

## PROJECTO INTEGRADO DA ALDEIA DO MÉDICO DO CENTRO DO PAÍS

pág. 44

## QUANDO COMEÇA A VIDA HUMANA?

pág. 50



## OM VISITA DISTRITO MÉDICO DE CASTELO BRANCO:



## «TRABALHAMOS EM EQUIPA MESMO NÃO TENDO QUALQUER USF»

pág. 24

# Ficha Técnica

## REVISTA Ordem dos Médicos

Ano 23 – N.º 77 – Março 2007

PROPRIEDADE:



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

**Redacção, Produção  
e Serviços de Publicidade:**

Av. Almirante Reis, 242 - 2.º Esq.º  
1000-057 LISBOA  
E-mail: celom@omcne.pt  
Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

**Director:**

Pedro Nunes

**Directores-Adjuntos:**

José Manuel Silva  
Isabel Caixeiro

**Directora Executiva:**

Paula Fortunato  
E-mail: paula.fortunato@omcne.pt

**Redactores Principais:**

José Ávila Costa,  
João de Deus e Paula Fortunato

**Secretariado:**

Miguel Reis

**Dep. Comercial:**

Helena Pereira

**Dep. Financeiro:**

Maria João Pacheco

**Dep. Gráfico:**

CELOM

**Impressão:**

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

**Depósito Legal:** 7421/85

**Preço Avulso:** 1,60 Euros

**Periodicidade:** Mensal

**Tiragem:** 33.000 exemplares

(11 números anuais)

# S U M Á R I O

- 4 EDITORIAL**
- 6 TSF – Na Ordem do Dia**
- 8 INFORMAÇÃO**
- 9 Alteração do prazo de candidatura**
- 10 Colégio da Especialidade de Genética Médica -Internato**
- 12 Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva**
- 20 Informação do CNE sobre Atestados Médicos**
- 22 ACTUALIDADE**
- I Encontro de trabalho Luso-Andaluz**
- 24 “Trabalhamos em equipa, mesmo não tendo qualquer USF”**
- 32 Plenário dos Conselhos Regionais**
- 34 Médicos dos centros de saúde algarvios na expectativa com a criação de USF**
- 44 Projecto integrado da ALDEIA do MÉDICO do Centro do País**
- 46 Casa do Médico de Sines**
- 48 Reunião da Ordem dos Médicos com a Associação Nacional de Municípios**
- 50 Quando começa a vida humana?**
- 54 OPINIÃO**
- Objecção de consciência – o direito e os deveres relacionados**  
*por Rosalvo Almeida*
- 57 Carta Aberta aos que se pretendem modernos e mudar princípios fundamentais do Código Deontológico actual**  
*por António Gentil Martins*
- 58 Psiquiatria computacional**  
*por José Manuel Jara*
- 60 Médicos e doentes, doentes e médicos. Que relações?**  
*por Manuel Mendes Silva*
- 62 ENTREVISTA**
- Novos horizontes na cultura de células e tecidos**
- 64 AGENDA**

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

## Corre-se o risco de transformar as USF em «Unidades Sem Futuro»?

O mês de Março foi fértil em acontecimentos da maior importância para os médicos e para a sua Ordem. Culminando um processo complexo, todo ele, como se impunha, realizado com a necessária discricção, foi possível concluir três projectos da maior relevância para o nosso futuro.

O primeiro a merecer destaque é a aprovação definitiva da alteração de loteamento e do projecto de arquitectura da Casa do Médico de S. Rafael por parte da Câmara Municipal de Sines. Foi assim possível lançar o concurso para a construção, tendo sido escolhida a empresa Alves Ribeiro. A construção teve início, devendo o imóvel contratualmente ser entregue pronto para utilização no prazo de um ano. A frente de mar da cidade de Sines e da sua praia Vasco da Gama já exhibe hoje um espaço vazio, pleno de actividade, devendo em breve ver erguer-se com a beleza do passado um dos seus edifícios mais emblemáticos agora destinado a apoiar os médicos de todo o país que decidam viver a sua terceira idade ou férias nas proximidades.

O segundo e não menos importante foi a compra pela Secção Regional do Sul do número 149 da Avenida Gago Coutinho, em Lisboa. Trata-se do edifício a jusante da actual sede da Ordem, que assim se transforma num complexo onde toda a administração se irá concentrar, libertando para rendimento o edifício da Avenida Almirante Reis, pertença do Fundo de Solidariedade. A conclusão deste objectivo, que eu próprio enquanto Presidente do Conselho Regional do Sul tentara sem êxito, é da maior importância, já que permite importantes ganhos de eficiência, ao mesmo tempo que torna a Ordem dos Médicos uma presença incontornável e de referência na cidade.

O terceiro, sem dúvida o mais arrojado e de mais difícil realização, fica a dever-se à nova forma integrada, racional e sem tíques de regionalismo saloio que a actual Direcção tem imprimido e à perseverança, visão e empenho dos colegas da Secção Regional do Centro. Trata-se da compra de um terreno de onze hectares, na periferia da cidade de Coimbra, onde se edificará um Centro de Congressos e Reunião dos Médicos Portugueses, que igualmente integrará uma nova sede na Região e uma área de apoio social – uma Casa do Médico do Centro. O arrojado está na dimensão do projecto, a dificuldade consubstanciou-se até agora na procura e na perseverante aquisição do espaço necessário e, no futuro, na necessidade de envolver a Ordem nacional num projecto que beneficiará todos os médicos. A excelente localização, a dois passos da AI e da cidade de Coimbra, equidistante das maiores concentrações de médicos, e o empenho dos colegas que integram o Conselho Regional do Centro são a certeza do êxito futuro.

Março é também o mês de uma das reuniões científicas que mais médicos habitualmente congrega – o Encontro Nacional de Clínica Geral, em Vila Moura. Apesar de a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral ser, na prática, uma Sociedade Científica que organiza congressos, promovendo a formação e desenvolvimento técnico e profissional dos seus membros, vários factores têm contribuído ao longo dos anos para dar relevância política a este encontro.

Dentre estes factores cabe destacar alguma incompreensão e mesmo a arrogância com que nos primeiros tempos a especialidade de Medicina Geral e Familiar foi vista pelos seus pares hospitalares, condicionando, por reacção, uma atitude corporativa de defe-

sa de interesses próprios dos médicos de família. Também a tendência, que infelizmente se tem vindo a notar, de os médicos se envolverem na discussão dos seus problemas mais imediatos ou mais específicos – os da sua própria especialidade – em detrimento dos que lhes são comuns enquanto médicos, confere aos encontros das especialidades com grande número de elementos uma relevância política que por vezes dificulta a tomada de acções comuns que defenda globalmente todos os médicos.

