

Um Editorial Rosa

A política como actividade em que se expressa o querer de grupos humanos é algo quase sempre imprevisível, gratificante nos resultados mas quantas vezes desgastante no esforço necessário. Nesta matéria a política e dos médicos não difere da outra - a geral.

Como diria um “Dean” de escola médica do Ohio: “Entre elites intelectuais (ele referia-se aos universitários mas não excluiria os médicos) as múltiplas “selvajarias” da relação humana transcendem as habituais entre o homem comum porque são proporcionais à potenciação de um cérebro mais treinado”. Como optimista que sou diria que o que haja de positivo também se potencia. É a imprevisibilidade dos humores dos grupos humanos que tornam a actividade política por um lado apaixonante e por outro tão expoliadora de receptores adrenérgicos.

A política em Portugal é definitivamente mal vista e poucas corporações têm, como a dos nossos dirigentes, tão baixa notação na escala de valores da sociedade.

Por motivos que não cabem no modesto espaço de editorial, é compreensível tanto o negativismo como é olhada, o amor/ódio com que são tratados os seus cultores e este sentimento tão Português de negar o que se faz.

Não querendo incorrer em pecados que identifico, afirmo com total consciência que dirigir a ROM é um acto político. Como tal é expor-me continuamente aos humores de todos vós, mandando os manuais de sobrevivência ser prudente. Hoje nego pelos factos os bons conselhos que nas linhas antecedentes dei a mim próprio.

Arrisco-me a escrever sobre questões de género sabendo de experiência que este é tema em que o chão que se pisa mais facilmente se esboroa sob o tacão da bota.

Começa-se com boa intenção e de um momento para o outro termina-se acusado de querer defender privilégios insustentáveis, mandar para o fogão 50% do género humano e constituir reserva de espaço manifestado em quotas para o cromossoma y.

A experiência que vou tendo do tema aconselhar-me-ia a não entrar por tão perigosos terrenos, colher dos meus antecessores a experiência de vida e fazer de conta que este número não é um número rosa.

Não era, no entanto justo. “O que se faz há que assumi-lo”. Assim assumo que autorizei a publicação deste número inteiramente escrito por médicas desde a editorialista convidada (Primeira Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem), à Presidente do Conselho Disciplinar Regional do Centro.

São excepções a esta regra o pequeno texto que, com excesso de modéstia, a jornalista Paula Fortunato escreveu e este meu de ofício.

Num momento em que um governo rosa se empossa numa indirecta e subliminar mensagem de enfrentamento dos lobby’s (e nisso de “lobby’s” como é sabido nós, os médicos, somos catedráticos) que melhor reacção que uma Revista...rosa.

Ainda pensei, numa manifestação de sensatez típica daquele político que introduziu no discurso de Estado o hábito de iniciar por...“Portuguesas, Portugueses”, estabelecer o paralelismo e, fugindo ao género, dar à cor deste número um perfume de política.

Pensando melhor resolvi assumir.

Confesso que o faço sem qualquer apreensão. O facto de produzir inteiramente uma Revista no feminino não merece qualquer ilação para além de um sorriso e uma homenagem ao companheirismo bidireccional de tantos e tantas colegas.

Aliás, “Colega” é uma palavra extraordinariamente útil porque neutra, não possível de atribuições malévolas do género ou plural majestático.

É uma palavra amável e tranquilizadora tão diferente de O preconceito e A estupidez – estes definitivamente tocados pelos género.

Receba assim colega com amizade a primeira revista de capa rosa da nossa Ordem.



S U M Á R I O

3 EDITORIAL

6 EDITORIAL CONVIDADO

8 NOTA DA REDACÇÃO

10 INFORMAÇÃO

12 ACTUALIDADE

Relação médico-doente:
perspectiva legal

14 ENTREVISTA

Inclui duas entrevistas, uma com Manuela Cabrita, Especialista em Medicina do Trabalho e outra com Marlene Lemos, Especialista em Medicina Geral e Familiar do Centro Saúde da Maia, Membro da Direcção do Colégio de Medicina Geral e Familiar e Membro do Conselho Regional do Norte.

24 OPINIÃO

Os meninos dos PALOPS,
por Eulália Calado

26 Escrever no feminino, *por Maria Teresa Neto*

28 Extractos do diário da missão de emergência ao Sri-Lanka, *por Fátima Ferreira*

30 Desafios em cuidados paliativos: intervir no sofrimento e promover a dignidade, *por Isabel Galriça Neto*

34 O direito à diferença faz parte integrante da igualdade, *por Merlinde Madureira*

36 A epidemia da obesidade e a mulher do século XXI, *por Luísa Raimundo*

40 O conselho disciplinar... Um novo desafio, no feminino?, *por Almerinda Rodrigues*

42 O Núcleo de Gastroenterologia dos Hospitais Distritais – retrato de uma associação, *por M. Isabelle Cremers*

44 Papel da mulher na Ordem dos Médicos, *por Ana Barros*

45 Mulheres na Terra, *por Manuela Reis*

47 Ser ou não ser, não é a questão!, *por Dulce Mendes*

48 CONTOS

51 NOTÍCIAS

52 CULTURA

Ficha Técnica

REVISTA Ordem dos Médicos

Ano 21 - N.º 55 - Março 2005

PROPRIEDADE:



CELOM

Centro Editor Livreiro da Ordem
dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda.
SEDE: Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa • Tel.: 218 427 100

Redacção, Produção
e Serviços de Publicidade:
Av. Almirante Reis, 242 - 2.º Esq.º
1000-057 LISBOA
E-mail: celom.omcne@omsul.com
Tel. 218 437 750 - Fax. 218 437 751

Director:
Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:
José Moreira da Silva
José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:
Paula Fortunato

Redactores Principais:
Miguel Guimarães, José Ávila Costa,
João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:
Miguel Reis

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Dep. Financeiro:
Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:
CELOM

Capa de: Carlos Rodrigues

Impressão:
SOGAPAL, Sociedade Gráfica da Paia, S.A.
Av.ª 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)

EDITORIAL CONVIDADO

Caros Colegas e Caras Colegas,

Quando me foi colocado o desafio de escrever um editorial para a revista da nossa Ordem dedicada às mulheres, o meu espírito foi atravessado por sentimentos contraditórios: “lá vamos voltar à questão das quotas (para mulheres na política?... para homens na Medicina?...); “ou será que vou passar a ser olhada como uma perigosa e ferrenha feminista, situação agravada pelo facto de ser a primeira mulher a ser eleita Presidente de uma Secção Regional?”

Aceitei o risco e ao escrever este editorial não sei ainda o que dizem os artigos e as entrevistas.

O que sei é que desde a época das primeiras mulheres que se formaram e exerceram Medicina em Portugal até ao nosso quotidiano de médicas nos hospitais e centros de saúde, muita coisa mudou.

Os dados que possuímos são por vezes contraditórios, mas consta que Elisa Andrade foi a primeira mulher a formar-se em Medicina em 1889.

Em 1891 formaram-se no Porto Amélia e Guilhermina Morais Sarmiento e Maria Pais Moreira.

Adelaide Cabete (1867-1935), formada pela Escola de Lisboa em 1900, foi a primeira a exercer Medicina em Portugal.

Carolina Ângelo (1877-1911), formada em 1902 também em Lisboa, foi a primeira mulher a praticar cirurgia em Portugal e também a primeira mulher

a exercer o direito de voto em 28 de Maio de 1911 nas eleições para as constituintes. A bandeira hasteada em 5 de Outubro de 1910 foi confeccionada por estas duas médicas. Já Domitília de Carvalho (1871-1966) foi a primeira mulher a licenciar-se na Universidade de Coimbra em Medicina, Matemática e Filosofia e única Deputada no tempo da ditadura de Salazar, enquanto Cesina Bermudes (1908-2001) foi a primeira médica a doutorar-se na Faculdade de Medicina de Lisboa em 1948, tendo sido também desportista de mérito.

Continua a ser difícil conciliar a vida familiar com a vida profissional e actividades cívicas ou culturais, e ainda existem poucas mulheres em cargos de liderança na área médica, mas já ninguém estranha ser consultado por uma “doutora”. É um dado adquirido para nós, que carreiras e salários são iguais para médicos e médicas, ao contrário do que ainda acontece em alguns países nórdicos, para nós tidos como referências no campo de igualdade de géneros.

Imaginem a minha estranheza na primeira reunião do Comité Permanente para a Igualdade de Oportunidades na UEMO (União Europeia dos Médicos de Clínica Geral) ao aperceber-me que na Suécia os salários e tipos de contratos diferem conforme o sexo dos médicos!

E a minha perplexidade ao ver considerada a feminização da Medicina como um dos problemas a enfrentar nos próxi-

mos anos, a par com o envelhecimento dos recursos humanos e da população, em países tão distantes como a França ou o Paquistão.

Perguntava-me outro dia uma Colega em tom de brincadeira, no fim da reunião do Centro de Saúde, se já tinha mudado o nome da Ordem dos Médicos para Ordem das Médicas, ao que respondi: ainda não, mas falta pouco!...

No fim de 2004 estavam inscritos na Ordem 35 751 médicos dos quais 19 069 do sexo masculino e 16 682 do sexo feminino.

Nos grupos etários mais elevados (a partir dos 46-50 anos) há mais médicos que médicas, enquanto nos mais jovens já existe um nítido predomínio de mulheres, o que reflecte a feminização progressiva dos alunos que frequentam a universidade, e Medicina em particular (mais de 2/3).

Há também especialidades com nítido predomínio feminino (Anestesiologia, Medicina Geral e Familiar, Patologia Clínica, Pediatria) e outras onde a maior parte dos especialistas são homens (Cirurgia Geral, Cardiologia, Ortopedia, Urologia).

Com espanto verifiquei que até já há também indivíduos que se intitulam consultores para a área do “género”. Há estudos que demonstram a superioridade das mulheres numas áreas, outros que revelam maior capacidade masculina noutros campos.

O exercício de Medicina pelas mulheres possibilita uma oportunidade de

realização pessoal, independência e autonomia difíceis de atingir noutras profissões e origina elevado nível de confiança e satisfação na opção de carreira.

Um facto é incontornável, a gravidez e o parto são exclusivos das mulheres, mas cuidar dos filhos e da família deve ser um acto partilhado, cabendo à sociedade permitir essa evolução cultural, pois só assim se atingirá a verdadeira igualdade..

Existem áreas profissionais e actividades onde ainda existe discriminação, mais frequentemente por se ser mulher, mas outras há onde ser homem também pode ser uma desvantagem.

A igualdade constrói-se no dia a dia, com inteligência, respeito, equilíbrio, sabedoria e já há muito deixou de ser associada exclusivamente ao sexo para se tornar mais abrangente e tocar outra áreas de discriminação como a deficiência, a raça, as diferenças culturais.

Gosto de ser mulher.

Tenho orgulho e gosto da profissão que escolhi há mais de vinte anos.

Se a feminização da Medicina é uma ameaça ou uma vantagem o futuro o dirá.

Um abraço da colega

Isabel Caixeiro



Porquê uma revista escrita no feminino?

Nunca fui feminista. Reconheço as diferenças que existem entre os sexos, aprecio-as e vivo muito bem com elas. Constato contudo com alguma tristeza o afastamento «voluntário» de muitas mulheres em relação a um envolvimento mais participativo em muitas actividades. Digo com tristeza porque me entristece sempre que alguém com valor, homem ou mulher, se demite de um maior envolvimento ou participação. A multiplicidade de opiniões é, para mim, um factor fundamental em democracia e forma de enriquecimento de qualquer debate. Mas este afastamento é, muitas vezes, pouco voluntário... Voluntário apenas porque não querem mais uma tarefa 'obrigatória' quando as suas vidas profissionais já roubam tanto tempo à vida familiar, da qual, muitas mulheres, são ainda o principal alicerce. Voluntário porque não se dedicam a tarefas para as quais não sentem ser incentivadas nem pelos seus familiares, nem pela sociedade.

Uma das actividades 'negligenciada' é a de escrever para os outros através da Revista da Ordem dos Médicos. Ao longo de dois anos como Directora Executiva na Revista da Ordem dos Médicos raramente tive artigos escritos por senhoras. Tentei alguma vez pedir colaborações directas mas, salvo raras excepções, a resposta era invariavelmente um «gostava muito mas não tenho tempo», ou um «gosto muito de escrever, mas nesta altura não tenho disponibilidade para o fazer».

Foi ao longo destes dois anos que a ideia de ter uma revista escrita apenas por médicas foi amadurecendo. O mês de Março, em que se celebra o Dia Internacional da Mulher, foi apenas um pretexto. O que se quis foi incentivar as Médicas a participar. O tema foi livre mas confesso ter pedido a muitas uma visão feminina da profissão, apenas porque a visão masculina se encontra patente em muitas páginas, de muitas edições.

Esta é uma revista no feminino, porque esta deve ser a revista de TODOS os médicos, independentemente do género.

O nosso muito obrigada a todas as Médicas que inventaram o tempo necessário para pensar e escrever para a Revista. E muito obrigada também a todas as que, apesar de não terem podido participar nesta edição, prometeram vir a fazê-lo no futuro.

Porque a Revista é, todos os meses, de todos os Médicos, e a edição de Março não é excepção.

Paula Fortunato

Jornalista, directora executiva do Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos

Datas e factos na evolução da

Reproduzimos em seguida algumas datas e factos relevantes na evolução da condição da mulher no nosso país, alguns dos quais muito recentes...

1487

- A rainha D. Leonor cria as Misericórdias, a primeira instituição pública de beneficência.

1867

- Primeiro Código Civil. Os direitos das mulheres tiveram progressos, nomeadamente no que diz respeito à situação de esposas e de mães e à administração de bens.

1889

- Forma-se pela primeira vez uma mulher em medicina: Elisa Augusta da Conceição de Andrade - Faculdade de Medicina de Lisboa (embora não tenha sido a primeira mulher a exercer medicina).

1890

- É autorizado o acesso das raparigas aos liceus públicos.

1910

- Lei do Divórcio: o divórcio é legal pela primeira vez. A lei não faz distinção entre os cônjuges no que respeita aos motivos de divórcio e aos seus direitos sobre as crianças. Novas disposições legais estabelecem a igualdade mulheres-homens no casamento e filiação. O dever de submissão das esposas aos seus maridos é suprimido.

- As consequências legais do adultério passam a ser iguais para as mulheres e os homens.

- O acesso ao trabalho na administração pública é autorizado às mulheres.

- Aproveitando-se da omissão legal sobre o sexo do chefe de família, Carolina Beatriz Ângelo – médica, viúva e mãe de duas crianças – faz prevalecer a sua condição de chefe de família para depositar o seu voto nas eleições para a Assembleia Constitucional. Em consequência, a lei foi modificada de forma a estabelecer claramente que só os homens podem exercer o direito de voto.

- Primeira mulher nomeada para um cargo na Universidade, Carolina Michaelis de Vasconcelos (Filologia).

- É fundada a Associação de Propaganda Feminina.

- A escola torna-se obrigatória para crianças (meninas e meninos) de 7 a 11 anos.

1912

- Carolina Michaelis de Vasconcelos e Maria Amália Vaz de Carvalho são eleitas por mérito para a Academia de Ciências de Lisboa.

1913

- Primeira mulher a possuir uma licenciatura em direito: Regina Quintanilha.

1918

- Um decreto lei autoriza às mulheres o exercício da profissão de advogada.

1920

- É autorizado o acesso das raparigas aos liceus dos rapazes.

1926

- As mulheres são autorizadas a ensinar em liceus masculinos.

1931

- O direito de voto é concedido às mulheres com um grau universitário ou com o secundário concluído. Os homens podiam votar desde que soubessem ler e escrever.

1933

- Nova Constituição da República consagra a igualdade dos cidadãos perante a lei, excepção feita às mulheres tendo em vista “as diferenças inerentes à natureza e também os interesses da família”.

1935

- Pela primeira vez três mulheres têm assento na Assembleia Nacional.

1946

- A lei eleitoral é modificada. Ao contrário da lei precedente, suspensa em 1931, as restrições ao direito de voto das mulheres são diminuídas, mas mantêm-se na mesma restrições.

1967

- É elaborado um novo Código Civil. Continua a estabelecer que o marido é o chefe da família e que ele tem o poder de tomar as decisões relativas à vida marital e aos filhos.

1968

- São acordados direitos políticos iguais para mulheres e homens independentemente dos laços matrimoniais, salvo para as mulheres o direito de votar nas eleições autárquicas. As desigualdades persistem.

1969

- O princípio “a trabalho igual, salário igual” é introduzido na legislação portuguesa.

1970

- Criação do “Grupo de Trabalho sobre a Participação das Mulheres na Vida Económica e Social”, sob a presidência de Maria de Lourdes Pintassilgo.

condição da mulher em Portugal

1971

- Primeira mulher no governo: Maria Teresa Lobo, Sub-secretária de Estado da Segurança Social.

1973

- A Comissão para a Política Social relativamente às Mulheres substitui e continua o Grupo de Trabalho acima mencionado.

1974

- Revolução do 25 de Abril. O regime autocrático é derrubado e substituído por um regime democrático.

- As mulheres podem aceder pela primeira vez à magistratura, ao serviço diplomático e a certas posições na administração local, que lhes estavam interditas.

- São abolidas todas as restrições ao direito ao voto.

- Primeira mulher ministra: Maria da Lourdes Pintasilgo, Ministra dos Assuntos Sociais.

1975

- Primeiras eleições livres.

1976

- É aprovada a licença de maternidade de 90 dias.

- Os serviços públicos de saúde colocam à disposição consultas de planeamento familiar.

- É adoptada uma nova Constituição, que consagra a igualdade de mulheres e homens em todos os domínios.

1978

- O Código Civil é revisto segundo a nova lei da família, os cônjuges gozam de direitos iguais. A dependência da esposa em relação ao marido é suprimida.

1979

- Um decreto lei estabelece a igualdade de mulheres/homens no emprego e no trabalho.

- É criada uma “Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego”, ligada ao Ministério do Trabalho, para supervisionar a aplicação deste decreto lei.

- Primeira mulher nomeada Primeira Ministra: Maria de Lourdes Pintasilgo.

1980

- Primeira mulher nomeada Governadora Civil: Mariana Calhau Perdigão (Évora).

- Portugal ratifica a “Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres.

1981

- Nova lei sobre a nacionalidade. Prevê um tratamento igual para os dois sexos.

1987

- A Lei do Serviço Militar é revista. Este é um dever universal. Contudo, “as cidadãs do sexo feminino” estão dispensadas deste dever salvo em regime de voluntariado a regulamentar posteriormente.

