cujo prefácio é da sua autoria. A apresentação, que foi a 9 de Outubro, teve lugar no Palácio dos Lilases, sede daquela Academia, numa sala de beleza indiscutível, toda enviaçada, com vista para o parque circundante, com árvores centenárias e aves a voar livremente, o cenário ideal para a poesia de Ofélia Bomba.



Vieira Reis – Presidente da UMEM (União Mundial de Escritores Médicos), a poetisa e o editor, Fernando Mão-de-Ferro. Durante a sessão, que contou com uma assistência numerosa, Ofélia Bomba procedeu à leitura de poemas da sua autoria, alternando com poemas cantados e musicados por Filomena Vieira, uma cativante voz que embelezou este lançamento. No final foi dada a palavra aos convidados. Muitos amigos, colegas, familiares e até alguns doentes, fizeram depoimentos, numa homenagem sincera a Ofélia Bomba, uma poetisa já consagrada, que é também autora dos livros “Poemas do Rato Morto” e “A Porta de Reixa”.



Na mesa, presidida por Veríssimo Serrão, encontravam-se Rolando Moisão, em representação do Bastonário da Ordem dos Médicos, Carlos



MARIA ZARANZA

Jorge Cabral Araújo apresentou no dia 11 de Novembro, na biblioteca da Ordem dos Médicos, a sua primeira novela. A apresentação da obra ficou a cargo de Rolando Moisão.

Jorge Cabral Araújo é membro da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos. Tem livros de poe-

sia, teatro, científicos e de ilusionismo, arte a que se dedica. A sua primeira novela, Maria Zaranza, foi definida pelo médico/escritor Rolando Moisão como um livro que se move «num ambiente pesado de tragédia» que marca toda a trajectória das personagens, baseado em interesses humanos, onde se pode encontrar imagens originais, «pinceladas fortes» temperadas «à superfície» por laivos de humor... O autor efectuou alguns agradecimentos, tendo referido tratar-se de «uma sensação sublime», estar rodeado de amigos que pela sua presença o apoiam naquilo que faz. A present obra, conforme explicou, «baseia-se em acontecimentos reais por ele observados». A apresentação da obra terminou de forma animada com um momento de entretenimento proporcionado por João Canto e Castro, professor de música e imitador.



EM PERFEITA HARMONIA

A perfeição não existe mas devemos procurá-la. Esta ideia é, sem dúvida, posta em prática no Resort Vila Sol. Aí poderá encontrar um hotel com tudo o que necessita para a realização de uma reunião de trabalho bem sucedida, complementada por momentos de lazer em harmonia com a natureza, num espaço onde a arte é uma constante.

Primeiro o trabalho. O Hotel Vila Sol dispõe de instalações adequadas a qualquer tipo de conferência ou encontro. Um salão de reuniões, imponente, divisível em 6 salas mais pequenas, o que permite uma versátil adaptabilidade ao número de participantes dos eventos, servido por luz natural e complementado por 5 salas de apoio para pequenos grupos de trabalho. Um *Business Centre* com ligação à net e *dataport* com banda larga para ligação à net em todos os quartos, *room service* durante as 24 horas, serviço de aluguer de viaturas e de *babysitter*, são algumas das facilidades de que o hotel dispõe.

Numa reunião de trabalho os quartos podem parecer o menos importante, e são-no de facto. Mas, ao final de um dia de trabalho intenso, é impossível não apreciar o bem-estar que esse elemento nos pode trazer. Se optar por um «quarto jardim», quartos situados em unidades independentes, fora do edifício principal do hotel, ligados por aces-

sos pedonais, terá, além do conforto e qualidade, total privacidade.