A Ordem, a única das organizações geridas exclusivamente por médicos em que, independentemente da sua especialidade ou opções pessoais, todos têm uma igual palavra e um igual papel a desempenhar, tem procurado combater a divisão identificando em cada momento os objectivos comuns. Como é fácil de perceber, tal postura conflua com os pequenos poderes dos que se julgam donos do seu pequeno grupo, seja ele o grupo dos especialistas de uma dada especialidade, seja o pequeno grupo sociológico dos professores universitários ou dos membros de um determinado partido ou confraria. Se em todos os grupos há médicos de elevada estatura e clara visão do interesse colectivo que põem os interesses de todos à frente dos seus próprios interesses, também não deixa de ser verdade que em todos os grupos há aqueles para quem a Ordem dos Médicos e o seu sistema democrático de escolha de dirigentes são um obstáculo à sua promoção pessoal.

Os responsáveis políticos ou agentes do poder económico congratulam-se obviamente com esta situação, navegando nas linhas de clivagem procurando alargar o seu afastamento, na exibição prática do velhíssimo princípio do dividir para reinar.

De uma forma geral, a importância que os médicos conferem à sua Ordem e o reconhecimento que a Sociedade lhe outorga impedem que a hostilidade tome formas mais explícitas. Os pequenos truques e actos de implícita baixaza são os substitutos encontrados pelos menos corajosos para demonstrar o que lhes vai na alma.

No ano passado, convidado o Bastonário da Ordem para estar presente no Encontro de Vilamoura, como sempre o foi, entendi lançar um sinal de alerta sobre o perigo de à boa vontade e empenho dos médicos de família na reforma substanciada na criação de USF (Unidades de Saúde Familiar) não corresponder com igual lisura o Ministério da Saúde.

As palavras que então proferi, compreendidas pela esmagadora maioria dos presentes e como tal sublinhadas espontaneamente com palmas, teriam obrigatoriamente de ser interpretadas como um apoio expresso e claro à reforma em curso dos Cuidados de Saúde Primários, à criação de USF e a quem protagonizava tal processo – o colega Luís Pisco.

Numa atitude totalmente desajustada e inqualificável, o jornal oficial da APMCG decidiu insultar-me afirmando de forma difamatória que teria programado os aplausos, tendo disposto na sala alguns apoiantes com tal fim específico. Tive oportunidade de dar a resposta que entendi merecida em editorial da ROM e, quando recebi em audiência que me foi pedida os dirigentes da APMCG, entre eles o seu presidente interino Eduardo Mendes, explicar como entendia prejudicial para os médicos de família a sua estratégia de cega obediência ao Ministro.

Ao longo deste ano os factos vieram, infelizmente, a dar-me razão. O entusiasmo dos médicos de família em autogovernarem-se, organizando trabalho de grupo e multidisciplinar de forma a responderem globalmente às necessidades de saúde de um conjunto de indivíduos e famílias que neles confiam, não teve correspondência por parte do Ministério. A legislação necessária não foi criada. Os incentivos

financeiros e profissionais não foram explicitados. As tensões inexoravelmente resultantes da coexistência de dois sistemas num mesmo espaço físico e dirigidos a uma mesma população não foram considerados nem se vislumbrou qualquer esforço para as atenuar. A arrogância do poder campeia e os médicos, mais uma vez, arriscam-se a ser enganados, terminando como responsáveis pelo que, com tais métodos, inexoravelmente não correr bem. É inqualificável a forma como o Ministério da Saúde trata os médicos que com lógica prudência se recusam, para já, a embarcar em aventuras de contornos pouco claros. A arrogância parece contagiar os dirigentes de organizações médicas que, cegos pela proximidade ao poder, se recusam a ver as razões dos seus colegas e para que nada perturbe a ilusão do governante calam qualquer voz contestatária.

Numa demonstração do que expus, pela primeira vez em vinte e quatro anos, o Bastonário da Ordem dos Médicos, convidado e presente no Encontro, não teve lugar na mesa de abertura da sessão, não podendo em consequência usar da palavra. Assistiu-se em Vilamoura a algo que só em sistemas que a História se encarregou de enviar para o respectivo caixote do lixo se via – dois mil médicos sentados numa sala, arregimentados como acéfalos, para aplaudir o governante que impante na certeza da não contestação se permitiu dizer o que lhe veio à cabeça. Na mesa, solitário como ele, o presidente interino, agora de saída, usufruiu da oportunidade para pronunciar um último obsequioso discurso.

Alertado por amigos para o que se preparava, cheguei a considerar a hipótese de não estar presente. Decidi não o fazer. A ausência do Bastonário seria uma deselegância para com os médicos de família, que não o merecem nem se confundem com alguns dirigentes sem estatura para os representar. A deselegância para com o Bastonário é um acto que atinge todos os médicos mas que tem que ser contextualizado perante a insignificância de quem o tenta.



No entanto, o importante não são estas baixarias e pequenices, o importante é que atitudes sem espinha e adesões de subserviência acrítica têm como inexorável consequência o efeito oposto ao pretendido. Os médicos de família são gente que pensa pela própria cabeça e não precisa de iluminados para lhes dirigir o caminho, necessita de informação e respostas claras a perguntas concretas.

Para quem, como eu, tem percorrido os Centros de Saúde do Norte ao Sul do País e tem procurado ouvir o que os Colegas têm para lhe dizer as conclusões são óbvias:

– À força de transformar em pura propaganda o que seria uma interessante reforma, o Ministro da Saúde arrisca-se a afastar definitivamente os Médicos de Família das Unidades de Saúde Familiar.

– À força de procurar tapar o Sol com uma peneira, alguns dirigentes da APMCG agravam o afastamento, ostracizando milhares de médicos que poderiam noutras circunstâncias envolver-se activamente no processo. Como alguém me dizia num Centro de Saúde do interior - USF arrisca-se a significar «Unidades Sem Futuro». Seria pena...



## TSF – Na Ordem do Dia

### II - 21 · 12 Março

A notícia não ocupava mais que uma coluna do diário. Tratava-se de um facto simples, aparentemente do domínio local, sem muito que incomodar o mais elevado todo nacional.

Segundo se informava o Tribunal Constitucional negara provimento à exigência de um hospital que pretendia obrigar um cidadão a pagar uns banais 4700 euros por não ter apresentado o cartão de utente.

Melhor explorados os meandros do sucedido logo se percebia não se tratar de qualquer coima ou punição para distraídos mas da justíssima pretensão do hospital a ser pago dos tratamentos dispensados ao desleixado cidadão. Segundo explicava o pressuroso Conselho de Administração do EPE em causa, caso o cidadão não revelasse devidamente o tal mágico número e respectivas letrinhas o Estado não pagaria a despesa ficando esta por conta do Hospital.

