

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 21 – N.º 59 – Julho/Agosto 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

Impressão:

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

Inscrição no ICS: 108374

Depósito Legal: 7421/85

Preço Avulso: 1,6 Euros

Periodicidade: Mensal

Tiragem: 32.000 exemplares
(11 números anuais)

S U M Á R I O

4 EDITORIAL

7 INFORMAÇÃO

CNE

Inclui Proposta de alteração aos Estatutos e Regulamento Eleitoral da Ordem dos Médicos

Colégios das Especialidades - Assembleia Geral obrigatória

Apreciação do Conselho Nacional Executivo sobre o mapa de vagas de carenciadas

6º profissionalizante dá acesso a pré-inscrição na Ordem dos Médicos

16 ACTUALIDADE

Dia Nacional do Médico

22 ENTREVISTA

Maria Augusta Sousa, bastonária da Ordem dos Enfermeiros

32 OPINIÃO

Em Memória de Corino de Andrade
por Miguel Leão

36 Novo paradigma médico (I)
O médico normalizado ou o Dr. Vasco Moscoso de Aragão
por H. Carmona da Mota

40 Toxicod dependência
Libertação da vontade ou escravatura a novos senhores?

por Manuel Pinto Coelho

42 Falta de complacência ou a água do capote

por H. Carmona da Mota

44 O Eterno Feminino

por António José de Barros Veloso

48 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

Da Medicina e das Belas Letras
Mário de Sá-Carneiro
O Poeta, Ele e o Outro
por Eduardo Macieira Coelho

52 CONTOS

Cordylobia Anthropophaga
por Manuel José Campos Magalhães

55 Uma viagem Etérea

por José Barbosa Leão

58 CULTURA

60 CONSULTORIA FISCAL

Passagem de Testemunho

A vida corre rápida.
Num dia somos o mais novo, enfrentamos tudo e todos com a certeza que o tempo está do nosso lado e a capacidade só é limitada pela oportunidade.

No dia seguinte olhamos em volta e já percorremos a maior parte do caminho, contabilizamos o que não fizemos e arquivamos na gaveta do esquecimento aquilo que, em verdade, sabemos não vir a fazer. A vida corre rápida e quando a tarefa é grande, e na medicina é imensa, corre desesperadamente curta. Tarde demais, por vezes, mas apercebemo-nos do tempo desperdiçado, desse capital tão escasso, que em países acomodados a um clima soalheiro se delapida com alegre negligência.

Vivemos em tempo de competição. Por uma aparentemente inexplicável conjunção astral todos estão de acordo que a função eminente de viver é competir, obtendo mais e mais, seja capital, seja curriculum, seja marcas na coroa do revólver.

Por uma aparentemente inexplicável conjunção astral, que talvez só se explique por faltar o mais precioso do tempo, o tempo para pensar, não estão na moda os valores do companheirismo.

A luta pelo lugar não poupa gerações. Se os mais novos tendem a perder o respeito, quantas vezes estupidamente reverencial que o era, pelo saber, os mais velhos tendem a perder o respeito pela função mais nobre – a de passar o testemunho.

Aqui e ali ninguém quer ser orientador (dá trabalho e não é remunerado), não quer fazer parte de júris de exames, está demasiado apressado para explicar em pormenor uma técnica cirúrgica conhecida a um interno do primeiro ano.

Aqui e ali um gestor da moda descobre a pólvora Arquimédica e, em vez de se precipitar da banheira para a rua, precipita-se do Gabinete para a câmara da TV alegando que os internos diminuem a “produtividade”, põem em risco os “objectivos”.

Dessa nova vaga de “iluminados” são manifestamente piores os aculturados, os que, em tempos que preferem esquecer, foram médicos e juraram uma ética que agora estimam obsolescente.

Há que resistir...

Às novas gerações pede-se determinação. Firmeza nas exigências do que é o seu único direito – o direito a ser tratado como médico, a quem se visa otimizar o conhecimento para mais tarde prestar contas de ter óptimo o gesto.

Aos que, ainda ontem internos, hoje dirigem os Colégios, a Ordem, os Serviços, pede-se empenhamento. Empenhamento total porque uma vida só acaba quando não se foi capaz de passar o testemunho e garantir que uma geração de mais novos vai fazer melhor que nós.

A formação é o primeiro e o maior interesse da nossa casa comum – a Ordem.

Porque desta somos os garantes não hesitamos em escrutinar serviços, hospitais, faculdades de medicina. Se somos os garantes da qualidade da prática médica nada do que a condicione nos é estranho.

Não nos é indiferente o 6.º ano profissionalizante, como não nos é indiferente o internato, como não nos pode ser indiferente o decurso de uma vida profissional assumida num desiderato de desenvolvimento profissional contínuo.

Os professores da Universidade, médicos como todos nós, são aliados neste combate pela qualidade. Aliados, parceiros, numa igualdade de direitos e deveres, na humildade que só o saber permite, na ética que impede a defesa do mesquinho interesse individual ou de grupo. Não há, não pode mais haver dicotomias entre internos e seniores, entre hospitalares e universitários entre especialistas de medicina geral ou de qualquer outra especialidade.

O menor, aqui maior, denominador comum do ser médico impõe-se sem redundâncias sobre caracterizações circunstanciais.

Vamos combater a fronteira e criar a união europeia da nossa Classe. A primeira que há que fazer cair é a do momento da licenciatura. Numa experiência inovadora, que foi sugerida aliás por um homem bom, que dá pelo nome de Gonzalo Heranz e é professor catedrático de ética médica na Universidade de Navarra, vamos pré-inscrever os alunos do 6.º ano (profissionalizante) das nossas Faculdades de Medicina.

Vamos dar-lhes um estatuto provisório, que passará a definitivo no momento solene em que prestam o juramento que é nosso desde Hipócrates. Com tal estatuto poderão ter acesso às instalações e serviços da Ordem, obviamente isentos de qualquer quotização, e usufruirão dum programa especialmente desenhado para acompanhar este último ano de frequência da Universidade.

Neste programa os seus colegas mais velhos dos diversos Colégios de Especialidade fá-los-ão viajar pelo que é o dia-a-dia dos seus trabalhos procurando atraí-los para um dos seus.

Nesse programa, palestras de ética e essencialmente a práxis a ela associada, nas suas intersecções com a sociedade, os costumes, o direito, a moral e a política, lançarão o debate do que é ser médico – um projecto para a vida inteira.

Ao mesmo tempo a Ordem irá lançar um inquérito a todos os internos, de resposta obrigatória, para todos sabermos por onde andam, o que fazem, qual é a vossa trajectória e onde esperam desaguar.

Esperamos que o entusiasmo da juventude, após o descanso obrigatório das férias de Verão, nos leve a tarefa a bom porto em poucos meses.

Bom descanso



Proposta de alteração aos Estatutos e Regulamento Eleitoral da Ordem dos Médicos

«Por deliberação do Conselho Nacional Executivo, no dia 28/06/2005, foi decidido solicitar à Assembleia da República uma análise aos Estatutos da Ordem dos Médicos tendo como objectivo a sua alteração e actualização, posto que o diploma em vigor data

de há já 18 anos. Igualmente, o Conselho Nacional Executivo irá propor ao Plenário dos Conselhos Regionais a revisão do Regulamento Eleitoral da Ordem dos Médicos. Nesta conformidade, o Conselho Nacional Executivo solicita a todos os

Colegas que o entendam fazer, que enviem as suas sugestões, até ao próximo dia 15 de Outubro para: Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos: Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - 1749-084 Lisboa ou omcne@omsul.com»

Colheita, análise, processamento, armazenamento e distribuição de sangue humano

Em reunião de CNE datada de 31 de Maio foi homologado o parecer da Direcção do Colégio de Imunohemoterapia que se passa a transcrever:

“Vem a Direcção do Colégio de Imuno-hemoterapia expressar de forma sucinta, a sua preocupação sobre aspectos relacionados com a implementação da Directiva 2002/98/CE, que estabelece normas de qualidade e segurança em relação à colheita, análise, processamento, armazenamento e distribuição de sangue humano e componentes sanguíneos e que altera a Directiva 2001/83/CE.

Assim, o que de imediato causa maior apreensão tem a ver com o impacto que previsivelmente será dramático, ao nível da colheita de sangue e que naturalmente se repercutirá no funcionamento da quase totalidade das valências hospitalares, se a referida implementação não levar em linha de conta a realidade nacional.

O referido diploma publicado a 27 de Janeiro de 2003, e em fase de transposição, define duas estruturas: o Serviço de Sangue - responsável pelos aspectos da colheita e análise de sangue humano, processamento e distribuição; o Serviço de Transusão - que armazena, disponibiliza e realiza testes pré-transfusoriais com sangue e componentes sanguíneos para utilização exclusiva do hospital em que está inserido.

Em Portugal, a colheita de sangue realiza-se nos 3 Centros Regionais de Sangue (Lisboa, Porto e Coimbra) que desempenham as actividades atribuídas aos Serviços de Sangue definidos na Directiva e em 35 Serviços de Imuno-hemoterapia hospitalares que desenvolvem as actividades correspondentes aos Serviços de Sangue e Transusão ou só de Transusão. Em termos percentuais, os Centros são responsáveis por 45% das colheitas (\pm 150.000/ano) e os Hospitais por 55% (\pm 190.000/ano).

Desde o início dos anos 80 até ao presente, as colheitas de sangue passaram de cerca de 150.000 para 340.000/ano. Como resulta do exposto, retirar a colheita aos serviços hospitalares significará de imediato recuar aos níveis de há 20 anos num país que, apesar do imenso esforço desenvolvido, ainda não atingiu segundo organismos internacionais o ratio desejável neste indi-

cador.

Entende esta Direcção que a implementação da Directiva deve levar em consideração as especificidades próprias de cada região no que respeita à dimensão geográfica, demografia e recursos. Mais, constituirá uma oportunidade para introdução na esfera dos Serviços Públicos de formas inovadoras de articulação entre instituições - Centros Regionais e Hospitais - que poderão passar por parcerias que possibilitem o aproveitamento da capacidade instalada das estruturas de colheita existentes nos hospitais, no respeito pelo espírito e a letra da Directiva.

Considera-se essencial definir e assegurar os investimentos necessários a realizar nos Centros Regionais de Sangue e Serviços de Imuno-hemoterapia hospitalares, para o cabal cumprimento dos requisitos da Directiva.”

Apreciação do Conselho Nacional Executivo sobre o mapa de vagas de carenciadas

O Conselho Nacional Executivo, reunido em 31 de Maio, decidiu tomar a seguinte posição:

«O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos expressa a sua desilusão relativamente ao mapa de vagas carenciadas publicado recentemente no Diário da República.

São questionáveis o número e a distribuição das vagas carenciadas, pelo que a Ordem dos Médicos solicita ao Ministério da Saúde a divulgação pública dos critérios que presidiram à sua definição e uma explicação coerente para o facto de não serem abertas vagas para todos os jovens especialistas.

A estabilidade laboral e geográfica é es-

encial para o bom desempenho e dedicação do Médico, pelo que a Ordem dos Médicos apela para a definição de uma nova política de contratações.

As restrições de abertura de novos concursos para a função pública não podem ser aplicadas aos Médicos, face às reconhecidas carências destes profissionais em muitas instituições de saúde.

A instabilidade profissional e a insuficiência de meios humanos são factores que afectam muito negativamente a produtividade das instituições de saúde.

Tem-se assistido ao paradoxo de, em algumas instituições de saúde, não serem renovados contratos com profissionais indispensáveis, que depois têm de ser

substituídos por outros que vão ser pagos em onerosas horas extraordinárias, agravando os seus custos de funcionamento. A gestão inteligente do Serviço Nacional de Saúde obriga a uma equilibrada gestão de recursos humanos, o que nem sempre se tem vindo a verificar.

Assim, recordando que o grande capital de qualquer organização está nos seus recursos humanos, a Ordem dos Médicos recomenda ao Ministério da Saúde que encare com outro cuidado a colocação dos jovens Médicos especialistas, em defesa da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e da própria efectividade de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde.»

6º profissionalizante dá acesso a pré-inscrição na Ordem dos Médicos

Foi decidido em CNE de 14 de Junho permitir a pré-inscrição na Ordem dos Médicos dos alunos do 6º profissionalizante. Esta decisão insere-se na estratégia de aproximação que a Ordem dos Médicos entende ser benéfica para os alunos e a instituição. Com esta medida, no ano em que começam a ter um maior contacto com os doentes, os alunos poderão igualmente optar por estabelecer uma ligação de proximidade com a OM podendo assim beneficiar de várias iniciativas. Ir-se-ão realizar diversos debates sobre ética (analisando questões específicas da bioética como o consentimento in-

formado, a relação médico-doente, etc.), política de saúde, sistema de saúde, economia da saúde (nomeadamente análise do impacto a nível económico das decisões dos médicos), etc.

Este contacto mais estreito com a Ordem dos Médicos tem, entre outros, o objectivo de permitir aos estudantes de medicina em fase final do curso terem um maior conhecimento das diversas especialidades e respectivos atractivos, de forma a facilitar a sua escolha futura em termos de especialização.

Colégios das Especialidades - Assembleia Geral obrigatória

Foi decidido em CNE de 31 de Maio de 2005, que se irá oficializar os Colégios da Especialidade alertando para o cumprimento do artigo 7º, parágrafo 4 do Regulamento Geral dos Colégios das Especialidades. Passamos a transcrever o conteúdo desse artigo:

«Regulamento Geral dos Colégios das Especialidades

(...)

Art.º 7º - A Assembleia Geral ou Plenária do Colégio é constituída por todos os médicos inscritos no Colégio, em pleno gozo dos seus direitos estatutários.

(...)

Parágrafo 4 - A Assembleia Geral pode reunir a nível nacional ou regional, reunindo obrigatoriamente nos seis meses subsequentes à tomada de posse de cada nova direcção nacional da Ordem dos Médicos.»

Inquérito aos Médicos Internos

Com o objectivo de conhecer melhor os Médicos Internos e as condições em que está a decorrer o Internato, consubstanciando a política de contacto mais permanente com todos os profissionais que a Ordem dos Médicos tem vindo a implementar, pede-se a colaboração de todos os Médicos Internos no preenchimento do breve questionário que se segue e seu respectivo envio (por uma das vias indicadas a baixo).

1 - Nome completo: _____

2 - Nome Clínico: _____

3 - Quer actualizar a morada que tem na Ordem?

3 - Nova morada: _____

4 - Telefone: _____ 5 - Telemóvel: _____

6 - E-mail: _____

7 - Data de início do Internato: _____

8 - Ano em que se encontra: _____

9 - Especialidade: _____

10 - Estabelecimento e Serviço onde se encontra colocado: _____

11 - Comentário geral à forma como está a decorrer o Internato: _____

Enviar via Fax para: 218 427 199 ou para o E-mail: omcne@omsul.com ou por correio para:
CNE - Av. Almirante Gago Coutinho, n.º 151 - 1749-084 Lisboa

Assembleias Gerais

Os Regulamentos dos Colégios de Especialidade, Secções de Subespecialidade e Comissões de Competência da Ordem dos Médicos determinam a realização de Assembleias Gerais nos seis meses subsequentes à eleição dos novos Corpos Gerentes da Ordem dos Médicos.

Por outro lado, no cumprimento da sua missão, como forma de envolver um leque alargado de médicos na definição e acompanhamento de assuntos relevantes para a emergência médica, e dando continuidade à iniciativa da Secção Regional do Sul em 2004, a

Comissão de Competência em Emergência Médica (CCEM) decidiu aceitar a proposta do Sr. Bastonário no sentido de assumir a organização de um Encontro Nacional de Trauma, desta vez em Coimbra e em colaboração com a Secção Regional do Centro.

O II Encontro Nacional “**Trauma: Um Flagelo do Século XXI**” terá lugar nos dias 23 e 24 de Setembro, no Hotel Dom Luís.

A manhã do **dia 23, Sexta-feira**, será dedicada a uma **Mesa Redonda Nacional** subordinada ao tema “**Consensos 2005**”. O objectivo é obtenção de consensos em torno da abordagem, tratamento e encaminhamento do traumatizado grave, na vertente da gestão do doente e das instituições, com base na apresentação, por peritos reconhecidos, de um conjunto de temas relevantes. Constituem a população alvo todos os médicos interessados, com convite directo aos Directores dos Serviços de Urgência de todo o País.

À tarde, realizar-se-á a **Assembleia Geral da CCEM**. Pretende-se pro-

mover um debate alargado da actividade da CCEM e de temas relacionados com a emergência médica em geral, nomeadamente o da especialização em Medicina de Urgência e Emergência. A Assembleia será aberta aos interessados mas apenas poderão votar os inscritos na CCEM.

A manhã do **dia 24, Sábado**, será dedicada, primeiro, a uma **Mesa Redonda Regional** subordinada ao tema “**Síndromes Compartimentais**”. Pretende-se uma actualização de conhecimentos a partir da experiência das diversas Especialidades envolvidas, nomeadamente, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia Vasculuar, Anestesia e Medicina Intensiva. Terminará com uma **Conferência** subordinada ao tema “**Aspectos Médico-Legais do Trauma**”.

*António Marques
Carlos Mesquita
Paulo Freitas*

O programa detalhado é o que se segue:

II ENCONTRO NACIONAL “TRAUMA: UM FLAGELO DO SÉCULO XXI”

Coimbra, 23 e 24 de Setembro de 2005

ORDEM DOS MÉDICOS – SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO COMPETÊNCIA EM EMERGÊNCIA MÉDICA PROGRAMA

DIA 23 DE SETEMBRO, SEXTA-FEIRA

- 09.00 - SESSÃO DE ABERTURA
- 09.10 - 13.00 MESA REDONDA NACIONAL - CONSENSOS EM TRAUMA 2005
- 09.10 - ABORDAGEM NO SAP
 - Vítor Almeida / João Quadrado (moderador)
- 09.40 - ABORDAGEM PRÉ HOSPITALAR – TRIAGEM E ENCAMINHAMENTO
 - Nelson Pereira / Rui Silva (moderador)
- 10.10 - REDES DE REFERENCIAÇÃO
 - Jorge Mineiro / António Marques (moderador)
- 10.40 - INTERVALO
- 11.10 - ORGANIZAÇÃO E RESPOSTA NA SALA DE EMERGÊNCIA
 - Rui Araújo / João Paulo Almeida e Sousa (moderador)
- 11.40 ESTABILIZAÇÃO DO TRAUMATIZADO CRÍTICO

- Jorge Teixeira / Paulo Freitas (moderador)
- 12.10 - TRANSPORTE SECUNDÁRIO DE DOENTES
 - Humberto Machado / Jorge Pereira (moderador)
- 12.40 - SUMÁRIO “STANDARDS EM TRAUMA” - RECOMENDAÇÕES
 - Salvador Massada (relator)
- 13.00 - ALMOÇO

15.00 - 18.00 ASSEMBLEIA GERAL DA COMPETÊNCIA EM EMERGÊNCIA MÉDICA

ORDEM DE TRABALHOS:

1. Informações
2. Especialização em Medicina de Urgência
 - Conferência: Kevin Mckway Jones
 - Debate: Prós / Contras, Especialidade / Subespecialidade

DIA 24 DE SETEMBRO, SÁBADO

- 09.00 - 12.20 MESA REDONDA REGIONAL - SÍNDROMES COMPARTIMENTAIS
- 09.10 - EM CIRURGIA GERAL
 - Luís Filipe Pinheiro / Augusto Moreira (moderador)
- 09.50 - EM NEUROCIURURGIA
 - José Cavaleiro / Valdemar Marques (moderador)
- 10.30 - INTERVALO
- 11.00 - EM CIRURGIA DOS MEMBROS
 - Rui Dias / Óscar Gonçalves (moderador)
- 11.40 - NA PERSPECTIVA DO INTENSIVISTA
 - Paula Casanova / Carlos Seco (moderador)
- 12.20 - 12.50 CONFERÊNCIA - ASPECTOS MÉDICO-LEGAIS DO TRAUMA
 - Francisco Corte-Real
- 12.50 - SESSÃO DE ENCERRAMENTO



Passeios Pedestres 2005

A Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos propõe aos Médicos e suas famílias um programa de passeios pedestres pelas mais belas paisagens de Portugal. Trata-se de uma oportunidade única de estar em pleno contacto com a natureza, usufruir da tranquilidade que esta proporciona e de participar num saudável convívio entre colegas.