1991

- Criação da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, que substitui a Comissão da Condição Feminina.

1992

- O governo português denuncia a Convenção nº 89 da Organização Internacional do Trabalho e, em consequência, a jornada de trabalho nocturno deixa de ser proibida às mulheres, excepto durante a gravidez.

1995

- A lei sobre a protecção da maternidade /paternidade é modificada e a licença de maternidade aumenta 8 dias: 98 dias.

1996

- É nomeada uma Alta Comissária para as Questões da Promoção da Igualdade e da Família”.

1997

- É desenvolvido um “Plano Global para a Igualdade de Oportunidades Mulheres/Homens”

- A Constituição da República é revista. As alterações mais importantes sobre os Direitos das Mulheres são o conceber a promoção da Igualdade de Oportunidades entre Mulheres e Homens como uma das tarefas fundamentais do Estado e a afirmação de que a igual participação política das mulheres e dos homens deve ser consumada.

2000

- Criação de uma Pasta Ministerial para a Igualdade e sua extinção em menos de um ano.

2004

- 60% das crianças que não frequentam a escola primária são raparigas;

- No mundo, apenas 14% dos deputados são mulheres;

- Dos cerca de 854 milhões de adultos analfabetos, 544 milhões são mulheres;

- Em todo o mundo, as mulheres ainda ganham apenas 75% do que os homens auferem.

Fontes: Departamento de Informação do Sindicato dos Professores da Zona Centro e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2002.

Relação médico-doente: perspectiva legal

Esta conferência contou com a presença da presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Paula Martinho da Silva. Esperança Pina, do Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico da Faculdade de Ciências Médicas, interveio referindo-se especificamente ao consentimento informado.

Nuno Ferreira, da Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, que em conjunto com o Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico organizaram este ciclo de conferências, introduziu esta última conversa explicando que o ciclo não poderia ficar encerrado sem que fosse dada a perspectiva jurídica. Esperança Pina referiu-se na sua intervenção ao consentimento informado começando por dizer que o mesmo é incompatível com qualquer forma de manipulação ou constrangimento. «A informação deve ser prestada antes de todo o acto médico na fase de diagnóstico e tratamento e tem que ser adaptada a cada doente». Essa adaptação não é fácil de efectuar pois existe a obrigação de «realçar o que tem importância» mas, o que pode parecer menos importante, poderá ser importante para o doente. «O médico tem que se aperceber do que é importante para o seu doente». Conforme explicou a informação tem que ter em conta o estado psicológico do doente e a sua capacidade de compreensão. Em seguida, foi a vez de Paula Martinho da Silva, advogada e mestre em bioética, apresentar a sua perspectiva jurídica da bioética, tendo começado por felicitar os organizadores da iniciativa por irem de encontro às necessidades de reflexão sobre estas questões. Considerando a perspectiva legal como sendo perturbadora para a relação médico-doente, Paula Martinho da Silva referiu-se a

esse relacionamento como sendo «uma relação mais íntima e que ultrapassa qualquer intromissão do âmbito jurídico». Segundo a oradora, as normas existentes na lei não são mais do que a transformação de princípios éticos. «Ao legislador pede-se que proteja os direitos dos doentes». Ao 'biodireito' interessam alguns conceitos que foram explicados pela presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida: o conceito de intervenção médica (princípio definido na lei de que todas as intervenções no corpo humano são lícitas se obedecerem a determinadas circunstâncias, caso contrário são ofensas à integridade física), o consentimento informado, a privacidade e o segredo médico. Em relação ao consentimento esse só é válido se for devidamente esclarecido, sendo que o dever de esclarecimento inclui a necessidade de prestar informação leal. Os requisitos para que o consentimento seja válido incluem a capacidade para tomar decisões e a capacidade de entendimento. A informação prestada tem que ser adequada («comunicação adequada») e a transmissão da verdade é um requisito. «O princípio aqui aplicável é: a comunicação da verdade é um dever do médico alicerçado num direito do doente». Mas tal como explicou Paula Martinho da Silva, há excepções a este princípio... Todos os princípios podem ter o seu reverso: é o caso da recusa em receber tratamento em consequência do processo de obtenção do consentimento (em que o médico tem que informar os benefícios e inconvenientes do tratamento). Particular complexidade reveste também a questão do reverso do princípio do direito à informação: o doente pode dizer expressamente que não quer ser informado. Os direitos não são absolutos e esta complexa questão tem que ser ponderada caso a caso. «E quanto às manifestações de vontade anteriores à intervenção? A partir de que data em relação àquela intervenção é que se pode aceitar como manifestação válida? As questões não são simples de resolver e não há soluções absolutas. Na relação médico-doente não se trata só de uma mera obediência face a preceitos legais». Reafirmando que as normas legais são os princípios éticos e até as normas deontológicas transpostas, a advogada concluiu que a estrutura em que o doente se encontra hoje em dia – equipas médicas – também mudou o relacionamento e tornou-se um factor por vezes prejudicial ao relacionamento. «A relação médico-doente não pode nunca reconduzir-se a uma mera relação jurídica» Para evitar a infração da lei, Paula Martinho da Silva indica como é simples o cumprimento da mesma: «a lei previne e pune a má prática. O que os médicos têm que ter é consciência dos princípios éticos, pois é neles que se baseia a lei. A prática médica deve ser intuída. O direito, na defesa dos doentes e dos médicos como profissionais de saúde, tem que punir a má prática médica. A verdade sobre a relação médico-doente não consta de nenhum manual e espero que continue sempre a ser uma relação humana».



Recolocação profissional: um desafio

A Medicina do Trabalho é uma especialidade em franca evolução e cada vez mais médicos optam por esta especialização. Numa entrevista com Manuela Cabrita, médica especialista desta área, falámos sobre os constrangimentos ainda existentes, sobre os desafios de futuro desta especialidade e sobre algumas situações de excelência que deviam ser exemplo para a boa prática da Medicina do Trabalho.

Revista da Ordem dos Médicos

- O Decreto de lei que criou os serviços de medicina do trabalho como serviços médicos do trabalho na empresa definiu no seu preâmbulo a missão da medicina no trabalho como sendo «harmonizar o máximo de rendimento com um mínimo de desgaste biológico» (DL 4751 I de 25 de janeiro de 1967). Que evolução teve desde então o conceito de medicina no trabalho?

Manuela Cabrita – A evolução foi acentuada: esse conceito do ‘máximo rendimento e mínimo de desgaste’ está um pouco obsoleto dadas as novas tecnologias que têm sido implementadas dentro das empresas. Hoje em dia na medicina do trabalho prevê-se o zelo pela saúde física mas também pelo bem estar psicológico do trabalhador, procurando obter o rendimento adequa-

do às suas funções e tarefas com o menor risco para a sua saúde. É nessa promoção da saúde e nessa articulação entre o homem e o local de trabalho que nós tentamos desenvolver uma melhor relação entre o indivíduo e o seu posto e a tarefa desempenhada.

ROM - Mas originalmente referia-se apenas em desgaste biológico...

MC – Com a evolução da especialização o adequado será falar em desgaste bio-psico-social. Já não se procura tratar apenas o desgaste biológico, procura-se prevenir e evitar o desgaste bio-psico-social. Sabe-se neste momento que o indivíduo interage com o posto de trabalho de uma forma muito mais abrangente do que o seu próprio desgaste físico. É um contexto mais amplo em que o homem não é apenas o homem biológico mas sim o homem e o contexto psicológico, incluindo a sua abrangente social. É um indivíduo que está integrado numa sociedade. A medicina do trabalho teve essa evolução: versa sobre a promoção da saúde mas em termos muito mais alargados do que o mero desgaste físico do trabalhador.

ROM - Mas concorda que na prática existe ainda uma visão redutora do conceito de medicina do trabalho?

MC – Isso depende, provavelmente, das empresas onde os médicos trabalham e da forma como esses profissionais agem, o que, em última análise, se prende com as possibilidades que lhes são dadas dentro das empresas em termos de actuação.

ROM – No seu caso pessoal como é encarada a medicina do trabalho?

MC – Eu trabalho numa empresa em

que a visão é abrangente o que se traduz no facto de ter ao meu dispor uma série de valências, nomeadamente ergonomia, que são mais valias fabulosas. Através da ergonomia concebe-se e adequa-se o posto de trabalho ao homem e é dessa adaptação e interacção, que vai desde a ferramenta utilizada a toda a área de trabalho envolvente, numa concepção sempre dirigida ao indivíduo, que se procura reduzir o esforço físico e aumentar o rendimento, mas sempre num contexto de bem estar bio-psico-social. A ergonomia, apesar de ser uma área muito técnica, também vê o homem integrado no seu posto de trabalho como um todo.

ROM – Esse apoio da ergonomia dá-lhe uma visão diferente...

MC - Tenho de facto a possibilidade de trabalhar com pessoas ao mais alto nível nessa especialidade o que permite que a minha visão da medicina do trabalho, neste momento, seja muito mais abrangente do que a tradicional. Tenho consciência que isso também acontece porque trabalho numa empresa onde tenho à disposição valências que ainda não são prática comum. Esses factores permitem-me aplicar de uma forma mais alargada o conceito bio-psico-social, que é o mais actual e benéfico para a saúde dos trabalhadores. Os médicos de trabalho têm à disposição outras ferramentas, como o exame clínico e os exames complementares, que por vezes são ainda um pouco redutores. Mas, se encararmos essas ferramentas integradas no contexto geral, o resultado é de positivo.

ROM – É comum equacionarem-se essas questões no âmbito da interacção dos próprios médicos

para as empresas e para a tutela

com o seu posto de trabalho?

MC - Não é muito usual. Podemos extrapolar para a realidade do médico e conheço alguns hospitais e centros de saúde que já têm serviços de saúde ocupacional, apesar de não saber como funcionam na realidade, mas são poucos os casos em que esse tipo de especialidade está implementada. As empresas têm um avanço muito grande em relação aos profissionais de saúde, sejam eles a classe médica, os enfermeiros ou os auxiliares de acção médica. A generalidade dos locais onde se praticam cuidados de saúde, sejam hospitais ou centros de saúde, não estão de modo algum vocacionados para o bem estar do prestador de cuidados. São locais pensados para o bem estar, utilidade e atendimento ao utente. Não são locais concebidos na perspectiva do bem estar do profissional.

ROM - Numa recomendação da OMS (em relatório datado de 1979) referia-se a necessidade de implementar a obrigação dos médicos do trabalho consagrarem 1/3 do seu tempo à visita aos locais de trabalho. Trinta anos depois, a medicina do trabalho que se faz em Portugal cumpre essa recomendação? São efectuados exames às condições e locais de trabalho?

MC - Posso falar melhor da realidade que conheço: na empresa onde trabalho, não sei qual é a percentagem aplicável, mas efectuam-se essas visitas frequentemente. Neste momento já não vão todos os médicos de medicina do trabalho, todos os dias, aos postos de trabalhos, porque já existe um conhecimento profundo dos mesmos: temos um conhecimento muito detalhado mas, apesar disso, durante a semana, a medi-

cina do trabalho, não cada médico, em termos de carga horária disponibiliza para visitas aos postos de trabalho, seguramente, uma grande parte do seu tempo. Na empresa onde trabalhamos temos uma interacção com o meio, em termos do trabalhador, muito próxima.

ROM - Mas falou-me já de ferramentas que os ajudam nessa tarefa...

MC - Temos de facto ferramentas que nos auxiliam: a deslocação do médico ao posto de trabalho não é naturalmente uma perda de tempo, mas a repetitividade excessiva de processos torna-se desnecessária pelo recurso a valências que nos permitem otimizar o nosso desempenho. Na empresa onde trabalho agilizamos o processo usando programas que a própria ergonomia nos fornece, ferramentas online, onde disponibilizamos de sistemas de estudo e de análise dos postos de trabalho, quer com visualização de imagem, quer com plantas, estudos, etc.. Temos assim acesso a análises detalhadíssimas que fazem com que nós, sem sair do gabinete médico, possamos, inclusivamente na presença do trabalhador que estamos a observar, completar a consulta com a análise do posto de trabalho.

ROM - Mas essa análise online do posto de trabalho invalida a necessidade de conhecer o mesmo 'no terreno'?

MC - Não, naturalmente que não. O que sucede é que a consulta fica facilitada: se estamos perante um doente com uma situação de doença relacionada com o trabalho, com uma suposta doença profissional ou uma doença natural que possa estar a ser agravada pelo trabalho, recorremos quer a exames complementares de

diagnóstico e exames clínicos, quer à possibilidade de estudar e ver ao pormenor, sem sairmos do gabinete, todas as acções técnicas que o trabalhador desenvolve no desempenho da sua tarefa. Isto é uma mais valia a adicionar ao facto do posto de trabalho ter uma acessibilidade plena. Tivemos alguma formação para a utilização dessas ferramentas técnicas e conseguimos analisar e identificar os postos de trabalho de maior risco e aqueles que estão adaptados ou não ao trabalhador. As visitas aos postos de trabalho são, sem dúvida nenhuma, importantes mas não anulam a necessidade das tais ferramentas ergonómicas que o médico deverá ter à sua disposição, nem vice-versa. São dois métodos que se complementam.

ROM - Que tipo de cooperação existe com os serviços sociais das empresas - refeitórios, ginásios, etc.?

MC - A nossa empresa não tem ginásio próprio. Temos alguns serviços de apoio ao trabalhador no âmbito desportivo mas no exterior da empresa e, portanto, não temos qualquer tipo de intervenção nessa área. No que se refere a alguns espaços de lazer disponíveis na empresa para os trabalhadores, o médico de trabalho faz habitualmente as suas abordagens. Temos um sistema de auditoria interna da empresa com critérios muito rigorosos e o médico do trabalho não faz parte directa dessas auditorias, mas fazemos frequentemente visitas às instalações da cozinha e refeitório para também podermos ter a perspectiva da medicina. Apesar do sistema de auditoria ser muito pormenorizado e disso nos tranquilizar não dispensamos as visitas porque a perspectiva do médico é sempre necessária.

ROM – A medicina do trabalho continua centrada na segurança e prevenção de riscos profissionais?

MC – Neste momento já não estamos numa fase de reacção mas sim de prevenção e promoção da saúde.

ROM – O problema do desemprego tem algum cabimento no âmbito da medicina do trabalho?

MC - O médico do trabalho deve ter uma actuação no sentido da recolocação do trabalhador. Antes do trabalhador sair da empresa faz sentido estar presente um médico de medicina do trabalho tal como um psicólogo do trabalho mas com o objectivo de efectuar aconselhamento no sentido do trabalhador poder ser reconvertido profissionalmente. Habitualmente isso não se faz, limitando-se as empresas a proceder aos exames legalmente exigidos.

ROM – Mas sempre num momento anterior ao despedimento...

MC – Naturalmente: se a pessoa já foi despedida, deixa de estar sob a alçada da medicina do trabalho das empresas e passa a estar no âmbito da medicina geral e familiar. O médico do trabalho poderá actuar na possível reconversão ou recolocação do indivíduo. Em situações de evolução tecnológica e de extinção eventual do posto de trabalho, por exemplo, o médico do trabalho pode ajudar na reconversão profissional da pessoa, uma vez que tem o historial clínico e sabe eventualmente quais são as incapacidades e aptidões que o indivíduo poderá ter para determinadas funções. O médico poderá actuar como consultor nesse sentido mas nunca em situação posterior à de desemprego.

ROM - O conceito de doença profissional está a evoluir para a abrangência dos problemas psicológicos como o stress e a pressão no trabalho?

MC – A nossa lista de doenças profissionais não contempla ainda esse tipo de patologias e não está ainda vocacionada para isso. Mas, de facto, cada vez mais, se atendermos às novas tecnologias e às novas organizações de trabalho, as pessoas estão mais pressionadas e mais sob stress psicológico e temos que analisar onde vamos colocar esse tipo de patologias que começam a surgir. Parece-me que estamos longe do

Já não se procura tratar apenas o desgaste biológico, procura-se prevenir e evitar o desgaste bio-psico-social. Sabe-se neste momento que o indivíduo interage com o posto de trabalho de uma forma muito mais abrangente do que o seu próprio desgaste físico.

momento em que se poderá equacionar as situações dessa forma. No entanto, à medida que vamos deixando de ter as doenças profissionais clássicas, como a surdez e as pneumoconioses, pois os nossos sistemas industriais protegem melhor o trabalhador em relação a essas patologias, verificamos que acabam por desproteger os trabalhadores em relação ao stress psicológico (sistemas que implicam trabalho nocturno e por turnos, a desagregação social que isso provoca,

etc.). A medicina do trabalho tem que agir cada vez mais preventivamente nessa área e, em minha opinião, o médico do trabalho não deverá fazê-lo sozinho mas sim com parceiros, da mesma forma que age em parceria com a ergonomia quanto à interacção do trabalhador com o seu posto de trabalho, deverá interagir com os psicólogos do trabalho se os tiver à disposição. Essa é uma valência que na minha empresa ainda não existe.

ROM – Ainda que não seja considerado doença profissional, o stress degrada necessariamente a saúde dos trabalhadores...

MC – No sítio onde trabalho tenho algumas situações de stress pois é uma empresa com trabalho por turnos, com pessoas muito jovens, em que existem linhas de produção com uma cadência imposta, com prazos a cumprir... Cada vez mais é necessário perspectivarmos essa pressão e esse tipo de factores, que até agora não estavam identificados, pois podem levar a uma deterioração da saúde do indivíduo e estão directamente relacionados com a sua profissão.

ROM – Estabelecem algum tipo de relação directa com os Centros de Saúde?

MC - Temos uma articulação com os colegas dos centros de saúde da área envolvente, onde normalmente residem quase todos os nossos trabalhadores. Não é uma articulação institucional: é de serviço de medicina para serviço de medicina. Normalmente se temos um determinado problema com um trabalhador, de uma determinada área de residência, entramos em contacto com os colegas do CS e essa articulação estabelece-se perfeitamente.

ROM - Mas concorda que a forma de funcionar da empresa em que está inserida é em grande parte uma excepção?

MC - Eu sei que trabalho numa empresa que é seguramente uma excepção. Não posso dizer que é única, mas sei que esta realidade de que lhe falei é de uma empresa de excepção, tanto a nível de tecnologias, como ao nível da estratégia de recursos humanos. Não é por acaso que é uma empresa que está em primeiro lugar nas estatísticas do grupo da Volkswagen a nível europeu no que se refere à taxa de absentismo. Esse posicionamento conseguiu-se à custa de uma política de absentismo brilhante, de um controlo e gestão brilhantes. Neste momento temos uma percentagem de absentismo de 1,3 o que é excelente. Penso que deve ser uma das melhores taxas de absentismo do país. Há aqui uma sensibilidade e efectiva preocupação com as questões da medicina do trabalho enquanto que a maioria das empresas trata reactivamente as situações.