Ora não estando o Estado disposto a desembolsar por exclusiva culpa do imprevidente que, ao sair para a rua naquele fatídico dia deveria ter considerado a hipótese sempre presente do atropelamento e como tal fazer-se acompanhar do famigerado cartão, então que fosse o próprio a assumi-la. Aliás qualquer português sabe que atrás de qualquer esquina há sempre um burocrata que ganha honradamente a sua vida e que se o excesso de cartões apenas deforma a flanela do casaco a sua falta pode dar origem a intermináveis processos na Justiça. Para mais este cidadão era do tipo teimoso e confrontado com a sua incúria não só se recusou a pagar a conta como constituiu advogado e de recurso em recurso levou o caso ao Constitucional, fazendo escrever milhares de páginas de acórdãos e uma não menos relevante página do nosso ser português.

Para mais, lamentava-se o mencionado administrador, se a moda pega os juízes decidem três vezes da mesma maneira e, jurisprudência feita, ninguém mais leva o cartão quando for à consulta.

Este episódio fez-me irremediavelmente lembrar aquele outro do Hospital que se recusara a proceder ao reforço da profilaxia antitetânica após a sutura de uma ferida. Utilizou para tal o lapidar argumento de se tratar de uma obrigação do Centro de Saúde para onde mandou devidamente o doente passar a manhã seguinte. Para quem ainda se lembrar da rábula da Emília patroa e da Emília costureira estes casos não levantam qualquer estranheza:

O mesmo Estado, antes proprietário de cinzentões hospitalares dotados do incharacterístico nome da cidade em que se implantavam, é agora accionista único de alegres hospitais com nomes de Santos e cabeçalhos futuristas no papel de receita.

Com esta moderna reforma, os mesmos edifícios, com as mesmas precárias condições, com os mesmos funcionários, passaram a ser dotados de administradores devidamente motorizados, alguns deles pagos com vencimentos dos privados de proveniência. Em termos de tratamento de doentes a evolução é a possível e disso pouco se fala porque quem não sabe pouco arrisca dizer.

Em contrapartida na chamada área da gestão é vê-los a inventar, numa sempre presente tentativa de aumentar os rendimentos e alijar custos. O problema é que as transferências de pagador fazem-se de unidade para unidade do mesmíssimo accionista Estado. Tais exercícios de criatividade gestonária têm assim a enorme vantagem de terem um saldo constantemente zero como quando alguém se lembrasse de reduzir a economia doméstica à discussão sobre de qual dos seus bolsos sairia o dinheiro para pagar a conta do talho.

Esta actividade é tanto mais divertida quanto o custo das horas perdidas pelo cidadão no Centro de Saúde, ou aquelas que os sucessivos juízes perderam a decidir se na ausência de cartão o Estado paga ou simplesmente deixa de receber, não são imputáveis à Reforma da Saúde ou ao respectivo e simpático Ministério.

### II - 22 · 19 Março

A gente às vezes julga que já viu tudo na vida e vai na volta tem uma surpresa na curva do caminho.

Vinha eu descansado de uma reunião em climas frios e chuvosos e a simpática hospedeira ofereceu-me o Diário de Notícias com notícia de capa espantosa.

Segundo ela, português que se atreva a recorrer à urgência queixando-se de agressão passa a assumir por inteiro o custo da intervenção e, tribunal passado, logo se vê quem paga se agressor se agredido.

Para infelicidade do genial autor desta pérola da poupança, o jornal indignava-se com o caso concreto de uma pretensa vítima de violência doméstica. Perante o valor presuntivo da terapêutica resolveu esta bater em retirada antes que o agressor, devidamente estimulado pela conta, reincidisse no crime.

Atentos os números e os eventuais 140 euros da factura não podemos deixar de ter alguma compreensão. Vinte e oito contitos na moeda antiga dá para muita arnica e mercurocromo com a agravante de nunca se saber para que lado estará o juiz virado. Já não seria a primeira vez, isto na sabedoria popular, que a vítima para além de agredida passava à categoria de pagante.

O caso em si mereceria alguma reflexão em termos sociais e mesmo de política em geral, mas na aparência não se trataria de um caso de Saúde, como tal não comentável nesta rubrica. Poder-se-ia mesmo dizer que não seria mais que uma daquelas ocasiões em que quando o mar bate na rocha mal vai a vida aos mexilhões.

Analisado com um pouco mais de profundidade já o caso muda de figura. O que está em causa é a desresponsabilização do Serviço Nacional de Saúde em situações que se possa encontrar um responsável e como tal identificar um putativo pagador.

A essência do raciocínio está precisamente na alteração de paradigma do Serviço que nos protege quando doentes.



De uma situação de total abrangência, acolhendo no seu seio todos os residentes em Portugal, indo da profilaxia a todo o tipo de terapêutica, evolui-se para um conceito de intervenção dirigida à doença natural, isto é, aquela onde não é possível identificar um causador a quem enviar a factura.

No novo quadro, muito compreensível no mundo dos SA e EPE, há que pôr os gestores a espremer as meninges e justificar o vencimento, inventando umas formas toleráveis de conjugar o “não pagamos”.

Noutras paragens em que semelhantes serviços de Saúde se confrontaram com a dialéctica entre protecção social e pragmatismo económico, já assistimos a coisas mais perversas.

Debate sobre a utilidade de dialisar alguém com uma idade elevada. Debate sobre a utilidade de fazer uma cirurgia cardíaca a um fumador. Enfim um sem número de justificações, boas ou más, para excluir da responsabilidade da esfera pública e transferir para a esfera privada alguns custos.

Não está em causa, em meu entender que tal debate se faça. Não está mesmo em causa, muito antes pelo contrário, criar mecanismos de responsabilidade individual pela utilização dos bens públicos que acabe de vez com o conceito tão português de que as patacas crescem nas árvores.

Porque a escolha entre um sistema universal e gratuito baseado na repartição dos impostos e um sistema baseado na responsabilidade individual com menor ou maior intervenção supletiva do Estado, é uma escolha central de política, este é um debate político.

De um modo geral a Sociedade só tem a ganhar se resolver abertamente os seus conflitos políticos em vez de os tentar esconder atrás de enviaamentos de gestão financeira da Saúde. Em última análise, é muito mais saudável socialmente que um energúmeno, que pretende resolver a soco os conflitos familiares, se sinta inibido pelo medo da polícia que pelo medo da conta do hospital.

### II - 23 · 26 Março

Vivemos definitivamente na sociedade da informação. O problema infelizmente é que informação cada vez mais se confunde com comunicação e esta com o espectáculo.

O que deveria ser uma análise qualificada do facto novo ou relevante, tornando-o inteligível por uma vasta audiência, transformou-se, por acção da pressão competitiva, no mero acto de transmitir a existência do facto.

Um facto torna-se, assim, notícia não por ser novo ou relevante mas na medida em que traga audiências, que suscite as atenções.