11 de Setembro – “Vale de Alvados e Fórnea da Velha”

– Parque Natural das Serras de Aire e Candeeiros

Organização: Secção Regional Sul

Inscrições limitadas.

As inscrições para os passeios iniciam-se um mês antes da data dos mesmos – Vale de Alvados e Fórnea da Velha a partir de 11 de Agosto.

Taxa de inscrição: 5 euros. As inscrições só serão confirmadas após o pagamento do valor de inscrição que deverá acontecer até 4ª feira anterior à data do passeio. No caso de isso não se verificar o participante perderá o lugar de reserva. Em caso de desistência, os participantes deverão avisar a SRS até à 4ª feira anterior à data do passeio de modo a que lhes seja restituído o valor de inscrição. Caso não o façam dentro do prazo referido, perdem o direito à devolução do valor da inscrição e à inscrição no próximo Passeio.

Informações e Inscrições na Secção Regional Sul ou pelo telefone 21 842 71 00 (Teresa de Sousa).

Informações Detalhadas

Passeio Pedestre “Vale de Alvados e Fórnea da velha”

Parque Natural das Serras de Aire e Candeeiros

11 de Setembro de 2005

Organização: Secção Regional Sul

Colaboração: Conselho Nacional do Médico Interno

Local de encontro

Entrada da igreja de Alvados – 10 H.

Como ir lá ter

Lisboa (A1) > Saída Torres Novas (Placa A123) > Direcção Parque Natural / Moitas Venda > Mira de Aire / Minde, estrada Nacional 243

(Direcção Porto de Mós) - Desvio aldeia de Alvados (Siga os ciprestes até ao local de encontro).

Programa

Inclui :

1 Passeio pedestre de grau moderado (aprox. 5h/ cerca de 12 Km aprox.); guia-de-campo, acompanhamento de 1 guia Papa-Léguas durante todo o percurso, informações histórico-científicas, seguro, oferta de 1 café SICAL.

Não inclui:

Alimentação e transporte até ao local de encontro.

Memória Descritiva

Iniciamos o percurso através de um frondoso carreiro rural, utilizado pelos locais para a ligação entre a sua pacata aldeia e os já raros campos agrícolas do parque natural...oliveiras, castanheiros e carvalhos centenários, derradeiros testemunhas da mata

devastada, abraçam um caminho estreito e labiríntico, emoldurado por dezenas de metros de muros de pedra (chousos), que compartimentam a paisagem, criando enigmáticos desenhos quando observados do alto de uma encosta. Quem achar a saída será recompensado com um cenário habitual de áreas montanhosas de maiores dimensões... aparece-nos um extenso e larguíssimo vale. Percorreremos esse vale onde o silêncio impera, sendo apenas desafiado pelo piar agudo de uma ou outra gralha-de-bico-vermelho. Após pausa para merendar, iremos ter a oportunidade de observar todo o percurso percorrido até então... as vistas são soberbas! O majestoso

vale espria-se na paisagem, sendo certamente uma das paisagens mais espectaculares dos passeios da nossa terra que a Papa-Léguas organiza. Descendo a encosta até ao Polje de Alvados, sempre com um esplêndido panorama sobre as regiões do parque natural, chegamos ao ponto culminante do nosso passeio. Uma vigorosa depressão forma um espectacular anfiteatro natural com várias centenas de metros de altura, a que os locais apelidaram de Fórnea da Velha. Após um merecido descanso, partiremos entre tranquilos campos de oliveiras até ao local onde deixamos as nossas viaturas.

Distância: cerca de 12 Km aprox.

Duração: cerca de 5 horas aprox.

Declives: 1 subida ligeiramente acentuada, desníveis acumulados 156m.

Dificuldade: Moderado

Tipo de terreno: Corta-mato em chão de pedra, estrada em terra batida, trilho estreito

Património Natural

Maciço Calcário Estremenho (formações cársicas: algares, dolinas, lapiás, entre outras), Planalto de Sto. António e depressão de Alvados; formações de carvalho-cerquinho (*Quercus Faginea*), olival e estratos arbustivos de garrigue (carrascais e outros matagais de aspecto uniforme; fauna e avifauna da região.

Património Edificado

Aldeia de Alvados; muros de pedra (chousos); eiras, cisternas, cercas e terrenos para albergar gado.

Património Etnológico

Lendas da região; festas e romarias das aldeias serranas; artesanato e costumes locais; origens toponímicas.

Equipamento

Calçado confortável e com sola aderente. Roupas leves, chapéu, protecção para as intempéries. Pequena mochila de dia com aguns víveres e 1,5 L de água. Máquina fotográfica e binóculos.



Dia Nacional do Médico

Realizaram-se no dia 18 de Junho as comemorações do Dia do Médico, pela primeira vez de âmbito nacional, tendo o discurso de abertura ficado a cargo de José Pedro Moreira da Silva, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Nesta efeméride foram atribuídos o «Prémio Daniel Serrão 2005» à médica Sílvia Marta de Ara-

újo Oliveira e o «Prémio Corino de Andrade 2004» a José Maria Moreira, director de serviços da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Na cerimónia, que contou com a actuação do Grupo Coral do Centro de Saúde dos Carvalhos, foi também atribuída a Medalha Evocativa aos médicos com 25 e 50 anos de inscrição na Ordem dos Médicos.

O discurso de Pedro Nunes, presidente da Ordem dos Médicos, encerrou as comemorações deste Dia do Médico.

De seguida, transcrevem-se os discursos do presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, do galardoado com o «Prémio Corino de Andrade 2004» e o discurso de encerramento do bastonário da OM.



José Pedro Moreira da Silva

Caros colegas

Estamos aqui hoje 18 de Junho para comemorar pela 7.^a vez o “Dia do Médico”, na data da promulgação do estatuto desta Ordem Profissional.

Este ano para nós, Secção Regional do Norte, a comemoração tem um alcance mais importante, uma vez que estamos de parabéns.

Conforme tínhamos prometido durante a campanha eleitoral, fizemos uma consulta aos médicos desta Secção Regional, sobre o texto que sugerimos sobre o acto médico. Esta consulta transformou-se num êxito, pois obtivemos o maior número de votos alguma vez entrado durante uma eleição, (cerca de 4000 votos) o que significa que os médicos perceberam o alcance da pergunta e esmagadoramente, votaram SIM.

Durante esta comemoração vamos proceder à entrega do Prémio “Daniel Serrão” que contempla o melhor aluno/a, neste caso aluna, de Medicina das duas Faculdades de Medicina (a FMP e o ICBAS).

O Prémio irá ser entregue pelo Sr. Bastonário à Colega Sílvia Marta Araújo Oliveira da Faculdade de Medicina do Porto.

É sempre uma grande honra poder estar presente e participar numa cerimónia que premeie o esforço e a aquisição de conhecimentos ao longo de seis anos, assim coroada de êxito.



Estamos aqui hoje também para a entrega do Prémio “Corino de Andrade”. Quis o destino que o Professor Doutor Corino de Andrade falecesse na 6.^a Feira passada e ponderamos a hipótese de adiar a atribuição deste Prémio, mas também logo nos pareceu que a melhor maneira de homenagear o Homem, o Médico e o Cientista, era prosseguir com esta atribuição.

Os grandes homens não necessitam de grandes elogios, até porque a obra e a vida do Professor Doutor Corino de Andrade demonstra-se por si no tempo e nos tempos.

Personagem destinada a ombrear com o Professor Doutor Egas Moniz, Prémio Nobel da Medicina, o Professor Doutor Corino de Andrade é credor da mais profunda admiração e respeito dos Médicos, dos Portugueses, dos

Doentes e das Famílias que serviu ao descobrir a doença que lhe copia o nome.

Também a figura do premiado o Sr. José Maria Moreira é uma personagem por nós tão conhecida como querida.

Poder-se-á dizer, até com uma ponta de inveja, que o Sr. José Maria Moreira é mais conhecido da generalidade dos médicos do que o Presidente e os membros do CR.

O Sr. José Maria Moreira com quem trabalho mais de perto há cerca de seis anos e meio é urna figura incontornável desta Secção Regional.

É por ele, que quase todos os assuntos passam, e é por ele, que também a grande maioria dos médicos, de várias gerações, têm “passado”.

Homem de grande dedicação à Ordem dos Médicos, que vive, atrevo-me a dizer, mais para a causa dos médicos do que às vezes para a sua própria família.

Sem a sua abnegação, sem o seu querer, e é por vezes difícil compreender como consegue apresentar o serviço sempre em dia, responder de maneira eficiente e eficaz às várias solicitações que lhe são colocadas.

Pensamos por isso que atribuição do Prémio Corino de Andrade é mais que justa e só peca, por tardia.

É para mim uma grande honra poder estar aqui presente como Presidente do Conselho Regional e por ter sido só agora possível atribuir este Prémio, que é de 2004, para isso vou pedir, ao anterior Presidente do CR

e meu grande amigo Miguel Leão que lhe entregue o Prémio.

Também estamos aqui hoje e pela 5.^a vez a atribuir as medalhas comemorativas dos 50 e 25 anos de inscrição na Ordem dos Médicos aos colegas da Secção Regional do Norte que perfizeram estes anos de inscrição.

Estamos todos aqui juntos a comemorar este feito e assim a dar um maior brilhantismo e simbolismo ao Dia do Médico.

Não vos vou maçar mais com palavras e vamos passar aos actos, que está mais de acordo com a minha maneira de estar e pensar.

Muito obrigado pela vossa paciência, por terem vindo até cá num dia de sol e calor, num Sábado, a 18 de Junho, dia de todos nós.



José Maria Moreira

- Ex.mo Senhor Presidente do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos
- Ex.mo Senhor Presidente da Assembleia Regional do Norte da Ordem dos Médicos
- Ex.mo Senhor Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos
- Ex.mo Senhor Prof. Doutor Daniel Serrão

Ilustres Convidados

Gostaria de saber exprimir toda a alegria e felicidade que me vão na alma, ao receber tão alta distinção mas, para tal, faltam-me em absoluto, “*engenho e arte*”.

Receber um prémio atribuído pela Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos é, já por si, uma honra da qual não me considero merecedor. Mas, receber um prémio que perpetua a memória de um Médico e investigador de tão elevado mérito, como foi o Excelentíssimo Senhor Professor Doutor Corino de Andrade, deixa-me estupefacto, de voz embargada e sem palavras.

De facto, ao longo dos meus 49 anos de serviço nesta Casa, limitei-me a cumprir as minhas obrigações, trabalhando com afinco, tentando dar o meu melhor, servindo com lealdade as várias Direcções que foram sendo escolhidas pelos Médicos do Norte, pois essa era a sua vontade e esse o meu dever. Com alguns dos Médicos que me dirigiram aprendi mais do que com outros, com alguns foi mais fácil trabalhar e evoluir. A todos estou muito grato pois, a minha progressão desde *paquete* até ao lugar que hoje ocupo, está muito marcada pelo que, com todos, aprendi.

Aos Colegas que comigo trabalham ou trabalharam, o muito obrigado por me terem ajudado a chegar até aqui.

Muito obrigado aos Médicos do Norte por esta tão grande distinção. Só tive como merecimento procurar servi-los até ao limite das minhas forças, procurando assim que, para o exercício da sua profissão, não precisassem preocupar-se com os imbróglios burocráticos.

Muito obrigado e a certeza de continuar a ser o mesmo.

Pedro Nunes

Meus caros colegas

Hoje é um dia especial. Um dia vivido com sentimentos divididos de amargura e alento.

É o dia em que acompanhámos pela última vez um dos maiores, senão mesmo o maior vulto da Medicina Portuguesa desde Amato Lusitano – o Professor Corino de Andrade. Entendo que os grandes homens não nos abandonam. Simplesmente tiram-nos o privilégio da sua presença e transformam-se em referências que nos guiam nos caminhos da nossa vida.

Comecemos este acto solene da comemoração do dia do médico com um momento de reflexão – um minuto de silêncio em memória de um grande médico que a partir de hoje só visitaremos na memória dos que tiveram o privilégio de beber da fonte do seu saber.

Venho hoje, neste 18 de Junho de 2005, pela primeira vez a este auditório comemorar com os colegas desta Secção Regional o Dia do Médico.

Pela primeira vez este ano a Ordem comemora este dia em termos nacionais. Foi uma decisão recente que não permitiu dar-lhe a evidência que os médicos, que ele lembra, mereceriam.

Para o ano, com adequada preparação talvez a data permita lembrar à Sociedade Portuguesa os seus Médicos. O muito que diariamente eles contribuem para o bem estar de todos. A enormidade da tarefa e do sacrifício que diariamente se lhes pede e a forma empenhada, abenegada, disponível e discreta como eles a desempenham.

Comemorar este dia na casa que o Conselho Regional do Norte administra tem, para mais, um simbolismo particular. É, importa dizê-lo, um acto de inteira justiça. Foi este Conselho Regional que, ano após ano, sob a presidência de Miguel Leão, insistiu numa comemoração que outros viam como dispensável, instituindo hábitos que se foram enraizando como a atribuição de medalhas aos médicos que completam 25 e 50 anos de permanência na sua Ordem, o prémio Corino de Andrade, ou o prémio ao licenciado mais bem classificado das Faculdades de Medicina do Porto, que toma o nome de outro grande médico – Daniel Serrão.

Tais iniciativas impuseram-se com o tempo. Ano após ano as outras Secções Regionais foram tomando idênticas iniciativas e a partir de hoje formatam o que passa a ser uma data maior na vida da nossa organização.

É o exemplo do que de positivo comporta o regionalismo. Permite a expressão do individual, do específico e

particular, da diferença que a nossa identidade nos vincula como cultura.

Quando algo que até aí era só nosso é absorvido pela comunidade maior em que nos inserimos então o seu máximo objectivo foi atingido. A vocação do particular é fazer-se grande e tornar-se uma parte do Universo. Se por extremismo no conceito, se por medo da imensidão do mundo que visto da nossa pequena torre parece um mar desértico, se por incapacidade de nos elevarmos à altura que realmente temos, se por quaisquer destas ou outras ignoradas e não assumidas razões quisermos que a nossa pequena aldeia continue a ser só nossa então condenamos-nos ao que de mais redutor tem o campanário...

Porque o regionalismo quando mal compreendido tem também essa face feia. A face do que é mesquinho, do que nos divide, das pequeninas políticas inconsequentes do quem é quem...

Não foi isso que, felizmente, aconteceu neste caso. Como garante que sou que a Ordem é uma única e nacional, o estar aqui, hoje, é testemunho que tal jamais poderia acontecer entre médicos.

Os médicos por natureza do seu papel na sociedade não se contêm em pequenos espaços. De Amato Lusitano

nasceram em Castelo Branco para se deixar morrer em Ragusa após curarem mendigos e Papas. De Hipócrates não temem de ser apodados de arrogantes e postulam comportamentos intemporais e de observância universal.

Os médicos pela natureza da sua função, pelo número de vezes que imperceptivelmente tocam o infinito onde reside a vida, o sofrer e o ser feliz. Os médicos porque melhor que quaisquer outros conhecem a fragilidade do Homem, porque melhor que quaisquer outros sabem quão vãs são as transitórias glórias do mundo, os médicos têm da vida a larga visão que só é dada a quem é grande.

Mas não tenhamos ilusões, como todos os que se distinguem somos o alvo preferencial dos que não tiverem grandeza ou dimensão.

Sobre nós incidirão os cobiçosos olhos dos que na co-

municação social não hesitarão em difamar-nos, a fazer “rankings” para vender lixo travestido de jornalismo, em insinuarem escândalos onde só existe o vazio da sua ignorância.

Sobre nós incidirão os olhos miopes dos políticos sem força, conhecimento ou lucidez. Sobre nós tentarão o exercício acríptico do poder dos pequeninos chefes num mundo cada vez mais carente de verdadeiros líderes e estadistas.

É porque essa é a realidade que sempre nos acompanhará que nunca pactuaremos com a divisão. É porque o risco é grande que a Ordem estará sempre firme, unida e disponível. É porque o risco é grande e o nosso compromisso com os médicos total que não hesitaremos em afastar de nós todos os que acima de tudo coloquem os seus interesses pessoais mas também não hesitaremos em chamar

a nós todos os que quiserem partilhar este caminho comum.

Sr. José Maria, ao receber o prémio que a Secção Regional do Norte tão merecidamente lhe outorga, aceite-o em nome de todos os funcionários que de Bragança a Ponta Delgada colaboram com esta casa que é dos médicos mas que hoje é também vossa.



Meu caro colega que hoje começa esta difícil caminhada com a pesada responsabilidade de ser o melhor classificado do seu curso. Lembre-se que o exercício da Medicina é um caminho árduo em que as vitórias não são mais, quantas vezes que o prenúncio e o início das derrotas. Habitue-se a esse sabor amargo, guarde a memória deste dia de júbilo para os dias de desânimo e conte sempre com todos nós, seus naturais companheiros de caminho...

Meus caros colegas que connosco hoje comemoram marcos miliares de uma caminhada que ainda ontem começaram. Agradeço-lhes terem aplanado o caminho que percorri. Agradeço-lhes a honra que me deram de poder estar aqui, hoje, a falar em vosso nome. Espero que a modestia das minhas palavras possa ter transmitido um pouco da grandeza dos vossos sentimentos...