ROM - Em muitos casos apenas para cumprir as disposições legais...

MC - Exactamente. A maior parte das empresas só pretende cumprir a legalidade o que gera dificuldades para os médicos do trabalho que se confrontam diariamente com este tipo de problemas. As empresas limitam-se a querer cumprir as disposições legais. Eventualmente começam a agir de uma forma reactiva no tratamento da situação, na reintegração da doença profissional, mas muito pouco além disso. A nossa empresa tem obviamente a preocupação de reagir às situações, não temos a veleidade de ter todas as situações prevenidas, mas estamos já a actuar no campo da prevenção e é por isso que temos a ergonomia francamente desenvolvida na análise de todos os postos de trabalho, da linha de montagem às secretárias. Temos à nossa disposição a descrição de todas as acções técnicas que os trabalhadores desempenham e os riscos que elas implicam para a saúde do trabalhador: risco para a

coluna no transporte manual de cargas, etc. Minuto a minuto, se quisermos analisar os milhares de postos de trabalho que a empresa tem, temos condições técnicas para o fazer. Além de sermos uma excepção a nível nacional, também o somos, provavelmente, a nível europeu. A realidade prática da maior parte das empresas não é esta.

À medida que vamos deixando de ter as doenças profissionais clássicas, como a surdez e as pneumoconioses, pois os nossos sistemas industriais protegem melhor o trabalhador em relação a essas patologias, verificamos que acabam por desproteger os trabalhadores em relação ao stress psicológico

ROM - Da sua experiência noutras empresas que análise faz dos constrangimentos ao desempenho do especialista em medicina do trabalho?

MC - Nunca tive qualquer problema em empresa nenhuma para visitar os postos de trabalho, portanto a esse nível, pessoalmente, nunca tive constrangimentos.

ROM - Em relação a esse ponto específico, sabe que na prática há situações em que não há qualquer co-

nhecimento efectivo dos postos de trabalho?

MC - Não aceito sequer a ideia de que algum médico faça medicina do trabalho sem conhecer o posto de trabalho do indivíduo que vai à sua consulta. Isso no meu conceito de medicina do trabalho não existe. Sei que se pratica e que é usual praticar-se. Mas para mim não pode haver medicina do trabalho realizada com dignidade, credibilidade e qualidade sem o médico conhecer os postos de trabalho.

ROM - Considera que existe uma política nacional bem definida nesta área?

MC - A lei existe. Mas o cumprimento da lei é muito frágil. Existem muitas brechas que proporcionam a possibilidade de existência de franjas empresariais que actuam de uma forma perfeitamente desenquadrada e onde a medicina do trabalho não é vista de uma forma digna. Grande parte dos meus colegas de medicina do trabalho confrontam-se com essas situações: entidades empregadoras que se limitam a querer a lei cumprida e cuja única coisa que pretendem é a ficha de aptidão do trabalhador assinada, perfeitamente desenquadrados do que deve ser a medicina do trabalho. Se me pergunta política nacional para a medicina do trabalho a minha resposta é que não existe. Existe a lei e algumas (grandes) empresas vocacionadas para a efectiva prática de medicina do trabalho, mas não há uma política global.

ROM - Que expectativas tem em relação às futuras políticas para a sua especialidade?

MC - Expectativas de melhoria temos sempre e gostaria de ver criar de facto uma disciplina e uma moralização para a medicina do trabalho. Considero que temos que fazer qualquer coisa para a especialidade da medicina do trabalho ser

encarada de uma forma construtiva e não continuarmos simplesmente a aplicar a lei sem irmos ao cerne da questão. Se de facto existe a possibilidade do Governo intervir nesse sentido é essa a minha expectativa: que seja criada uma estrutura que possa apoiar, por exemplo a nível das recolocações e que se melhore e agilize a articulação entre os organismos estatais que reconhecem as doenças profissionais e as empresas onde esses trabalhadores estão integrados, e onde têm que continuar a trabalhar. Esse é um dos grandes obstáculos com que temos que lidar: a morosidade dos processos. Para as empresas em que já existe um grande avanço em termos de recolocação profissional, se a nível governamental houvesse vontade de criar elos de ligação mais próximos e não tão herméticos entre as empresas e os organismos estatais no sentido da troca de conhecimentos e partilha de experiências, isso seria, sem dúvida nenhuma, uma mais valia.

ROM – Essa morosidade na recolocação tem com certeza consequências para os trabalhadores...

MC – Claro que sim. O problema é que temos as instituições, que até funcionam bem, mas há dificuldade de articulação e de aproximação com as empresas. Acabam por surgir barreiras desesperantes para quem tem os trabalhadores com processos há anos à espera. Nós pretendemos que as pessoas sejam recolocadas e se tornem úteis à sociedade, à empresa e a si próprias. Os processos demorados geram por vezes absentismo de meses e anos, o que acaba por dissociar o indivíduo do trabalho da empresa e desestrutura o trabalhador dentro da sua família porque perde hábitos de trabalho, etc. Se os processos fossem mais rápidos todos nós beneficiávamos: beneficiava o país, as empresas e sobretudo as pessoas. Por esses motivos uma das questões que o Governo poderia tentar resolver

era precisamente a agilização e desburocratização de determinado tipo de processos.

ROM - Quais são em seu entendimento os desafios futuros da Medicina do trabalho?

MC - Tentar que as pequenas e médias empresas que têm alguma dificuldade em implementar serviços de medicina do trabalho vejam esta especialidade com a máxima dignidade e que os trabalhadores dessas empresas deixem de ter como único apoio da medicina do trabalho

O médico nunca deve desistir da defesa da dignificação da sua especialidade mesmo que do outro lado esteja uma entidade empregadora que se limita a querer cumprir a legislação e que não tem quaisquer objectivos em termos de melhoria das condições de trabalho dos seus funcionários.

uma consulta anual em que são analisados desenquadrados da sua tarefa, única e exclusivamente para cumprir os requisitos legais. Percebo que a lei é um pouco redutora e que acaba por ser difícil de aplicar em determinados casos mas é necessário dignificar os serviços de medicina do trabalho e a actuação do próprio médico.

ROM - Mas concorda que essa dignificação passa sobretudo pelos médicos?

MC - Um dos papéis com maior importância nesse processo é realmente o do médico. A empresa tem que proporcionar ao profissional essa dignificação mas é o médico que tem que impor os seus valores, a sua ética. Naturalmente que, se o médico não faz valer os seus princípios, a própria empresa terá tendência a enveredar pelo caminho mais fácil e com menores custos. O médico nunca deve desistir da defesa da dignificação da sua especialidade mesmo que do outro lado esteja uma entidade empregadora que se limita a querer cumprir a legislação e que não tem quaisquer objectivos em termos de melhoria das condições de trabalho dos seus funcionários.

ROM – E no âmbito das grandes empresas?

MC – Aí o desafio será a resolução da questão da recolocação e a redefinição das doenças profissionais. Temos um grande número de doenças profissionais nas quais há dificuldade na reintegração do trabalhador. Algumas dessas doenças são verdadeiramente desgastantes em termos de capacidade física e o indivíduo acaba por não ter facilidade em se integrar de novo na empresa. A lei não é muito clara nesse aspecto: orienta mas não estabelece regras. Face a essas dificuldades considero que terá que haver uma estratégia de reintegração das pessoas seja por recolocação seja por reconversão profissional e que devem existir entidades externas à empresa que também prestem apoio nesse sentido. As entidades privadas por si só têm muitas vezes dificuldade em fazer sozinhas esse tipo de recolocação e reconversão profissional. O grande desafio será a reintegração efectiva na vida activa dos trabalhadores com doença profissional.

É preciso motivar os profissionais de Medicina Geral e Familiar

Reconhecendo que a vida socio-profissional das mulheres tem aspectos e dificuldades que passam despercebidos aos seus pares do outro sexo, **Marlene Lemos**, membro da direcção do Colégio de Medicina Geral e Familiar e do Conselho Regional do Norte, falou à Revista da Ordem dos Médicos da importância do trabalho desenvolvido pelo Colégio e de algumas questões da actualidade dessa especialidade.



Marlene Lemos - Especialista em Medicina Geral e Familiar - Centro Saúde da Maia; Membro da Direcção do Colégio de Medicina Geral e Familiar; Membro do Conselho Regional do Norte

Revista da Ordem dos Médicos - Considera importante que as mulheres se envolvam no trabalho desenvolvido pela Ordem dos Médicos? Porquê?

Marlene Lemos - Sim considero, porque é sempre importante que a mulher possa participar activamente na sociedade e nas actividades associativas, nomeada-

Estamos certos que o Senhor Ministro da Saúde irá ter em conta esta Especialidade como pedra basilar do nosso S.N.S.

mente a nível dos interesses da Classe.

ROM - Que contributos diferentes pensa que uma mulher traz ao trabalho da Ordem?

ML - É tudo uma questão de hemisférios! No entanto, há determinados aspectos da vida sócio-profissional da mulher, enquanto médica, que são desconhecidos pelos seus pares do outro sexo. Se não manifestarmos esses problemas eles poderão passar despercebidos como, por exemplo: a maternidade, filhos em idades escolar, além de outros...

ROM - Que importância atribui ao trabalho desenvolvido ao nível do Colégio da Especialidade a que pertence?

ML - A nível da especialidade de Medicina Geral e Familiar esta é uma especialidade em que o número de

mulheres médicas é maioritário e daí ser fundamental a sua presença num órgão importante como é a Direcção do Colégio de Medicina Geral e Familiar como se verifica nesta actual Direcção.

ROM - A defesa da especialidade, através do trabalho desenvolvido no Colégio, tem reflexos na sua prática clínica pessoal?

ML - É evidente que sim, pois o trabalho desenvolvido dentro da Direcção do Colégio de MGF rege-se por um ideário próprio e possibilita a reflexão sobre os temas mais importantes para a Especialidade; logo, adquire-se uma perspectiva diferente, enquadrada nos vários contextos a nível nacional que será, por isso, integrada, no exercício diário da actividade da MGF.

ROM - Que questões prementes estão a ser estudadas neste momento pelo Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar?

ML - Terminado que foi o trabalho respeitante ao Programa de Formação do Internato Complementar em MGF e do documento conjunto com o Parecer dos Colégios de MGF e Medicina Desportiva, que contém recomendações para a actuação dos médicos de MGF, face à solicitação para atestar os candidatos à prática desportiva, neste momento estamos a definir os critérios a incluir no Manual de Boas Práticas Clínicas, a fazer a discussão da Educação Médica Contínua e a estabelecer os Critérios de Referenciação aos Cuidados Secundários.

ROM - Que expectativas tem em relação às novas políticas do próximo Ministro da Saúde em relação à especialidade de Medicina Geral e Familiar?

ML - Não há qualquer definição das expectativas em relação à política de saúde do próximo Governo. No entanto, estamos certos que o Senhor Ministro da Saúde irá ter em conta esta Especialidade como pedra basilar do nosso S.N.S..

ROM - Que questões de política da saúde espera ver resolvidas como prioridades?

ML - Em primeiro lugar, a aprovação do Programa do



É sempre importante que a mulher possa participar activamente na sociedade e nas actividades associativas, nomeadamente a nível dos interesses da Classe.

Internato Complementar de MGF como forma de adequar a formação da MGF às necessidades da população;

Em segundo lugar, a introdução de medidas tendentes à motivação dos profissionais, quer na prestação de serviços quer na sua Formação Contínua;

Em terceiro lugar, medidas favorecedoras, que levem os novos profissionais médicos a escolher a especialidade de MGF, de forma a que mais cidadãos passem a ter o seu Médico de Família;

Por último, melhores condições estruturais e de recursos humanos que facilitem melhor desempenho e qualidade em MGF.

ROM - Considera o conteúdo curricular de MGF adequado às necessidades da especialidade?

ML - Se tivéssemos em conta o novo Programa de Formação, relativo aos quatro anos propostos, considero adequado.

ROM - Como avalia a formação e as alterações ao Internato?

ML - Poder-se-á pensar em dois tipos de formação: a formação complementar, em que nos preocupa essencialmente a Qualidade, tendo em vista que o Programa já está elaborado e a aguardar a sua aprovação pelo Ministério da Saúde; e a Formação Médica Contínua, que reputamos de fundamental e imprescindível para o desempenho da qualidade a que os utentes/doentes têm direito.

ROM - Que reflexos terá a criação do internato único no que se refere à MGF?

ML - Continuamos a ter uma atitude expectante e positiva, esperando fazer um balanço a curto prazo.

ROM - Considera adequada a separação, no que se refere à formação, dos médicos hospitalares dos médicos de MGF? Vão existir de facto carreiras muito distintas ou considera que continuarão a existir pontos de contacto?

ML - Na realidade, embora conceptualmente, existe uma separação no que se refere à formação; na prática, deverá insistir-se na «interface» entre as várias especialidades e níveis de cuidados de saúde.



Eulália Calado

Presidente da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria; Directora do Serviço de Neurologia Pediátrica do Hospital D. Estefânia; Coordenadora do Núcleo de Spina Bífida do Hospital D. Estefânia

Os meninos dos PALOPS

A Janine é uma menina de 18 anos que vive actualmente numa enfermaria dum Serviço de Pediatria de Lisboa. Veio há um mês de S. Tomé, directamente do aeroporto da Portela para o hospital e não conhece ninguém em Portugal. Mesmo o português tem muitas dificuldades em falar e compreender...

Embora tenha a idade de outros adolescentes dispersos pelas enfermarias, a Janine não está propriamente internada. Acompanha o filho Ronaldo, de 18 meses, com uma macrocefalia descomunal, tetraparésia, epilepsia e amaurose, uma desnutrição gravíssima e um atraso global profundo, e irreversível, do desenvolvimento. Traz consigo um pedido de evacuação urgente, dum médico cooperante, datado de Abril de 2004, ou seja de quase há um ano atrás.

O Ronaldo teve uma meningite bacteriana aos 6 meses, complicada por uma hidrocefalia que evoluiu durante 11 meses, com danos neurológicos irreversíveis. Foi colocada uma derivação ventrículo-peritoneal e a mãe, informada do risco eventual de disfunção da válvula, recusa agora voltar ao país de origem com a criança. Não acredita que, em caso de urgência, o seu filho consiga ser transferido em tempo útil, apesar dos vários voos semanais que já ligam S. Tomé a Portugal...

Esta é apenas uma história-tipo das dezenas referentes aos meninos que anualmente recebemos dos PALOPS, sobretudo Cabo-Verde, Guiné e S. Tomé, num estádio em que já muito pouco conseguimos fazer por eles...

O mais grave é que na maioria dos casos os médicos locais, apesar dos seus fracos recursos, fizeram um diagnóstico e um encaminhamento atempados, só que os meninos se perderam na inoperância e burocracia de ministérios e embaixadas.

Raro é o mês em que não tenho de me defrontar com uma destas mães-coração, completamente extenuadas, após uma longa batalha para consegui-

rem fazer chegar o seu filho à terra da salvação e dizer-lhes que já é demasiado tarde, apesar de todo o tratamento que lhe possamos oferecer. São olhares de incredibilidade e desalento mas já secos de lágrimas, que me acusam de lhes estar a roubar a esperança de voltar a ter um filho saudável. No entanto não arredam pé, negras e silenciosas junto dos seus meninos, observando atentamente os cuidados diferenciados que diariamente são prestados ao ser a que se dedicaram por completo nos últimos meses. Frequentemente outros filhos ficaram nas suas terras, com familiares próximos ou afastados, mas desses elas aceitam desistir por tempo indefinido em prol do menino doente. Com tratamentos tão sofisticados é difícil acreditar que não vai melhorar e durante muito tempo acalentam a esperança de ser o seu mau entendimento do português o responsável pela gravidade da notícia...

A ausência de apoio das embaixadas dos respectivos países a estes casos é a regra e durante o longo internamento sobrevivem à custa do hospital, da solidariedade dos profissionais de saúde e dos familiares das outras crianças.

Aquando da alta ficam sempre com uma ou duas consultas agendadas a curto prazo e ninguém sabe muito bem para onde é que eles vão. Uma coisa já todos nós sabemos, é que eles nunca mais vão voltar aos seus países. Faltam frequentemente às consultas, porque não há dinheiro para os transportes...

Mais cedo ou mais tarde acabamos por nos reencontrar no Serviço de Urgência ou numa enfermaria (os Centros de Saúde costumam recusá-los por estarem ilegais), habitualmente com uma infecção respiratória grave, facilitada pela situação de clandestinidade e de extrema pobreza. Lá vem mais um longo internamento, uma sucessão de cuidados médicos altamente sofisticados e mais um reforço na já forte convicção da mãe que não regressará a África com aquele filho, a quem tão pro-

fundamente se ligou, em detrimento de todos os que lá ficaram.

Rapidamente entramos num ciclo vicioso de recusa hoje e cedência amanhã da declaração médica para o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, para prorrogar a estadia duma criança quase sem vida de relação e duma mãe completamente desenraizada. Sem sabermos bem como, temos o nosso menino com uma derivação ventrículo-peritoneal já com múltiplas revisões, devido às condições "in extremis" em que a primeira foi colocada, pelo menos uma intervenção ortopédica à luxação paralítica da anca, uma ou várias fracturas patológicas secundárias à osteopénia da imobilização e dos anti-epilépticos entretanto administrados, uma gastrostomia, ventilação nocturna e eventualmente proposta para cirurgia da grave escoliose, que entretanto foi desenvolvendo.

Não é preciso ser-se economista da saúde para nos apercebermos que os custos despendidos com estas crianças são imensos, suportados pelo nosso Serviço Nacional de Saúde e com resultados em regra frustrantes.

Todos estamos a contribuir para manter a quase eterna desresponsabilização destes países, relativamente à saúde das suas crianças. Aceitamos que não tenham recursos para as tratarem, mas pelo menos que implantem medidas eficazes para uma detecção e evacuação rápidas das situações médico-cirúrgicas urgentes, que nós possamos resolver com sucesso, reenviando rapidamente estes meninos para junto das suas famílias.

A manter-se a situação actual mais não nos resta, pelo menos aos médicos ainda a trabalhar em hospitais públicos, do que continuar a oferecer a muitos meninos dos PALOPS cuidados paliativos diferenciados...