Na semana que passou tivemos mais uma experiência desta banalidade da vida moderna a propósito de um pseudo estudo da DECO, aliás uma associação meritória.

Por motivos que custam a entender, esta entidade, habitualmente séria, lembrou-se de avaliar a adequação da prescrição médica e da venda em farmácias de antibióticos.

Se no que diz respeito às farmácias o que se procurava saber era simples e exequível a investigação da questão médica era de grande complexidade e foi tratada com confrangedora ingenuidade.

Saber se eram ou não vendidos antibióticos sem a exibição da competente receita está ao alcance de qualquer cidadão que saiba o nome comercial de um produto e exhiba o dinheiro suficiente para o pagar.

Saber se perante uma determinada situação clínica deve ou não ser prescrito um antibiótico já fia mais fino e põe com grande facilidade o pobre do sapateiro a tocar rabecão.

Um cidadão em perfeita saúde confrontar um médico que não o conhece de lado nenhum com uma história forjada, tem algumas hipóteses de conseguir enganar o médico e ver ser-lhe prescrita uma terapêutica inútil ou incorrecta.

Neste quadro não é de admirar que alguém que simule o quadro de uma amigdalite no meio do Inverno, mesmo sem exhibir sinais objectivos claros,

se veja com a recomendação de tomar um antibiótico.

Se tentasse ser operado ao apêndice já não seria tão fácil pois antes de procedimentos invasivos é normal realizarem-se exames complementares de maior ou menor complicação.

Espero que a conclusão do “sui generis” estudo não pretenda ser que antes de tratar qualquer banal dor de garganta seja necessário esperar pelo resultado de uma bateria de análises e já agora de um TAC pulmonar.

Todos nós temos consciência de como é importante e barato a todos os títulos o exercício de uma medicina de qualidade.

Para isso é, no entanto, necessário que os médicos conheçam os doentes, que estes confiem no médico que escolheram e que haja possibilidade de assegurar vigilância e relação sustentada e leal. Asseguradas tais condições o melhor medicamento é na maior parte das situações de menor gravidade o próprio médico.

Agora se uns e outros se enfrentarem como inimigos para quem por detrás de cada acto paira a sombra da queixa em tribunal por putativa negligência, se a forma habitual de consultar um médico seja esperar horas num serviço de urgência por cinco minutos de atenção de um completo estranho, então os resultados são os que se sabem.

Os estudos, mesmo os inocentes, ingénuos ou mal desenhados têm sempre como resultado identificar factos. A interpretação dos factos, essa exige saber, profundidade de análise e estudos desenhados com qualidade que permita excluir enviaamentos e falsos positivos.

No caso vertente as conclusões que se pretenderam tirar sobre a qualidade do trabalho dos médicos foi um descarado exemplo de como a ignorância é sempre atrevida ou, para ser mais benévolo, a prova empírica do que como oftalmologista tenho a obrigação de saber:

O facto incontornável da mais irreduzível das cegueiras ser a dos que não querem ver...

## PATIENT'S RIGHTS RESOLUTION

**A secção de Biopatologia Médica da União Europeia de Médicos Especialistas (UEMS) - Specialist Section of Medical Biopathology including Clinical Chemistry, Clinical Immunology, Clinical Microbiology, Hematology & Transfusion Medicine, Polyvalent Medical Biopathology - aprovou uma resolução sobre os direitos dos doentes a qual teve posterior apreciação positiva por parte do Colégio da Especialidade de Patologia Clínica e do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos portuguesa, pelo que passamos a publicar esse documento.**

### PATIENT'S RIGHTS RESOLUTION

Recalling the Amsterdam Declaration on the Promotion of Patient's Rights in Europe and the annexed document (Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework);

Considering that citizens should necessarily participate in decisions regarding their own health and any health care system should be patient-oriented;

Recognizing the duties of physicians as defined in the "International Code of Medical Ethics of the World Medical Association";

Considering that it is the essential purpose of Medical ethics to ensure that patients' trust in the medical profession is deserved and medical ethics aim to protect patients from the abuse as lined out in "Ethical Practice in Laboratory Medicine and Forensic Pathology" published by the World Health Organization – Regional Office for the Eastern Mediterranean;

Recognizing that Blood must be collected under the responsibility of a physician and transfusion must be given under the responsibility of a physician as stated by the "International Society of Blood Transfusion Code of Ethics for Blood Donation and Transfusion";

Considering the importance to recognize that results of test in Medical Biopathology (Clinical Pathology/Laboratory Medicine) can have a life-altering impact upon patients and that information provided about the results, and the manner of its provision, must assist the treating doctor to properly advise the patient about the diagnosis and its consequences;

Bearing in mind that the patients' interest are paramount.

The Specialist Section of Medical Biopathology including Clinical Chemistry, Clinical Immunology, Clinical Microbiology, Hematology & Transfusion Medicine, Polyvalent Medical Biopathology recommends that the governments of EU member states:

- recognize the patients' right to refuse a treatment or diagnostic procedure;

- enable patients to make decisions on their own behalf;
- ensure that laboratory directors must have qualification in medicine as deemed appropriate by national policy and have equivalent specialized post-graduate professional education and training in clinical laboratory work;
- ensure that it is the patients' right to know that all laboratory tests are performed under the decisive guidance of a Medical Biopathologist (Clinical Pathologist/Laboratory Physician).

Nota: Documento aprovado na reunião de Setembro de 2005 em Cork, Irlanda.



## COLÉGIO DE CARDIOLOGIA

### Candidaturas à Subespecialidade de Cardiologia de Intervenção

#### ALTERAÇÃO DO PRAZO DE CANDIDATURA

Conforme publicado na nossa edição de Fevereiro, foi aprovada pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos a criação da Secção da Subespecialidade de Cardiologia de Intervenção, assim como o respectivo Regulamento Interno, elaborado com audição aprofundada do Grupo de estudos de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Nota: Na informação publicada onde se lia «na área da electrofisiologia cardíaca» dever-se-à ler «...declaração... comprovativa da actividade desenvolvida pelo candidato na área da cardiologia de intervenção»

O prazo de entrega das candidaturas à admissão por consenso terminará em **30 de Setembro de 2007**, devendo os elementos ser remetidos para o Departamento de Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos.





## **Colégio da Especialidade de Genética Médica**

### **Internato Médico da Especialidade de Genética Médica**

A 26 e 27 de Fevereiro passado, realizaram-se os primeiros exames de saída desta Especialidade. Os Colegas Jorge Pinto Basto e Gabriela Soares são assim os primeiros dois Especialistas a completarem o internato de Genética Médica em Portugal. Ambos haviam terminado, em Dezembro, os cinco anos da sua formação, no Instituto de Genética Médica, no Porto.