Devíamos adoptar a perspectiva do cliente como parceiro de cuidados

Maria Augusta Sousa, bastonária da Ordem dos Enfermeiros, considera que as relações entre a profissão de enfermagem e a profissão médica têm evoluído positivamente ao longo dos anos, tal como têm evoluído as próprias relações entre as Ordens. Nesta entrevista, falou-nos da forma como vê os profissionais de enfermagem, as suas motivações e dificuldades, da criação da figura do enfermeiro de família e forma de actuação do mesmo, da importância da definição dos actos de cada profissão e do conceito que defende dever ser aplicado – cliente como de parceiro de cuidados – à pessoa que entra em contacto com os profissionais de saúde. Uma entrevista em que a bastonária da Ordem dos Enfermeiros deixou transparecer a sua postura de diálogo e de vontade de «percorrer o caminho», em colaboração com as mais diversas entidades e com os outros profissionais, necessário ao cumprimento do mandato social que reconhece às profissões da área da saúde: um mandato que impõe a responsabilidade de pugnar pela melhoria dos cuidados prestados.



Enfermeira Maria Augusta Sousa
Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

Revista da Ordem dos Médicos – No dia 12 de Maio celebrou-se o Dia Internacional do Enfermeiro. Poderia falar um pouco das temáticas que foram abordadas?

Maria Augusta Sousa - O dia 12 de Maio é uma data de referência histórica para a profissão de enfermagem. Todos os anos o Conselho Internacional define uma temática e este ano escolheu-se a questão da falsificação de medicamentos. Essa realidade, não muito significativa em Portugal, é, no entanto, preocupante a nível mundial, tendo sido reconhecido pela própria Organização Mundial de Saúde as implicações que o fenómeno tem para a saúde dos cidadãos. Os enfermeiros não podem ficar alheios a esse facto, independentemente de nos seus países haver maior ou menor identificação da situação. A equipa de saúde tem

uma responsabilidade própria no que diz respeito ao acompanhamento e vigilância terapêutica, na identificação de eventuais sintomas adversos, do seu registo e comunicação. Temos a noção de que nalguns países essa problemática tem uma relevância profunda e que a falsificação é muito frequente. Em Portugal entendemos que deveríamos aproveitar este momento, por um lado, para alertar para a realidade internacional e, por outro, para realçar a responsabilidade dos enfermeiros na vigilância terapêutica, desde a verificação da dose que se administra até ao alerta para situações de prescrição menos clara.

ROM - Concorda que é fundamental que actos específicos sejam praticados por quem para eles é qualificado? Como enquadra neste contexto uma

eventual delegação, orientação e supervisão e responsabilidade no que se refere a esses actos quando praticados por pessoas não qualificadas?

M.A.S. - Os enfermeiros podem delegar tarefas, não actos. É uma delegação efectuada em pessoal devidamente formado para tal e sob a sua responsabilidade funcional directa. É distinto delegar um acto de uma tarefa: ao delegar num auxiliar de acção médica a execução de um banho não estou a delegar a intervenção global da higiene, que implica mais do que o mero banho. A responsabilidade última pela intervenção global é do enfermeiro. Seja qual for a complexidade do acto em causa, estamos a falar de cuidados terapêuticos, de exigências de observação, de estimulação. É o permitir que a pessoa possa desenvolver ao máximo a potencialidade de assumir a sua própria recuperação. Isto tem que ser um acto profissional e um acto profissional só pode ser praticado por quem o sabe fazer, não pode ser feito por quem não tenha o domínio destas vertentes.

ROM – Algo que é válido para qualquer profissão da área da saúde...

M.A.S. – Sim, claro. Para mim isto é válido para nós enfermeiros como para outros profissionais. Nomeadamente quando um médico faz uma prescrição terapêutica, o enfermeiro tem a responsabilidade de a ministrar, tem que ter conhecimentos técnicos para o fazer correctamente e capacidade para avaliar, mas não para alterar a terapêutica. O enfermeiro é o responsável directo pela administração, não existindo aqui delegação. No trabalho correcto de complementariedade dos vários profissionais, se o enfermeiro, na observação dos efeitos e implicações daquela administração, detectar aspectos que lhe parecem não corresponder naquele momento exacto à situação da pessoa a quem se administra a terapêutica tem a obrigação profissional de comunicar a quem fez a prescrição.

ROM - Como analisa especificamente a questão da definição do acto médico?



M.A.S. – A questão da definição dos actos de cada profissão é uma questão recorrente. Especificamente quanto à questão que coloca, a minha posição é muito clara: considero que em relação às questões específicas do médico os enfermeiros não têm que intervir. Tal como considero que os médicos não têm que intervir nas nossas questões específicas. As Ordens têm a responsabilidade da regulação profissional, portanto, a OM tem toda a legitimidade para procurar a regulação que considere correcta relativamente à profissão médica. Mas, tal como na definição que temos que fazer relativamente ao que são as intervenções dos enfermeiros devemos fazê-lo na estrita medida e alcance daquilo que tem a ver com os cuidados de enfermagem, no que diz respeito à definição de acto médico deverá encontrar-se uma definição no âmbito exclusivo da prática profissional da medicina. É neste contexto que às vezes é mais difícil encontrar a forma correcta de construir um articulado jurídico que garanta efectivamente esta concepção. Facilmente, seja que grupo profissional for, pode-se recair numa definição jurídica de uma abran-

gência tal que delimita e limita aquilo é o global da intervenção dos vários profissionais na saúde dos cidadãos. É neste âmbito que se tem que ponderar. Não posso, não quero e não tenho nada a opor quanto à definição do acto médico mas, naturalmente, no que cabe aos enfermeiros deveremos ser nós a definir. Sei que esta é uma das preocupações do Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos para este mandato e da minha parte haverá toda a disponibilidade para contribuir para que se acautele a possibilidade de uma definição vir a interferir com outras áreas, neste caso com a enfermagem. Se houvesse uma definição menos clara, quem sairia prejudicado não eram os médicos nem os enfermeiros, mas sim os cidadãos. O objectivo é clarificar e para isso é preciso respeitar o âmbito e autonomia da intervenção específica de cada profissional. A intervenção específica daquilo que é o exercício profissional da medicina é para nós claro, não deixa margem para dúvidas e acredito que conseguiremos um espaço de diálogo em que poderemos todos contribuir, cada um na sua responsabilidade própria naturalmente.



ROM - Como define a actual relação médico/enfermeiro e como foi a sua evolução?

M. A. S. - Sendo as profissões cuja complementariedade da intervenção é indiscutivelmente essencial para os cuidados de saúde a que os cidadãos têm direito, tenho uma avaliação muito positiva. A relação histórica nem sempre foi assim mas a evolução normal permitiu que se estabelecesse com clareza como é que cada um contribui na sua especificidade para a melhoria da saúde dos cidadãos seja na doença, na promoção ou na prevenção. Considero que hoje há uma relação mais paritária em termos de entendimento de profissões. Esta evolução foi muito importante pois quem beneficia dela é o cidadão, e não uma profissão ou outra, pois permitiu que o centro de qualquer abordagem entre médico e



enfermeiro sejam os cuidados que se prestam. As intervenções destas duas profissões são pilares fundamentais nos cuidados de saúde. Considero um privilégio médicos e enfermeiros poderem trabalhar juntos. É certo que poderá haver algumas situações de maior ou menor conflitualidade mas isso tem a ver com determinados comportamentos pontuais que podem ocorrer em ambas as profissões. Tradicionalmente havia a concepção de que os cuidados de saúde eram apenas os cuidados médicos, o evoluir desse conceito no sentido de uma maior abrangência é muito positivo.

ROM - E as relações entre as duas Ordens? Concorda que tendo em conta que as duas instituições defendem, em primeira instância os interesses dos doentes, há questões em que a concertação é importante?

M. A. S. - As relações entre as Ordens têm também evoluído positivamente. Estão projectadas reuniões entre os Colégios da Especialidade da OM e as nossas Comissões da Especialidade, nomeadamente na área dos cuidados primários, entre o Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar e a nossa Comissão de Cuidados Gerais e Enfermagem Comunitária. As duas Ordens devem assumir perante os cidadãos a sua responsabilidade essencial de garantir a promoção da qualidade dos cuidados, a OM dos cuidados médicos e a OE dos cuidados de enfermagem. Estou convicta de que há muito mais questões a concertar do que a «desconcertar». E como estou convicta disto, creio que estamos no bom caminho. Os caminhos fazem-se andando e é um bom presságio que as duas Ordens já estejam a percorrer esse caminho. O senhor bastonário da Ordem dos Médicos tem tido este papel importante ao procurar a aproximação de posições.

ROM - Enfermeiro de família e médico de família são, naturalmente, formas de intervenção diferentes e complementares. Poderia falar-me um pouco desse conceito de cuidados?

M. A. S. - O conceito de enfermeiro de família tem a ver com a questão central das necessidades de resposta global em cuidados de saúde aos cidadãos. Essa resposta global passa por uma unidade própria que é a família, enquanto conjunto de pessoas que estão próximas e partilham o mesmo espaço e não o conceito de família tradicional. Ainda que exista um campo de actuação comum aos dois profissionais, entendemos que a organização deverá permitir uma melhor rentabilização dos recursos existentes. O médico de família continuará a ter a sua lista de utentes, que poderão ou não viver na mesma casa, desde que seja na mesma área de abrangência geográfica do Centro de Saúde.

ROM - Nesse contexto, que tipo de actuação complementar cabe ao enfermeiro de família?

M. A. S. - Para uma organização do trabalho que garanta uma resposta eficaz nas duas vertentes - acompanhamento e continuidade dos cuidados - é necessário que para o enfermeiro de família a unidade de referência, mais do que os utentes, tenha que ser o número de famílias. Só assim se poderá garantir a complementariedade com o trabalho dos médicos e técnicos de outras áreas - pois os problemas que se podem identificar nas famílias podem implicar necessidade de outros recursos que não apenas os cuidados médicos.

Entendemos que o enfermeiro tem todas as condições para ser essa figura no seio dos cuidados de proximidade. Caber-lhe-ia então assegurar, no local onde as pessoas vivem, um acompanhamento que vai para além da consulta de vigilância ou da consulta médica. Inseridos no espaço vital das famílias, os enfermeiros poderão efectuar uma prevenção atempada de diversas situações. Poderão ter ainda um papel fundamental como elemento de ligação com outros profissionais e estruturas e é isso que se pretende: se no espaço onde as pessoas vivem, e onde o enfermeiro de família foi tratar, por exemplo, de um idoso, mas detecta que há uma criança de sete anos e devia estar na escola



mas que não vai. O profissional terá que perceber o que se passa pois ninguém irá ajudar essa criança se não houver uma intervenção. Será necessário perceber se há uma problemática de inserção social ou algum factor relacionado com a saúde. Só estando no local será possível perceber e encaminhar situações deste tipo, pois essa criança poderá nunca ser levada a uma consulta médica.

Não há aqui qualquer repetição de intervenções, o que há é rentabilização



do que cada profissional pode dar como resposta às necessidades daquelas famílias. O que temos é que encontrar uma forma organizacional de base que permita melhorar a rentabilidade.

ROM – Que tipo de organização lhe parece adequada?

M. A. S. – Como queremos ter essa visão global, é essencial que a organização dos enfermeiros seja por número de famílias e não por número de utentes. Haverá sempre contacto com o médico e coordenação das unidades com o Centro de Saúde. Entendemos que deverão existir equipas de enfermagem por áreas, a quem seja atribuído um determinado número de famílias. Cada equipa terá que se organizar de forma a garantir que durante as 24 horas essas famílias tenham a quem recorrer sempre que precisem, sem precisarem de recorrer imediatamente às urgência dos hospitais. Ao enfermeiro caberá verificar se é necessário ir ao hospital ou chamar um médico. É possível fazê-lo de uma forma muito mais articulada e se aperfeiçoarmos devidamente o sistema poderemos ter um nível de resposta junto da comunidade que não existe neste momento. Os centros de saúde são uma referência mas não o local prioritário de estar e esta é uma diferença importante relativamente ao local onde os cuidados de enfermagem seriam prestados. Em relação a certos aspectos o funcionamento é em tudo semelhante ao que sucede no hospital onde asseguramos os cuidados de enfermagem de que necessitam os doentes, asseguramos a relação com os médicos que é necessária para o desenvolvimento dos cuidados e asseguramos a continuidade dos mesmos. A continuidade é muito importante se tivermos, como devemos, como centro da actuação a ideia de permitir que a pessoa possa desenvolver por si própria capacidade para fazer face aos seus problemas de saúde. O enfermeiro de família pode trazer um nível de resposta que está identificada como necessária, sem entrar em nenhuma incompatibilidade ou em qualquer lógica de competitividade.

de. Cada profissional tem que pôr o seu saber ao serviço da comunidade pois é para isso que existimos.

ROM – Como analisa a forma como se vive a profissão de enfermagem em termos de vocação?

M. A. S. - A discussão da vocação é muito complicada. Tenho a noção exacta de que, como em outras profissões, temos enfermeiros que entendem a essência da sua prática e outros que não. Há bons e maus profissionais. Mas numa análise global temos bons enfermeiros capazes de pôr em prática projectos profissionais. Não há que escamotear dificuldades e não devemos esconder que nem sempre esta disponibilidade existe. Mas devemos ter a noção que temos enfermeiros muito desgastados, com um cansaço intrínseco ao facto de terem que lutar por condições que faltam, por coisas mínimas que não têm, pela luta contra decisões por vezes irracionais que se tomam nos serviços. Exemplo disso é o facto de, tendo poucos enfermeiros especialistas, a forma completamente irracional como os utilizam. Estas decisões com ausência de diálogo conjunto sobre prioridades são difíceis de gerir. Há problemas de planificação e tem que se perceber que as prioridades têm que ser definidas em conjunto. Nem sempre os enfermeiros se sentem participantes nas decisões que se tomam nas organizações, sendo portanto confrontados com situações em que têm a noção exacta que não vão existir condições para garantir a qualidade dos cuidados que vão ter que desenvolver. Sinto que, mesmo nesses casos, os enfermeiros continuam a fazer o seu melhor mas a desmotivação é inevitável. Apesar de todas as dificuldades, considero que quem fica na profissão é porque descobriu que valia a pena exercê-la. Em termos europeus devemos ser dos países que tem menos abandono profissional e isso é significativo especialmente se tivermos em conta que muitos enfermeiros tiraram outros cursos. Há em Portugal níveis de satisfação seguramente superiores aos dos outros países. Quando me refiro ao projecto do enfermeiro de fa-

Algumas Notas Biográficas

Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa, enfermeira, Bastonária da Ordem dos Enfermeiros.

- Formou-se em enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara em 1968 – Curso Geral de Enfermagem;
- Terminou o curso de Especialização e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em 1992, na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende;
- Possui uma pós-graduação em Sociologia de Saúde pelo Instituto Superior de Saúde;
- É licenciada em Enfermagem, tendo terminado o Complemento de Formação em 2003 na Escola Superior de Enfermagem Caloust Gulbenkian de Lisboa.

Trabalhou:

- No Hospital de São José na Maternidade de Santa Bárbara;
- No Hospital dos Capuchos, em Medicina sendo o Hospital a que pertence com a categoria de Enfermeira Especialista

Foi Coordenadora do Sindicato dos Enfermeiros da Zona Sul e, após 1988, do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, período durante o qual elaborou vários trabalhos, entre outros, sobre:

- A integração do Ensino de Enfermagem no Ensino Superior;
- O Regulamento do Exercício Profissional (REPE), participando na Comissão nomeada para o efeito pelo Secretário de Estado;
- O desenvolvimento profissional dos Enfermeiros/Carreira de Enfermagem e Avaliação do Desempenho.

Desenvolveu actividades de cariz formativo dirigido a jovens a nível Nacional e Internacional (Juventude Operária Cristã Internacional)

Participou e organizou Seminários Nacionais, Europeus e Internacionais, dos quais se destaca no âmbito da UNESCO, participação nos seguintes Seminários Internacionais:

- A Fome no mundo e o desenvolvimento humano em Bangkok, Tailândia, 1976;
- A Realidade sócio - política na América Latina, no contexto Internacional, Bogotá, Colômbia, 1977;
- A história das religiões no mundo e sua influência no desenvolvimento sócio - político, Bruxelas, Bélgica, 1978

Integrou a Comissão Instaladora da Ordem dos Enfermeiros

Foi Vice - Presidente do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros no mandato 1999-2003

No quadro das responsabilidades assumidas durante o referido mandato, realça-se entre outras:

- A participação na Conferência da OMS-Europa sobre o Enfermeiro de Família, realizada em Munique, 2000, integrando a Delegação Portuguesa;
- A Coordenação da Comissão Organizadora do I Congresso da Ordem dos Enfermeiros,
- A co-responsabilização pelo processo de candidatura da filiação da Ordem no Conselho Internacional dos Enfermeiros. E, no âmbito das Relações Internacionais Coordenou as delegações da Ordem ao Congresso do ICN, em Copenhaga, 2001, à Conferência Internacional em Geneve, 2003, assim como as visitas às Organizações congéneres do Canadá, Inglaterra e Dinamarca.

mília sei que vamos ter que intervir no sentido de ajudar à compreensão daquilo que deve ser a forma de entender os cuidados a prestar às pessoas e vamos ter que ajudar a perceber esta nova perspectiva de intervenção. Mas sei que teremos grande receptividade por parte dos enfermeiros.

ROM – Doente, utente, cliente, cidadão, pessoa... Que definição entende ser mais correcta para essa figura central dos cuidados de saúde?

M.A.S. – Naturalmente que olhamos a pessoa de várias maneiras dependendo da sua situação. Por um lado há a

responsabilidade de cada profissão face aos cidadãos no que respeita à saúde, em que nesta área temos um mandato social com responsabilidades claras. Quando falamos de utente estamos a falar de alguém que utiliza os serviços que lhe são oferecidos e referimos-nos mais a questões institucionais e organizacionais

do que aos próprios profissionais. Quando a referência é o cliente podemos ter duas perspectivas: o cliente como consumidor de cuidados ou o cliente como parceiro de cuidados. Há aqui uma ambiguidade pois há essa concepção de cliente que se prende com o direito de consumo em termos de contrato económico. Mas a visão do cliente como parceiro de cuidados é a mais correcta. É um desafio que está colocado porque responsabiliza os profissionais e o próprio cidadão na medida em que tem que desenvolver o seu próprio projecto de saúde. Uma dificuldade que os profissionais de saúde têm é entenderem que o último responsável por aquilo que quer para a sua saúde é a própria pessoa. Facilmente caímos na tentação de fazer o contrário, como se a pessoa fosse um instru-

mento daquilo que eu quero para os cuidados mais do que aquilo que ela própria decide. É por essa razão que, por vezes, facilmente passamos por cima do que é o consentimento informado e que deve existir para todos os cuidados que são prestados. A pessoa tem o direito de dizer que não quer e o profissional tem o dever de aceitar. Se trabalhássemos melhor a concepção de cliente isso ajudaria a perceber melhor este «contrato de parceria» relativamente a quem é o decisor final. É uma parceria no sentido em que nós não somos mais do que mediadores de

cuidados, mediadores para um projecto que alguém considera importante para a sua vida, para a sua saúde. Os profissionais mediante o que sabem e as competências que lhes são reconhecidas têm como função ajudar esse projecto a avançar.