Last but not least, o imprescindível lazer. Toda esta envolvência propícia ao trabalho que se encontra neste sofisticado hotel é acompanhada por um ambiente calmo e relaxante em que se podem ouvir constantemente os sons da natureza. Situado em Vilamoura, o SPA & Golf Resort Vila Sol conseguiu manter um equilíbrio praticamente perfeito com a natureza nos seus 150 hectares de terreno. A prova-lo o aumento que se verificou nos últimos anos no número de espécies animais que existem no resort. Além do hotel, neste espaço situa-se um dos melhores campos de golfe do país com 27 buracos, admiravelmente integrado na paisagem circundante. É precisamente aí que se sente na plenitude a convivência com a natureza e a genuína tranquilidade, num percurso que foi criado com respeito pelos próprios contornos do terreno, com uma redução ao mínimo da movi-

mentação de terras, mantendo sempre que possível a vegetação original. Os seus 3 conjuntos de 9 buracos, Prime, Challenge e Prestige, ainda que interligados, proporcionam vários tipos de desafio. Estes campos de golfe receberam por 2 vezes o Open de Portugal e encontram-se em 31º lugar na eleição bienal de «Melhores campos de golfe da Europa Continental», promovida pela revista britânica *Golf World*. Nos campos de golfe, como no hotel, a arte é uma presença constante. O conceito dos mentores deste resort é definido pelos mesmos como «um conceito único com arte e qualidade», que nasce para «despertar os sentidos». A existência de um Centro de Arte (com exposições e *ateliers*) e de um SPA trará certamente vantagens acrescidas ao resort e constituirá uma ótima maneira de revigorar corpo e alma, um complemento ao bem estar físico e anímico que a simples estadia no Vila Sol já proporciona.

LEGISLAÇÃO

PUBLICADA EM SETEMBRO, OUTUBRO E NOVEMBRO DE 2004

Vasco Coelho - Consultor Jurídico S. R. S.

I.ª Série - Setembro

Declaração de Rectificação n.º 80/2004, de 2004-09-01

Presidência do Conselho de Ministros

De ter sido rectificada a Portaria n.º 816/2004, do Ministério da Saúde, que altera os GDH dos anexos I e II relativos às tabelas de preços aprovadas pela Portaria n.º 1397/2002, de 26 de Outubro, e alteradas pela Portaria n.º 1234/2003, de 22 de Outubro, publicada no Diário da República, 1.ª série, n.º 165, de 15 de Julho de 2004

Portaria n.º 1108/2004, de 2004-09-07

Ministério da Saúde

Aprova a lista de classificação dos hospitais para efeitos da aplicação da Portaria n.º 132/2003, de 5 de Fevereiro, que aprova o Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde

Portaria n.º 1127/2004, de 2004-09-09

Ministérios das Finanças e da Saúde

Autoriza o Conselho de Administração Regional de Saúde do Norte a aceitar a adesão da Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Gaia ao contrato de convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise

Decreto Regulamentar Regional n.º 34/2004/A, de 2004-09-10

Região Autónoma dos Açores - Presidência do Governo
Altera os quadros de pessoal dos Centros de Saúde de Vila Franca do Campo, de Santa Cruz da Graciosa e da Horta

2.ª Série - Setembro

Despacho n.º 18 512/2004, de 2004.09.02

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Cria, sob directa dependência do Ministro da Saúde, um grupo de trabalho cujo objecto é estudar e propor um modelo legislativo e organizativo alternativo à unidade de missão Hospitais S.A., que se enquadre na dinâmica da gestão empresarial que caracteriza os hospitais sociedades anónimas e assegure o princípio da autonomia de gestão daquelas unidades numa lógica de maximização da eficiência dos serviços prestadores.

Despacho n.º 18 513/2004, de 2004.09.02

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Cria um grupo de trabalho que tem por função definir o programa e as condições de acesso ao exame de admissão ao internato médico. O projecto de portaria deverá ser apresentado até ao final do mês de Outubro de 2004.