A nova especialidade foi criada em 1998, terminando o Ciclo de Estudos Especiais e a Competência em Genética Médica. O Colégio foi constituído em 2000, após o processo de admissão por consenso de 38 Especialistas em Genética Médica; outros cinco tiveram equivalência posteriormente.

Em 2001 iniciou-se o primeiro ano do Internato. Neste momento, encontram-se mais 17 internos em formação, no Porto, Coimbra e Lisboa. Possuem idoneidade formativa e capacidade formativa em Genética Médica, além do Instituto de Genética Médica, no Porto, o Centro Hospitalar de Coimbra (Hospital Pediátrico) e os Hospitais de Santa Maria e de Dona Estefânia, em Lisboa.

O Colégio de Genética Médica é neste momento composto por 45 Especialistas.

## **ALERTA SOBRE A UTILIZAÇÃO DE STEM CELLS**

A Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, recebeu alerta proveniente da União Europeia, sobre a utilização de STEM CELLS, oriundas de Banco Holandês não autorizado e de qualidade duvidosa. Julga-se que estas células estão a ser utilizadas como terapêutica opcional em situações clínicas, pouco definidas.

Passamos a transcrever a informação em causa:

«On Monday evening, January 29, 2007, the Belgian Federal Agency for Medicines and Health Products was informed about a patient that had received stem cell injections in the premises of a private practice in Antwerp a few days earlier. The injections would have been administered by a physician who appears to be connected to the Preventief Medical Centrum (PMC) clinic in Rotterdam and drives over from the Netherlands to administer the injections.

A physician of the PMC in Rotterdam was ordered on October 2, 2006 by the Netherlands Health Care Inspectorate to stop performing treatments with stem cells. And from the first February the Dutch Government has forbidden to carry out - without an authorisation - stem cell treatments. As, in Belgium, the use of human (stem) cells outside licensed hospitals is not allowed, immediately an inspection by the Health Inspection was charged. The first findings by the inspectors confirmed the allegations: cord blood stem cells from obscure (Asia) origin have been administered to patients in this practice. Thereafter a complaint was filed to the public prosecutor in Antwerp, who started a judicial inquiry. The PMC has also establishments in UK and Spain. Furthermore this type of activity is easily transferred to other private practices or clinics and other countries. Therefore we want to inform our colleagues in the European Union about these activities and would greatly appreciate receiving information about similar activities and their implications in other countries.»



## ORDEM DOS MÉDICOS SUB-ESPECIALIDADE DE MEDICINA INTENSIVA

O Conselho Nacional Executivo aprovou o Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva, de que aqui publicamos um resumo. A versão integral pode ser consultada em [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)

# Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva

## Critérios de Idoneidade dos Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos (SCI/UCI) reconhecidos pela Ordem dos Médicos e Critérios de formação e avaliação em Medicina Intensiva reconhecidos pela Ordem dos Médicos

### I. Introdução

De entre os desenvolvimentos mais marcantes da Medicina do Século XX contam-se os desenvolvimentos da Medicina Intensiva e a capacidade para preservar e recuperar funções vitais, em disfunção ou falência. Esse sucesso, fruto dos desenvolvimentos da tecnologia, permitiu reformular por inteiro o conceito e os limites de intervenção da Medicina.

O desenvolvimento da Medicina aumentou a capacidade para salvar vidas em risco e aumentou a sobrevivência de doentes portadores de doença grave, em muitos casos dependentes de tratamentos agressivos e/ou substitutivos de funções vitais.

A dimensão dos recursos, a complexidade das doenças e a importância da pluri-disciplinaridade associada à prática da Medicina Intensiva impuseram a diferenciação de profissionais capazes de rentabilizar e hierarquizar a utilização de cada um desses saberes. A Ordem dos Médicos reconheceu, em 1999, a existência da área de saberes que se designou por Medicina Intensiva, tendo-a à data classificado como Sub-Especialidade. A Direcção da Sub-Especialidade publicou em 2003 os critérios orientadores da formação em Medicina Intensiva, nos quais se incluem as normas de avaliação e creditação de serviços e os modelos de formação para os estágios durante os internatos e para a formação de intensivistas em serviços / unidades creditados.

O presente documento actualiza essas normas datando-as a 2007 e estabelece critérios de equiparação destinados a resolver situações de impasse no reconhecimento de competências motivadas pela insuficiência na regulamentação da formação em Medicina Intensiva, por parte do Ministério da Saúde,

### 2. Definição – Medicina Intensiva

É uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente (s) ou estabelecida (s).

### 3. Serviços / Unidades de Medicina Intensiva / Cuidados Intensivos

> Os Serviços de Medicina Intensiva reconhecem-se pela sua identidade, missão e liderança, pelo que devem possuir um director/coordenador e corpo clínico constituídos por Sub-Especialistas creditados em Medicina Intensiva.

> Os Serviços de Medicina Intensiva devem possuir **um corpo clínico próprio** (quadro dedicado) a tempo inteiro;

> Os Serviços de Medicina Intensiva/Unidade de Cuidados Intensivos possuem médico de residência em regime de permanência 24 horas/dia.

> O S/UCI assume, em colaboração, a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados, designadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos assim como a definição dos limites de intervenção terapêutica.

> No S/UCI estão equipados com os recursos necessários a concretização da sua missão.

> Os S/UCI, no que se refere ao reconhecimento para a prática e formação em Medicina Intensiva, são classificados em três níveis:

A. Reconhecidos e acreditados para a prática de Medicina Intensiva

B. Reconhecidos e acreditados para a prática, treino e formação em Medicina Intensiva para Internos do Internato Complementar;

C. Reconhecidos e acreditados para a prática, treino e formação de Intensivistas.

## 4. Avaliação da idoneidade

### 4.1 - Avaliação da idoneidade para a prática de Medicina Intensiva – S/UCI de nível A

A avaliação da idoneidade para a prática de Medicina Intensiva é feita com base no relatório do responsável da Unidade/Serviço, sem prejuízo de visita presencial sempre que indicado.

## 5. Idoneidade dos S/UCI para a formação em Medicina Intensiva:

5.1 - A verificação da idoneidade para a formação bem como a avaliação da qualidade são pareceres técnicos e atributos, do Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva, ratificados pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos.

5.2 - A avaliação das condições necessárias à classificação dos serviços, faz-se por visita presencial e periódica.

5.3 - Dessa avaliação resulta um relatório com a classificação dos serviços.

5.4 - A idoneidade para a formação em Medicina Intensiva é nominal e requerida, pelos Serviços.

5.5 - O requerimento de candidatura tem de conter:

- Dados referentes à Unidade / Serviço;
- Actividade assistencial;
- Plano de estudos para o período de formação, nos termos definidos nos anexos 2 e 3.