ROM – Mas ainda há a perspectiva do doente...

M.A.S. – Se na nossa linguagem profissional às vezes ainda se confunde a terminologia, para o cidadão comum a saúde passa apenas pela doença, isto é, a sua visão é sempre a do doente. Deveríamos ser capazes de trabalhar a perspectiva do cliente e incutir nas pessoas essa ideia abrangente de saúde que engloba outro tipo de intervenções. As intervenções relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção da doença são cada vez mais fundamentais para garantir uma melhoria do nível global de saúde da população. Não queremos ter o cliente como consumidor de cuidados pois aí existiria o perigo do consumismo em saúde – o que é o melhor caminho para haver menos saúde, visto que este é um bem não transaccionável.



Em Memória de Corino de Andrade Homenagem a António Falcão de Freitas

O Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos cometeu-me a tarefa de redigir algumas palavras sobre Corino de Andrade. Em nome da verdade, devo dizer que não sou a pessoa indicada para falar de uma das mais notáveis personagens da Medicina portuguesa, visto que apenas contactei por duas vezes com o Prof. Corino de Andrade. Aceitei tal incumbência porque é sempre um privilégio corresponder a um apelo do meu Presidente do Conselho Regional e é um privilégio acrescido fazê-lo a propósito de personalidade tão ilustre. Acresce que muito do que sabe sobre Corino de Andrade está já plasmado por Maria Augusta Silva no livro editado pela Fundação GlaxoSmithKline das Ciências da Saúde. Estas palavras podem, ainda, ser entendidas como um desafio para uma investigação mais aprofundada sobre a vida de Corino de Andrade, talvez mesmo sob a forma de história oral, aproveitando o espólio documental existente e a memória viva dos seus discípulos e colaboradores.

Perante um conhecimento indirecto, apenas posso transmitir uma sensação pessoal decorrente de uma inevitável afinidade científica com a obra do Prof. Corino de Andrade. De facto não existe nenhum neurologista em Portugal que não tenha ficado seduzido com a descoberta do “mal dos pezinhos”. Independentemente das gerações, certo é que, mesmo que não soubéssemos mais nada, sempre descobríamos, ao iniciar o estudo do imenso campo das polineuropatias que, em qualquer capítulo de qualquer livro ou tratado ou em qualquer artigo científico, lá encontrávamos, perante uma miríade de referências a autores saxónicos e perante a raríssima escassez de autores portugueses, a tradicional expressão “Andrade et al”. E, dessa forma, também descobríamos que, afinal, os portugueses também faziam ciência.

Para que fique registado na Revista da Ordem dos Médicos, recordemos o título do artigo publicado, em 1952, na Revista “Brain: **UMA FORMA PECULIAR DE NEUROPATIA PERIFÉRICA. AMILOIDOSE GENERALIZADA ATÍPICA FAMILIAR COM ESPECIAL ENVOLVIMENTO DOS NERVOS PERIFÉRICOS POR CORINO ANDRADE (DO SERVIÇO DE NEUROLOGIA DO HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO, PORTO, PORTUGAL).**

Recordemos a respectiva introdução:

“Por volta do final de 1939 fomos surpreendidos por um caso que observámos, pela primeira vez, na consulta externa do Hospital de Santo António, no Porto. Tratava-se de uma mulher, de 37 anos, que vivia há dezassete na Póvoa de Varzim, uma cidade piscatória

na região do Porto. A síndrome neurológica da doente, história e quadro clínico fez-nos pensar que tínhamos perante nós uma entidade clínica ainda desconhecida e, portanto, digna de uma atenção particular da nossa parte.

A nossa primeira impressão foi reforçada pelo facto de termos conhecimento da existência na Póvoa de Varzim de uma doença conhecida por «Mal dos pezinhos».

Trata-se de uma doença endémica com as seguintes características:

(1) Paresia das extremidades, particularmente das inferiores.

(2) Diminuição precoce da sensibilidade à temperatura e à dor, começando e predominando igualmente nas extremidades inferiores.

(3) Perturbações gastrointestinais.

(4) Perturbações sexuais e dos esfíncteres.

Esta doença, que tem um início insidioso e prevalente em várias famílias não relacionadas, impressionou-nos devido à sua natureza progressiva e à sua taxa de mortalidade extremamente elevada. Têm sido postos vários diagnósticos, dependentes dos primeiros sintomas apresentados pelo doente e do especialista consultado. Estes sintomas podem ser neurológicos, gástricos, digestivos, etc; daí a doença ter sido apelidada de siringomielia, mielite, tabes, colite, apendicite, avitaminose ou lepra. Ficámos a saber por meio de informações recolhidas entre a população do distrito que a doença tem uma história muito antiga. Ao longo dos anos tem sido responsável pela perda de muitas vidas. Observámos alguns doentes nas suas casas e no Hospital da Misericórdia da Póvoa de Varzim. Este facto permitiu-nos ter uma ideia da incidência da doença e compreender a natureza monótona e constante do quadro clínico, o grande número de casos em determinadas famílias e a evolução inexorável da doença.

A observação simultânea de vários doentes reforçou em nós a crença de que estávamos perante um problema de interesse para o clínico, o patologista e o médico de saúde pública. Foram internados dois doentes no Serviço de Neurologia do Hospital de Santo António e, deste modo, tivemos a possibilidade de seguir a evolução da doença até à morte e de completar o estudo clínico com observações histopatológicas.

Este estudo anatomopatológico, juntamente com as investigações bacteriológicas, a pesquisa do bacilo da lepra e o exame de biópsias de vários órgãos revelou

determinados aspectos que também eram constantes e peculiares na doença.

Prosseguindo os nossos estudos, observámos, desde então, 74 casos pertencentes a famílias diferentes, pessoas das mais variadas classes sociais e com hábitos alimentares muito diferentes. Tendo em conta (1) os aspectos anatómicos e clínicos peculiares da doença; (2) a sua elevada taxa de mortalidade; (3) o desconhecimento que envolve a sua etiologia e patogénese e, consequentemente, a série de problemas que se colocam, consideramos oportuno tornar conhecida esta forma peculiar de neuropatia periférica.”

Esta introdução revela a preciosidade científica do artigo, mas constitui, sobretudo, uma obra-prima de clínica, já que o contributo dos exames histopatológicos fica submerso pelos pormenores descritivos das situações clínicas dos doentes observados desde o ano de 1939. Está é, para mim, a principal qualidade de Corino de Andrade: a capacidade de “inventar” uma doença, com base na sagacidade da observação clínica, enquadrada pela análise epidemiológica e pelas histórias familiares.

Em complemento daquela extraordinária capacidade vem a persistência de, ao longo dos anos, e apesar de condições adversas, não ter desistido. Ou melhor, de nunca ter desistido. Demonstrou, assim, ao longo da sua vida, que se podia ser brilhante sem ser um estrangeirado. No momento em que saudável globalização do conhecimento por vezes se mistura com algumas

operações propagandísticas é notável a lição que Corino de Andrade nos lega quanto à capacidade dos portugueses fazerem e se fazerem em Portugal.

Para além do clínico emérito, capaz de transformar a clínica em ciência, e vice-versa, é também conhecida a sua intervenção cívica e o seu desassombro. Sejam adversários ou adeptos das ideias que defendeu, devemos vergar-nos perante a sua coragem. Julgo não estar a cometer uma inconflidência ao atrever-me a relatar um episódio que me foi descrito pelo Prof. Doutor Nuno Grande no dia do seu funeral. Decorria, ao tempo, a polémica entre Abel Salazar e Álvaro



Cunhal quanto à finalidade e utilidade da arte quando Álvaro Cunhal terá tentado convencer Corino de Andrade da ausência de intervenção social na pintura de Abel Salazar. Da conversa dos dois terá resultado, de forma enigmática e circunspecta, o comentário de Corino de Andrade “depois do que eu lhe disse, não deve querer falar mais comigo”.

Não tendo a pretensão de aspirar a biógrafo, atrevo-me a especular, com base em cartas existentes no seu processo individual que, já em 1963, o Prof. Corino de Andrade terá sido protagonista de um desaguado com a companhia de seguros “A Social”, quando lhe terão tentado impor uma tabela de preços pelos serviços prestados. E Corino de Andrade resistiu recorrendo à Ordem dos Médicos...

Também não teve receios em processar o jornal “Actualidades” quando este, em 1967, pôs em causa o seu bom-nome. E para isso socorreu-se da sua Ordem...

Resultou de tudo isto um enorme reconhecimento pela comunidade científica (médica ou não) e pela sociedade civil, devidamente enfatizado pelo advento do 25 de Abril. Foi este reconhecimento traduzido pela Ordem dos Médicos através da atribuição da Medalha de Mérito da Ordem dos Médicos no VIII Congresso Nacional de Medicina, sob proposta do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, ao tempo presidido pelo Dr. António Meireles e, mais recentemente, no ano 2002, pelo Conselho Regional a que tive a honra de presidir.

É sobre esta homenagem mais recente, de que fui modesto protagonista, que gostaria de deixar o meu testemunho.

Pareceu-nos óbvio que o Prof. Corino de Andrade merecia ser anual e formalmente lembrado pelos seus contributos científicos e de cidadania. Foi um bom amigo (o nosso colega Manuel Quintas) que, no ano de 2002, me alertou para a avançada idade do Mestre Corino e para o dever de, com ele em vida, fazermos algo que pudesse vir a constituir uma manifestação reiterada de homenagem inter-pares. O tempo não nos iria perdoar, se, como é habitual na (má) tradição portuguesa, nos limitássemos a esperar pela realização de uma homenagem póstuma.

Aprovada a ideia pelo Conselho Regional do Norte da Or-

dem dos Médicos, com entusiasmo e determinação, em 26 de Fevereiro de 2002, discuti-a inicialmente com o saudoso Prof. Falcão de Freitas, seu e meu amigo. Foi graças ao seu impulso que nasceu o Prémio Corino Andrade; por isso é este o momento de expressar a minha gratidão ao Prof. Falcão de Freitas a quem devo dedicar estas linhas. Obtido o consentimento do Prof. Corino de Andrade, através de sua filha, Amália Andrade, graças às diligências do Prof. Falcão de Freitas, demos então corpo à instituição do prémio com o seu nome e, já agora, com a sua figura. Porque só podia ser assim, institui-se um prémio de âmbito nacional, destinado a galardoar pessoas singulares ou colectivas, e no primeiro caso obrigatoriamente não médicas, que se tivessem notabilizado pela prestação de relevantes serviços à Medicina e aos Médicos portugueses.

Escolheu-se para dia da efeméride a sua data de licenciatura (o dia 17 de Outubro). Excluímos a sua data de nascimento (o dia 10 de Junho) porque correr-se-ia o risco de diminuir a notoriedade exigível.

Assentes a data de atribuição e a finalidade do prémio, faltava a forma. Imaginámos uma que fosse uma espécie de reflexo de Corino de Andrade. Desde logo excluímos a componente pecuniária, claramente estranha ao que foram os objectivos da sua vida. Surgiu rapidamente a hipótese de mobilizar para este projecto o Mestre José Rodrigues, por sinal amigo do Prof. Corino de Andrade. Com invulgar finura e sensibilidade, o Mestre José Rodrigues apresentou-me o seu projecto: uma peça em bronze, sob a forma de livro, de onde constasse a efígie de Corino de Andrade. De um lado, ao jeito de capa, o esboço de uma figura inesquecível. Na “contracapa” a introdução do imortal texto do Brain, o símbolo da nossa Ordem e uma mensagem que tentei amaneirar, por mandato do Conselho Regional do Norte. Escrevi então que “cumpre-se, assim, uma homenagem vital. Vital, porque a Ordem dos Médicos se associa à obra, ao estilo e ao ser de Corino de Andrade. Vital, porque simboliza a vitalidade e a perenidade de Corino de Andrade. Vital, porque se perpetua, em vida e pela vida, a vida de Corino de Andrade”.

Assim nasceram as cem peças depositadas na Sede da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos que, anualmente, esperam por quem mereça acarinhar o Prof. Corino de Andrade. Três delas encontram-se já nas mãos da Fundação Gulbenkian, da Fundação Bial e do Sr. José Maria Moreira, Director de Serviços da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. As restantes noventa e sete terão um destino igualmente merecedor, contribuindo para perpetuar o nome e a obra do Prof. Corino de Andrade. Um HOMEM que, como afirmou o Presidente da Ordem dos Médicos na comemoração do Dia do Médico de 2005, realizada na Secção Regional do Norte, no passado dia 18 de Junho, não nos abandonou. Simplesmente nos retirou o privilégio da sua presença.

Miguel Leão

Porto, 17 de Julho de 2005

Saúde Ocupacional

Vai realizar-se nos dias 3 e 4 de Outubro no auditório A1 da Universidade do Minho em Braga, o encontro Saúde Ocupacional em Serviços de Saúde. Este encontro abordará, entre outros, temas como o futuro da saúde ocupacional, os requisitos legais da segurança, higiene e saúde no trabalho, as entidades intervenientes em saúde ocupacional e o seu papel da saúde na sociedade. Trata-se de uma organização do Gabinete de Saúde Ocupacional da Sub-região de Saúde de Braga. As inscrições podem ser feitas até dia 15 de Setembro por fax (253208261).

Medalha de Mérito Cultural

Durante o 48º Congresso da União Mundial Escritores Médicos, que decorreu em Viana do Castelo em Setembro de 2004, foi atribuída ao pediatra João-Maria Nabais a Medalha de Mérito Cultural da Associação de Escritores Médicos e Jornalistas de Bucareste – Roménia/04, pelo seu ensaio: *The Dracula Romance Within The Context of The 19TH Century Medicine* apresentado durante o 47º Congresso Internacional de Escritores Médicos (Bucareste – Setembro, 2003). Cinco poemas deste pediatra/escritor foram recentemente inseridos numa antologia de poetas portugueses contemporâneos, onde se incluem nomes tais como Sofia de Melo Breyner Andresen, Eugénio de Andrade, António Manuel Couto Viana, Manuel Alegre, Helberto Helder, etc.. A antologia, «Poesia Portuguesa Contemporânea», é uma edição russa bilingue, editada em São Petersburgo (Rússia 2004), com o apoio do Instituto Camões.

Prémio de Investigação médica

O Clube Soroptimist International de Varese, em Itália, está a promover mais uma edição do prémio Doniselli de investigação médica no domínio oncológico ao qual podem concorrer trabalhos originais sobre novas terapêuticas para o carcinoma mamário e que tenham sido publicados entre 30 de Junho de 2003 e 30 de Junho de 2005. Os interessados que deverão concorrer até dia 1 de Setembro de 2005, poderão obter mais informações em: http://www.soroptimisteurope.org/pages/news/05_prize.htm

Candidaturas ao Prémio e Bolsa Pfizer de Investigação

Estão abertas, até dia 30 de Setembro de 2005, as candidaturas para os Prémios Pfizer de Investigação Clínica e de Investigação Básica, bem como para a Bolsa Pfizer de Investigação 2005. Esta iniciativa é efectuada numa parceria entre este Laboratório e a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa. Para mais informações contactar Margarida Carrolo (21 423 55 00).

Novo paradigma médico (I)

O médico normalizado ou o Dr. Vasco Moscoso de Aragão

A reverência perante as normas e o asfixiante predomínio da farmacoterapia e da técnica e o seu prestígio, altera o paradigma da Medicina, compromete a atitude e a eficácia do médico e deixa campo aberto a curandeiros que dão grande atenção aos aspectos particulares das queixas dos doentes.

O paradigma clássico da Medicina era o de ajudar a evitar a morte escusada, a tratar os doentes e a minorar o sofrimento. Para tal havia que diagnosticar bem a doença e tão precocemente quanto possível para melhor a tratar; e evitá-la, se possível.

A eficácia da Medicina teve efeitos colaterais. Pouco a pouco, de uma Medicina para doentes, tende a evoluir-se para uma Medicina para pessoas queixosas; dado que, felizmente ainda predominam as pessoas saudáveis, há que identificar bem os “factores de risco” para se evitar o paradoxo de uma Medicina para pessoas saudáveis.

A crescente preocupação com a prevenção, alterou radicalmente o paradigma médico:

a) acentua a actual preocupação de todas as pessoas com a sua saúde.

b) o médico, que era alguém a quem se pedia auxílio competente quando nos julgávamos doentes, passa a ser aquele que, indiscriminadamente, nos impõe restrições, alterações de hábitos agradáveis, exames ou terapias mesmo que nos julgemos sãos.

c) Do profissional que, enquanto minorava o sofrimento individual e/ou familiar, procurava encontrar a respectiva causa, para uma estratégia radical, passa a ser quem aplica uma técnica, profilática ou diagnóstica, a uma massa de pessoas que se não sente doente (vacinas, rastreios de massa – bioquímica (pézinho, PSA, colesterol), mamografia, ecografia, endoscopia etc.)

A necessidade de prevenção e de diagnóstico precoce implica incomodar e afligir muitos que não precisam nem beneficiam para tentar identificar alguns que disso precisam sem que se tenham dado conta, na expectativa de que venham a aproveitar. Tal como em qualquer decisão, há que avaliar se os objectivos a

atingir justificam os riscos e os incómodos impostos; a identificação de “factores de risco” tenta restringir sensatamente o número dos molestados sem necessidade, em função da probabilidade de serem doentes assintomáticos ou de o virem a ser. Há que manter um equilíbrio sensato entre a sensibilidade do método que, como sempre, é inversamente proporcional à especificidade.

As regras, normas, guias para os rastreios são, quase sempre definidas por especialistas nessa matéria inevitavelmente preocupados em evitar situações graves com que muitos já tiveram que lidar; deste modo, é compreensível que as normas traduzam uma intenção louvável de não deixar escapar doentes (máxima sensibilidade); como resultam do trabalho numa Comissão que procura o consenso, muitas vezes traduzem uma perspectiva pessimista e uma atitude defensiva – todo o indivíduo é suspeito enquanto se não provar o contrário. Os media espelham e ampliam esse ponto de vista catastrofista:

- A doença de refluxo gastro-esofágico afecta cerca de 30% dos portugueses, **CMV 2003**

- Quase metade da população portuguesa está directamente afectada pelo alcoolismo – **4ª Conferência dos Alcoólicos Anónimos, Março 2002**

- Mais de um quarto da população portuguesa sofre de dores de cabeça. **DN 13-10-2002**

- Em Portugal, 30 mil novos deficientes por ano resultantes de acidentes de trabalho. (DETEFP) **DN 7-10-2002**

- Como nascem 110.000 portugueses por ano .. 1/2 dos portugueses virão a ser deficientes...