Março de 2005



Maria Teresa Neto

*Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
Hospital de Dona Estefânia*

Escrever no feminino

Porquê editar um número da Revista da Ordem dos Médicos preenchida com artigos escritos apenas por mulheres? Alguém se lembrou de ter uma iniciativa semelhante em que os únicos colaboradores fossem homens? Ou eles são sempre os que escrevem e isto é um incentivo às mulheres? É para as destacar de algum modo? Dar-lhes visibilidade? Oportunidade? Esta “discriminação” é positiva ou negativa? E se nos lembrássemos de editar uma revista com artigos escritos apenas por crianças? Ou crianças do sexo masculino? Ou feminino? Ou de mulheres de raça negra? Isto não devia ser dito porque é politicamente incorrecto. Não sei bem porquê porque basta ter os olhos abertos e saber ver, para perceber que os seres humanos são todos diferentes e que uns de nós têm a pele mais branca, outros mais preta ou mais amarela, foi assim que nascemos – racismo é não poder falar da cor – se os meus antepassados tivessem nascido numa zona tórrida eu seria de raça negra se admitirmos que isso é resultado de uma adaptação evolutiva que passou a fenotipo. Deus não previu que colocar seres humanos em zonas diferentes da Terra iria criar problemas porque uns iriam apanhar mais sol do que outros. Os do sul do hemisfério norte e os do norte do hemisfério sul ficariam com pele morena e olhos bem escuros para poderem suportar e ver o seu sol; outros, do norte do hemisfério norte, ficariam feios de pálidos, de modo a absorverem todos os raios solares disponíveis e de olhos muito claros, para poderem ver nos dias de 24h sem luz; outros ficariam meio misturados – os da Lapónia e os da Patagónia, irmãos a viver em sentido oposto, com pele intermédia, mais iguais dentro da sua diferença.

Mas, voltando ao assunto que aqui nos trouxe, admito que esta iniciativa de editar uma revista escrita por mulheres,

seja um acto de discriminação positiva. E porquê? Porque conseguir que mulheres escrevam a pedido é uma vitória, porque a mulher tem sempre falta de tempo. Por muita igualdade que reconheçamos nos nosso lares, da educação que demos aos nossos homens – os que captámos para viver connosco e os que criámos de raiz – mesmo aceitando que podemos estar no computador e eles na cozinha, que quem fez o jantar foi o filho e quem levantou a mesa foi o pai; mesmo que tenha sido o pai a fazer as compras e o filho a trazer a roupa da lavandaria, mesmo assim, a nossa sociedade continua a ser uma sociedade patriarcal ao contrário do que habitualmente se considera. Tão patriarcal como no tempo dos meus avós em que quem punha e dispunha eram as minhas avós. Os avós eram os patriarcas mas o papel que lhes cabia era o de efectores (a palavra não existe mas com ela quero dizer “os fazedores efectivos”). Tal como agora. Eles fazem alguma coisinha mas quem determina o que há para fazer são elas. Nunca se viu uma mãe justificar a falta do pai numa consulta de pediatria mas é frequente ver o pai justificar porque é que a mãe não está presente. E eventualmente será mesmo o médico a estranhar a ausência da mãe. Porquê? Porque a mãe é que sabe os sintomas do filho. O pai dirá “A minha mulher diz que ele tem...”

Se o país fosse governado por mulheres melhor iriam as coisas. A mulher é mais sensata, tem mais capacidade de resolver mais assuntos ao mesmo tempo, tem maior sentido prático da vida, consegue decidir pela positiva, eliminar o supérfluo, ver a longo prazo. Tem também uma prática enorme de resolver problemas. Todos os problemas são resolvidos pelas mulheres – os da família nuclear, os da família alargada, os das amigas e dos amigos, os das vizinhas e dos vizinhos, das empregadas, da tia da

amiga e do colega do marido. Por isso a mulher não tem nunca tempo disponível. Nem para resolver mais problemas – o que ela nunca confessa, aceitando sempre o encargo de mais um – nem para si própria, que é a maneira de dizer que está mesmo aflita. Habitualmente o homem não entende o conceito “Não ter tempo para si própria”. Para ele, isso significa que a mulher não tem tempo de ir ao cabeleireiro ou para ir comprar vestidos. É o maior engano. Essa expressão quer dizer apenas que a mulher não tem tempo disponível para parar e pensar, para ler um livro sossegada ou mesmo para ver um filme na televisão sem ficar com um enorme peso de consciência por não estar a fazer aquilo que devia – arrumar a roupa, falar com a filha, ouvir os problemas do filho.

Há um vislumbre de liberdade um pouco mais tarde na vida, quando a vida ainda é muito bela (algum período não é?). É um tempo que apesar de bom se quer curto, em que todos os filhos já saíram do ninho e ainda não há netos. Claro que há famílias em que isso nunca acontece. Há sempre filhos e, ainda estes são pequenos, já há netos. Nunca há descanso para as mulheres porque a responsabilidade é continuada. Quando têm oportunidade para descansar já a velhice não permite outros desvarios que o de ficar sentada a olhar para o passado. Mas mesmo a essas avós não deve ser dada a reforma porque são muito boas para contar histórias e deve ser-lhes dada essa ocupação.

Pronto. Está bem. Aceito! O homem também tem (alguma) importância na sociedade. Serve para amar a mulher. Que melhor papel do que este? É de enorme importância porque a mulher só consegue fazer tudo aquilo de que se falou porque ele existe. Estejam atentos porque da próxima vez a revista é vossa.

Extratos do diário da missão de emergência ao Sry-Lanka

29/12/04 – 30/01/05

...

Faltam menos de 24 horas para o Ano Novo, e aqui estou eu, naquilo que foi, até à pouco, um destino turístico e agora com milhares de mortos e não sei quantos milhares de desalojados.

O meu estado de alma é confuso. Feliz por estar, mas com muita angústia por tudo o que não vou poder fazer.

...

No trajecto para a missão pudemos observar a destruição junto à costa.

Casas, muros até de betão, árvores etc. Tudo se amontoa junto à berma da estrada.

Dá uma tristeza enorme ver as famílias a rebuscar nos destroços na esperança de encontrar algo familiar.

...

O armazém e a farmácia foram montados na capela. Ao lado temos o nosso quarto que, para meu espanto, tem casa de banho, não posso descrever é o estado dela, mas também não interessa nada. Depois de uma boa barrela já



está apresentável. As camas são de campismo e com caixas de medicamentos e rede de janela fizemos um abrigo contra os nossos amigos voadores.

...

A aproximação com os religiosos e a população local foi muito fácil.

É um povo simpático e educado. As crianças e os jovens são lindíssimos. Têm um sorriso e uns olhos absolutamente fascinantes.

A empatia estabelecida foi tão grande que vim para ajudar e sou ajudada. Como não tínhamos loiça, deram-nos pratos, copos, alguidares e até um fogão.

O almoço é comum no refeitório dos padres e freiras que estão nesta missão.

A comida é ótima mas muito condimentada. Tem ainda o pormenor que é tudo comido à mão o que realmente não me faz diferença nenhuma.

...

É oficialmente Dia de Reis mas não tenho árvore de Natal para arrumar. É 1 hora da manhã e finalmente estou deitada.

No último dia que escrevi no diário, interrompi devido a uma chamada de urgência. Às três da manhã fui ao pavilhão de zinco ver um idoso com falta de ar. Estava com um quadro de insuficiência cardíaca descompensada. Levámos o doente para o hospital mais próximo mas, infelizmente, faleceu.

Foi o primeiro óbito. Chorei de raiva e frustração. Não é justo, depois de tudo o que a Natureza Mãe fez, nós e a ciência também pouco podemos fazer.

...

Hoje fomos a Galle, onde existe uma fortaleza iniciada pelos portugueses.

Se eu achava que esta zona estava muito destruída, o caminho até Galle não tem descrição. O mar varreu tudo a mais de 500 metros à sua frente. Não há pedra sobre pedra.

Os barcos estão todos encalhados em terra, alguns aparen-

temente recuperáveis, a maioria destruídos. O comboio que descarrilou e em que perderam a vida mais de 1.500 pessoas foi hoje recolocado nos carris e retirados os últimos cadáveres. O cheiro é nauseabundo.

Vi filas intermináveis de desalojados para receberem apoio alimentar. Mas o que mais me surpreende é que não vi uma única organização humanitária a trabalhar no terreno. Tanta ajuda mas aonde está ela?

Apesar de tudo os desalojados desta missão têm três refeições quentes por dia e os nossos serviços médicos.



Grande parte dos doentes não precisam propriamente de medicação. Nota-se perfeitamente que nos procuram pela atenção e carinho que lhes oferecemos.

...
Simpatia é o que não falta nesta gente.

É difícil olhar que não se receba um sorriso.

Continuo maravilhada com as crianças deste país. São lindas com uns olhos expressivos e sorrisos de encantar.

Tenho muitas saudades da minha fofinha. Vou tentar telefonar.

...
Ontem fomos fazer consulta a uma casa de rapazes. São órfãos ou crianças abandonadas.

Os padres responsáveis são franciscanos e o ditado «pobreza franciscana» aplica-se aqui lindamente:

As crianças são cerca de 90 das quais vimos 60. Andam descalças, as roupinhas são velhas e encardidas. Os dormitórios são muito pobres e dormem duas crianças em cada cama, onde mal cabe uma. Os mais velhos dormem em esteiras no chão da varanda.

Graças a Deus que a AMI aprovou um projecto para a re-



modelação do alojamento com três pisos.

No fim da consulta as crianças juntaram-se todas e agradeceram. Foi comovente...

Tanto desperdício de um lado e tanta carência do outro...

...
Hoje provavelmente será o último dia que escrevo alguma coisa.

A rotina está estabelecida: consulta, farmácia, cozinhar, lavar, estatística, etc.

Vou partir mas parte do meu coração vai continuar com esta gente que me recebeu tão bem e a quem, apesar de todo o esforço, dei tão pouco.

Merecem muito mais.

A missão foi um êxito mas muito está por fazer.

Tenho fé que com esforço e empenhamento a vida desta gente volte ao normal. Eles merecem...

Fátima Ferreira - Especialista em Medicina Geral e Familiar

Desafios em cuidados paliativos: intervir no sofrimento e promover a dignidade

Os inegáveis progressos da Medicina ao longo do século XX contribuíram bastante para que a questão da cura da doença ganhasse enorme relevo na prática clínica mas, ao mesmo tempo, retiraram importância à intervenção fundamental do médico no sofrimento associado à doença. No caso específico de um período de grande vulnerabilidade e importância para os doentes e famílias como a doença terminal, existem normalmente associados um conjunto de problemas – não só físicos – que determinam sofrimento de intensidade diferente para aqueles que a vivem. A resposta a estes problemas, a este sofrimento, nos seus diferentes cambiantes, passa pelos cuidados paliativos. Impõe-se, pois, revisitar o problema do sofrimento humano, da promoção da dignidade e das estratégias concretas de que os médicos e os profissionais de saúde em geral se podem socorrer para não abandonar aqueles que tratam.

É frequente ouvir estes doentes dizerem que “não têm medo de morrer, têm é medo de sofrer”. O problema do sofrimento é central para estes doentes e para os que os acompanham (Cassel, 1991; Singer, 1999; Steinhauer, 2000). Se não se entender, tanto quanto possível, o que é para eles fonte de sofrimento, se não se souber reconhecê-lo, dificilmente se poderá dar uma resposta integral às suas inquietações e medos. Convém sublinhar que este esforço dos cuidados paliativos na resposta ao sofrimento gerado pela vivência da doença terminal não deve ser interpretado como sendo sinónimo de o suprimir na íntegra ou de, para o fazer, acabar com aquele que sofre. Os cuidados paliativos não pretendem assumir para si um “domínio pleno do sofrimento”, numa atitude de triunfalismo e onipotência desajustados. É desejável, por

um lado, esgotar os meios técnicos de intervenção no sofrimento humano mas, por outro lado, compreender e aceitar que, como seres humanos, como profissionais de saúde, não detemos o poder absoluto sobre as opções e as atitudes de terceiros.

O sofrimento, de acordo com Cassel (1991), define-se como um estado específico de distress que ocorre quando a integridade de uma pessoa é ameaçada ou destruída. A intensidade desse sofrimento é medida nos termos do próprio paciente, à luz dos seus valores, das suas vivências, das suas crenças e recursos, enfim, de uma multiplicidade de factores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa e ao mesmo tempo única para cada indivíduo que o experimenta. O sofrimento é sempre vivido por pessoas e não apenas por corpos e, como tal, ultrapassa os aspectos físicos da doença. Como refere António Barbosa num recente artigo (2003), “o sofrimento não é um sintoma nem um diagnóstico, mas uma experiência humana muito complexa. A dicotomia corpo/mente é um obstáculo para o alívio do sofrimento”.

No caso dos doentes com doenças crónicas e incuráveis, existe infelizmente evidência clara (SUPPORT, 1995; Steinhauer, 2000; Pincombe, 2003), de que o sofrimento associado ao período terminal da vida é frequentemente negligenciado e subtratado pelos profissionais de saúde.

Muito tem sido feito para intervir no percurso da doença e para controlar os sintomas – há excelentes progressos técnicos ao nível da analgesia, dos tratamentos de radio e quimioterapia, para citar apenas alguns. No entanto, e voltamos a sublinhar, continuam a registar-se obstáculos no reconhecimento e na intervenção sobre o sofrimento

dos doentes terminais. Tal acontece, em grande parte, pela dificuldade que a maioria dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos, continua a ter na identificação do distress existencial, componente significativa do mal estar humano (Rosseau, 2001).

Existem estudos bem sistematizados (Singer, 1999, Steinhauer, 2000, Powis, 2004) que mostram que diferentes grupos de doentes terminais valorizam positivamente o controlo sintomático mas, no entanto, atribuem um valor equivalente ou superior e muito significativo a aspectos como a manutenção de algum tipo de controlo da situação, o não sobrecarregar a família, a comunicação com o seu médico assistente, o fortalecimento das relações inter-pessoais, a preparação para a morte e a oportunidade de atingir um certo “sentido de dever cumprido” e “uma paz interior”. Curiosamente, estas questões não recebiam a mesma valorização por parte dos médicos, que se centravam sobretudo nos aspectos físicos da doença.

Este desfazamento é, como já dissemos, observado largamente na prática clínica e nunca é demais ressaltar a importância de uma formação científica rigorosa nestas matérias – onde se inclui imprescindivelmente a área das competências básicas de comunicação – pois só assim os profissionais estarão aptos a dar a resposta que doentes e famílias deles esperam.

Como dissemos, se os cuidados paliativos se reclamam como uma intervenção no sofrimento associado à doença terminal, - e apesar da complexidade do conceito de “sofrimento” – teremos que clarificar o mais possível quais as vertentes que ele encerra. Tentando sistematizar esta temática, apontamos alguns aspectos que são habitualmente considerados (Cassel, 1991; Singer, 1999; Steinhauer, 2000; Kuhl, 2002; Gameiro,

2003; Powis, 2004) como as principais fontes de sofrimento para os doentes terminais:

- perda de autonomia e dependência de terceiros
- sintomas mal controlados
- alterações da imagem corporal
- perda de sentido da vida
- perda da dignidade
- perda de papéis sociais e estatuto
- perda de regalias económicas
- alterações nas relações interpessoais
- modificação de expectativas e planos futuros
- abandono

As perdas, na sua vasta diversidade, representam aqui uma ameaça real à integridade do indivíduo, em áreas que vão do físico ao psicológico e espiritual, e acentuam o seu sofrimento. Como a realidade do sofrimento é individual e pessoal, há sempre a necessidade de considerar aspectos únicos e particulares em cada caso.

Cicely Saunders, fundadora do movimento moderno dos cuidados paliativos, introduziu o conceito de “dor total” (Twycross, 2003) para chamar a atenção para a multidimensionalidade da dor e do sofrimento. Aquilo que causa sofrimento num doente pode não necessariamente causar sofrimento noutra, num seu familiar ou no profissional que o apoia. A subjectividade será sempre um factor com o qual os que acompanham estas situações devem contar, o que não os deve impedir de buscar tantos aspectos objectivos causadores de sofrimento quanto possível.

De acordo com Kissane (2000), um dos autores que mais recentemente tem investigado nesta área, o sofrimento existencial associado à doença terminal é um estado de distress no indivíduo que se confronta com a sua mortalidade, que resulta de sentimentos associados de impotência, futilidade, perda de sentido, desilusão, remorso, medo da morte e de disrupção da identidade pessoal. Sobressaiem aqui as questões da perda de sentido que, na literatura sobre esta matéria em cuidados paliativos (Breitbart, Chochinov, Kissane, Kearney, Khul) são também

referenciadas como sofrimento espiritual, síndrome de desmoralização, desespero (hopelessness), perda de dignidade.

Um facto interessante é a riqueza de informação que nos leva a distinguir esta situação de sofrimento existencial do diagnóstico de depressão. Um doente desesperado e em sofrimento não tem que estar necessariamente deprimido e, como tal, a abordagem não será sempre a mesma, nomeadamente, no recurso aos fármacos antidepressivos. Um doente terminal deprimido apresenta, por norma, perda do prazer relativo ao momento presente e do prazer antecipatório, enquanto que o doente desmoralizado conserva o prazer relativo ao disfrutar do momento presente (Kissane, 2000). Existem mais alguns critérios que contribuem para o estabelecimento do diagnóstico de depressão no doente em fim de vida: humor depressivo mantido, ideação suicida, perda de interesse, insónia, reactividade aumentada, culpabilização e remorso, entre outros (Doyle, 2004).

Os cuidados paliativos têm como objectivo “permitir que os doentes morram com dignidade” (Chochinov, 2002, Enes, 2003, Kissane, 2003). A necessidade de clarificação de um conceito tão vasto como o de “dignidade” é, por isso, crucial, até porque outras intervenções de intenção diametralmente oposta, como é o caso da eutanásia e do suicídio assistido, reclamam também para si a mesma ideia.

Dignidade é definida como “a qualidade ou estado de se ser valorizado, honrado ou estimado” e ainda com expressões que remetem para “orgulho”, “valor próprio” e “respeito” (Street, 2001; Kissane, 2003). Esta será seguramente uma definição que representa um ponto de partida e que, na prática com doentes se enriquece e reveste de aspectos tão diversos como “sentir-se tratado como pessoa”, “exercer controlo”, “ter um sentimento de pertença” “relacionar-se”, “manter a individualidade” (Enes, 2003). Existem, ainda, é claro, aspectos peculiares que são próprios de cada indivíduo. Mais uma vez, a dignidade, para os doentes, envolve as-



Isabel Galriça Neto

Médica de Cuidados Paliativos; Equipa de C. Continuados; Centro de Saúde de Odivelas; Docente da Faculdade de Medicina de Lisboa

pectos que abrangem o conforto físico, e a consideração das suas perspectivas psicológicas, espirituais, culturais e sociais. É, por isso, uma conceito a ser abordado de forma holística. Por outro lado, segundo a mesma referência, emerge no discurso dos doentes uma dimensão relacional da dignidade, que se constrói através da interacção com os outros.