5.6 - A atribuição de idoneidade é válida por cinco anos. A atribuição de idoneidade é requisito neces-

sário para o reconhecimento, pela Ordem dos Médicos, da capacidade formativa em Medicina Intensiva (S/UCI de nível B e C)

### 5.7 - Condições necessárias para a aceitação da:

#### Candidatura para a formação em Medicina Intensiva durante os Internatos Complementares – S/UCI de nível B:

- Ser Unidade/Serviço de Medicina Intensiva / Cuidados Intensivos polivalente;
- Ter no mínimo, três Intensivistas, a desempenhar funções efectivas na UCI;
- Ter no mínimo 6 camas activas;
- Ter pelo menos dois anos de actividade demonstrada pela casuística nos termos do ponto 5.5-b;
- Ter um número mínimo de 150 admissões por ano;
- Ter pelo menos 10% de internamentos de casos médicos, de casos cirúrgicos e de internamentos por situações urgentes;
- Ter um Intensivista nominal e formalmente designado como responsável pela formação em Medicina Intensiva;
- Apresentar um plano de formação discriminado que assegure o cumprimento do disposto no ponto 6.

A capacidade formativa dos S/UCI é definida, caso a caso, no relatório de avaliação elaborado pelo Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos para esse fim específico;

### 5.8 - Condições necessárias para a aceitação da:

#### Candidatura para a formação de Intensivistas – S/UCI de nível C:

- Ser Unidade/Serviço de Medicina Intensiva / Cuidados Intensivos polivalente;
- Ter no mínimo, cinco Intensivistas, a desempenhar funções efectivas na UCI;
- Ter no mínimo 8 camas activas;
- Ter pelo menos três anos de actividade demonstrada pela casuística nos termos do ponto 5.5-b;
- Ter um número mínimo de 200 admissões por ano;
- Ter pelo menos 15% de internamentos de casos médicos, 15% de internamentos de casos cirúrgicos e 15% de internamentos de casos internamentos por situações urgentes / emergentes. O case-mix deve incluir doentes coronários, traumatizados e neurocríticos;
- Ter um corpo docente nominal e formalmente designado para a formação, composto por Intensivistas reconhecidos pela Ordem dos Médicos;
- Apresentar um plano de formação discriminado que assegure o cumprimento do disposto no ponto 7.4;
- Os planos de formação devem incluir, sempre que possível, a participação em projectos de investigação.

## 6. Estágios em Medicina Intensiva para Internos Complementares

Os estágios em Medicina Intensiva (para o Interno em formação) têm três fases distintas:

1. Conhecer e familiarizar-se com as novas metodologias de abordagem dos doentes, com os equipamentos próprios dos cuidados intensivos e com a nova equipa da S/UCI;

2. Familiarização do estagiário com as metodologias, procedimentos e equipamentos do S/UCI, passando a ser capaz de integrar com eficácia e segurança o trabalho da equipa;

3. Adquirir aptidões que lhe permitam autonomia progressiva de atitudes, gestos e procedimentos em conformidade com os critérios da S/UCI.

Os estágios em cuidados intensivos devem ter por objectivo atingir a fase três.

Para atingir estes objectivos o Colégio de Medicina Intensiva recomenda que:

✓ Os estágios em Medicina Intensiva não devem ter lugar antes do terceiro ano da respectiva especialidade e

✓ Os estágios para formação em Medicina Intensiva devem ter uma duração mínima de 4-6 meses.

✓ Os estágios para os quais se propõe duração inferior deverão ser reavaliados com os respectivos Colégios com a intenção de reafirmar objectivos desses estágio

> A avaliação deste período de formação é feita sob a orientação do responsável pela formação (Sub-Especialista em Medicina Intensiva), em conformidade com os critérios do Serviço e ratificada pelo Director de Serviço

> A avaliação e classificação final dos estágios em Medicina Intensiva dos Internos Complementares rege-se pela norma de classificação estipulada no regulamento dos internatos.

## 7. Formação dos Sub-Especialistas em Medicina Intensiva

### 7.1 - Requisito necessário para a candidatura à Sub-Especialidade em Medicina Intensiva:

- a) Possuir a Especialidade de:
- > Medicina Interna ou Especialidade afim, ou
  - > Cirurgia Geral ou Especialidade afim, ou
  - > Anestesiologia

b) Avaliação do Curriculum Vitae, tendo em conta a experiência e actividades previamente desenvolvidas, particularmente em Serviço/Unidades de Cuidados Intensivos.

A formação em Neonatologia e a formação em Medicina Intensiva para Pediatras são objecto de diploma próprio.

### 7.2 - Candidatura à formação de Intensivistas (Sub-

### Especialidade de Medicina Intensiva)

a) O Ministério da Saúde faz publicar anualmente a lista de vagas para a formação em Medicina Intensiva em conformidade com as necessidades nacionais;

b) A Ordem dos Médicos publica anualmente a lista com a capacidade formativa dos S/UCI reconhecidos pelo Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos.

c) Aos candidatos assiste o direito de se candidatarem aos S/UCI que tenham aberto vagas para formação em Medicina Intensiva;

d) A candidatura é feita ao S/UCI pretendido onde o candidato pretende fazer a sua formação;

e) A ordenação de candidatos é feita por cada uma das unidades de nível C, que abriram vagas para a formação de Sub-Especialistas em Medicina Intensiva, em conformidade com os critérios gerais, nos quais se inclui a apreciação de:

✓ Tempo e qualidade de desempenho em Medicina Intensiva (durante o internato complementar);

✓ Classificações obtidas;

✓ Adequação da formação do candidato ao perfil da S/UCI;

✓ Concordância entre os trabalhos/linhas de investigação a que o candidato se dedica e os trabalhos/linhas de investigação a que a S/UCI se dedica.

### 7.3 - Formação de Intensivistas (Sub-Especialistas em de Medicina Intensiva)

> O período de formação tem a duração de 2 anos;

> A formação faz-se em regime de tempo completo (no mínimo 40h/semana) num Serviço de Medicina Intensiva ou Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com idoneidade reconhecida pela Ordem dos Médicos para esse fim;

> Durante o tempo de formação o candidato é sujeito a avaliação contínua;

**7.4 - O Programa de Formação incidirá** sobre o desenvolvimento de competências na área dos cuidados intensivos e abordagem do doente crítico, com a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos. O Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos definiu um programa em conformidade com o documento da European Society of Intensive Care Medicine, The CoBaTrICE Colaboration (Intensive Care Med 2006;32:1371-83), nos termos adiante discriminados:

### Curriculum obrigatório da Sub-Especialidade da Medicina Intensiva

O Curriculum deve compreender um programa de formação teórica, que engloba a aquisição de conhecimentos da fisiopatologia, diagnóstico e tratamento das seguintes matérias, definidas em conformidade com as propostas da

CoBaTrice collaboration promovida pela European Society of Intensive Care Medicine: [www.esicm.org](http://www.esicm.org)

## 7.4 - Avaliação final para a obtenção do título de Sub-Especialista em Medicina Intensiva

Poder-se-ão candidatar às provas de avaliação final, os candidatos que tenham cumprido, os critérios definidos no “Documento orientador da formação em Medicina Intensiva”.