Na verdade (**Censos 2001**) Portugal regista **634 408 deficientes**

- ...as lésbicas ou outras mulheres sem actividade sexual, devem tomar a pílula. **DN 7-07-2002**

- Um em cada três portugueses sofre de **pelo menos** uma doença crónica **DN 7-05-2002**

- A hipertensão arterial atinge hoje cerca de 35% dos portugueses. **DN 12-06-2002**

A osteoartrose ... afecta 20% dos portugueses, 21ª Jornadas Internacionais de Reumatologia. **Mar 2002**

- Mais de 30 % dos homens portugueses >50 anos têm cancro da próstata. Aos 80 A a taxa sobe para **70 a 80 %**. **II Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Familiar 2002**

- Cerca de 20% da população sofre de incontinência urinária. **CMV 2003**



H. Carmona da Mota

Faculdade de Medicina
e Hospital Pediátrico de Coimbra. (aposentado)

- ...em Portugal, 500 mil homens sofrem de alguma perturbação da função eréctil. **CMV Nov 2002**

- Há 100 mil portugueses a sofrer de esquizofrenia, **Público 18-06-2002**

- Rinite, asma, rinoconjuntivite - inimigos sazonais de mais de 1,5 milhões de portugueses **Público, 21 Mar 2002**

- A epidemia do século XXI

O número de crianças a sofrer de alergias aumenta **assustadoramente**. Uma doença muitas vezes subestimada, mas que **pode provocar a morte**.

Metade dos homens dos 40 aos 69 anos sofre de disfunção eréctil. **Público 18-6-2005**

Não admira que os portugueses estejam preocupados.

Há que exigir provas não só da eficacidade como de uma razoável relação de custo e incómodo vs benefício, antes de adoptar qualquer norma.

Aquelas foram desenhadas para a generalidade; há que aplicá-las sensatamente a cada caso particular. Se o não fizermos, regrediremos do papel de médico responsável por aquele indivíduo ou grupo particular para o de um técnico burocrata.

Não é necessário ser médico para vacinar todos os lactentes de 2-4-6 meses, para colher sangue a todos os RN, adultos masculinos ou grávidas, nem para realizar mamografias ou endoscopias cólicas como prenda do 50º aniversário.

Não é necessário ser médico para pedir um hemograma a **todas** as crianças de 1 a 2[^](¹) ou dosear chumbo no sangue a **todos** os lactentes(²) ou que vivam "in areas with 327% of housing built before 1950"(³) ou a **todas** as crianças com problemas de desenvolvimento(⁴) ou rastrear celiáquia a **todas** as crianças diabéticas, quer tenham ou não sinais suspeitos(⁵) ou cistografia a **todos** os lactentes, após uma infecção urinária(⁶).

Os protocolos das consultas de saúde são inegavelmente úteis se não escotomizarem o indivíduo e se provarem eficazes, o que nem sempre acontece(⁷⁻¹²).

Na situação actual, as normas tendem a arvorar-se em leis; não servem para nos guiar; há que obedecer-lhes. As leis tornam-se dogmas; não podem ser postas em causa. Crê-se sem se questionar; age-se submissa e automaticamente.

A conduta médica que deveria ser regida por leis científicas, sempre com um certo grau de indeterminação e que há que conhecer para as utilizar em benefício das necessidades variadas dum indivíduo singular ou de grupos de risco particular, tende a ser regida por leis de cariz jurídico, que obrigam todos os indivíduos, independentemente da sua condição. A padronização da conduta médica é indispensável – todos temos que respeitar as bases científicas e éticas da profissão e atender às orientações dos grupos de peritos mas normalizar a conduta é diferente de calibrar maçãs.

Simultânea e paradoxalmente, pretende-se manter o dogma da liberdade de prescrição. A liberdade de prescrição é um atributo da Medicina, não dos médicos; dito de outro modo, um atributo dos médicos enquanto grupo profissional, não de cada médico. Toda a actividade médica, a prescrição incluída, tem de ater-se a normas – científicas, deontológicas, legais e éticas — a

que todo o médico está obrigado. É da sua responsabilidade a sensata aplicação da norma adequada ao doente concreto e é este o seu grau de liberdade.

As normas são úteis se forem baseadas em provas e adequadas às necessidades e aos recursos da comunidade; terão que ser sempre aplicadas sensatamente aos casos concretos.

As normas como as técnicas, obviamente indispensáveis, arriscam a eclipsar a doente – afogado no seu plasma, diluído no número, irradiado da sua película, invisível á endoscopia, despersonalizado pelas normas.

A reverência perante as normas e o asfixiante predomínio da farmacoterapia e da técnica e o seu prestígio, altera o paradigma da Medicina, compromete a atitude e a eficácia do médico e deixa campo aberto a curandeiros e outros alternas, que ouvem os queixosos, lhes falam e lhes prometem aliviar o seu sofrimento.

Part of homeopathy's appeal is the personal attention paid to patients (Avina and Schneiderman, 1978). In practice, classical homeopaths emphasize taking 30 to 45 minutes with each patient, paying careful attention to the emotional state.⁽¹³⁾

One of the attractive aspects of alternative medicine for these patients is the holistic approach that treats the whole person

rather than the disease.⁽¹⁴⁾

O paradigma profilático da Medicina tem ainda o risco de ser interpretado de forma excessiva quando não fundamentalista, que não poupa ideologias:

** “Seria aconselhável que, antes de se iniciar uma relação estável, de matrimónio ou outra, se incluisse esse exame (rastreo da sida)”

Conselho Permanente da Conferência Episcopal Portuguesa. Público, 21 Nov 2001

** O rastreio obrigatório de doenças infecto-contagiosas, como a tuberculose, a hepatite A, B, C e D e o HIV1 e HIV2, é proposto pela Juventude Socialista. **Público, 29 Nov 2001**

** Em Singapura o teste da sida poderá vir a ser obrigatório para noivos. **Público 6-12-2004**

** ...myocardial infarction can be triggered by emotional upset, such as watching your football team lose an important match. ... perhaps the lottery of the penalty shoot-out should be abandoned on public health grounds.

Carroll D, Ebrahim S, Tilling K, Macleod J, Davey Smith G. Admissions for myocardial infarction and World Cup football: database survey. **BMJ 2002;325:1439-1442**

** ...o bolo-rei não pode ter brindes (ou favas!?) com menos de quatro centímetros.

D-L 158/99, de 11 de Maio

** Um especialista em sismologia criticou ontem o “desinteresse dos políticos” e a falta de investimento do Estado português na prevenção dos efeitos de maremotos e ondas gigantes do tipo *tsunami*. **DN 2 Nov 2001**

É a atitude de Vasco Moscoso de Aragoão*. Prescinde-se de procurar factores de risco para modelar a estratégia para os que mais precisam. Vacinar todos, medicar todos, rastrear todos ... não vá o diabo tecê-las ... não me vão acusar de deixar passar... Não importa procurar identificar os culpados entre os suspeitos; melhor é prendê-los todos.

Consequentemente, as normas que se presumem “evidence based”, nem sempre têm em conta os que mais necessitam.

Uma meta-análise concluiu que na “... vast majority of young children with acute diarrhea **routine dilution of milk ... are not necessary**”. No entanto nenhum trabalho analisou especificamente as situações de maior risco — pequenos lactentes malnutridos ou com formas severas de diarreia⁽¹⁵⁾

Deixamos de ser médicos; pelo menos deixamos de ser clínicos e de responder ao que se espera de nós.

“As pessoas que hoje em dia vão ao médico são mais exigentes para com o clínico. Além da cura, que muitas vezes será relegada para um segundo plano, os utentes procuram receber uma palavra amiga de conforto e carinho. E nem quando se analisam os dados em função do nível social dos utentes as conclusões se alteram”.⁽¹⁶⁾

• “Precisamos de alguém que nos ouça” ...o que nem sempre

acontece, nomeadamente com os profissionais de saúde mais novos. “Não estão para nos ouvir”, comenta: “As pessoas esperam do profissional de saúde amizade, conforto, carinho e, obviamente a cura. Mas, o que vem à cabeça é fundamentalmente o carinho e amizade mais do que a competência”. **Susana Duarte, JN 20-3-2002**

O actual critério de selecção dos futuros médicos - o das mais altas classificações do liceu - pressupõe que a qualidade essencial para ser (bom) médico é ter sucesso no processo competitivo, isto é, ter adoptado precocemente os valores sociais dominantes - o primado do sucesso individual num quadro de competição desapiadada. Não está provado nem creio provável que esses sejam valores indispensáveis para vir a ser o médico que desejamos quando adoecermos⁽¹⁷⁾.

Bibliografia

1. AAP. Committee on B Nutrition:- anemia screening recommended for 1- to 2-year-olds. Baker S, ed. *Pediatric Nutrition Handbook*. 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1998
2. The Centers for Disease Control, Atlanta, generally recommends ... blood lead screening at 1 year of age with additional targeted screening of children considered to be high risk that is, those children living in old housing with leaded paint or with old lead water pipes, especially those with a propensity for ‘mouthing’ behaviours.
3. Centers for Disease Control and Prevention recently issued new guidelines endorsing universal screening in areas with 27% of housing built before 1950.
4. Children with behavioural and/or developmental problems... should be routinely screened for lead. **G Lewendon et al. Arch Dis Child 2001;85:286-288**
5. Recommend that all children less than 1 year should have a micturating cystogram. These recommendations were based on observations from a number of studies showing the high incidence of VUR and renal scarring and the belief that renal scarring could be prevented by prophylactic antibiotic therapy. **Report of a Working Group of the Research Unit, Royal College of Physicians. J R Coll Physicians Lond 1991;25:36-42**
6. CDC, Atlanta. Update: blood lead levels—United States 1991-1994. **Morbidity and Mortality Weekly Report 1997;46:213-17**
7. A multicentre trial (**New England Journal of Medicine 2001; 344:1421-6**) showed no difference on tests of neuropsychological development after 36 months of follow up between those treated with an oral lead chelating agent and those treated with placebo. The most sensible thing to do about lead poisoning, say editorialists, is to stop rearing children in houses with lead paint.
8. Although much is known about the natural story of UTI, VUR, and renal scarring, little evidence exists that the natural history can be altered. **Deshpande PV, Jones KV. Arch Dis Child. 2001;84:324-7.**
9. Most boys had primary, probably congenital, reflux-associated renal damage, whereas most girls had acquired scarring related to recurrences of febrile UTI. **Wennerstrom M, Hansson S, Jodal U, Stokland E. J Pediatr 2000; 136: 30-4**
10. ... selective screening and case-finding approach with astute clinical vigilance and awareness is sufficient to make the diagnosis of classical galactosemia in a timely fashion rather than a universal population-based neonatal screening program. **Shah V, Friedman S, Moore AM, et al. Acta Paediatr 90:948-949. 2001**
11. The currently available reliable evidence does not show a survival benefit of mass screening for breast cancer (and the evidence is inconclusive for breast cancer mortality). **Olsen O, Gotzsche PC. Cochrane Database Syst Rev 2001; 4: CD001877.**
12. “A maioria das instituições onde se fazem as mamografias não tem acreditação” **Vitor Veloso. IPO . Público 20-11-2002**
13. **National Council Against Health Fraud, 1994**
14. **Linda S. Spigelblatt. Alternative Medicine: Should It Be Used by Children? Curr Probl in Pediatrics 1995;25: 180-8**
15. **HC Mota. Guidelines for managing acute gastroenteritis. Arch Dis Child 1999;80:579**
16. **Susana Duarte, “Porque vão as pessoas ao médico?”. Tese de mestrado em Saúde Pública na FMUC; professora adjunta na Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca**
17. **HC Mota. Admissão à Universidade. Boletim da Soc. Port. Educ. Médica 2001;11:9-10**

Toxicodependência

Libertação da vontade ou escravatura a novos senhores?

Se considerarmos que em Portugal, o consumo de drogas nos últimos seis anos, não só disparou entre os alunos do ensino secundário (um em cada cinco, diz já ter experimentado substâncias ilícitas), e que, na Europa, logo a seguir à Inglaterra e ao País de Gales, somos o país onde se consome mais heroína.

Se nos lembrar-mos ainda que segundo o Relatório Anual do Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência (OEDT) de 2002, Portugal, conjuntamente com a Itália, Luxemburgo e Reino Unido, está na cauda da Europa no que à toxicodependência diz respeito...

...Então penso que ninguém terá dúvidas de que é premente fazer alguma coisa de modo a modificar esta situação.

Segundo o Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega, datado de 3/10/2002, em Portugal «apesar da oferta do tratamento ter aumentado, a procura dos primeiros tratamentos surpreendentemente desceu» o que, como parece óbvio, vai incriminar claramente a forma como a actual política de redução de danos está a ser aplicada e o uso indiscriminado e sem critério das drogas de substituição que, como o relatório claramente parece testemunhar, têm obstado a que os dependentes procurem tratamento.

A avaliar o que é referido, saiba o leitor que fecharam 19 comunidades terapêuticas para toxicodependentes nos últimos 5 anos e que das 1200 camas convencionadas existentes nas unidades públicas, prontas para receber todos aqueles que vegetam pelos «Casais Ventosos e Bairros S. João de Deus» do país, só 700 estão ocupadas!!!

Portugal, apesar dos péssimos resulta-

dos obtidos, continua despidoradamente a manter os toxicómanos durante anos a fio a suas expensas (usando o dinheiro dos nossos impostos), dando-lhes drogas que imitam os efeitos da heroína, transmitindo assim perversamente a mensagem ao povo que se interessa muito pela saúde dos seus toxicodependentes, lavando as mãos, como Pilatos, nas águas da sua ignorância!

Tudo isto não deixa de ser bizarro, tanto mais que o relatório acima citado, refere claramente que «As avaliações das intervenções terapêuticas sem drogas revelaram que, em maior ou em menor grau, conseguem atingir esses objectivos (Gossop et al., 2001). Os resultados das avaliações variam muito, mas em geral 30 a 50% dos pacientes que iniciam este tipo de tratamento, concluem-no com sucesso.»

Chegados aqui, uma pergunta se impõe: - Numa altura em que uma das principais preocupações do Governo são os gastos com a saúde, com uma grande parte dos serviços a atingirem o colapso financeiro, então em vez de se privilegiar uma política que trate efectivamente os toxicodependentes e os retire do Serviço Nacional de Saúde, será lógico que continuemos a promover a eternização da sua institucionalização junto dos Centros de Atendimento através dos programas de substituição, quando é sabido que em maior ou menor grau eles se conseguem tratar em programas livres de drogas?

Isto mesmo está taxativamente documentado no relatório do I.N.A. de avaliação da “Estratégia Nacional da Luta contra a Droga”. Diz este documento que no período entre 1999 e 2003 «verifica-se um crescimento acentuado - 45% - do número total de indivíduos em **programa de substituição opiácea**, o que

significa a manutenção em programa de substituição, ao longo de vários anos, da grande maioria dos beneficiários».

E poder-se-á compreender que haja uma megaestrutura pesadíssima para o Estado, criada para assim poder distribuir a metadona (responsável pela percentagem mais elevada de mortes nos últimos anos - 5% - segundo um estudo conduzido pelo Prof. Jorge Negreiros, da Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto) e buprenorfina, que atende um universo de 30.000 utentes, quando temos áreas da saúde como as que dão assistência a 800.000 alcoólicos crónicos, mais os inúmeros doentes diabéticos, oncológicos ou cardiovasculares, para só falar nestes, com um financiamento incomensuravelmente menor da parte do Governo?

Filhos de Deus e do Diabo

Será que uns são filhos de Deus e outros do Diabo? Não será que a continuidade na aposta nos programas de substituição não servirá sobretudo para manter interesses pessoais e corporativos em detrimento dos colectivos?

Deveriam ser profundamente analisadas as estruturas privadas que distribuem a metadona em Lisboa e nos arredores, bem como deveriam ser investigadas eventuais ligações de quem toma decisões nos organismos públicos relacionados com a toxicodependência com aquelas mesmas estruturas (que, porque será, tanto atacam quem na privada defende os programas livres de drogas...!).

Já se pensou no que aconteceria aos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), se a aposta do Governo passasse a incidir nos progra-

mas livres de drogas?

Já se imaginou o que se pouparia em recursos financeiros, se os mesmos técnicos de agora se empenhassem a ajudar e a evitar o surgimento de “novos” dependentes, do álcool à cocaína, do haxixe a todos as outras, tratando-os de facto e libertando-os assim do Serviço Nacional de Saúde, em vez de os manter no circuito com outras drogas?(1)

É que é fundamental que se saiba que temos dos melhores centros de recuperação do mundo e que estes não estão a ser minimamente aproveitados para retirar os toxicodependentes do circuito criminoso.

É urgente inverter o desenvolvimento da lógica tentacular dos lucros ilícitos, do poder e das influências, gerados com os acordos entre instituições públicas e

fornecedores de drogas de substituição!

Finalmente, não haverá falta de racionalidade na afectação de recursos, agora acrescidos no Orçamento Rectificativo de mais uns milhares de euros quando é certo que existem inúmeras camas por ocupar e o número de primeiras primeiras consultas nos CATs não pára de diminuir? (menos 48 %, segundo o relatório do INA acima mencionado)

Derramar “dinheiro” sobre os problemas, não apaga o fogo dos seus malefícios.

Pelo contrário, tem efeitos perversos:

– Torna menos aguda a consciência da sua urgência.

– Mascara a gravidade dos dramas emergentes do mundo da droga.



Manuel Pinto Coelho

Presidente da Direcção da Associação para um Portugal Livre de Drogas

– Subverte a decisão política que, iludida pela máscara do verdadeiro rosto do problema, cai na rede dos enganos e desperdiça recursos na tomada de falsas medidas paliativas que conduzem directamente em muitos casos a uma lenta e dolorosa agonia dos infelizes dos toxicodependentes.

(1) Segundo o mesmo relatório do I.N.A.: «Parece pois evidente a necessidade de alargar o campo de actuação da rede actual a fim de ajudar mais eficazmente aqueles que consomem outras drogas, desde o álcool à cocaína».

Falta de complacência ou a água do capote

A propósito de atestados médicos de complacência nos concurso de professores, a jornalista (Outras conversas, SIC) lamentava-se, pesarosa: *Um médico que faz uma coisa destas o que não poderá fazer...* Dizia isto num tom da habitual pesporrência de quem não esquece o argueiro alheio. Quando uma falta ou um benefício só pode ser justificada por doença, atribuem-se enormes responsabilidades ao médico que, por vezes, se vê numa posição difícil, tanto mais quanto é frequentemente censurado por não atender aos aspectos humanos do doente.