Na apreciação que os doentes fazem do conceito de dignidade existe também a necessidade de equilíbrio balanceado entre os diferentes domínios apresentados, que pode variar em função do momento e das necessidades do indivíduo.

Para muitos doentes a noção de dignidade está ligada à ideia de que a sua essência permanecerá para além da morte, à ideia de que serão lembrados pelos seus entes queridos e, dessa forma, permanecerão “vivos” neles e através deles.

Têm existido tentativas de esquematizar os diferentes domínios da dignidade, sem prejuízo de preservar toda a individualidade que o conceito encerra e à luz do que a experiência com doentes em fim de vida tem revelado. Chochinov (2002) apresenta trabalho relevante nesse campo e preconiza 3 domínios a serem tidos em conta no conceito de dignidade:

- preocupações relacionadas com a doença
 - preocupações relacionadas com o eu – “dignity conserving repertoire”
 - preocupações relacionadas com o meio social – “social dignity inventory”
- Por exemplo, dentre as preocupações relacionadas com a doença destacam-se aspectos como o medo da dor, de outros sintomas, ansiedade; a angústia face ao futuro e à incerteza, o medo da morte, a manutenção da autonomia funcional e a participação nas tomadas de

decisão.

Já no segundo grupo (dignity conserving repertoire), destacam-se áreas como a manutenção de papéis e orgulho próprio, a manutenção da esperança realista – concretização de expectativas, a apreciação da narrativa de vida e o incentivo a Viver no presente – “carpe diem”.

Quanto às preocupações com o meio social, compreendem sobretudo aspectos como as fronteiras de privacidade, nomeadamente ao nível dos cuidados prestados, a garantia de apoio social, o acautelar sobrecarga dos cuidadores e a resolução de assuntos não resolvidos. Sobre o sentido da vida no âmbito dos cuidados paliativos, importa destacar o trabalho de Breitbart, fortemente influenciado pelos escritos de Viktor Frankl e pela logoterapia, uma psicoterapia por ele criada centrada na busca do sentido para a vida (Frankl-2004).

De acordo com Webb (2000), na fase terminal de uma patologia prolongada, a saúde poderá ser entendida não como a ausência de doença mas sim como a possibilidade de encerrar a existência de forma apropriada, dando um sentido à vida que resta viver. Encontrar um sentido para a vida, mesmo quando se vive uma doença terminal, passa por ter a convicção, por sentir, que se está a cumprir um papel e um fim que são únicos, numa vida que traz consigo a responsabilidade de ser vivida plenamente, de acordo com o potencial humano de cada um. Dessa forma, poder-se-á atingir uma sensação de plenitude, de paz interior e até mesmo de transcendência.

Como dizia Frankl na sua obra de referência, o sofrimento existencial advém frequentemente da liberdade e da capacidade de exercer a responsabilidade pessoal pela própria vida, da capacidade “dolorosa” de ter que fazer escolhas.

À luz do preconizado por aquele psiquiatra, podemos dizer que as três principais “fontes de sentido na vida” derivam de:

- Criatividade (actividade laboral, realizações e feitos, envolvimento em causas, por exemplo)
- Experiências vividas (contacto com a

natureza e a arte, vivência das relações humanas, do amor, do desempenho de certos papéis)

- Atitude que se escolhe face ao sofrimento e aos problemas existenciais

O trabalho de Breitbart (2002) com doentes terminais aponta para o facto de que a posse de uma elevada sensação de bem estar por se ter encontrado um sentido para a vida, funciona de algum modo como protector face à depressão e à valorização negativa de outros sintomas, como a fadiga. Num outro grupo de 160 doentes oncológicos terminais, a existência de bem estar espiritual representou como que uma protecção contra o desespero e o desejo de antecipar a morte. (McClain, 2003)

Existe sofrimento que decorre de contextos e circunstâncias passíveis de serem mudadas. No entanto, existem outras circunstâncias que não temos possibilidade de mudar – uma doença crónica e incurável, por exemplo. Nesses casos, somos desafiados a mudar-nos a nós próprios. Face à crise que o confronto com a doença terminal representa, um ser humano doente pode ou não ser capaz de encontrar um sentido positivo para essa vivência, pode ou não ser capaz de encontrar uma explicação e aceitá-la, porque faz sentido. Não é invulgar na nossa prática profissional deparar-mo-nos com relatos de pessoas que, apesar de muito doentes, encontraram um sentido positivo para essas vivências, que lhes proporcionaram, inclusivamente, crescimento interior.

A busca de sentido, juntamente com a “fé” – a crença num poder superior transcendente, não necessariamente Deus – serão os elementos-chave na base da definição de “espiritualidade” (Breitbart). Esta pode ser entendida como aquilo que nos permite, enquanto seres humanos, experimentar a transcendência da vida, aquilo que está para além de nós. Do que aqui fica dito, é patente que espiritualidade e religiosidade não são sinónimos, embora a prática da segunda possa integrar a primeira.

De alguma forma, poderá parecer que, tendo partido da questão do sofrimen-

to existencial, caminhemos em círculos. Em nosso entender, isso acontece porque, ao falar de dignidade, de busca de sentido, de desmoralização e desespero, estamos a abordar conceitos cuja fronteira é ténue e que partilham entre si aspectos comuns ligados à espiritualidade humana. Estaremos talvez, a percorrer círculos concêntricos cuja área se vai alargando. Minorar o sofrimento humano na doença terminal, promover a dignidade, combater o desespero, passa por fomentar a espiritualidade, naquilo que de mais sublime e íntimo define a condição humana. Não esquecendo nunca os aspectos físicos do sofrimento, assumimos a unidade indissociável de “corpo e espírito”, ultrapassando uma falsa dicotomia que se tem revelado, como referia Barbosa (2003) desadequada à realidade humana.

Uma parte substancial do trabalho de investigação até agora realizado com os doentes que, estando em fim de vida, pedem para morrer (Chochinov, 1998; Kissane-2000; Breitbart-2000, 2002), evidencia que, mais do que o problema do descontrolo sintomático, são as questões de perda de dignidade e sentido que são invocadas nos pedidos de eutanásia e de suicídio assistido. Se outros motivos não existissem, este bastaria para justificar a importância de suspeitar e identificar estas situações, para se poder traçar um plano de cuidados global e intervir adequadamente, de modo a evitar medidas de índole tão dramática.

Do que aqui fica dito queremos destacar que, na prática dos cuidados paliativos, o respeito pelo valor da vida humana e o alívio do sofrimento são valores inalienáveis e fundamentais. Como tal, e na procura de um Rigor e Qualidade Assistencial cada vez maior, cabe aos médicos aprofundar as suas aptidões numa área que tanto impacto tem na Vida daqueles que acompanham.

Nota: este texto corresponde a uma adaptação de parte do conteúdo incluído no livro “Dignidade e sentido da vida: reflexões sobre a nossa existência”, da Editora Pergaminho, publicado em Dezº 2004



Merlinda Madureira

O direito à diferença faz parte integrante da igualdade

Não interessando, aqui e agora, aprofundar porque é que a escolha para lugar primeiro na sociedade recaiu sobre os homens, é um facto que a diferenciação social entre o Homem e a Mulher serviu vários esquemas de poder no qual se incluem os das diversas religiões (Deus criou o Homem à sua semelhança e dele retirou uma costela para criar a Mulher...). Não interessando também, aqui e agora, abordar as mais do que descritas discriminações de que a Mulher foi alvo ao longo do tempo, interessa destacar o papel de vários grupos de mulheres na luta pela aquisição de direitos que culminou com a declaração de igualdade entre homens e mulheres na maioria das Constituições (pelo menos das ocidentais...). Será, contudo, que essa declaração tem reflexo real nos vários países em que é anunciada? Para o sabermos temos que, antes de mais, definir quais são os critérios de igualdade. Serão universalmente aceites os direitos hu-

manos e os direitos de cidadania, nos quais se incluem a igualdade no acesso à educação e à formação, à saúde, ao emprego, à independência (económica, social,...), à satisfação pessoal, à satisfação profissional, aos lugares de chefia... Como possível primeira resposta à questão, sei agora que o XVII Governo Constitucional de Portugal integra sómente duas mulheres num elenco de dezasseis ministros. Não estando a defender, por ser contrária, o estabelecimento de quotas de acesso seja a que fôr, parece-me ser esta uma prova da desigualdade de oportunidades que terá ocorrido em uma qualquer etapa da formação de homens e mulheres deste país. Se assim não fosse, a distribuição de lugares seria naturalmente, sem quotas, mais equilibrada em todos os patamares de decisão com o esperado reflexo na composição da Assembleia da República e do Governo da República. Como é ainda longo o caminho a percorrer até uma definiti-

va igualdade, gostaria que ele fosse percorrido, por homens e mulheres, com a crença de que faz parte integrante da igualdade o direito à diferença. Parece-me que se esse direito à diferença não fôr respeitado, se corre o risco de não atingirmos o objectivo da igualdade, ou então de alguma forma o “ultrapassarmos”, ficando o poder masculino substituído por um poder feminino, o que igualmente criaria discriminações. Como mulher e como médica, tenho que dizer que é no sindicalismo e não no exercício da profissão, que me tem sido possível viver esta igualdade de direitos com todo o direito à diferença. Já que, num futuro muito próximo, a profissão médica terá significativamente mais mulheres do que homens, e dado o papel central desta profissão na sociedade, julgo que deve ser ela um dos alvos primários na luta pela conquista desta igualdade e que essa luta deve ser começada por um espírito a incutir pelas Escolas Médicas.

Dia da Mãe

Não espero por Maio
Para te cantar minha mãe
Nem tudo o que me deste
E os sacrifícios que fizeste
Também!

Em cada dia do ano,
No meu coração,
Está a tua imagem querida
Pela Simples razão
De me teres dado
E ensinado
A VIDA!

Mãe

Venha, mais uma vez, dizer-me adeus
Num gesto muito breve e só ternura.,
Como um bater de asas rumo aos céus
Onde não há mais dor nem amargura.

Eu quero, ainda, ouvir a sua voz
Sentir o seu calor, o aconchego,
Que acabem a sua ausência tão atroz
E as lágrimas que choro mas não nego.

Se há ressurreição em cada morte
Que a dor que sinto em mim e é tão forte
Se sublime pelo que me deu um dia

Poesia

— Através do seu sangue como herança
E por educação desde criança —
Este incrível AMOR PELA POESIA!

Ofélia Bomba
Médica Psiquiatra
In «Poemas do Rato Morto»
e «A Porta de Reixa»

A epidemia da obesidade e a mulher do século XXI



Luísa Raimundo

Assistente Graduada de Endocrinologia do Hospital Garcia de Orta; Secretária-Adjunta da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo

A sociedade dos obesos

A obesidade é um gravíssimo problema de saúde pública, tendo vindo a atingir proporções epidémicas nas últimas duas décadas. Estima-se que existam em todo o mundo mais de 1 bilião de adultos com excesso de peso (índice de massa corporal – IMC - > a 25 Kg/m²) e que pelo menos 300 milhões destes são obesos (IMC > a 30 Kg/m²). É uma entidade muito complexa do ponto de vista pessoal e social que atinge todas as idades e grupos sócio-económicos. A morbilidade e mortalidade associadas à obesidade constituem um importante problema de saúde pública.

O consumo excessivo de alimentos hipercalóricos, com níveis muito elevados de açúcar e de gorduras saturadas, associado à redução da actividade física têm contribuído de forma significativa para o crescimento alarmante da obesidade.

O excesso ponderal e a obesidade são responsáveis pelo risco aumentado de diabetes tipo 2, doença cardiovascular, hipertensão arterial, acidentes vasculares cerebrais, doenças osteoarticulares, doença hepática (esteatohepatite não-alcoólica que pode evoluir para cirrose hepática) e algumas neoplasias. Especificamente nas mulheres, constituem um risco acrescido para o cancro da mama e do endométrio. Associam-se ainda à deterioração da qualidade de vida e à redução da esperança média de vida e da morte precoce (i.e. antes dos 65 anos de idade).

Não são menos relevantes os efeitos psicológicos e sociais da obesidade, em particular nas mulheres. De acordo com a Associação America de Obesidade, quando comparadas com os homens obesos, as mulheres são mais prejudicadas e discriminadas em termos universitários e laborais. Têm ainda mais dificuldades no relacionamento social pois vivem numa sociedade que valoriza a magreza como padrão de beleza.

Qual é a situação em Portugal?

A situação é igualmente preocupante.

Admite-se que mais de metade da população portuguesa tem excesso de peso. Embora o número de obesos nos últimos 10 anos não se tenha alterado de forma significativa verificou-se um aumento de indivíduos com excesso de peso de 32% para 37%.

Relativamente à obesidade infantil, estudos recentes mostram que 32% das crianças entre os 7 e os 9 anos têm excesso de peso ou obesidade, o que nos coloca entre os países europeus com prevalência mais elevada.

Curiosamente, é nos países do sul da Europa que tinham tradicionalmente uma alimentação mais saudável, de tipo mediterrânico, que se observa um aumento mais significativo da taxa de obesidade ou excesso de peso.

As respostas a algumas questões podem ajudar a melhor compreender a problemática da obesidade em Portugal.

Será que todos os portugueses

comem mal? Será que todos sabem o que é uma alimentação saudável? Porque é que abandonaram a alimentação tradicional?

Embora nem todos os portugueses se alimentem de forma incorrecta, uma percentagem muito significativa come mal. A melhoria das condições de vida das últimas décadas e a migração do campo para as cidades contribuíram para o abandono da alimentação tradicional conduzindo à adopção de novos hábitos alimentares prejudiciais para a saúde.

Uma alimentação saudável e equilibrada deve ser variada e incluir alimentos dos vários grupos nas devidas proporções:

- As hortaliças, os legumes e a fruta representando cerca de 40% do peso da ração diária
- As leguminosas, a batata, o arroz, a batata e o pão devem ser de consumo diário e representar 30% da ração
- O leite e produtos lácteos devem ser consumidos diariamente com moderação
- O peixe e a carne deverão ser utilizados em pequenas quantidades, e sempre mais peixe do que carne.
- Gorduras consumidas em quantidades mínimas que permitam a confecção, sendo dada preferência ao azeite
- Doces consumidos excepcionalmente, em ocasiões especiais e não diariamente

Muitos portugueses alimentam-se mal sem que disso tenham consciência. É pois indispensável que a informação correcta esteja e

seja acessível.

Se a família não tiver acesso à informação correcta, não poderá ensinar as suas crianças a comer de forma equilibrada. Na maior parte das famílias portuguesas a organização das tarefas domésticas, nomeadamente a programação das refeições depende da mãe, o que implica que as mulheres têm um papel preponderante na qualidade das refeições de todo o agregado familiar.

Nos centros urbanos a maioria das mães trabalha fora de casa e têm pouco tempo para preparar refeições completas com sopa, legumes, peixe e fruta, recorrendo com frequência a soluções mais rápidas (fast-food e pré-cozinhados) e aparentemente menos dispendiosas, mas mais ricas em gordura, açúcares e muito mais calóricas.

A necessidade de informação deve ser extensiva às escolas, cantinas e refeitórios pois nos tempos actuais o almoço raramente é feito em casa.

A indústria alimentar e a informação publicitária

Não é isenta de responsabilidades em todo este processo a indústria alimentar. Através de publicidade muito agressiva, veiculando ideias incorrectas, promovem o consumo dos seus produtos hipercalóricos, ricos em gordura e açúcar, como sendo “os mais saudáveis”, “os mais saboro-

sos” ou “os mais energéticos”. Não existe intervenção nem informação eficaz por parte das autoridades de saúde nem pelas entidades reguladoras dos conteúdos publicitários.

O principal alvo são as crianças e adolescentes que passam cada vez mais tempo inactivos em frente à televisão. A televisão é não só uma fonte de informação e de entretenimento mas é também um forte meio de transmissão de comportamentos e valores. É frequentemente utilizada a imagem da mulher no seu papel de mãe, bonita e elegante, a oferecer de forma atractiva bolos, bolachas, cereais, alimentos ricos em chocolate, sumos, a incentivar o seu consumo, até mesmo como substitutos das refeições tradicionais.

“Qual é a mãe que não quer o melhor para os seus filhos!”, “Quais são os filhos que duvidam da comida da mãe!”.

As compras, em particular nas grandes superfícies exigem a máxima atenção, para evitar cair nas várias armadilhas que estão preparadas para apanhar os consumidores menos atentos. É difícil resistir à forma atractiva como estão dispostos os produtos ditos “light” ou os alimentos hipercalóricos nas prateleiras ou à forma estratégica como são colocadas as guloseimas (chocolates, pastilhas, rebuçados, etc) junto às caixas de pagamento onde a con-

sumidora, muitas vezes cansada e esfomeada, irá quase obrigatoriamente cair em “tentação”.

Se depois da árdua tarefa das compras conseguiu escapar a tudo isto será que o consumidor vai resistir ao ataque final e passar indiferente pelos hamburguers, batatas fritas, pizzas ou gelados ?

Combate à obesidade

A obesidade não um problema exclusivo de um país. A obesidade é um problema de âmbito mundial. O combate à obesidade exige medidas estratégicas globais que devem desincentivar fortemente o consumo de alimentos hipercalóricos, promover a actividade física, tratar as co-morbilidades associadas e promover a perda de peso. Em prol do bem comum e da saúde de todos, exigem esforços conjuntos de vários actores da sociedade nomeadamente as autoridades sanitárias, o poder político, a comunicação social e a própria indústria alimentar.

Dado o ainda papel central da mulher na aquisição e confecção dos alimentos, dado o papel fulcral na educação alimentar dos filhos, a mesma imagem da “mãe que deseja o melhor para os filhos e para a família” deveria ser utilizada para promover uma alimentação saudável para ajudar a reverter um problema de tão difícil resolução.

OBESIDADE E MULHER - Ideias Chave

Prevalência muito elevada

Risco acrescido de cancro da mama, do endométrio e ovário(?)