As provas são nacionais e realizam-se nas sedes das Secções Regionais da Ordem dos Médicos.

A avaliação tem três componentes:

**Avaliação curricular:** demonstração (atestada pelo Director do serviço Formador) do cumprimento dos critérios definidos no Documento orientador da formação em Medicina.

A avaliação é da responsabilidade do Colégio de Medicina Intensiva e constitui critério de admissibilidade à avaliação final;

**Avaliação Teórica:** teste de escolha múltipla, para assinalar verdadeira ou falso em cem enunciados, cada um dos quais com cinco questões (num total de 500 questões – duração 150min).

As perguntas incidirão sobre ciências médicas básicas, fisiopatologia, interpretação de exames auxiliares, ética e todos os aspectos da medicina do doente crítico;

O Teste teórico terá lugar uma vez por ano, durante o período de formação específica em Medicina Intensiva, sendo o seu resultado válido por 12 meses;

A aprovação no teste de avaliação teórica é condição “*sine qua non*” para a candidatura à avaliação final

**Avaliação Prática:** Consta da observação, avaliação e discussão com o júri de:

> **Caso clínico major:** que deve ser um caso com vários problemas: pneumonia, asma grave, pós cirurgia, trauma, pancreatite, ..., para o que candidato terá:

- ✓ até 90min para recolha da informação e
- ✓ cerca de 30min para discussão das conclusões com o júri:

> **Casos curtos** que permitem analisar e discutir com o júri, em 10-15min, duas ou três situações pontuais, como p.ex.: sopro cardíaco de novo, interpretação de um Rx de tórax ou TAC abdominal, monitorização e tratamento da pressão intracraniana, provas de morte cerebral.

Haverá anualmente uma época de exame marcada com uma antecedência mínima de seis meses.

1º O Júri é nacional e nomeado pelo Conselho Nacional Executivo sob proposta do Colégio de Medicina Intensiva.

2º O Júri será composto por um Presidente e quatro Vogais efectivos e dois suplentes, incluindo elementos das três Secções Regionais.

3º Os Membros do Júri são membros do Colégio de Medicina Intensiva.

4º As decisões processuais serão tomadas por maioria tendo o Presidente voto qualitativo.

5º As decisões classificativas do Júri são tomadas por escrutínio secreto e delas não haverá recurso.

A classificação final obtém-se expressa na escala de 0 a 20 valores, arredondada às décimas, a partir da fórmula: (Avaliação do Período de Formação + Avaliação Final): 2

## 8. Disposições transitórias

Os critérios de atribuição de equivalências estão regulamentados em documento anexo (Adenda).

## Bibliografia

1. The CoBaTrICE Collaboration Development of core competencies for an international training programme in intensive care medicine. *Intensive Care Med* (2006) 32:1371–1383
2. Minimal requirements for intensive care departments (ESICM Task Force). *Int Care Med* 23: 226-232, 1997
3. Continuous quality improvement in the ICU: general guidelines (ESICM task Force) *Int Care Med* 23: 125-127, 1997
4. Guidelines for a training program in intensive care medicine (ESICM/ESPIC) *Int Care Med* 22: 166-172, 1996
5. Guidelines for the utilization of intensive care units *Int Care Med* 20: 163-164, 1994
6. Intensive care training specialty status in Europe: International comparisons (ESICM Task Force on Educational Issues) *Int Care Med* 24: 372-377, 1998
7. Guidelines for advanced training for physicians in critical care (American College of Critical Care of the Society of Critical Care Medicine) *Crit Care Med* 25: 1601-1607, 1997

Documento orientador da formação em Medicina Intensiva. Aprovado em Lisboa a 14 de Novembro de 2006 pelo Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva e ratificado com alterações pelo Conselho Nacional Executivo em Março de 2007.

Direcção do Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva: António Carneiro, António Pimentel, Cristina Granja, José Andrade Gomes, José Vaz, Pedro Póvoa e Teresa Oliveira

## **ADENDA**

### **ao**

# **Documento orientador da Formação em Medicina Intensiva**

### **Critérios de Idoneidade dos Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos (SCI/UCI) reconhecidos pela Ordem dos Médicos e Critérios de formação e avaliação em Medicina Intensiva reconhecidos pela Ordem dos Médicos**

A Ordem dos Médicos aprovou e fez publicar as recomendações para a formação em Medicina Intensiva em 2003. Contudo, o Ministério da Saúde não elaborou normativo que determine a aplicação dessas recomendações, o que justifica a adopção de critérios provisórios e conjunturais de regularização da actual situação dos Médicos que se ocupam do tratamento de doente em UCI.

A par da definição de uma norma para regularização das situações pendentes o Colégio de Medicina Intensiva, em articulação com o Conselho Nacional Executivo, promove todas as iniciativas ao seu alcance no sentido de promover, com a maior brevidade possível, a publicação pelo Ministério da Saúde de diploma regulamentador da formação em Medicina Intensiva.

Na presente conjuntura o Colégio de Medicina Intensiva propôs ao Conselho Nacional Executivo da OM a aprovação da seguinte estratégia:

#### **Da titulação em Medicina Intensiva pela Ordem dos Médicos**

1. A OM reconheceu a especificidade da Medicina Intensiva em 1999, o que permitiu criar a Sub-Especialidade de Medicina Intensiva;
2. A Medicina Intensiva é uma área médica individualizada, caracterizada por ser inter-disciplinar, integradora e agregadora de conhecimentos e competências partilhados por várias disciplinas médicas com ela relacionadas. Por esse motivo, os Intensivistas organizaram-se em colégio próprio, no seio da Ordem dos Médicos (desde 2002);
3. O modelo de formação em Medicina Intensiva e os critérios de reconhecimento de serviços com capacidade para a formação em Medicina Intensiva foram definidos pelo Colégio de Medicina Intensiva da OM, em 2003;
4. Os serviços que o solicitaram têm vindo a ser avaliados e creditados com base nas normas definidas nesse documento orientador;
5. Contudo, o Ministério da Saúde ainda não regulamentou a formação em Medicina Intensiva em moldes concordes com definidos pela OM, pelo que a formação em Medicina Intensiva persiste heterogénea e sem regulamentação ajustada às recomendações da OM;
6. O regulamenta os Internatos Médicos, recentemente publicado, caracteriza as linhas de orientação para a formação médica pós-graduada no futuro. Esse documento estabelece como conceito estruturante que a definição dos

critérios de acesso, dos currícula, dos modelos de formação, da avaliação e da titulação é delegada na OM. Estabelece igualmente que o reconhecimento da idoneidade para a formação pós-graduada bem como a definição da capacidade formativa dos serviços são da competência da OM.