Apesar da OMS considerar a saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença ou de enfermidade*”, sempre se suspeita que não foi o médico mas o amigo (ou o mercenário) que atestou que o mal estar provocado por dada convocatória ou exame pode comprometer o “*estado de completo bem-estar físico, mental e social*” que ao médico compete promover e evitar que seja perturbado. Quem pode afirmar que a saúde da professora não ficará perturbada com o incómodo prolongado de ser colocada longe do seu local de residência? E o mesmo se poderá dizer do risco para a saúde da sua família.

Quando o texto dum recente projecto-lei despenaliza o aborto “... caso se mostre indicado para evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica, da mulher grávida, designadamente por razões de natureza económica ou social...” que, obviamente, caberá ao médico atestar, repete-se o estratagema de atribuir ao médico tarefas delicadas a que a sociedade se quer eximir, fugindo com o rabo à seringa, para usar termos médicos.

Toda a água do capote (a da lei e a do alegado doente – que prefere confessar o logro que simular sintomas) escorre para o médico.

Não seria mais sensato que a sociedade assumisse as suas responsabilidades e alargasse as escusas legais admissíveis? Poupar-se-iam atestados de complacência, consultas escusadas e desabafos impertinentes.

H. Carmona da Mota

Faculdade de Medicina e Hospital Pediátrico de Coimbra. (aposentado)

AGENDA

11th World Congress on Pain

21 a 26 de Agosto de 2005

Local: Sydney, Austrália

Contactos: Telef.: 218 422 700

ESC 2005

3 a 7 de Setembro

Local: Estocolmo, Suécia

Contacto: European Society of Cardiology

Telf.: 33492947600; Fax.: 33492947601

www.escardio.org

11.ª Jornadas de Pediatria do Centro Hospitalar de Cascais

22 e 23 de Setembro

Local: Centro Hospitalar de Cascais

Contacto: Telef.: 214827700; Fax.: 214844843

10.º Congresso Nacional de Medicina Familiar

25 a 27 de Setembro de 2005

Local: Covilhã – Universidade da Beira Interior

Contactos: Assoc. Port. dos Médicos de Clínica Geral, Tel.: 21 761 52 50;

Fax: 21 793 31 45; E-Mail: apmcg@netcabo.pt – Top Atlântico -

Dep. Congressos; Tel.: 218925405; Fax: 218925406; E-Mail:

lisboa.congress@topatlantico.pt

Congresso de Saúde Ocupacional em Serviços de Saúde

3 e 4 de Outubro

Local: Braga

Contacto: Inscrições até 15 de Setembro para: fax: 253208261

IV Congresso Internacional de Demência Vascular

20 a 23 de Outubro

Local: Porto

Contacto: Kenes International

Telef.: 229080488; e-mail: vascular@kenes.com

23.º Curso Pós-Graduado Dr. Carlos George “A DOR”

20 e 21 de Outubro

Local: Lisboa - Hospital de Santa Marta

Contacto: 213 594 115 (M.ª José Anacleto)

Curso Teórico-Prático “Comunicação Aumentativa e Tecnologias de Apoio em Contexto Pedagógico”

28 a 30 de Novembro (1.º Curso)

Local: Lisboa - Centro R. Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

Contacto: 217 512 700, Fax: 217 512 727

XV Congresso Nacional de Gastroenterologia

5 e 6 de Dezembro

Local: Auditório dos Hosp. da Universidade de Coimbra

www.spcoprocto.com



António José de Barros Veloso

o Eterno Feminino

“Medicina no Feminino” foi o título dado a um dos últimos números da Revista da Ordem dos Médicos¹. Compreende-se a iniciativa tendo em vista o número de mulheres a praticar actualmente uma profissão que, fundada por Asclépio, parecia de início destinada aos homens. É também fácil de admitir que quem teve esta ideia se tenha confrontado com um dilema: incluir apenas artigos assinados por mulheres ou organizar uma monografia acerca da importância crescente das mulheres na profissão médica. O resultado acabou por ser um produto híbrido com um pouco de tudo: textos literários, artigos técnico-profissionais, e reflexões sobre os “géneros” e a medicina.

Entretanto ficámos a saber várias coisas. Que os “artigos escritos por senhoras” são raros porque a resposta ao pedido de colaboração é invariavelmente: “gostava muito mas não tenho tempo”. Que “as mulheres na medicina têm mostrado uma vantagem comparativa sobre os homens em vários domínios”. Que “se o país fosse governado por mulheres melhor iriam as coisas”. Que “o homem também tem (alguma) importância na sociedade” porque “serve para amar a mulher”. Nada de grave, portanto.

Sinceramente, aquilo que eu penso é que se perderam duas belas oportunidades: uma para reflectir sobre as causas e as consequências de um fenómeno que, sendo vasto porque se inscreve num movimento geral de emancipação da mulher, atingiu especialmente a profissão médica; outra para tentar compreender como é que uma sociedade considerada tão conservadora e tão machista como a nossa, nunca exibiu sinais de discriminação em relação às médicas no que diz respeito a salários, promoção nas car-

reiras ou escolha para funções de chefia. Que me lembre, os critérios usados entre nós, têm-se baseado nas capacidades, nos conhecimentos e na dedicação de cada um ou de cada uma, à mistura com pequenas doses de nepotismo: nada têm a ver com o sexo. Para explicar o número ainda muito baixo de mulheres a ocupar certos cargos para os quais mais do que obrigação terá que haver alguma devoção, há que procurar outras razões como por exemplo o peso excessivo das tarefas domésticas e familiares.



Vamos então às causas da influência crescente das mulheres na profissão médica. Quanto a este aspecto há que distinguir dois períodos. O primeiro decorreu a partir de 1961, prolongou-se até 1974, e atingiu em cheio a minha geração. Vejamos como tudo se passou.

Soltado o grito de guerra “Para Angola rapidamente e em força”, os Serviços de Saúde do Exército planearam, em grande, a cobertura médica dos primeiros contingentes militares:

um médico no comando do batalhão e mais um por cada uma das quatro companhias. Em pouco tempo estava esgotado o contingente de médicos disponível pelo que foi decidido reinspeccionar todos os médicos até aos 35 anos. No mês de Janeiro de 1963, os primeiros 400 médicos foram incorporados como soldados rastos para uma rápida recruta em Mafra. Se exceptuarmos alguns que, recorrendo a processos pouco transparentes conseguiram passar à disponibilidade, todos os outros foram incorporados em unidades militares e cumpriram uma comissão de serviço no Ultramar que no mínimo durou dois anos. Foi assim que durante cerca de 15 anos as colegas médicas, dispensadas por questões de “género” de participarem na defesa da Pátria, foram subindo na carreira hospitalar, ocuparam vagas e ganharam terreno em relação aos colegas que, no Ultramar, aguardavam com impaciência a passagem à disponibilidade. Eu sei que tudo isto pertence a um passado remoto e que teve efeitos moderados porque o número de médicas era na altura bastante reduzido. Mesmo assim merece ficar registado na história da nossa profissão.

O segundo período começou em 1977 com a instituição do *numerus clausus*. A partir dessa altura o ingresso nas Faculdades de Medicina ficou condicionado pela classificação final no curso liceal, e o nível de exigência para ingresso na Faculdade passou a ser altíssimo. Não sou especialista destes assuntos em que outros – psiquiatras, psicólogos, sociólogos – terão uma palavra mais autorizada a dizer. Mas é opinião corrente que o critério da nota mais alta favoreceu o “género” feminino por mais do que uma razão. Sabe-se que a adolescência nos rapazes é um processo agitado e marcado

por uma certa imaturidade, durante a qual a procura de novas experiências, o exibicionismo e a atracção pelo risco favorecem a dispersão e não convidam ao estudo. Por outro lado, apesar de todas as “revoluções sexuais” e de todos os “movimentos de libertação da mulher”, existem indícios de que, nas últimas décadas, persistiu ainda nas famílias portuguesas uma maior tendência proteccionista em relação às raparigas a qual favorece a aplicação escolar. Poderá haver quem não concorde com estas explicações. Mas então é necessário encontrar outras, eventualmente menos lisonjeiras para o sexo masculino, que justifiquem este facto incontornável: a partir da instituição do *numerus clausus* a relação dos ingressos nas Faculdades de Medicina invertiu-se a favor do “género” feminino.

Posto isto, a questão que pretendo colocar é outra: existem ou não diferenças essenciais entre os dois “géneros” na forma de exercer a medicina?

Em 1993, durante o Congresso da ICAAC em Nova Orleães (cito a data e o local para deixar bem claro que não se trata de um episódio inventado), um grupo de congressistas portugueses preparava-se para dar início a um daqueles longos e cansativos jantares oferecidos pela indústria farmacêutica. Já se servia o peixe, quando o assunto dos “géneros” foi subitamente introduzido como tema de conversa. Um dos médicos presentes fez então uma declaração explosiva que vou citar de memória: “A invasão da profissão pelas mulheres, transformou profundamente o exercício da medicina em Portugal e nem sempre para melhor”.

Foi como quem pega o fogo a um rasilho: as médicas presentes exigiram

que, ali mesmo e rapidamente, lhes fosse dada uma explicação. Que queria ele dizer com isso? Apanhado de surpresa e já sem poder voltar atrás, o visado disse que “que se lhe dessem uns minutos ele explicaria tudo”. E explicou: “Entre homens e mulheres existem diferenças biológicas que todos reconhecem e aceitam facilmente (massa muscular, estrutura óssea, atmosfera hormonal, papel na reprodução), nada disso levanta problemas, mas quando se fala de comportamentos emocionais e de inteligência as coisas complicam-se”. Ora achava ele que, em termos médios e não exclusivos, existem variantes nada desprezíveis entre a inteligência nos dois “géneros”: mais intuitivas e pragmáticas as mulheres, mais especulativos e irrealistas os homens. Não espanta, por isso, que quando se observam grandes grupos em acção, estas diferenças venham ao de cima e se tornem evidentes. É possível que em certas tarefas que exigem persistência, bom senso e objectividade as médicas tenham trazido um contributo positivo; mas isso já não é tão claro em áreas nas quais a dúvida sistemática, o espírito crítico e a insatisfação são determinantes. Exemplos? “Veja-se a importância exagerada que, no exercício da medicina clínica, tem vindo a ser dada aos *fluxogramas*, aos protocolos e às *guidelines*. Será que o pragmatismo feminino não terá nisso uma parte de responsabilidade?”

As médicas presentes, nada convencidas mas mais calmas, entenderam que se tratava de uma opinião demasiado genérica, não fundamentada e sem credibilidade. E o visado, depois de ganhar embalagem com este recuo, decidiu que era altura de se mostrar mais afoito. Acrescentou então que a tendência especulativa do homem e a sua maior atracção pelo pen-

samento abstracto fazem com que, de minorias restritas, brotem génios em três áreas: filosofia, música e ciência teórica. Se em zonas intermédias as diferenças entre os “géneros” não são perceptíveis, nas “pontas” há evidências que saltam à vista. E concluiu: “As mulheres têm-se destacado em múltiplas actividades no campo das artes e das ciências. Mas são homens e não mulheres os criadores de sistema filosóficos, os compositores sinfónicos e os autores das grandes teorias científicas que revolucionaram o mundo”. E para demonstrar isso mesmo, recordou a célebre fotografia tirada na Solvay em 1927: “Ali estavam juntos 28 dos grandes nomes que criaram a física teórica do século XX, entre os quais Planck, Einstein, De Broglie, Niels Bohr, Schrodinger e Dirac. No meio deles, apenas uma mulher, aliás com honras de primeira fila e sentada à direita do anfitrião: Mme Curie”!

Os criados tinham acabado de servir um tordado e tudo levava a crer que a conversa, a partir daí, se iria azedar. Será que ele ignorava que a mulher foi discriminada ao longo de séculos? Desconhecia que o poder masculino tem empurrado as mulheres para tarefas menores, lhes barrou a entrada nas universidades e criou uma cultura de desvalorização das suas capacidades intelectuais? Esquece-se de que os afazeres domésticos e a maternidade exigem das mulheres um enorme e permanente esforço suplementar? Todos sem excepção concordaram que sim senhor, que tinha havido e havia discriminação. E que, mesmo admitindo que este assunto nunca tenha sido objecto de uma investigação sistemática, existiam na história exemplos bem documentados que falavam por si. Foi então recordada Alma Mahler, a quem o noivo, Gustav Mahler, exigiu o abandono de

uma carreira musical promissora (“A partir de agora a tua profissão será tornar-me feliz”); Camille Claudel escultora genial, aluna de Rodin, contrariada por tudo e por todos, que acabaria internada num manicómio; Rosalind Franklin que no King’s College e já no início dos anos 50 do século XX, teve que fazer frente ao machismo da comunidade científica britânica e só depois da sua morte foi reconhecida como a maior perita do seu tempo em cristalografia.

Foi então que resolvi meter-me na discussão. Dois dias antes tinha encontrado no French Quarter uma publicação de 1986, da Livraria do Congresso dos E.U.A., com o título: “*Women Scientists from Antiquity to The Present: an Index*”. O livro começava com uma introdução sobre a participação da mulher na ciência a qual tem variado muito ao longo dos séculos. Inicialmente encorajada pelos pitagóricos e pelos platónicos iria diminuir com o declínio do helenismo e a ascensão do Império Romano a partir do ano 200 A.C. Depois da Idade das Trevas, o número das cientistas voltaria a crescer no século XI, primeiro em Salerno — onde uma médica, Tortula Platearius compilou com o seu marido uma enciclopédia de medicina — e depois na Alemanha onde, já no século XII, se distinguiu uma abadessa médica, Hildegard de Bingen. A peste negra, a Guerra dos 100 anos e o encerramento de conventos que se seguiu, provocou uma redução global de toda a actividade científica, mas um outro acontecimento teve um efeito devastador: a caça às bruxas que teve início em 1300 e que se prolongou por três séculos. As mulheres que praticavam medicina ou alquimia eram torturadas ou acabavam na fogueira: só em 1600 foram executadas por suposta prática de bruxaria cerca de 40.000.

Mas o essencial do livro era o índice com os nomes de 2500 mulheres. Excluídas as da Antiguidade Clássica e da Idade Média, entre as quais Merit

Ptah do Egipto, Apasia de Mileto e até a nossa Isabel de Aragão, o que para nós tinha interesse eram as cientistas dos últimos três séculos. Aí surgiram dois nomes de projecção mundial: Mme Curie e Florence Nightingale. Para além destas e no campo da medicina, Gerti Cori e Rosalind Yalow — ambas Prémio Nobel —, a já citada Rosalind Franklin cujos estudos cristalográficos foram decisivos para a descoberta do ADN e Helen Taussig que lançou a ideia do tratamento cirúrgico das cardiopatias congénitas. Os apelidos de mais duas mulheres incluídos nesta listagem, soam-nos familiares apenas pela sua ligação matrimonial a cientistas de renome: Amália Fleming, bacteriologista, segunda mulher de Alexander Fleming, e Ethel Florey que com seu marido, Howard Florey, realizou o primeiro ensaio clínico da penicilina em 187 doentes com sepsis.

Mas a curiosidade de todos centrava-se agora noutra questão: “Então e portuguesas? Quantas estavam incluídas nessa listagem?” — “Além de Isabel de Aragão, apenas duas médicas — Elisa Correia e Domitília de Carvalho — e (imaginem!) uma engenheira química: Maria de Lourdes Pintassilgo”. Esta revelação provocou exclamações de espanto, protestos e algumas graçolas inocentes. E com tudo isto o ambiente começava a distender-se e permitia criar um acordo tácito à volta de duas ideias: “as mulheres têm sido vítimas de discriminação e existem diferenças claras entre a inteligência do homem e da mulher”.

Foi nessa altura que me lembrei de citar o livro de Gordon Childe “*O homem faz-se a si próprio*” que fizera os encantos da minha juventude. O autor, depois de descrever as transformações da revolução neolítica durante a qual a Humanidade abandonou a economia de recollecção para começar a semear, a plantar e a domesticar animais, rematava desta forma: “*Todas as descobertas e invenções de que falamos são, a julgar pelos dados*

da etnografia, devidas ao sexo feminino”. Quer isto dizer que, enquanto os homens caçavam e recolhiam alimentos, as mulheres pacientemente observavam a natureza, procuravam copiá-la e pô-la ao seu serviço. Foi assim que a pouco e pouco iriam “inventar” a agricultura.

Tínhamos chegado à sobremesa e os criados já serviam uma segunda rodada de “Moët Chandon”. Foi então que ao meu lado alguém exclamou: “Que se lixem as teorias filosóficas e a 5ª sinfonia! Viva a agricultura!” E todos brindámos ao “Eterno Feminino”.

O que este grupo de congressistas portugueses não podia imaginar é que passados alguns anos o problema dos “géneros” — que sem ter ficado resolvido tinha sido ultrapassado por eles com alguma elegância —, iria re-bentar com enorme estrondo nos E.U.A. Tudo aconteceu em Janeiro deste ano. Larry Summers, presidente da Universidade de Harvard ao tentar justificar, numa conferência, a baixa representação das mulheres no topo das carreiras científicas, invocou não apenas a pouca disponibilidade para horários de trabalho que atingem as 80 horas semanais e a discriminação do sexo feminino praticada pelas universidades, como também desigualdades inatas existentes entre o homem e a mulher. Foi esta última razão, apresentada de forma desajeitada e politicamente incorrecta, que desencadeou um verdadeiro temporal de protestos. Ao sentir-se acossado, o infeliz Summers não teve outra solução senão pedir desculpas publicamente. Mas isso não impediu que o debate continuasse na sociedade americana. Acompanhá-lo a partir de agora, terá um sabor especial para os médicos e médicas que porventura guardam ainda uma recordação daquele jantar em Nova Orleães, já lá vão mais de 11 anos.

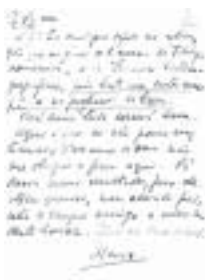
Lisboa, 8 de Junho de 2005

¹Ver “Revista Ordem dos Médicos” Março 2005



Da Medicina e das Belas Letras

Mário de Sá-Carneiro O Poeta, Ele e o Outro



Era eu aluno do quarto ano de medicina contou-me Egas Moniz que um dia o procurara no Consultório um doente jovem, português residente em Paris e que regressara a Lisboa porque deflagrara a guerra entre a França e a Alemanha, início da Primeira Grande Guerra, 1914-1918, do século XX. Egas Moniz ouviu-o aguçado pelo interesse crescente que a personagem lhe despertava e, cinquenta anos depois, apoiado na sua enorme experiência da natureza humana, descreveu-me e relatou-me o diálogo aproximadamente assim: «Era um homem ligeiramente obeso, de rosto redondo com um olhar inteligente e triste. Tinha uma estatura superior à média dos portugueses. Dizia ser estudante em Paris e não era a primeira vez que consultava um neurologista. Tinha consultado outros em Paris. Descrevia com facilidade as manifestações que o atormentavam. Tinha uma linguagem muito expressiva e que denunciava cultura. Apercebe-se que havia um fosso entre a infância e a maturidade, uma manifesta ausência de identidade, aparente incoerência de pensamento e, obviamente, pensamento delirante. A certa altura disse-me: «Sabe doutor, por vezes sinto um desdobramento da minha pessoa. Mas não é apenas um desdobramento psicológico mas é igualmente um desdobramento físico». Interrompi-o: «O que me descreve faz-me lembrar um poema que recentemente li numa revista literária portuguesa Orfeu e, que diz mais ou menos isto: Despegam-se-me os braços que vestidos de casaca vão ao baile do Vice-Rei. E, o doente surpreendentemente respondeu: Mas esse poema fui eu que o escrevi!. Ao ler o poema suspeitei ser uma manifestação literária e artística de um esquizofrénico.