Discriminação universitária e laboral

Efeitos psicológicos mais graves do que no homem

Reduzido tempo actual para preparação de refeições completas e correctas

Papel fulcral da mulher na aquisição e confecção dos alimentos hipercalóricos

Papel central na educação alimentar das crianças e adolescentes

Falta de rigor e controlo da publicidade dirigida à população feminina

As compras hipercalóricas nas grandes superfícies

O Conselho Disciplinar... Um novo desafio, no feminino?

Ser Mulher, ser Mãe e ser Médica com uma responsabilidade acrescida pelo desempenho de funções no Conselho Disciplinar da Ordem dos Médicos. Como conjugar todos os papéis? Este foi o desafio que me foi proposto para a elaboração deste artigo. Devo dizer que o “agarrei” com alguma dificuldade, pois é minha convicção de que o facto de ser mulher não influencia a atitude que tenho relativamente à minha prática como médica e como membro do Conselho Disciplinar.

Assumindo no entanto como sempre e muito claramente a condição de mulher, irei como é natural centrar-me no papel de Médica, com toda uma vivência de prática clínica em contexto de Centro de Saúde, e com todo o “peso” (leia-se responsabilidade) do novo cargo que exerço na Ordem dos Médicos.

A relação médico-doente adquire para o Médico de Família características muito específicas, que passam por uma relação afectiva em que se assume o papel de “cuidador” e “amigo”, nem sempre facilmente dissociável do papel de Médico “tecnicista” que exige tão somente um raciocínio rápido, objectivo e racional.

O facto de lidarmos com o doente no seu contexto sócio familiar, percebendo as suas amarguras, contextualizando a dor ou o sofrimento *naquele doente e naquela família*, permite uma abordagem que envolve necessariamente aspectos de índole médica, cultural e afectiva.

O consentimento informado assume neste contexto características muito peculiares, ao percebermos que as palavras que utilizamos terão que ser necessariamente adequadas àquele doente. Num meio rural e fabril, como aquele em que trabalho, este facto é fulcral no relacionamento médico-doente.

No “jogo” diário com a vida e a morte,

e com o sofrimento dos nossos doentes, torna-se por vezes difícil conseguir a decisão certa no momento certo.

Sinto que a minha opinião sobre tudo o que tem a ver com as questões éticas e deontológicas está alicerçada numa prática clínica de Médica de Família moldada por uma realidade de interior progressivamente despovoado e sem outros recursos de saúde para além da Instituição em que trabalho. Ora nos é exigido que assumamos uma relação de certo modo mais afectiva com os nossos doentes, ao perceber como a sua condição de desempregado está a condicionar toda a sua situação clínica, ora temos que estar aptos a tratar a situação de verdadeira emergência do nosso doente que está a fazer um enfarte ou que acabou de sofrer um acidente de trabalho na fábrica. Esta dicotomia no nosso papel de médico exige uma sensibilidade que ultrapassa do meu ponto de vista aquilo que se considera como característica estritamente feminina. É isso sim, moldada pela realidade em que exercemos a nossa prática clínica, pelos nossos valores e atitudes.

Admito no entanto que, muitas vezes o papel de *mulher mãe* e também *mulher companheira* se esbatem um pouco nesta necessidade premente de um bom desempenho da minha actividade como médica, mas esse é um risco assumido, por vezes com alguns momentos de inquietação, compensados desde logo por um sólido ambiente familiar, estruturado pela compreensão daqueles que melhor do que ninguém entendem, porque me conhecem, a minha necessidade de realização profissional e de cumprimento dos deveres. Ela é inerente à profissão que escolhi – só se pode ser médico quando se gosta do que se faz e quando se gosta de fazer bem feito.

O desafio das novas funções que aceitei, constituíram o corolário de um conjunto de noções teóricas relativas à convivência entre o Direito e a Medicina, nem sempre entendida pelos directamente interessados como “pacífica”.

O gosto pela legislação que se relaciona com a prática médica levou-me, há alguns anos, de regresso aos bancos da Universidade de Coimbra, desta feita da Faculdade de Direito, para realização da Pós-Graduação em Direito da Medicina, curso que me facultou variados conhecimentos, grandes ensinamentos e uma nova perspectiva sobre a relação da Medicina com o Direito.

Este conjunto de ensinamentos permite hoje em dia entender a prática médica com outros olhos: com o olhar de quem junta as peças das noções teóricas, lembrando as acérrimas discussões entre juristas e médicos durante o curso, e as peças mais sinuosas da nossa prática clínica, construindo o puzzle com maior ou menor dificuldade de entrosamento.

Uma abordagem ainda necessariamente escassa dos processos existentes a nível do Conselho Disciplinar, permitiu constatar a importância da relação médico-doente em todas as suas vertentes: uma, estritamente clínica e racional quando se põe em causa uma prática médica que não seguiu as *legis artis*, outra, do domínio cognitivo, que questiona muitas vezes o simples facto de não terem sido explicados ao doente os riscos que corria (chamando a atenção para a importância de obter um consentimento informado) ou outra ainda do domínio mais afectivo, quando aquilo que o “queixoso” refere são motivos de ordem relacional, como a necessidade de um pedido de desculpas que lhe era devido, ou o respeito pela sua dignidade humana (traduzido em gestos simples tantas vezes esque-

cidos...).

A responsabilidade médica é hoje em dia uma responsabilidade ética, mas também uma responsabilidade jurídica, pelo que é fundamental perceber a importância das leis que regulamentam a prática médica e que assumem elas próprias um carácter orientador e não tão dirigista como poderíamos pensar, permitindo de algum modo a sua interpretação à luz do contexto da prática médica. É fundamental no entanto investir no conhecimento da lei, zelar por boas práticas médicas e pelo cumprimento das normas éticas da nossa profissão. Da observação atenta de outros processos existentes no Conselho Disciplinar, percebe-se com alguma mágoa, o quanto por vezes é esquecida a *solidariedade de classe* entre nós médicos, pondo em causa princípios deontológicos fundamentais. É obviamente necessário esclarecer que esta solidariedade não poderá nunca assumir-se como justificação para se perpetuarem más práticas médicas, mas deverá tão somente constituir um elo de ligação entre os vários médicos, que leve a que o médico se escuse, sempre que possível, a emitir opiniões mal fundamentadas junto do doente, relativamente a actuações de outros colegas. É fundamental que nós médicos tenhamos a noção dos nossos limites enquanto humanos, saibamos partilhar *entre pares* as nossas dúvidas e inquietações e saibamos aprender com o erro.

A ética e a deontologia adquirem uma importância crescente nos dias de hoje também na profissão médica.

O paradigma da prática médica está a mudar.

O *consentimento informado* constitui hoje em dia um dos pilares essenciais da nossa prática clínica e que, muito mais do que um formato espartilhado e muito bem redigido em papel próprio (bem dactilografado mas tantas vezes ilegível para muitos dos nossos doentes), deverá isso sim, assumir-se como um motivo para um diálogo franco e aberto, numa linguagem clara e acessível, que seja facilmente entendida e compreendida por *aquele doente* e que vise a partilha de informação e o esclari-

recimento de possíveis dúvidas acerca do diagnóstico e de tudo aquilo que temos para lhe oferecer ...

Por vezes lamentamo-nos da atitude algo subserviente dos nossos doentes, ao quererem desesperadamente passar-nos a responsabilidade do seu estado de saúde, mas nem sempre estamos dispostos a abrir mão do poder que temos (*ou julgamos ter*) ao decidir por eles. Estaremos nós preparados para abdicar do paternalismo médico, por vezes tão cómodo?

A nossa actuação deverá assentar sempre no respeito pelo outro e pelo seu *direito à autodeterminação e responsabilização*. Estes princípios envolvem o dever de verificar se o doente ficou esclarecido, se lhe foi transmitida toda a informação considerada relevante, sob pena de estarmos a lesar um direito fundamental, já que a necessidade de prestar esclarecimento e de obter o consentimento informado se assumiu actualmente, na opinião de vários peritos, como um aspecto integrante da boa prática médica.

O doente tem poder de decisão! O plano terapêutico deverá ser negociado e a tomada de decisão partilhada, através de uma boa relação médico-doente. Hoje em dia a nossa postura enquanto médicos deverá inserir-se numa atitude de respeito pela autonomia dos nossos doentes e na partilha de informação.

No curso de Gestão de Unidades de Saúde recentemente concluído, percebi a importância da definição de *Missão* no contexto estratégico das organizações. Diria que, na sociedade actual, é útil parar e reflectir: Qual é a nossa *missão* enquanto médicos? Esta reflexão afigura-se como inevitável. Penso que a resposta passa muito pelo conceito ancestral de *"cuidar do doente"*... Se me é permitido continuar na lógica do pensamento estratégico, pergunto-me de seguida qual a *visão* desejada pelos médicos *para os médicos* enquanto grupo profissional ... qual é a força de motivação para o nosso desempenho e para a nossa prática clínica? Arrisco no conceito lato de *"respeito absoluto pela vida humana"*.



Almerinda Rodrigues

Médica de Família e Directora do Centro de Saúde de Castanheira de Pera; Presidente do Conselho Disciplinar da Secção Regional da Zona Centro da Ordem dos Médicos

São estes os valores que nos norteiam! É este o nosso Juramento!

Os conceitos referidos assumem-se como chave da nossa prática clínica, no respeito pelas *legis artis*, pedra basilar daquilo que somos – *Médicos!* – e garante de uma boa prática médica.

Ser Médico(a) permite desde logo lidar com pessoas nas mais variadas vertentes, sendo que, pessoalmente me sinto enriquecida pelo facto de ter podido em determinada altura enfrentar mais um desafio – o da direcção do Centro de Saúde, assumido numa perspectiva de *mudança*. Percebi a importância de lutar por uma causa em que se acredita, investir nas relações interpessoais, na valorização do desempenho das pessoas, na organização do trabalho em equipa no que respeita a perceber a *missão* - o que somos e o que fazemos - e a *visão*, que sentimos como o orgulho em pertencer àquela Organização no contexto das outras Organizações.

O exercício de tarefas multifacetadas no dia a dia passa por uma boa gestão do tempo definindo prioridades, pelo gosto por tudo o que se faz, tentando compensar o stress e aceitando os desafios, numa constante descoberta de novos caminhos.

É minha convicção de que o Conselho Disciplinar deverá ser o garante do cumprimento das normas éticas e da boa prática médica, assumindo claramente uma vertente pedagógica da aprendizagem com o erro, procurando identificar os factores que contribuíram para que o desempenho médico não fosse o esperado.

O compromisso é com a ética, a deontologia, a dignidade dos doentes e a dignidade da nossa profissão, na defesa da Classe e na firme convicção de que vale a pena.

O Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais – retrato de uma associação

No início da década de 80 foram colocados nos Hospitais Distritais centenas de especialistas de várias áreas da Medicina que revolucionaram a actividade assistencial e científica nesses Hospitais. Vários gastrenterologistas iniciaram, então, as suas funções nos Hospitais Distritais, deparando-se com condições totalmente adversas à prática da sua especialidade. Com efeito, a maioria dos Hospitais eram “herança” das Misericórdias, com uma função assistencial “caritativa”, onde os médicos passavam pouco tempo e não havia uma tradição de vivência hospitalar. Não existia o equipamento necessário à realização de técnicas endoscópicas, nem instalações para as executar ou enfermeiras para colaborar na sua realização. As Direcções dos Hospitais não se adaptaram facilmente a esta “invasão” e não proporcionaram, em tempo útil, as necessárias condições de trabalho, que iriam melhorar consideravelmente as condições assistenciais em regiões periféricas, cuja população ficava assim relegada para cuidados médicos de qualidade inferior à dispensada nos grandes centros. De realçar que estes cidadãos “de 2ª categoria”, correspondiam (tal como hoje) a cerca de 75% da população portuguesa.

As más condições de trabalho levaram alguns a regressar aos Hospitais Centrais, outros a lutar por alterar a situação existente. Entre estes, é justo destacar o Dr. Vasco Trancoso que, em 1984, após contactos estabelecidos durante o IV Congresso Nacional de Gastrenterologia, em Junho, e o Congresso Internacional de Gastrenterologia, em Setembro, escreveu uma carta aos gastrenterologistas dos Hospitais Distritais, convocando-os para uma reunião que se realizou nas Caldas da Rainha, em 29/11/1984. Nesta reunião,

a que compareceram 11 gastrenterologistas representando 8 Hospitais Distritais, foi formalizado o NGHD com os seguintes objectivos principais:

Promover a defesa dos interesses profissionais dignificando o exercício da GE nos H.D., quer salvaguardando o correcto atendimento dos doentes, quer os direitos dos médicos.

Representar os serviços de GE dos HD e defender os seus interesses junto dos Órgãos de Soberania, Sociedades Médicas, etc.

Incentivar a colaboração científica e/ou clínica entre HD de molde a que estes desempenhem um papel significativo no panorama da GE Nacional.

Colaborar na definição duma política global de Saúde para os HD, quer no que diz respeito à Carreira Médica Hospitalar e regionalização da Saúde, quer no que diz respeito às condições mínimas de instalação, equipamento e funcionamento, para um trabalho responsável.

Posteriormente, em 1985, foram aprovados os estatutos e realizou-se o processo eleitoral para os primeiros corpos sociais.

À data da sua fundação, o NGHD era constituído por 28 sócios pertencentes a 18 Hospitais Distritais. Dez anos depois tinha 115 sócios efectivos, 14 sócios eventuais e 2 sócios honorários, de 33 Hospitais e 1 Centro de Saúde. Actualmente, constituímos cerca de 1/3 dos gastrenterologistas do país e garantimos a assistência em Hospitais cuja área de atracção engloba 75% da população portuguesa. Graças à iniciativa e ao esforço pioneiro daqueles que, há 20 anos, criaram o NGHD, as nossas condições de trabalho e a qualidade da assistência prestada à população mu-

daram radicalmente.

O dinamismo do NGHD nos seus primórdios é bem traduzido pelo programa da sua 1ª Reunião Anual, em Novembro de 1985, em Castelo Branco. Aí foram apresentados vários casos de iconografia endoscópica, entre ao quais, o 1º caso descrito em Portugal de “Estômago em Melancia”, pelo Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Setúbal. Foram ainda propostos protocolos de investigação multicêntricos, em diversas áreas.

No VIII Congresso Nacional de GE, em Junho de 1988, no Porto, foram apresentados os resultados do registo de cancro digestivo em 1987, um estudo epidemiológico multicêntrico que envolveu 18 Centros de GE dos HD. De realçar que este registo de cancro digestivo foi pioneiro no nosso país, já que as Comissões Oncológicas iniciaram as suas actividades apenas em 1988.

Outros estudos multicêntricos têm sido realizados ao longo dos anos, cumprindo um dos princípios fundamentais que justificaram a fundação do Núcleo, claramente expresso na Acta da 1ª Reunião, realizada nas Caldas da Rainha, em 1984.

Actualmente o NGHD está envolvido num protocolo multicêntrico transversal sobre a realização da colonoscopia nos HD, vai iniciar um protocolo prospectivo multicêntrico sobre registo do carcinoma hepatocelular e colabora com o Clube Português do Pâncreas num registo retrospectivo da pancreatite aguda, cujos resultados serão apresentados na IV Reunião das Sociedades Mediterrânicas de Pancreatologia, em Outubro de 2005, em Lisboa.

Uma vertente que caracterizou a acção do NGHD desde a sua criação foi a preocupação com os aspectos sindicais/profissionais relacionados com a prática da GE nos HD. Assim, logo em 1984, foi realizado o primeiro inquérito sobre as condições de trabalho dos gastroenterologistas nos HD, o qual revelou de forma expressiva as graves carências ao nível das instalações, equipamento, e recursos humanos (médicos e de enfermagem), assim como a deficiente cobertura da urgência de GE.

O mapa da situação dos Serviços de GE nos HD foi sendo periodicamente actualizado, encontrando-se publicado no GE - Jornal Português de Gastrenterologia de Março/Abril 2004 a última actualização, efectuada em 2003. A análise dos resultados dos inquéritos realizados evidencia o notável progresso alcançado nos aspectos clínico, técnico e científico dos Serviços que constituem o NGHD, a importância que estes passaram a ter na formação de novos especialistas e o seu enorme contributo para o engrandecimento da gastroenterologia portuguesa, apesar da sobrecarga do trabalho assistencial e das precárias condições para o desenvolvimento de uma actividade de investigação regular.

Infelizmente, a resposta efectiva da tutela aos problemas que ainda subsistem tarda a verificar-se. De facto, falta um plano de saúde organizado e coerente, baseado no conhecimento das necessidades locais e das potencialidades dos HD, discutido e implementado com a colaboração dos profissionais que aí trabalham.

O NGHD foi pioneiro na unificação dos seus Centros através da respectiva informatização. Para tal muito contribuíram o protocolo que foi assinado entre a Smith Kline & French e o NGHD, em 1987, em Angra do Heroísmo, através do qual 22 Centros foram equipados com computadores, e o desenvolvimento do programa Gastro, de registo informatizado de endoscopias, impulsionado pelos Drs.

Carlos Pinho e José Soares. Este programa, instalado em todos os Centros que constituem o NGHD e várias vezes actualizado, permitiu a uniformização dos relatórios dos exames endoscópicos e a colheita de dados dos respectivos Centros. Posteriormente, foi substituído pelo programa actualmente em utilização em quase todos os Hospitais Distritais, desenvolvido pelo Dr. Paulo Caldeira, do Hospital de Faro. Sob o impulso dos Drs. Carlos Pinho e José Soares foi também proporcionada aos sócios do NGHD a possibilidade de frequentarem cursos de formação para utilizadores do sistema informático para endoscopia. Em 1989, no IX Congresso Nacional, foram pela primeira vez apresentados 3 trabalhos baseados nos dados obtidos através do registo nacional de endoscopias altas.

O contacto entre os sócios tem sido mantido através de Reuniões Regionais, muito dinamizadoras da apresentação da actividade científica local, frequentemente alargadas a outras especialidades e a médicos de família. Nestas reuniões efectuavam-se também as Reuniões dos Corpos Sociais do NGHD e, em alguns casos, foram também aproveitadas para apoiar alguns Serviços em aspectos profissionais ou nos seus conflitos com os respectivos Conselhos de Administração.

As Reuniões Nacionais (será realizada este ano, nas Caldas da Rainha, a XX Reunião Anual) constituem ocasião privilegiada para o encontro de todos, troca de experiências, e actualização de aspectos relacionados com o exercício da gastroenterologia em diferentes Hospitais, além da apresentação da actividade científica dos Serviços.