Despacho n.º 18 976/2004, de 2004.09.10

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Determina a composição da comissão criada pelo despacho n.º 13 313/2004, de 7 de Julho, do Ministro da Saúde (com o objecto de definir as regras técnicas subjacentes à prestação de cuidados de saúde nos centros de saúde previstos na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º, sob a forma jurídica constante do n.º 1 do artigo 25.º, ambos do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, bem como de determinar a denominada “carteira de serviços” que devem ser prestados pelas entidades que irão gerir os centros de saúde).

Despacho n.º 19 505/2004, de 2004.09. 16

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Cria, sob a directa dependência do Ministro da Saúde, uma comissão cujo objecto é a definição das regras técnicas subjacentes à prestação de cuidados de saúde nos centros de saúde previstos na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º, sob a forma jurídica constante do n.º 1 do artigo 25.º, ambos do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, designadamente no que respeita aos cuidados de enfermagem.

Despacho n.º 19 506/2004, de 2004.09. 16

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Determina que o recrutamento de recursos humanos, independentemente do vínculo jurídico que titula a relação jurídica de emprego, que implique a mobilidade de pessoal entre as unidades hospitalares do sector empresarial (SA) e do sector público administrativo (SPA) é obrigatoriamente precedido de acordo entre os respectivos conselhos de administração e de parecer do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde ou da Unidade de Missão Hospitais, SA., consoante se trate de admissão em unidade do SPA ou do SA.

I.ª Série - Outubro

Decreto Regulamentar Regional n.º 36/2004/A, de 2004-10-23

Região Autónoma dos Açores - Presidência do Governo
Altera o quadro de pessoal do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo

2.ª Série - Outubro

Despacho n.º 21 383/2004 (2.ª série), de 2004.10.19

Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde - Hospital de Santa Maria

Regulamento interno do Hospital de Santa Maria

Despacho n.º 21 433/2004, de 2004.10.20

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Classificação dos Centros de Saúde



Despacho n.º 21 844/2004 (2.ª série), de 2004.10.26
Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado da Saúde

Aprovada e oficialmente adoptada a classificação farmacoterapêutica de medicamentos

Despacho n.º 22 175/2004 (2.ª série), de 2004.10.29

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Determina a constituição da comissão de acompanhamento do Plano Nacional de Saúde

1.ª Série - Novembro

Decreto Regulamentar Regional n.º 37/2004/A, de 2004-11-11

Região Autónoma dos Açores - Presidência do Governo
Altera o quadro de pessoal do Centro de Saúde de Vila Franca do Campo

Portaria n.º 1402/2004, de 2004-11-13

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e das Cidades, Administração Local, Habitação e Desenvolvimento Regional

Fixa os factores de correcção extraordinária das rendas para vigorar em 2005

Portaria n.º 1419/2004, 2004-11-20

Ministério da Saúde

Regula o concurso de ingresso no internato médico com início em Janeiro de 2005, para efeitos de escolha do estabelecimento para a frequência do ano comum

Portaria n.º 1450/2004, de 2004.11.25

Ministério da Saúde

Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

2.ª Série - Novembro

Despacho n.º 23 365/2004, de 2004.11.15

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Procede à publicação da lista de estabelecimentos e especialidades considerados carenciados para efeitos de prorrogação do contrato administrativo de provimento dos internos que à data da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 112/98, de 24 de Abril se encontravam a frequentar o internato complementar e requereram colocação em estabelecimentos considerados carenciados na respectiva especialidade médica.

Despacho n.º 24 036/2004, de 2004.11.22

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Aprova a tabela de preços relativa à produção adicional a realizar no âmbito do SIGIC nas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas, do sector social e do sector privado

Aviso n.º 10 996/2004, de 2004.11.22

Ministério da Saúde - Departamento de Modernização e Recursos da Saúde

Abertura do concurso de ingresso no internato médico de 2005

Despacho n.º 24 110/2004, de 2004.11.23

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Aprova o clausulado tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)

Aviso n.º 11 046/2004, de 2004.11.23

Ministério da Saúde - Departamento de Modernização e Recursos da Saúde

Alteração dos anexos I - Idoneidades e capacidades formativas, II - Vagas por especialidade e III - Identificação dos estabelecimentos e especialidades carenciados e especialmente carenciados, para efeitos do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 112/98, de 24 de Abril, e no n.º 5 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 128/92, de 4 de Julho, aditado pelo artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 412/99, de 15 de Outubro, ao aviso de abertura do concurso de ingresso nos internatos médicos complementares, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 192, de 16 de Agosto de 2004, sob o n.º 8191/2004 (2.ª série).