É o poema que Sá Carneiro intitulou *16* escrito em Lisboa em Maio de 1914 e que a certa altura descreve:
...As mesas do Café endoideceram feitas ar
Caiu-me agora um braço... olha lá vai ele a valsar,
Vestido de casaca, nos salões do Vice-Rei...
(Subo por mim acima como por uma escada de corda
E a minha ânsia é um trapézio escangalhado...)
Este surpreendente episódio que muito me impressionou despertou-me o desejo sempre adiado de reler Sá-Carneiro com curiosidade diferente da primeira leitura.

Sá-Carneiro inicia a sua actividade literária como

novelista. No volume de oito novelas *Céu em Fogo*⁽¹⁾ escritas de 1905 a 1914 entre os quinze e os vinte e quatro anos a primeira, novela da adolescência, *A Grande Sombra*, é um deambular por figurações de um sonho fantástico, de imagens soltas, depois vibrantes e tumultuosas, adivinhando-se já confusão e dispersão, sensualidade e ausência de identidade sexual que assume na última novela «Ressurreição». Em *Mistério*, o suicídio como destruição, libertação e salvação, é uma constante, em contraste com a saudade da infância «... porque na infância, não possuímos ainda o sentido da impossibilidade...». Já na adolescência desponta a angústia existencial característica da personalidade de Sá-Carneiro quando escreveu a certa altura «... deixo de ser Eu – mesmo em relação ao que me envolve... vivo só em metade de mim». Desenvolve o tema, dois anos mais tarde na novela *Eu – próprio o Outro* que inicia com uma imagem de pesadelo: «Sou um punhal d' ouro cuja lâmina embotou; tenho a minha alma presa num saguão», para terminar com a obsessão da morte violenta do Eu-próprio: «Enfim, o triunfo. Matá-lo-ei esta noite... quando ele dormir». Aqui apercebe-se incongruência afectiva e pensamento ilógico. Em *O Homem dos Sonhos* descreve a personagem, a certa altura, desta forma: «Ele derrubava a realidade condenando-a ao sonho. E vivia o irreal». Sá-Carneiro no seus momentos lúcidos tinha consciência do seu mundo autista, da sua perda de contacto com o real, dos seus pensamentos ilusivos, que transmitia às personagens por ele criados.

A Confissão de Lúcio. «Narrativa»,⁽²⁾ é uma obra da maturidade, escrita em 1913, já com vinte e três anos. A personagem Ricardo Loureiro, o amigo que Lúcio conhece em Paris e que por fim é protagonista da tragédia, mais tarde em Lisboa, descreve-se desta forma. «Desde criança que, pensando em certas situações possíveis [...] eu, antecipadamente me vejo ou não vejo nelas. Por exemplo: uma coisa onde nunca me vi, foi na vida... Eu, nesse, nunca me figurava. Mas noutra qualquer, outro qualquer porém, só poderia dar-se por meu intermédio». Em 1914 no poema 7 em *Indícios de Ouro* Sá-Carneiro confessa-se: «Eu não sou eu nem o outro, / Sou qualquer coisa de intermédio: / Pilar da ponte do Tédio/ Que vai de mim para o outro».

Assim, repete e insiste no angustiante desdobramento da sua personalidade: «Eu - próprio o outro». E, mais adiante Ricardo Loureiro continua: «... o meu mundo interior amplia-se... e hora a hora se excede ! É horrível».

Tudo isto revela défice na interacção pessoal em Sá-Carneiro.





Eduardo Macieira Coelho

Ainda na *Confissão de Lúcio* quando descreve a sala de uma americana famosa que Lúcio conhecera em Paris e onde se irá realizar um espectáculo, escreve «... o mais alucinador era a iluminação [...] Essa luz – evidentemente eléctrica – provinha de uma infinidade de globos, de estranhos globos de várias cores, vários desenhos, de transparências várias – mas sobretudo de ondas que projectores ocultos nas galerias, golfavam em esplendor. Ora essas torrentes luminosas, todas orientadas para o mesmo ponto quimérico do espaço, convergiam nele em um turbilhão meteórico, é que elas realmente em ricochete enclavinado, se projectavam sobre paredes e colunas, se espelhavam no ambiente da sala, apoteatizando-a ...». Nestas sensações de tanto pormenor, porventura por ele experimentadas, Sá-Carneiro faz a descrição de um delírio alucinatório dramático que tipifica uma psicose.

A relação entre Lúcio, Ricardo o amigo e, a mulher deste, Marta, é de uma ambiguidade incongruente. Ricardo quer que Marta seja amante de Lúcio e Lúcio em êxtase amoroso confunde o rosto de Marta com o rosto do amigo. Por fim, Ricardo confessa a Lúcio: «Dedicavas-me um grande afecto e eu queria retribuir-to [...] só se te beijasse, se te possuísse [...] Ah ! mas como possuir uma criatura do mesmo sexo ? [...] Mandei Marta ser tua [...] mas estreitando-te ela, era eu próprio quem te estreitava [...] foi como a minha alma sendo sexualizada se tivesse materializado». A seguir Ricardo leva Lúcio para junto de Marta e desfecha um revólver sobre Marta. Mas quem cai morto é Ricardo e Marta desaparece, «Evolara-se em silêncio».

Aqui revela-se incongruência de afecto e da identidade sexual que se transforma em afecto – homossexual, também pensamento ilógico e, a solução da ambiguidade do afecto por acto agressivo.

Dieter Wall⁽³⁾ num estudo da obra de Sá-Carneiro interpreta a relação entre os protagonistas da narrativa *A Confissão de Lúcio* como se o autor pretendesse essencialmente a aspiração a um ideal artístico e expressar a comunhão em arte.

Maria Ema T. Ferreira⁽⁴⁾ conclui que as novelas de Sá-Carneiro documentam uma técnica narrativa introduzida por ele próprio como projecção e desdobramento do eu sobre a realidade circundante, que aparece deformada. No entanto, admite ser uma técnica de narrativa que identifica o génio com a loucura.

Maria Aliete Galhoz⁽⁵⁾ considera Sá-Carneiro como herói único das suas novelas que se desdobra em ficção de si próprio e, Luís de Montalvor⁽⁶⁾ entende Sá-Carneiro como definindo-se pela mais extrema desintegração de seu mesmo eu, ou seja um ser que se oferece no desdobramento da sua personalidade.

Gaspar Simões⁽⁷⁾ numa análise psicológica de Sá-Carneiro afirma que a obra de Sá-Carneiro «é uma tentativa de fuga por inadaptação [...] é uma auto-biografia, sentia-se despersonalizado [...] percebia-se sem realidade perante o mundo [...] o reconhecimento do mundo como entidade independente do eu condena-o a ser um elemento inconsciente desse mundo».

Todos estes estudiosos da obra de Sá-Carneiro apercebem-

-se da natureza patológica do autor tendo contudo dificuldade em o afirmar.

Com vinte e três anos, em 1913, decide Sá-Carneiro abandonar a novela e encontra na poesia a forma de expressão artística e literária.

Para Gaspar Simões⁽⁷⁾ os poemas de Sá-Carneiro «eram escritos por crises. O poeta seria acometido por uma espécie de delírio poético para acabar, depois, numa espécie de exame de consciência. À medida que o delírio se desvanecia, Sá-Carneiro ia tomando consciência de si – mesmo».

Se analisarmos a poesia de Sá-Carneiro vemos como revela desdobramento do eu, incoerência de pensamento e do afecto, pensamento ilusivo, delírio, alucinação, depressão e recusa do real pressupondo outra realidade, que Egas Moniz suspeitara na leitura do poeta que mais tarde o iria procurar como doente:

– desdobramento e dispersão da personalidade –

Por sobre o que Eu não sou há grandes pontes

Que um outro, só metade quer passar
(Ângulo);

Quero reunir-me, e todo me dissipou –
Luto, estrebuchos ... Em vão!



HISTÓRIAS da HISTÓRIA



Silvo p' além
(*Álcool*);
– dispersão da personalidade e recusa do real – Não sinto o espaço que encerro
Nem as linhas que projecto:
Se me olho a um espelho, erro –
Não me acho no que projecto
(*Dispersão*);
– fuga à realidade –
Afronta-me um desejo de fugir
Ao mistério que é meu e me seduz
(*Partida*);
Onde existo que não existo em mim?
(*Escavação*);
Irrealidade em mim ondeia

... – Ao meu redor eu sou Rei exilado
(*Distante Melodia*);
– tortura autista –
Castrado de alma e sem saber fixar-me
... Serei um emigrado doutro mundo
(*Como Eu Não Possuo*);
– alucinação, delírio, e pensamento ilusório –
Imagens, formas, sons luzes
Que volteiam dentro de mim
(*Rodopio*);
Sou estrela ébria que perdeu os céus
Sereia louca que deixou o mar
Sou templo prestes a ruir sem deus,
Estátua falsa ainda erguida ao ar
(*Estátua Falsa*);
Quando chega o piano estala agoiro
E medem-se os convivas logo, inquietos
Alargam-se as paredes, sobem tectos;
Paira um luxo de adaga em mão de moiro
(*El – Rei*);
– tomada de consciência da sua incoerência e seus delírios –
E eu que sou o rei de toda essa incoerência
Eu próprio, turbilhão, anseio por fixá-la

(*A Queda*);
Oh! regressar a mim
profundamente
E ser o que já fui no meu
delírio...
(*Escala*);
– depressão –
E cinzas, cinzas só, em vez
de fogo...
- onde existo que não
existo em mim?
(*Escavação*);
Nada me expira já, nada
me vive –
Nem a tristeza nem as
horas belas
(*Além Tédio*);

Um pouco mais de Sol – e fora brasa
Um pouco mais de azul – e fora além
Para atingir, faltou-me um golpe de asa
Se ao menos eu permanecesse àquem ...
(*Quási*).

No poema *Manucure*, no início há pensamento lógico e coerente que por fim evolui para pensamento ilusório e delírio metafórico. Este poema recorda a *A Confissão de Lúcio*. A personagem Gervásio Vila-Nova descreve a Lúcio um movimento literário «cuja novidade residia em os seus livros serem impressos [...] numa estrambótica disposição tipográfica, e os poetas e prosadores [...], abolindo a ideia [...], traduziam as suas emoções unicamente em jogo silábico, por onomatopeias rasgadas, bizarras: criando mesmo novas palavras que coisa alguma significavam e cuja beleza, segundo eles, residia juntamente em não significarem coisa alguma ...».

Na verdade os poemas de Sá-Carneiro reflectem até à saciedade a sua psicose. Mas são magníficos. Uma surpreendente explosão de vocábulos, metáforas, cheios de tensão e intenção, gerando um universo irrealista de emoções ambivalentes, de orgias de delírio, com ritmo e musicalidade alucinantes, mas poemas de grande beleza.

Em 1916 Sá-Carneiro escreve o poema *Fim*:

Quando eu morrer batam latas,
Rompam aos saltos e aos pinotes,
Façam estalar no ar chicotes,
Chamem palhaços e acrobatas
Que o meu caixão vá sobre um burro
Ajazado à andaluza...

A um morto nada se recusa,
E eu quero por força ir de burro !

E em Abril desse Ano, depois de o anunciar repetidamente a amigos, Sá-Carneiro suicida-se com estricnina no seu quarto do Hotel de Nice em Montmartre. Para o efeito, vestira o smoking.

Diz-se que mais tarde Fernando Pessoa afirmou: «Sá-Carneiro não tem biografia, só génio».

Aos génios, igualmente, não se passam atestados de saúde mental.

Bibliografia

1. “Céu em Fogo”. Novelas. Obras Completas de Mário de Sá – Carneiro. Ática, Lisboa, 1956
2. “A Confissão de Lúcio. Narrativa”. Obras Completas de Mário de Sá – Carneiro. Ática. Lisboa, 1945
3. Wall D. Decifrando “A Confissão de Lúcio”. Revista da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, N.º 13, Série III. Lisboa, 1971
4. Ferreira M E T. Introdução. Mário de Sá – Carneiro, Poesias. Biblioteca Ulisseia. Lisboa, 2000
5. Gallhoz M A. Prefácio. Obras Completas de Mário de Sá – Carneiro. Céu em Fogo, Novelas. Ática. Lisboa, 1956
6. De Montalvor L. Nota Editorial. Obras Completas de Mário de Sá – Carneiro. A Confissão de Lúcio, Narrativa. Ática. Lisboa, 1945
7. Simões J G. Estudo Crítico. Obras Completas de Mário de Sá – Carneiro, Poesias. Ática. Lisboa, 1946.



Cordylobia Anthropophaga

Era esta, então, a larva voraz de uma mosca africana subsahariana que, sem sua licença, se instalara, com intenções totalmente parasitárias, no tecido dermohipodérmico do dorso do seu pé, e com que prurido, com que comichão provocante, com que insónia noctívaga.

Para adormecer, desafiou-se a si próprio não a contar carneiros, mas a auto-avaliar-se na área dos vocábulos específicos. Começaria com vozes de animais, tentando adivinhar aqueles termos que os outros membros da equipa, ainda que julgando-se mais doutos, desconheciam (não obstante serem doutores). Acreditava que poucos saberiam que a zebra africana relinchava e zurrava como qualquer burro lusitano. E a mesma ignorância manifestar-se-ia a respeito do crocodilo, que bramia e soprava; e da avestruz, que grasnava, roncava e rugia.



Quanto ao gargarhar da hiena, alguns responderiam gargarhar, outros diriam gargarhear, e todos os termos estavam certos, pois eram parte do folclore e do pouco de verdade que qualquer colono julgava conhecer em relação a esses interessantes carnívoros “devoradores de carne

putrefacta”. Assim, se tal hipotética sabatina alguma vez se viesse a realizar, daria preferência ao leopardo, que não só bramava, como rugia e urrava.

Já a ceder ao sono, o enfermeiro Jerónimo teve a percepção que aquele torneio vocabular não seria justo nem imparcial, dada, a seu favor, a sua circunstância ingénita de nativo africano, de que tanto se orgulhava.

Este motivo de honra e glória convivia fraternalmente, no entanto, com o sentimento muito íntimo de pertencer à raça de Camões. Na verdade, quem como ele conhecia o ilustre vate e o seu grande poema oceânico ‘Os Lusíadas’. Ou a obra poética de D. Dinis, o mais fecundo trovador português, autor daquele lindo poema ‘Ai flores, ai flores do verde pino’ e de muitas outras cantigas de amor (e algumas poucas de “maldizer”)? Ou os romances históricos de Alexandre Herculano *Eurico*, *o Presbítero* e *O Monge de Cister*.

O enfermeiro Jerónimo até sabia que Herculano, além de ter sido romancista, dramaturgo, poeta, historiador e político, tinha obtido louros na prática da lavoura, produzindo na sua quinta em Vale de Lobos (Santarém) um azeite de altíssima qualidade, o que lhe valera um prémio internacional; facto que os médicos daquela brigada desconheciam,

em absoluto, mau grado serem portugueses da Metrópole.

Jerónimo amava todos os autores lusitanos, mas distinguia, entre tantos, o talento de Almeida Garrett, que nos legara obras românticas que ele, nos seus bons tempos escolares, de tal modo estudara e analisara que se tornara num especialista. O nosso erudito enfermeiro recordava as suas redacções sobre *Viagens na Minha Terra*, *Frei Luís de Sousa*, *O Alfageme de Santarém*, composições que resultavam em pequenas obras-primas, reconhecidas com muito mérito pela sua inesquecível professora Dr^a. Branca Adozinda.

Em relação aos médicos daquela brigada sanitária, sentia-se, confortavelmente, bem mais culto: o oftalmologista (o doutor *mwana**, das mulheres macondes) além das frequentes queixas de dispépsia e desconforto centralizado na parte superior do abdómen, achaques que ele sintetizava acabrunhado, com o rótulo swahili de *matumbo****, só parecia dar importância a um escritor da sua região, um contista médico de seu nome João de Araújo Correia, que ele louvaminhava com grandes encómios, informando tratar-se de um verdadeiro clássico, de um ficcionista de valor universal.

O dermatologista, ainda que supostamente um eminente leprólogo e micologista, evidenciava conhecer bem, apenas e tão somente, um colega médico de Coimbra, Miguel Torga de seu pseudónimo literário, para o qual reclamava, com insistência, a atribuição de um Prémio Nobel.

Esta superioridade no conhecimento da bibliofilia portuguesa conferia a Jerónimo uma relaxante satisfação, uma beatífica hipnose, pelo que, a breve trecho, despreocupadamente, adormeceu.

O dia seguinte foi, por consenso universal, dedicado ao tratamento da míase furunculóide do pé do enfermeiro enfermo. Por processos que se iriam discutir com o interessado, pôr-se-ia um ponto final à agressão da *Tumbu Fly* antropófaga!

Não chegou a haver grande controvérsia quanto ao método a seguir. Foi lembrado que a evacuação cirúrgica sob anestesia local faria correr o risco de seccionar a larva, o que podia levar à formação de um granuloma por corpo estranho.

O próprio paciente, com artes de contorcionista, sugeriu a aplicação de tabaco macerado, essência de anis, *chewing-gum*, parafina e mais uns tantos produtos



Manuel José Campos Magalhães

Dermatologista

oclusivos que teriam o efeito de provocar a asfixia da larva, que em estado de aflição, migraria para fora da pele, em curto espaço de tempo.

Porém, tudo se resolveu, num instante, da forma mais simples: a modesta e delicada Dr^a Mariazinha (esposa do delegado de saúde goês que albergava a equipa sanitária) fez as honras da casa e tomou a iniciativa da remoção da larva.

Com um corpo gordo recobriu toda a tumefacção inflamatória do dorso do pé de Jerónimo, e por suaves, quase cariciosos, movimentos de pressão fez aparecer a extremidade caudal do verme, onde se destacavam dois pequenos pontos negros correspondentes aos orifícios respiratórios da larva, agora em sufocante asfixia. Com a ajuda de uma pequena pinça, exibiu o corpo cilíndrico recém-expulso, perante os olhos aguados de gratidão de um confuso Jerónimo.