O Boletim do NGHD, editado pela 1ª vez em 1990, registado sob o nº ISSN: 0874-1255 no Centro de Publicações em Série do Instituto da Biblioteca Nacional e do Livro, tem um cunho informativo, científico e de lazer, veiculando entre todos notícias sobre a actividade dos vários Centros, das Reuniões



M. Isabelle Cremers

Assistente Graduada de Gastrenterologia do Hospital S. Bernardo, S.A.; Presidente do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais

ões Nacionais e Regionais, notícias sobre a actividade das Direcções e das Comissões, além da publicação dos estatutos, regulamentos, listas de sócios, etc. A vertente cultural tem estado também amplamente representada.

Mais recentemente, a página do NGHD na Internet veio substituir/complementar o Boletim, tendo sido renovada recentemente e dinamizada pelo Dr. António Curado do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha. Para além de uma agenda de Reuniões e Congressos, de notícias, tem um "quiz" mensal de casos clínicos e de casos "flash", que tem merecido a atenção de médicos dos HD, dos Hospitais Centrais, alunos de Medicina e até de alguns colegas de países de língua portuguesa.

O NGHD esteve presente em acções de sensibilização da população, nomeadamente na sensibilização dos adolescentes para os problemas relacionados com o álcool e os vírus das hepatites, numa acção conjunta com a APEF em 2003. Esta acção de formação teve uma boa aceitação por parte das escolas e dos alunos e a actual Direcção do NGHD estabeleceu contactos com o Instituto Português da Juventude no sentido de reeditar esta iniciativa. Outra vertente, a do rastreio e prevenção do cancro colorrectal, o NGHD tem participado na campanha lançada pela SPED, nomeadamente em Mirandela, Faro, Funchal e Setúbal.

A actividade científica do NGHD conheceu uma outra vertente com a publicação recente de 3 livros, editados pelo NGHD e escritos pelos seus associados: "Hepatites Víricas", "Doença do Refluxo Gastroesofágico" e "Controvérsias em Gastrenterologia". Estes livros foram objecto de um Pro-

toocolo entre o NGHD e as Universidades do Minho (Escola de Ciências da Saúde / Licenciatura em Medicina) e da Beira Interior (Licenciatura em Medicina). O protocolo oficializou a cedência àquelas Universidades dos livros editados pelo NGHD, tornando-se estes bibliografia aconselhável e preferencial para os alunos. A actual Direcção está empenhada em dar continuidade a esta parceria com as Universidades do Minho e da Beira Interior, estando em curso a edição de 2 novos livros: "Patologias gastroenterológicas frequentes na criança, na grávida e no idoso" e "Urgências em Gastroenterologia". O NGHD participou também no programa do 4º ano

do Curso de Medicina da Universidade do Minho, em 2004, através da realização de Seminários por vários especialistas dos Hospitais Distritais.

A actual Direcção do NGHD, tendo tido conhecimento da existência de uma associação congénere em França, a "Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux généraux (ANGH)", estabeleceu contactos com a Direcção da mesma. A ANGH recebeu com entusiasmo a nossa proposta de colaboração e troca de experiências, estando desde já programadas a participação mútua nas respectivas Reuniões Anuais. Esta parceria poderá constituir a base para a

formação eventual de uma federação europeia dos gastroenterologistas de hospitais com características idênticas às dos hospitais que constituem o NGHD e a ANGH.

Como se pode ver pelo exposto, o NGHD é uma associação dinâmica, que pretende representar os seus associados, pugnando pela melhoria constante das suas condições de trabalho e pelo melhor aproveitamento dos recursos humanos e técnicos dos Hospitais Distritais, e promover o desenvolvimento da gastroenterologia no nosso país, incentivando a colaboração clínica e científica entre os Hospitais e entre estes e outras instituições de saúde.

Papel das mulheres na Ordem dos Médicos



Ana Barros

*Médica de Família no C. S. Gorção Henriques – Leiria;
Presidente do Conselho Distrital de Leiria da O.M;
anamabarros@netcabo.pt*

Numa revista que vai ser dedicada a assuntos ligados à Mulher, foi-me pedido um pequeno apontamento acerca do papel da mulher na Ordem dos Médicos.

Analisando a composição das listas do último acto eleitoral, verificamos, que a sua participação já é significativa, ainda que sempre em número inferior ao dos Médicos.

Este facto à primeira vista parece estranho dado que o número de Médicas ultrapassa o número de Médicos.

Mas se pensarmos que o trabalho da mulher não se esgota com as tarefas de ordem profissional, se pensarmos que as restantes tarefas nem sempre são partilhadas talvez se perceba o porquê da sua aparente menor disponibilidade. E as Médicas não são excepção...

Por outro lado, as mulheres sempre foram postas à margem dos órgãos de gestão, de decisão, de representação. Senão vejamos a constituição do novo Parlamento que conta apenas com 21% de mulheres e o novo governo, em que a representação feminina não vai além dos 11%.

Será que numa classe como a nossa este facto histórico continua a pesar?

Certamente que sim.

No entanto apesar dos obstáculos, preconceitos, condicionamentos, não podemos esquecer a responsabilidade das próprias mulheres, em todo este processo.

Muitas vezes os factores atrás apontadas, e sobretudo na nossa classe, não são mais que meras desculpas. É cómodo e tentador deixar que outros pensem por nós, tomem as decisões, sejam os responsáveis.

Mas há indícios de mudança, quer na nossa Ordem, quer na sociedade em geral.

Nas eleições de Dezembro último, foi eleita pela primeira vez uma mulher para presidir a uma secção regional.

Foi eleita pelas suas capacidades e não por qualquer tipo de cotas, conceito que me parece ridículo e até ultrajante para nós.

Pelas suas competências, pelo seu dinamismo, pela sua capacidade de intervenção e actuação, penso que deve ser estimulada a participação de um número cada vez maior de Médicas na vida da Ordem dos Médicos, assim como defendendo uma maior participação de mulheres noutros sectores da sociedade.

A vida é feita de desafios e de conquistas e esta deverá ser também uma conquista futura!

Mulheres na Terra



Manuela Reis

Assistente Hospitalar de Radiodiagnóstico;
Vogal do Conselho Disciplinar Regional Sul da OM

Entre análises de curvas velocimétricas, avaliação de microcalcificações mamárias e a leitura da última participação chegada ao Conselho Disciplinar (CD) Regional do Sul da Ordem dos Médicos, na qual uma utente dum Centro de Saúde expõe a sua indignação por ver uma médica pentear-se no seu gabinete, o meu pensamento recua até à década de 80.

Iniciei o curso de Medicina em 1980 e, como tantos jovens estudantes de Medicina, cheia de sonhos e idealismos. A sedução da investigação no departamento de anatomia alternava com o sucesso da genética molecular e com as fascinantes aulas práticas de Imunologia Clínica.

Perante as habituais oscilações de pensamento algo perturbantes quando a pressa da juventude exige uma decisão eis que surge uma disciplina do 4º ano, marcante: Radiodiagnóstico. Inicialmente parecia, numa análise simplista, consistir apenas em princípios físicos enfadonhos e monótonas imagens a preto e branco.

Contudo, quando comecei a estudar atentamente esta disciplina que, à época, se resumia à avaliação dos diferentes órgãos e estruturas por radiologia convencional (a ecografia e a TAC davam os primeiros passos em Portugal), esta área da Medicina revelou-se especialmente interessante.

Nas excelentes aulas práticas que tive aprendi o desafio do diagnóstico diferencial que, para mim, se revelou como a fase mais interessante da prática médica. Exigindo conhecimentos básicos sólidos aprendi que a radiologia põe à prova a capacidade de raciocínio, paciência, persistência e trata de conciliar o saber de várias origens (medicina, física e informática, para citar as mais importantes) de modo a desvendar a hipótese de diagnóstico mais provável (qual Mrs. Marple desvendando o crime!).

A decisão estava tomada. Nos primeiros dias de Janeiro de 1994, ao iniciar o internato de Radiodiagnóstico ouvi, em tom irónico e depreciativo, esta frase: “mais

duas mulheres na Radiologia... até já perderam o medo das radiações!”. Quem o disse, mal sabia que no terceiro milénio o número de mulheres estudantes de medicina excede bastante o de homens. Porém, na Radiologia há um equilíbrio percentual entre os dois sexos.

Não é politicamente correcto falar das melhores aptidões ou vantagens dum sexo sobre o outro. Por isso, sendo assumidamente polémica, quero dizer que penso que as mulheres na Medicina têm mostrado uma vantagem comparativa sobre os homens em vários domínios.

A capacidade organizativa das pequenas actividades domésticas, mais habitual no sexo feminino, bem como a conciliação de distintas tarefas, uma vez transpostas para a actividade profissional conduzem a um exercício mais amplo e metódico da actividade médica.

Por exemplo, afigura-se-me que é mais fácil às mulheres conciliarem o acto médico propriamente dito com as tarefas administrativas; elaborar protocolos simples e eficazes, preencher cuidadosamente diários clínicos e notas de internamento, bem como a elaboração de relatórios rigorosos são tarefas médicas fundamentais, e em que creio que as mulheres se saem particularmente bem. Cumprir bem estas tarefas não só representa uma rigorosa prática médica e clínica, como é crucial na defesa perante acusações injustas de utentes desequilibradamente exigentes, ignorantes ou até manipulados; como sabemos, hoje em dia, os bons resultados médicos individuais raramente fazem notícia, enquanto os problemas abrem os noticiários.

Vão longe os tempos em que a relação médico-doente tinha por base a confiança simples e sólida –também ingénua, por vezes– sem interferência de ruído externo. Hoje temos que ter uma nova postura no nosso quotidiano profissional.

Entidades novas em Portugal no sector da saúde (administradores, gestores, seguradoras), muito preocu-

pados com custos e rendibilidade obrigam-nos a observar outras realidades. São necessários os registos das seringas utilizadas, das películas ou do antibiótico mais barato –mas que dêem as garantias adequadas, senão pode estar-se a prejudicar o paciente.

Em Janeiro de 2002 iniciei a minha actividade de vogal do Conselho Disciplinar. No primeiro dia de reunião, um dos colegas deste órgão brindou-me com a seguinte saudação: “finalmente o contributo feminino neste Conselho”. Interessante como esta citação contrasta com a de 1994, acima.

Desde logo, ser vogal do CD tem sido uma experiência desafiadora e tem-me permitido adquirir um outro olhar sobre a medicina, os médicos e os pacientes.

É justo assinalar que a experiência e a sabedoria dos colegas do CD, sempre galantes, muito têm contribuído para a minha nova postura (elogio ao sexo masculino!).

Tem-se reforçado a minha noção prévia e intuitiva de que o conhecimento técnico da área de especialidade de cada médico por si só não é suficiente para o cabal exercício da medicina na actualidade. Por exemplo, é cada vez mais importante ter conhecimentos doutras áreas do saber, como o direito, a contabilidade e a economia.

Como todos sabemos, até pela comunicação social, as declarações médicas, os atestados ou as certidões de óbito são documentos oficiais e legais, com vastas implicações, até para os médicos.

Independentemente da dimensão das unidades de saúde, a sua gestão por quem sabe de medicina e de economia é sem dúvida melhor do que a gestão subordinada a “pára-quadristas” recém-licenciados em gestão ou economia, nomeados sabe-se lá por que motivos (políticos? familiares? Com elevado desemprego entre os licenciados, as boas acções começam em casa...).

Enfim, se conseguir com estas linhas alertar os jovens médicos e estudantes de medicina para a necessidade de alargarem o seu leque de conhecimentos o mais cedo possível, terei atingido o meu primeiro objectivo. Exijam das faculdades que vos ministrem disciplinas de direito e gestão. A intuição e a experiência de vida do sexo feminino pode ser uma mais valia mas não forma, por si só, um conhecimento estruturado e suficiente para as exigências do muito complexo mundo moderno.

AGENDA

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

3rd European HIV Drug Resistance Workshop 31 de Março a 2 de Abril de 2005

Local: Atenas, Grécia

Contactos: Telef.: 218 422 700

Tabagismo, sua Prevenção e Cessação 4 de Abril a 28 de Junho de 2005

Local: Escola Nacional de Saúde Pública; Av. Padre Cruz, 1600-560 Lisboa

Contactos: Telef.: 217 512 100 Fax.: 217 582 754;

E-mail: tabagismo@ensp.unl.pt

Congresso de Psicologia Clínica sistémica intitulado “Nós e a doença crónica”

11 e 12 de Abril de 2005

Local: Auditório da Reitoria da Univ. de Coimbra

Contactos: Telef.: 239 851 453; 918 449 319;

E-mail: nusiaf@fpce.uc.pt

VI Encontro Coninbrigae Salus Cuidados Articulados

14 e 15 de Abril de 2005

Local: Hotel Tryp - Coimbra

Contactos: Telef.: 239 484 287 Fax.: 239 484 779;

E-mail: apmcb@mail.telepac.pt

EULAR 2005 – European Congress of Rheumatology

8 a 11 Junho de 2005

Local: Viena (Áustria)

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

Tel.: 222043590 - Fax: 222043693

11th World Congress on Pain 21 a 26 de Agosto de 2005

Local: Sydney, Austrália

Contactos: Telef.: 218 422 700

Ecco 13 - The European Cancer Conference 30 de Outubro a 3 de Novembro de 2005

Local: Paris, França

Contactos: congressos@geotur.com

Ser ou não ser, não é a questão!



Dulce Mendes

Este pequeno texto resulta de uma reflexão sobre um percurso que, acreditamos, é comum a muitas médicas. Fartas de ouvir tanto críticas como elogios feitos à nossa capacidade de desempenho, fartas de ler sobre as dificuldades de conciliação entre a vida profissional e familiar, fartas de grandes análises sobre a nossa fragilidade e humanidade, estamos no tempo certo para dizer a todos: parem com isso! Considerem-nos, no que é o nosso pleno direito! Como profissionais. Como cidadãs.

É evidente que este reparo não é para Colegas! Penso que, ao menos esses, não estabelecem estas diferenças e penso também que alguns nem sabem bem de que sexo somos, porque nunca puseram a questão dessa maneira. Mas, numa forma global e social, e apesar do aumento do número de médicas- mulheres, a forma de nos encararem é ainda, de certa forma, displicente.

É difícil ser médico? É. Para qualquer um, seja homem ou mulher. É difícil aguentar horários completamente anormais, horas extraviadas? É difícil aguentar a pressão dos doentes? É difícil aguentar as administrações? É difícil aguentar o desgosto das patologias que não tratamos? É difícil aguentar a perda, a morte, o sofrimento? É muito difícil, quer se seja homem ou mulher.

É muito difícil ser Médica/o neste País. Os tempos mudaram, vontades políticas e económicas alteraram o equilíbrio que existia entre médico e doente. Muitos de nós venderam-se, como dizia a minha Avó, por dez reis de mel coado. Outros prosseguiram uma luta que se torna cada vez mais inglória, mais perdida em cada dia que passa. Estamos todos a perder. Perderam os doentes mais do que nós.

E esta nova modernidade, esta forma nova de encarar a prática médica, importada directamente, sem qualquer adaptação à nossa cultura, à nossa maneira de viver, aos nossos hábitos e às nossas dificuldades, não é boa.

Não é também bom o nosso conformismo, a nossa apatia.

Também não é boa a nossa posição crítica de contrariar só porque é novo, porque não conhecemos, porque temos medo de não conseguir acompanhar, de sermos considerados antigos ou até obsoletos! Estamos realmente desmotivados, longe dos problemas estruturais, olhando para o próprio umbigo, mas isto acontece porque estamos cansados. Cansados de não vermos reconhecido o nosso trabalho; cansados de sermos mal pagos; cansados de carregar com as culpas que não temos; cansados de carregar todos com as culpas de alguns de nós; cansados de sermos os maus da fita, quando toda a gente sabe que não somos nós; tão cansados! Para não falar daquele cansaço diário, de fim de dia ou de noite, porque o trabalho é muito. Mas porque é que nós não descansamos? Porque é que nós não paramos, como fazem profissionais de outras actividades, que encerram a sua actividade laboral de forma calma e sossegada, até ao dia seguinte? Porque sabemos que fazemos falta, porque nos esquecemos tantas vezes de nós em prol dos outros, que isto se tornou um modo de estar na vida. Porque sabemos que não são ministros, secretários de estado, administradores, gestores e afins que sofrem com a nossa falta! Não são nem eles, nem as famílias deles! E ainda por cima acusam-nos de sermos corporativos! Então, e os enfermeiros? Os advogados? Os professores? (Paro aqui, senão esta interrogação iria ocupar espaço demais!) São o quê?

Novos tempos e novas lideranças surgem agora. Quero manter a esperança, quero acreditar que seremos os primeiros interlocutores em tudo o que à Saúde diz respeito! Quero acreditar que finalmente vão descobrir que não há sistema de saúde sem a nossa intervenção, sem a nossa competência e sem a nossa participação activa. Há mil e uma questões a resolver. E ninguém já tem dúvidas de que o caminho se faz caminhando, mas a par. Com os Médicos. Por isso, não me parece importante ser ou não ser de determinado sexo. Essa não é a questão.

A chegada da electricidade

Do vale do rio, no calor da planície transtagana evolava-se um cheiro vagamente acre e adocicado. “Tabaco!”, veio a explicação. Mais tarde iria perceber que o tabaco se alternava com o tomate e com o pêssego, na labuta para o ganha-pão dos meus doentes.

Da paragem à vila, lá no alto, ia um quilómetro. A camioneta à ida deixava os passageiros cá em baixo, e o resto, caso não houvesse ninguém à espera, trepava-se a pé, geralmente com bagagem. À vinda a camioneta não parava, pura e simplesmente. Já devíamos estar em funções, mas não havia onde ficar para os cinco médicos. Éramos quatro homens e uma mulher, três de nós já com família, que deixámos para trás. No ano anterior os colegas que fomos render tinham optado por ficar numa casa à beira da barragem, que não tinha electricidade. Mas nem essa estava já disponível.



Nessa semana cabia-me assegurar uma urgência, pelo que, sem carro ainda, me desloquei de camioneta. À vinda pedi boleia ao carro do leite, afim de regressar no último comboio para Lisboa. Havia que fazer duas horas de espera numa pastelaria, porque a estação, erma, não estaria sequer aberta. Abeirada a hora dirigi-me aos táxis. Não ganhei para o susto, tinha havido um acidente e não havia nenhum na praça. Ao cabo duns minutos, a sorte lembrou-se de mim e lá apareceu um motorista que me levou então à estação. Terminei a viagem no que devia ser o comboio de Chelas.