AGENDA

Actualizações em Oncologia

20 e 21 de Janeiro de 2005

Local: Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Contactos: Telef.: 239 400 500 (ext. 10312/10336);

Fax.: 239 837 083;

E-mail: anapar@huc.min-saude.pt

1.º Ciclo de Conferências de Saúde do Centro de Estudos Ibéricos – Saúde sem Fronteiras de Maio 2004 a Maio de 2005

(1 conferência por mês)

Local: Sala da Assembleia Municipal – Guarda

Contactos: Telef./Fax.: 271 220 212;

E-mail: cei@cei.pt

EULAR 2005 – European Congress of Rheumatology

8 - 11 Junho de 2005

Local: Viena (Áustria)

Contactos: Viagens Abreu, S.A. - Dept. Congressos;

Tel.: 222043590 - Fax: 222043693

IRS

ABATIMENTOS E DEDUÇÕES AOS RENDIMENTOS DE 2004

1. ABATIMENTOS

- 1.1 – Dedução específica do trabalho dependente
72% de 12 vezes o salário mínimo mais elevado ou o valor das contribuições totais pagas efectivamente à Segurança Social quando superiores.
- 1.2 – Dedução Específica de Pensões
Tem o limite de 8.121,00€
Este limite é acrescido de 30% no caso de sujeitos passivos com grau de incapacidade superior a 60%
- 1.3 – Organizações Sindicais
Valor pago acrescido de 50% até ao limite de 1% do rendimento bruto de trabalho dependente ou de pensões.
- 1.4 – Pensão de Alimentos
Totalidade dos encargos quando fixados na respectiva sentença judicial.
- 1.5 – Rendimentos profissionais (Recibos verdes) – Regime simplificado
O rendimento bruto é abatido de 35% para despesas e encargos, não sendo necessários quaisquer documentos.
Não poderá resultar um rendimento líquido global inferior a metade do valor anual do salário mínimo (3125,00€).
- 1.6 – Rendimentos prediais (Prédios arrendados)
As despesas de conservação e manutenção suportadas são abatidas, quando devidamente documentadas bem como o respectivo IMI (Imposto Municipal sobre Imóveis).

2. DEDUÇÕES À COLECTA

- 2.1 – Despesas de Saúde
30% das despesas efectuadas com IVA às taxas de 0% e 5%, sem limite, e 2,5% das despesas com IVA à taxa de 19%, até ao limite de 55,99€, documentadas com receita médicas.
- 2.2 – Despesas de educação e de formação profissional
30% das despesas suportadas com o limite de 160% do Salário Mínimo Nacional. Nos agregados com 3 ou mais dependentes o limite é elevado em 30% do Salário Mínimo Nacional por cada dependente.
- 2.3 – Juros e amortizações de imóveis para habitação própria e permanente, rendas pagas pelos inquilinos contratos posteriores a 15/10/91) e entregas para cooperativas de habitação:
30% dos encargos com o limite de 538,55€.
- 2.4 – Encargos com lares e outras instituições de apoio à terceira idade relativos a sujeitos passivos, seus ascendentes colaterais até ao 3.º grau que não possuam rendimentos superiores ao salário mínimo:
25% das despesas com o limite de 318,67€. Caso

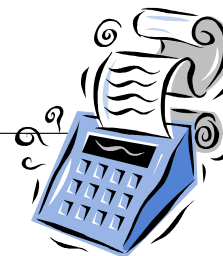


TABELA DE IRS DE 2004

RENDIMENTO COLECTÁVEL (euros)	TAXAS (%) Normal	TAXAS (%) Média
	Até 4 266	12
> 4 266 a 6 452	14	12,677 7
> 6 452 a 15 997	24	19,433 3
> 15 997 a 36 792	34	27,666 7
> 36 792 a 53 322	38	30,870 0
> 53 322	40	-

PAGAMENTOS POR CONTA

Estes pagamentos, quando devidos, devem ser pagos até ao dia 20 dos meses de Julho, Setembro e Dezembro.