Enquanto a médica terminava a sua tarefa, procedendo a uma antisepsia local ligeira, Jerónimo imaginava ver a presença da sua amada professora da disciplina de Português, no rosto tão parecido daquela jovem mulher goesa, igualmente afectuoso, aprazível e doce.

Por outro lado, acreditando que nesta vida terrestre se pode sempre encontrar um verdadeiro anjo, em determinados momentos e em certas alturas especiais, sentiu que aquela bela jovem, de traços tão finos e com um olhar tão

profundo e de tão estranho fulgor, só podia ser uma angelical e delicada mestiça de sangue (talvez – pensou – hebreu e indiano).

Sentindo-se feliz e liberto da larva antropófaga, acudiram-lhe à mente fragmentos duma poesia de Frey Joannes Garabatus**;

*«Mestiços somos nós todos
e eu também*

.....

*Mestiços somos nós todos
Judeus e mouros
e ainda bem.»*

* mwana, (wa-) child, son, daughter (filho) in Swahili-English Dictionary at http://mwanasimba.online.fr/VOC/cadre_vocswaen.htm

** matumbo – bowels, entrails, intestines in <http://research.yale.edu>

*** Um dos heterónimos de António Augusto de Melo Lucena e Quadros, que em Moçambique foi uma figura de grande relevo, como professor, poeta e pintor.



José Barbosa Leão

Uma viagem Etérea

Longe, quase bem longe, a mais de 190 quilómetros de distância, em plena região Duriense, as salicáceas teimavam em crescer e estender as suas vergôntas para além do espaço contíguo que lhes permitia respirar e, em consequência, sobreviver às intempéranças dos climas, incluindo os inverniais.

Mas não eram só os inverniais que incomodavam deveras estes seres vegetais; já os climas veranegos quase insultavam a postura estável dos mesmos, o que os punha de sobreaviso a um possível desaparecimento constante solar; embora não se encontrassem num dos pólos. Felizmente, a realidade era que o sol consentia aos seus quase subordinados entes animados, satisfazerem-se e verterem as suas resplandecentes efluências, ao longo de suas cascas duras e inamovíveis.

Ali, em pleno pinhal Leiriense, as pináceas com as suas agulhas longilíneas e pontiagudas faziam prolongar a realidade natural para além de uma área restrita; os cernes profundos, os xilemas transportando as seivas ininterruptamente, os câmbios crescendo e envolvendo o ser como uma bainha sedosa, os floemas transformando-se quase imperceptivelmente nas definitivas cascas, eram no fim de contas os mesmos ali e além, bem longe. A imobilidade física vegetal não impedia, nem impede que o conhecimento arbóreo seja fundamentalmente e sensivelmente o mesmo, em qualquer ponto do território ou até planetário.

O Leopoldo ia reflectindo nisto e rodeando o assunto de diversas formas; mas acabava por dar a mão à palmatória, dando razão à universalidade daquele tema. “era mesmo assim”; as árvores são dotadas de formas diferentes, alturas diferentes, larguras diferentes; é certo. Mas certo também é que elas funcionam de maneira semelhante. Todas bombeiam a água, engraçado, com uma poderosa força das mais eficazes que se conhecem. E no entanto, estão quietas, não se mexem. Têm uma força avassaladora que funciona durante muitas décadas e que, dia após dia, está em exercício constante; só que não se deslocam.

Leontina ia ao volante e não fazia ideia do que pensava Leopoldo. Era uma mulher com as medidas físicas e psicológicas das mulheres ambiciosas: relativamente baixa, não deixando de ter estrutura atlética, nariz ligeiramente adunco, lábios finos com uma ligeira concavidade inferior. Os olhos eram de cor castanha avellã, aliás como os dele. Os olhos de ambos entendiam-se às mil maravilhas, em virtude de não haver diferenças de tonalidades e de, além do mais, terem uma conformação iberizada descaída do ângulo interno para o externo, ou seja, eram olhos quase

peculiares, que lhes faziam lembrar os inesquecíveis fragmentos orográficos das medianas montanhas, no seio das quais surdiram e foram paulatinamente crescendo. A pele dela era alva como marfim; a dele era amorenada, ficando mesmo acastanhada com 20 horas de exposição solar.

A viatura circulava a baixa velocidade, em virtude dela ser uma condutora amante da lentidão automóvel mesmo em locais tão sossegados como aquele, onde o arvoredo era predominante e onde a estrada serpenteava quase solitária, pois o trânsito era animadamente reduzido. Ambos, aliás, gostavam de árvores desde o tempo em que conheceram os tulipeiros, já lá iam 8 anos. De facto, os tulipeiros uniram ainda mais o destino de ambos, que viram nas suas flores purpúreas auspiciosos dias de romance exaltado. Com efeito, aquele dia era disso prova; sentiam tanto a interdependência como as diversas formas de manifestações da natureza: a resina era uma delas; escorria para os seus pequenos recipientes de latão e esperava pacientemente que a viessem buscar. A estrada ia sendo vencida sem dificuldades, ouvindo-se o fragor produzido pelo confronto entre os paralelos graníticos e as quatro rodas; este efeito era favorecido pelo facto dos vidros das janelas se encontrarem descidos completamente, o que permitia a circulação de ar e outros componentes livremente. Era uma sensação, com efeito, exageradamente aprazível e indizível.

De quando em vez, entreolhavam-se para aumentar, inconscientemente, a união deles, a sós, naquele habitáculo, com aqueles eloquentes lugares, onde o silêncio era perseguido por seus bem-vindos opositores: dentre eles, os gorjeios podiam escutar-se a centenas de metros, o que encurtava as distâncias e os fazia quase sustar no tempo e no espaço. Contudo, sabiam bem como tudo era relativo, especialmente relativo ao tempo e ao espaço; e aquele espaço era limitado, os limites existiam e teriam que entrar noutros domínios, nos domínios da sua própria natureza humana, para a qual contribuíram com o seu saber racional e a sua força muscular; no fundo, aquela solidão a dois, adicionada de gorjeios harmoniosos e de correntes de ar refrescantes, era de jaez quase pecaminosa; no fim de contas, a mácula podia considerar-se existente, apesar deles não se tocarem fisicamente naquele etéreo deslocamento.

Para eles, tocarem-se não era a condição indispensável para almejar a um estado de absoluta satisfação e isso fazia deles dois seres ideais e com ideais quase metafísicos. O físico existia sim, os seus corpos estavam ali deslocando-se, estavam envoltos por físicos palpáveis, mas, lá no fundo, a fusão com a metafísica e a aliança com o tempo, faziam deles mais do que dois viajantes num mecanismo movido a gasolina. Estes momentos iriam perdurar e tudo se iria gravar naqueles lugares e naquelas atmosferas; e mesmo os astros longínquos iriam sentir os desejos deles, as suas palpitações, iriam sentir os seus planos; iriam, os astros, gravar os seus percursos, gravar as suas dissensões.

Depois de percorrerem alguns quilómetros dentro do bosque enfeitador, eles acharam-se, por obra por pouco sobre-humana, num conjunto de morros desprovidos de árvores,

mas cobertos por urzes; a visibilidade das curvas e contracurvas passara a ser bastante boa; foi quando a Leontina se lembrou:

– Leopoldo, anda aqui um casal de moto a fazer assaltos há uns dias; assaltaram uns vizinhos e roubaram-lhes todo o ouro e todos os documentos!

– E só agora é que te lembras de tal? e se formos também vítimas?

– Olha, sabes? Passou-me, passou-me completamente. E foi por ir ao teu lado. Sabes isso, não sabes?

– Mas o mais importante é a nossa integridade. Ou não será?

– Não o mais importante é irmos aqui como um só; um só ser amado e amante!

Os morros sucediam-se e, de facto, notavam-se uns trilhos que desembocavam na estrada e que poderiam ser acesso fácil para uma moto todo-o-terreno. Fora por eles, com certeza, que o casal aflorara à estrada e fizera os seus estragos.

Leontina e Leopoldo, com efeito, acharam por bem acelerarem e darem, assim, menos hipóteses a um possível assalto.

Evidentemente que a beleza cerúlea do céu, naqueles lugares, não foi devidamente apreciada. Contudo, as inclinações sucessivas da viatura faziam com que a crosta terrestre se movimentasse aos seus olhos. A natureza não parava quieta e adoptava formas diferentes e sucessivas; a dualidade azul-verde encantava-os e revigorava-os.

Passados uns minutos, embrenharam-se num outro bosque que, no fundo, era parte integrante do primeiro. Aqui, sentiram algum alívio e voltaram ao sentimento de que aqueles momentos pertenciam a um todo eterno.



Novos sabores

O Degusto – Ristorante e Wine Bar, onde é sempre possível encontrar a gastronomia italiana, fiel aos sabores originais dos ingredientes, lançou um novo Menu de Verão, recheado de desafios gastronómicos, numa vertente mais mediterrânica, onde poderá descobrir algumas *nuances* da gastronomia espanhola e a beleza e sensualidade da gastronomia Francesa. A carta de vinhos, apresenta como sempre uma oferta com mais de 400 vinhos, prontos para acompanhar e proporcionar grandes experiências gastronómicas e vínicas, assim como vinho a copo.



Mercury Music Prize 2005

A EMI é a editora mais vezes representada no Mercury Music Prize 2005 com:

- KT Tunstall - Eye to the Telescope (<http://www.kttunstall.com/>)



- The Magic Numbers - The Magic Numbers (<http://www.themagicnumbers.net/>)



- Coldplay - X&Y (<http://www.coldplay.com/>)



O prémio Mercury Music é atribuído a um dos 12 melhores álbuns por um artista britânico ou irlandês. No ano passado os estreantes Franz Ferdinand foram os vencedores. Entre os nomeados deste ano destacam-se nomes como Antony And The Johnsons, M.I.A. ou Kaiser Chiefs.

Antologia de Iggy Pop



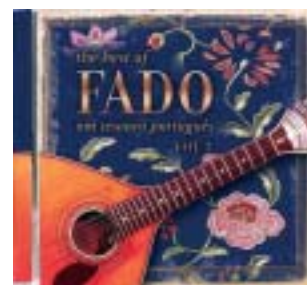
A edição especial de «A Million In Prizes: The Iggy Pop Anthology» inclui comentários de outras personalidades mundiais do mundo da música sobre o contributo de Iggy Pop. Canções como «1969», «I Wanna Be Your Dog», «Search And Destroy», «Raw Power», «China Girl», «Lust For Life», «I'm Bored», «Cry For Love», «Wild America», «Corruption», «I Felt The Luxury», «Mask» e «Skull Ring» a par de uma lista de DVD's que incluem nomeadamente «Real Wild Child», «The Passenger», «Death Trip» e «Louie Louie», compõem esta antologia. Em Agosto Iggy Pop actuará no Leeds Festival e no Reading Festival, ambos em Inglaterra.

Sinead O'Connor



Ao longo da sua carreira Sinead O'Connor tem sido uma das vozes mais requisitadas do universo pop. Ombreado com a reconhecida qualidade dos seus quatro álbuns de estúdio, algumas das mais notáveis gravações de Sinead O'Connor encontram-se em discos de outros artistas. Experiências em diferentes ambientes estéticos que formam um todo de excepção. É disso que trata Collaborations, um álbum excepcional que reúne as várias participações de O'Connor, até aqui dispersas, ao lado de artistas como Massive Attack, U2, Jah Wobble, Peter Gabriel, The The ou Moby.

Best of Fado 3



Em Best of Fado 3 voltam a juntar-se clássicos de sempre e consagrados da nova geração - Amália, Camané, Mariza, Alfredo Marceneiro, Carlos do Carmo, Argentina Santos, Max e Kátia Guerreiro, Maria da Fé, entre tantos outros.



Coçar onde é preciso

Um homem incomodado, inquieto e muito, muito... humorado. Bem ou mal... mas humorado. As várias facetas do português caricaturado no novo espectáculo de José Pedro Gomes. Durante mais de uma hora conheça o seu ponto de vista sobre a velhice, as tabuletas, os mirones e muito, muito mais. Peça protagonizada e escrita por José Pedro Gomes com direcção de Sónia Aragão e José Pedro Gomes.

A estreia nacional ocorrerá no Fórum Machico (na Ilha da Madeira) nos dias 2 e 3 de Setembro, dia 16 de Setembro José Pedro Gomes apresentá-la-à em Figueiró dos Vinhos e, no final de Setembro, poderá ver esta peça no Teatro Armando Cortez/Casa do Artista, em Lisboa.

IRS

ABATIMENTOS E DEDUÇÕES AOS RENDIMENTOS DE 2005

I. ABATIMENTOS

1.1 – Dedução específica do trabalho dependente (Art.º 25.º):

72% de 12 vezes o salário mínimo mais elevado ou o valor das contribuições totais pagas efectivamente à Segurança Social quando superiores.

Este limite é elevado em 50% para deficientes com grau de deficiência superior a 60%.

1.2 – Dedução Específica de Pensões (Art.º 53.º):

Tem o limite de 8.283,00€

Este limite é acrescido de 30% no caso de sujeitos passivos com grau de incapacidade superior a 60%

1.3 – Organizações Sindicais (Art.s 25.º e 53.º):

Valor pago acrescido de 50% até ao limite de 1% do rendimento bruto de trabalho dependente ou de pensões.

1.4 – Pensão de Alimentos (Art.º 56.º):

Totalidade dos encargos quando fixados na respectiva sentença judicial.

1.5 – Rendimentos profissionais (Recibos verdes) – Regime simplificado (Art.º 31.º):

O rendimento bruto é abatido de 35% para despesas e encargos, não sendo necessários quaisquer documentos.

Não poderá resultar um rendimento líquido global inferior a metade do valor anual do salário mínimo (2.622,90€).

1.6 – Rendimentos prediais (Prédios arrendados) (Art.º 41.º):

As despesas de conservação e manutenção suportadas são abatidas, quando devidamente documentadas bem como o respectivo IMI (Imposto Municipal sobre Imóveis).

2. DEDUÇÕES À COLECTA

2.1 – Despesas de Saúde (Art.º 82.º)

30% das despesas efectuadas com bens e serviços com IVA às taxas de 0% e 5%, sem limite.

As despesas com bens e serviços com IVA à taxa de 19%, são limitadas a 2,5% daquelas despesas ou a 57,00€, desde que documentadas com receitas médicas (al. d) do Art.º 82.º):

2.2 – Despesas de educação e de formação profissional (Art.º 83.º):

30% das despesas suportadas com o limite de 160% do Salário Mínimo Nacional Mensal (599,52€). Nos agregados com 3 ou mais dependentes o limite é elevado em 30% do Salário Mínimo Nacional Mensal por cada dependente (711,93€).

2.3 – Juros e amortizações de imóveis para habitação própria e permanente, rendas pagas pelos inquilinos (contratos posteriores a 15/10/91) e entregas para cooperativas de habitação (Art.º 85.º):

30% dos encargos com o limite de 549,00€.

2.4 – Encargos com lares e outras instituições de apoio à terceira idade relativos a sujeitos passivos, seus ascendentes colaterais até ao 3.º grau que não possuam rendimentos superiores ao salário mínimo (Art.º 84.º):

25% das despesas com o limite de 316,00€.

O limite anteriormente imposto pelo n.º 5 do art.º 78.º do CIRS deixou de existir pelo facto do mesmo ter sido abolido pela Lei do Orçamento de 2005.

2.5 – Prémios de seguros de vida, acidentes pessoais e fundos de pensões, 25 % das despesas com o limite de (Art.º 86.º):

«Casados – 114,00€; não casados – 57,00€.

6.6 – Prémios de seguros de saúde (Art.º 86.º, n.º 3):

30% dos encargos com os limites de:

Casados – 152,00€; não casados – 76,00€

Por cada dependente a seu cargo os limites são elevados em 38,00€.

2.7 – Custos com equipamentos novos para utilização de energias renováveis e equipamentos para produção de energia eléctrica ou térmica que consumam gás natural (Art.º 85.º, n.º 2):

30 % das despesas com o limite de 728,00€.

2.8 – Donativos à Administração Central, Regional e organismos estatais (Art.º 5.º, n.º 1, al. a) do Estatuto do Mecenato):

25 % das importâncias atribuídas, sem limite.

2.9 – Donativos a outras entidades previstas no Estatuto do Mecenato (Art.º 5.º, al. b) do Estatuto):

25% das quantias dispendidas com o limite de 15% da colecta.

2.10 – Donativos a igrejas e instituições que prossigam fins sociais, culturais, desportivos, científicos, etc. (Art.º 5.º, n.º 2 do Estatuto do Mecenato):

25 % das quantias dispendidas com o limite de 15 % da colecta.

São majorados em 30 %.

2.11 - Donativos para Mecenato Científico (Art.ºs 3.º e 9.º do Estatuto de Mecenato Científico):

25% se as instituições forem do Estado (Art.º 9.º, al. a)).

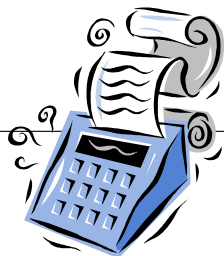
25% com o limite de 15% da colecta se as instituições forem privadas (Art.º 9.º, al. B).

2.12 – Os pagamentos por conta e as retenções (Art.º 78.º, n.º 2):

Sem qualquer limite.

7 – MANIFESTAÇÕES DE FORTUNA (Art.º 89.º-A da LGT)

Devem ser declaradas tratando-se das seguintes aquisições:
- Imóveis de valor igual ou superior a 250.000,00€



- Automóveis ligeiros de passageiros de valor igual ou superior a 50.000,00€
- Motociclos de valor igual ou superior a 10.000,00€
- Barcos de recreio de valor igual ou superior a 25.000,00€
- Aeronaves de turismo
- Suprimentos e empréstimos feitos no ano, de valor igual ou superior a 50.000,00€.

TABELA DE IRS DE 2005.

RENDIMENTO COLECTÁVEL (euros)	TAXAS (%) Normal	TAXAS (%) Média
Até 4 351	10,5	10,5000
> 4 351 a 6 581	13	11,3471
> 6 581 a 16 317	23,5	18,5985
> 16 317 a 37 528	34	27,3035
> 37 528 a 54 388	36,5	30,1544
> 54 388	40	-

PAGAMENTOS POR CONTA

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

ALTERAÇÃO DA TAXA DO IVA

De acordo com a lei 39/2005, de 24 de Junho, a taxa do Imposto sobre o Valor Acrescentado de 19% passa para 21% a partir de Julho de 2005.

NÚMERO FISCAL DE CONTRIBUINTE

Qualquer alteração, nomeadamente da residência, deve ser comunicada no prazo de 15 dias em qualquer serviço de finanças ou na loja do cidadão, podendo também fazer-se através da internet.

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