Ao fim dum mês continuava tudo na mesma. Propuseram-me uma casa pré-fabricada na cidade, num terreiro da feira dos ciganos. Recusei, tanto mais que o ambiente daquela cidade pequena me não agradava. Resolvemos então ficar na única casa que nos aceitou. Desde que eu ficasse, por uma questão de decência provinciana, a senhoria aceitaria também os quatro

médicos homens. Escolhi o quarto interior, cuja janela dava para um pátio também fechado, mas que tinha a vantagem de ser calmo e fresco, francamente desejável em pleno Alentejo.

Entrávamos pela loja, que com a vividez da proprietária, era uma sombra do comércio que fora. À escala, podia hoje dizer-se que tinha sido uma espécie de centro comercial da época. Vendia de tudo, desde a cânfora ao género alimentício. À beira do fim-de-semana enfileiravam junto à entrada os cestos com as lembranças dos nossos doentes. Coelhos, galinhas, legumes (um tesouro quando chegava o Verão)... Podíamos receber chamadas, mas não efectuar, porque a senhora não dispunha de contador. Não havia ainda bips, nem telemóveis e do serviço também não nos autorizavam o acesso ao telefone.

Fizemos a escala de bancos. Pela família e por alguma actividade profissional a que alguns ainda estavam obrigados, substituíamo-nos de forma a podermos prolongar o fim-de-semana em casa. O director clínico, residente numa vida inteira, tinha falecido no ano anterior. Geria assim a parte administrativa, também médica, o encarregado das máquinas da barragem.

A barragem ditava uma parte importante dos ritmos circadianos e ultradianos da vila. De Março a Novembro não havia água durante o dia. À noite corria então um fio, cuja pressão não dava para o esquentador (no 2º andar) acender. Jantávamos no hospital e, em plena digestão tomávamos um fio de duche frio. Na cabeleireira as cabeças eram lavadas com um regador. Quando o trabalho permitia, a barragem era uma alternativa para suprir o banho. Havia um telefone que tocava, se houvesse uma chamada de urgência. Saía rápido da água, enrolava a toalha à cintura e chegava em 5 minutos ao



Olívia Robusto
Médica Psiquiatra

hospital (nessa altura eu já tinha um carro). Era uma barragem grande, muito demandada para turismo, campismo e desporto. Para mim algo repugnante, por não gostar do chão lodoso das barragens (fonte de cortes em vários pés, que tínhamos depois de suturar na Urgência), e por estar sempre apavorada com receio das lampreias que se fixavam ao abdómen dos banhistas. Também era um elemento importante para alguma indústria. Uma fábrica de pneus fora comprada por um dólar pelos americanos que se deslocavam diariamente de táxi entre a cidade e a capital.

Estes condicionamentos e as noites de chamadas de urgência (quase todas as que eu lá ficava), acabariam por impedir que levasse a minha filha mais nova que tinha dois anos. Havia noites em que me levantava cinco, ou mais vezes. Saía e entrava e ainda lá estava a fila de mulheres, à beira do chafariz para encher os cântaros e garrafões, pelas mesmas razões de escassez de água.

Com a aproximação do Verão dávamo-nos conta das patologias sazonais. Primeiro foi a febre-de-malta, com contornos de endemia, (por alguma razão eu tivera tanto trabalho até chegar ao diagnóstico de brucelose numa síndrome febril indeterminada, logo no início do meu internato nos Civis, numa senhora dali, precisamente); depois uma ou outra febre tifóide, e por fim a rickettsiose. Pelo início do ano lectivo havia que verificar as imunizações. Não havia carro para a enfermeira de saúde pública se deslocar até nós. Fui à cidade, onde as verbas tinham sido gastas a arrancar as poucas árvores do centro de saúde, justificação que davam para não haver tuberculina.

No geral, quer novos, quer velhos, era uma população rural, mas muito neurótica, fruto do isolamento e das privações. O trabalho era sazonal, logo variável, e esse corte da monotonia era bom. Havia uma boa época de tomate e outra de pêssego. O engenheiro, irmão dum outro médico da região, mandava-nos uma caixa de suculentos pêssegos a cada um de nós; uma cortesia pelo atendimento que prestávamos aos trabalhadores. A região era boa também para o azeite, mas o mesmo enge-

neiro decidira arrancar um olival para plantar pés-de-vinha. Era uma paisagem agradável, e à ida, frequentemente de manhãzinha, havia que cortar o denso nevoeiro do vale do Tejo. Mas o que podia ser feito numa hora levava quase o dobro, pela ruína em que a estrada de atalho se encontrava, sobretudo na altura das chuvas, onde ficávamos atolados, quando insistíamos em encurtar caminho.

Cobríamos um raio de 30 km, pelos montes em redor, e com a nossa própria viatura, uma vez que não havia transporte local, nem viatura de serviço. Fazia parte da devoção, e excepcionalmente, condoíamos-nos e dávamos boleia para que algum medicamento mais urgente fosse atempadamente adquirido na única farmácia daquele universo.

Os postos e extensões eram todos diferentes. Às quartas, de Inverno, eu tinha uma acolhedora braseira de carvão à minha espera na sala de espera do consultório que remontava aos tempos da Reforma Agrária. Humilde, mas muito limpo e asseado, alumiado por um candeeiro de petróleo, caso me demorasse mais. As pessoas esperavam o tempo que fosse preciso naquele fim do mundo, onde eu levava também material de leitura para a rapariga da venda.

Às quintas rumava em sentido oposto. Também com uma única camioneta por dia, a população vivia ainda sem energia eléctrica. Corria o ano de 1981 e isto era o meu serviço médico à periferia. Os toques ginecológicos faziam-se à luz do “Petromax”, e o consultório era numas instalações mal adaptadas e cedidas já não sei por que instância.

Por isso, quando uma das nossas pacientes recaiu, naquilo que o povo dizia ser uma crise de histeria e eu só mais tarde vim a perceber que se tratava de um misto de epilepsia e alternância maníaco-depressiva (que hoje se chamaria de bipolar), eu tive que a enviar de urgência para Lisboa. E foi precisamente nessa semana que chegou a electricidade àqueles Foros, ao que por ironia do destino a Maria da Luz não pôde assistir.



Maria Leonor Almeida

Mas só um milagre

Hermínia era uma mulher analfabeta que apenas conseguia identificar na avaliação da sua capacidade visual a orientação das pernas do **E** para cima, baixo, direita ou esquerda, num rudimento literário comum a muitas outras mulheres da sua idade e condição.

O dia da consulta de oftalmologia onde recorria pontualmente de 6 em 6 meses, era um luxo a que não podia escusar-se, uma festa, sentia-se bem só de saber que a consulta estava próxima, marcada a tinta vermelha no livrinho que trazia sempre consigo como uma relíquia.

Era um ritual que a afastava de maus pensamentos, tomava banho, punha pó de talco, um bocadinho daquele perfume que o senhor amigo do filho lhe tinha oferecido pelos anos, caro e de cheiro exótico e ia ver a sua médica.

Pensava muitas vezes que só lá é que conseguia descansar dos seus problemas e a médica tinha razão quando lhe dizia que a vida não é uma linha recta e por isso teve coragem e até lhe confidenciou ter um filho muito querido, muito sensível, muito amigo, desde pequenino fazia dedicatórias em corações pintados a rosa no Dia da Mãe e era também muito “homemsexual” e se calhar estava doente por isso.

-Veja lá Doutora, aquele parvo, que não tem outro nome, anda doido com um cabeleireiro ordinário que lhe rouba o couro e o cabelo, tira-lhe tudo o que pode, até peças bonitas dessas de arte antiga, que eu

disso não percebo nada, mas devem valer bom dinheiro porque o malandro vende-as na feira da ladra por uma tuta e meia e num instante; veja lá foram oferecidas pelo senhor com quem o meu filho vivia antes; isso sim isso é que era um senhor à altura, amigo dele, fino, delicado, com bons modos para toda a gente fosse pobre fosse rico, olhe um homem mesmo bondoso, o que é que ele queria mais, doutorinha?

- Tinham uma casinha, que não é por ser meu filho, mas com tudo o que é bom, todos os electrodomésticos, até um frigorífico que fazia cubinhos de gelo quando se puxava uma alavanczinha de lado que até parecia bruxedo, e a casa de banho Dra? toda em mármore parecia um espelho, um sonho, com quadros nas paredes e tudo, desses caros. A Dra havia de ver, mas o que é que quer, deixou o bailarino, o senhor era até um homem importante num ballet qualquer de uma fundação onde trabalhava, acho que é assim que se chama, pois como ia dizendo... olhe falando mal e depressa, deixou um homem bom, um homem à altura por um chulo, um malandro que ainda o vai desgraçar.

- Diz que está apaixonado!!! onde é que já se viu uma coisa destas? por um malvado que só o faz infeliz, sempre a chorar, nervoso, sempre à beira do telefone, não se lhe pode dizer nada, eu sou mãe, dói-me ver aquilo.

O outro senhor até me levava a tomar chá a Cascais e almoçávamos fora todos os domingos, isso era

sagrado, como uma família normal, sempre em restaurantes caros, bons, tratava-me com consideração e prendas. Doutora até um perfume me ofereceu, desses caros, acho que se chama *Opium*, francês, percebe? E eu sempre a avisá-lo, tem cuidado filho, vê lá onde te metes, isso não é homem para ti, só te vai desgraçar, tão certo como dois e dois serem quatro, mas até já me responde torto, ele que era tão meu amigo... e outro dia disse-me que estava muito doente e que era uma doença má, contagiosa.

- Deve ter sido o malandro que lha pegou pois até desconfio que se droga, com aquele cheiro a tabaco forte, a barba por fazer, mal amanhado, até me dá ânsias, porque o outro senhor tinha um ar tão limpo, sempre tão asseado, podia ter lá essa tendência que a Dra percebe o que quero dizer, mas isso não é doença que se pegue, não acha Dra? Que eu de estudos posso não ter nada, mas esperta desde catraia que era viva que nem um alho e é raro enganar-me!

E médica respondeu:

- Deixe lá Sra. D. Hermínia, tenha calma, tem de o ajudar, tem de ter paciência com ele ainda mais agora que está doente. Olhe... pode ser que ele ainda volte para o bailarino.

- Isso?... Oh Deus a oiça Dra, Deus a oiça, as mães querem o melhor para os filhos, eu bem que rezo todas as noites um terço à Senhora de Fátima a pedir para ele voltar ao bom caminho e meter juízo naquela cabeça, mas só um milagre!

Faltam médicas em cardiologia...

O BBC News publicou recentemente uma notícia onde se refere que a falta de mulheres na especialidade de cardiologia está a prejudicar a qualidade dos cuidados prestados e da pesquisa científica nesta área. Esta notícia tem por base um relatório da British Cardiac Society que refere existirem apenas 7% de especialistas em cardiologia do sexo feminino e que só 17% das estudantes optam por essa especialização. O relatório em causa atribuía esta situação à discriminação sexual e ao facto das exigências da especialização tornarem difícil encontrar o equilíbrio entre trabalho e vida familiar. O relatório, que foi publicado no jornal Heart, referia a possibilidade de, a não se inverter esta situação, se tornar difícil manter elevados padrões de qualidade em cardiologia. Acrescentar a este relatório os dados de um inquérito efectuado junto das cardiologistas britânicas em que 43% afirmaram terem-se tido problemas por causa do género e 46% consideraram que ser mulher era prejudicial para as perspectivas de evolução na carreira. Adam Timmis, um dos autores do relatório, afirmou que não é apenas o problema de encontrar o equilíbrio entre o trabalho e a família que desmotiva as mulheres de entrar para a especialidade de cardiologia mas também «algumas das atitudes que ainda têm prevalência nesta especialidade dominada por homens». Alexander Macara, do National Heart Forum, considerou que esta questão necessita de uma análise urgente pois não se resume à cardiologia mas sim a todas as especialidades que envolvem horários de trabalho irregulares e exigências imprevisíveis. (para consultar a notícia do BBC News visite: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4265549.stm>)

FDA rejeita petição da Public Citizen

A Food and Drug Administration negou o pedido da associação Public Citizen para que a rosuvastatina fosse retirado do mercado, uma decisão que teve na sua base a análise detalhada dos dados patentes nos estudos clínicos de segurança do fármaco e dos dados pós-comercialização do medicamento. A FDA afirmou que a evidência clínica disponível indica que o risco de toxicidade muscular da rosuvastatina não é superior ao das outras estatinas comercializadas e no que respeita ao risco de toxicidade renal não existe qualquer evidência convincente de que o fármaco esteja associado a lesões renais graves.

Prémio de Cardiologia Preventiva 2005

A Merck Genéricos e a Fundação Portuguesa de Cardiologia associam-se mais uma vez para estimular a investigação, premiando trabalhos de relevância científica desenvolvidos por estudantes de Medicina e médicos recém-formados de todo o país, na área da cardiologia preventiva. A segunda edição do Grande Prémio de Cardiologia Preventiva subordina-se ao tema “Influência do tabagismo na doença cardiovascular” e premiará os trabalhos desenvolvidos por estudantes do 6º Ano de Medicina e do 1º ano de Internato Geral, entre 4 de Abril e 14 de Outubro. A inscrição neste concurso poderá ser feita através dos sítios www.merckgenericos.com e www.fpcardiologia.pt.

Bolsas de investigação científica

A Fundação Bial vai apoiar, como resultado do 6º Concurso de Bolsas de Investigação Científica, 63 projectos oriundos de 18 países. Os projectos, nas áreas da Psicofisiologia e da Parapsicologia, abarcam um vasto leque de temáticas - Consciência, Telepatia, Sonhos, Dor, Hipnose, Memória – e visam contribuir para a investigação científica do conhecimento do Homem. Nesta edição das Bolsas de Investigação marcam presença 199 investigadores e cientistas de conceituadas universidades estrangeiras. A nível nacional foram seleccionadas 11 candidaturas da autoria de diversos Centros de Investigação e das Universidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Minho.

Prémio Albino Aroso

A Fundação Schering Lusitana e a Delegação do Norte da Associação para o Planeamento da Família, atribuíram o Prémio Albino Aroso 2004 à Associação Espaço T pela criatividade na concepção de uma brochura dirigida aos invisuais. Jorge Oliveira, director da Associação Espaço T, explicou: «com esta brochura pretendemos alertar os invisuais para a prevenção da SIDA e pretendemos, igualmente, combater a discriminação que ainda existe contra o seropositivo. Este material dirigido especificamente para os invisuais é uma mais-valia para a comunidade e para esta camada da população».

Tratamento da Hepatite B

A Comissão Europeia aprovou o Peginterferão alfa-2a para o tratamento da Hepatite B Crónica. Esta aprovação permite a utilização desta terapêutica no tratamento dos dois tipos de Hepatite B Crónica – AgHbe-positivo e AgHBe-negativo. Patrick Marcellin, Hepatologista no Hospital Beaujon, Clichy, França, e um dos principais investigadores dos estudos multicêntricos, internacionais de Fase III referiu que este fármaco «permitiu a obtenção de uma remissão duradoura num número significativo de doentes com Hepatite B Crónica, após um período definido de tratamento de 48 semanas. (...) Em ensaios clínicos, este medicamento demonstrou a sua eficácia em ambas as formas da doença (...)».

Bolsa de Doutoramento

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge está a aceitar candidaturas para uma Bolsa de Doutoramento a ser submetida para financiamento à Fundação para a Ciência e a Tecnologia. **Área de trabalho:** Caracterização de Translocações Cromossómicas Associadas a Doenças, Efeito de Posição e Animais transgénicos. **Requisitos:** Licenciatura em Bioquímica, Química Aplicada, Biologia, Medicina Veterinária, Medicina ou afins; Experiência laboratorial de pelo menos de dois anos em Biologia Molecular, Biologia Celular e/ou em temas relacionadas com o do projecto. Média do curso não inferior a 15 valores; Os candidatos pré-seleccionados terão de ter a disponibilidade de passar pelo menos um dia no laboratório como parte integrante do processo da selecção. **Prazo de candidatura:** 30 de Abril. Mais informações: www.insarj.pt ou Tel: 217519322 - e-mail: dezso.david@insa.min-saude.pt

Teatro «A Partilha»



Está em cena no Teatro Tivoli a peça «A Partilha», uma comédia dramática encenada por Joaquim Monchique, escrita pelo actor brasileiro Miguel Falabella e cujo elenco conta com o desempenho de Teresa Guilherme, Silvia Rizzo, Rita Salema e Patrícia Tavares. Trata-se da história de quatro irmãs que se reapproximam depois da morte da mãe, em virtude da partilha de bens, acabando por partilhar muito mais do que a herança.. A peça, que retrata a vida de mulheres comuns, das suas emoções, desejos e dificuldades, subiu ao palco pela primeira vez no Rio de Janeiro há 15 anos e estreou em Portugal em 1994, numa encenação de António Feio levada à cena no Teatro Nacional D. Maria II. Pode ver esta peça de quarta-feira a sábado às 21h30 e aos domingos às 19h00.

Ópera «Tosca»

O Coliseu do Porto e o Coliseu de Lisboa recebem no dia 4 e 12 de Abril, respectivamente, «Tosca», a ópera em três actos de Giacomo Puccini. Trata-se de uma das óperas clássicas do repertório italiano que será aqui servida por uma requintada produção proveniente de uma das mais afamadas óperas de Leste (a Ópera Estatal de Odessa). Esta ópera relata a clássica tragédia da diva Tosca, do pintor Cavaradossi e do chefe da polícia Scarpia, na Roma de inícios do século XIX. A soprano Olga Spodareva dá vida a Tosca nesta oportunidade de ver uma das mais belas óperas de Puccini.

Exposições

Mily Possoz – Gravura

Pintora modernista portuguesa (1888-1967) foi, com Ofélia Marques, Estrela Faria e Sarah Afonso, considerada detentora de uma linguagem sensível e decorativa. Colaboradora da Exposição do Mundo Português e Prémio Souza-Cardoso em 1944, a sua obra onírica e perturbadora manifesta um claro primado do desenho, com um traço limpo e directo, cuja influência é também nítida na gravura, como se constata nas 26 peças que constituem a exposição patente na Fundação Calouste Gulbenkian.



Ana Hatherly – Desenho e pintura

Esta exposição de desenho e pintura sobre papel (anos 60 e 70) é composta por trabalhos inéditos, em pequeno formato, revelando uma faceta desconhecida da extensa obra visual de Ana Hatherly., anteriore à adopção do 'preto e branco' como regra criativa. A exposição está patente até 12 de Junho na Fundação Gulbenkian.



Música



Lúcia Moniz Leva-me p'ra Casa



Foto de Pedro M. Garcia