NÚMERO FISCAL DE CONTRIBUINTE

Qualquer alteração, nomeadamente da residência, deve ser comunicada no prazo de 15 dias em qualquer serviço de finanças ou na loja do cidadão.

IMPOSTO MUNICIPAL SOBRE IMÓVEIS (IMI)

Aproveita-se a oportunidade para informar que no passado dia 4 de Agosto foi publicada a Portaria com os coeficientes de zonamento que permitem aos serviços de finanças atribuírem valores patrimoniais aos prédios urbanos em função da sua localização com o fim de efectuarem a sua tributação em sede de Imposto Municipal de Imóveis (IMI).

Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos sobre matéria fiscal poderão ser tratados todas as 3.^{as} e 5.^{as} Feiras, das 10 às 13 horas nas instalações da Ordem dos Médicos, sitas na Avenida Gago Coutinho, 151 em Lisboa.

- haja simultaneamente despesas de educação e este tipo de despesas, o limite do seu conjunto não poderá ultrapassar 710,97€.
- 2.5 – Prémios de seguros de vida, acidentes pessoais, complementos para a segurança social e fundos de pensões, 25% das despesas com o limite de:
Casados – 111,98€; não casados – 55,99€.
- 2.6 – Prémios de seguros de saúde:
25% dos encargos com os limites de:
Casados – 149,31€; não casados – 74,65€
- 2.7 – Planos de Poupança-Reforma e PPR/Educação
5% das entregas efectuadas com o limite de 662,41€ por cada sujeito passivo.
Este limite é elevado 5% nos caso de sujeitos passivos com idade 35 e 50 anos e em 10% quando de idade inferior a 35 anos.
- 2.8 – Planos Poupança Acções (PPA,s)
7,5 % das entregas efectuadas com o limite de 199,95€ por cada cônjuge subscritor ou de 199,95€, sendo não casados.
- 2.9 – Conta Poupança-Habitação
25 % das entregas com o limite de 575,57€.
- 2.10 – Despesas com a aquisição de equipamentos novos de computadores, modems, placas RDIS, aparelhos de terminal, set-top boxes e ligação à internet:
25 % das despesas efectuadas com o limite de 182,97€.
- 2.11 – Despesas suportadas com aconselhamento jurídico e patrocínio judiciário:
20 % das despesas efectuadas com o limite de 139,71€.
- 2.12 – Custos com equipamentos novos par utilização de energias renováveis e equipamentos para produção de energia eléctrica ou térmica que consumam gás natural:
30 % das despesas com o limite de 714,00€.
- 2.13 – Donativos à Administração Central, Regional e organismos estatais:
5 % das importâncias atribuídas, sem limite.
- 2.14 – Donativos a outras entidades previstos no Estatuto do Mecenato (igrejas e instituições que prossigam fins sociais, culturais, desportivos, científicos, etc.):
25 % das quantias dispendidas com o limite de 15 % da colecta.
São majorados em 30 %.
- 2.15 – Os pagamentos por conta e as retenções em qualquer limite.

3. MANIFESTAÇÕES DE FORTUNA

- Devem ser declaradas tratando-se das seguintes aquisições:
- Imóveis de valor igual ou superior a 249398,95€
 - Automóveis ligeiros de passageiros de valor igual ou superior a 49879,79€
 - Barcos de recreio de valor igual ou superior a 24939,89€
 - Aeronaves de turismo.