7. A circunstância de não existir uma norma da responsabilidade do Ministério da Saúde, para a formação em Medicina Intensiva, articulada entre e o Ministério da Saúde e a OM, criou situações diferentes, por vezes de injustiça e outras vezes de conflito.

8. Neste contexto cumpre ao Colégio de Medicina Intensiva regularizar os processos pendentes e definir regras para orientação futura.

## **Equiparação, por consenso ao título em Medicina Intensiva pela Ordem dos Médicos**

**Tidos estes considerandos o Colégio de Medicina Intensiva propõe um plano de normalização e encerramento do período de transição para inscrição no Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos Portuguesa assente em cinco pontos:**

1º. Os Médicos que em 31 de Dezembro de 2006 se encontrem a trabalhar em Unidades de Cuidados Intensivos, reconhecidas pela OM (nos termos explícitos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva) e que comprovem:

- a) Possuir uma Especialidade reconhecida pela Ordem dos Médicos Portuguesa e
- b) Estar a trabalhar em S/UCI de forma continuada, há mais de três anos, em regime de dedicação à UCI em mais de 75% do seu horário normal de trabalho;
- ou
- c) Ser titular do ciclo de estudos especiais em Medicina Intensiva e comprovar, mediante documentação curricular, ter cumprido os requisitos expressos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva

Podem requerer, mediante requerimento e curriculum comprovativo, a sua inscrição no Colégio de Medicina Intensiva da OM, no prazo definido neste regulamento;

d) O critério anterior não se aplica aos médicos que fazem escala ocasional em UCI, ainda que com carácter de regularidade;

2º. A partir de 1 Janeiro de 2007 a inscrição no Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos Portuguesa depende da aprovação no exame de titulação em Medicina Intensiva, nos termos definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa, ao qual se podem candidatar:

- a) Médicos que comprovem ter uma Especialidade reconhecida pela OM, nos termos definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa e
- b) Comprovem ter feito formação com aproveitamento em UCI de nível C ou equiparável, nos termos definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa;

3º Os Intensivista portadores de um título em Medicina Intensiva, reconhecido pela OM, são admissíveis no Colégio de Medicina Intensiva, depois de comprovada pelo Colégio a equivalência.

4º. Os Médicos que à data da aprovação do presente documento estejam a frequentar o Ciclo de Estudos Especiais, nos termos da legislação em vigor, podem requerer a sua admissão ao Colégio de Medicina Intensiva, mediante comprovação curricular, do cumprimento dos requisitos expressos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva.

## Titulação em Medicina Intensiva pela Ordem dos Médicos

5°. A partir de 1 Janeiro de 2007 o reconhecimento, pelo Colégio de Medicina Intensiva da OM, da capacidade formativa em Medicina Intensiva dos serviços, quer ao nível dos estágios em Medicina Intensiva para Internos de Especialidade, quer ao nível da formação de Intensivistas depende da avaliação individual da idoneidade e capacidade formativa de cada um dos Serviços / Unidades, nos termos definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa;

6°. O Colégio de Medicina Intensiva da OM, em articulação com o Conselho Nacional Executivo, promoverá todos os esforços para que:

- a) O Ministério da Saúde regule o regime de formação em Medicina Intensiva em consonância com os critérios definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa;
- b) O modelo de avaliação em Medicina Intensiva seja equiparável ao definido pela ESICM, com a intenção de fazer equivaler o título português ao título europeu em Medicina Intensiva.

Visto e aprovado pelo Colégio de Medicina Intensiva da OM em 14 Novembro de 2006, com as alterações introduzidas pelo Conselho Nacional Executivo em Março de 2007.

A Direcção do Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos:

António H. Carneiro, António Pimentel, Cristina Granja, José Andrade Gomes, José Vaz, Pedro Póvoa e Teresa Oliveira

António H. Carneiro



**Conselho Nacional Executivo**

## ATESTADOS MÉDICOS

O Conselho Nacional Executivo reiterou o seu parecer de que os médicos que trabalham no Serviço Nacional de Saúde só deverão certificar estados de saúde e de doença que surjam na sequência dos actos médicos efectivamente praticados. Não faz parte do conteúdo funcional do médico do Serviço Nacional de Saúde a atestação de actos do foro da responsabilidade individual, enquanto tal, a emissão de atestados que visem assegurar a obtenção de licenças para actividades que se inscrevem no interesse individual e privado do cidadão. É entendimento do Conselho Nacional Executivo que a obtenção de licença de condução, carta de caçador, licença desportiva ou reconhecimento de aptidão física para a sua prática não se inserem no âmbito de solidariedade social e portanto, não constituem uma obrigação para o médico que trabalha no Serviço Nacional de Saúde. Tal entendimento não invalida que, o médico por sua livre opção, o decida fazer.



## I ENCONTRO DE TRABALHO LUSO-ANDALUZ

**Realizou-se de 8 a 10 de Fevereiro o I Encontro de Trabalho Luso-Andaluz que reuniu representantes da Ordem dos Médicos, do Conselho Andaluz de Colégios Médicos e do Colégio Oficial de Médicos de Sevilha. Uma das conclusões desta reunião foi a crescente deslocação de médicos espanhóis, especialmente andaluzes, para Portugal.**

As regiões portuguesas vizinhas da Andaluzia têm acolhido muitos médicos espanhóis que preferem trabalhar no nosso país por considerarem que a visão social desta profissão é mais consentânea com a dignidade da mesma do que em Espanha, concluíram os intervenientes do I Encontro de Trabalho Luso-Andaluz, que se realizou em Sevilha no passado mês de Fevereiro. O êxodo de profissionais provoca alguma apreensão junto do Conselho Andaluz de Colégios Médicos pois se, por um lado, só no Algarve e Alentejo, existem cerca de 400 médicos espanhóis, na sua maioria andaluzes, por outro, a Andaluzia acaba por ter que recorrer aos serviços de médicos de outros países. No Hospital de Faro, por exemplo, existem 29 médicos espanhóis, 28 dos quais são provenientes da Andaluzia. Um total de dois mil médicos espanhóis trabalha actualmente no nosso país sendo que alguns já estão em terras lusas há mais de dez anos.

Além da consideração que a população portuguesa tem pelos médicos – facto comprovado em diversos estudos de opinião de que já demos conta noutras edições da Revista da Ordem dos Médicos – ser mais elevada do que em Espanha, do lado de Portugal os factores determinantes nesta

aceitação dos efectivos espanhóis são a falta de médicos e o reconhecimento de que a formação desses profissionais tem qualidade.

Reconhecendo que o papel da Ordem dos Médicos é mais interventivo do que o das instituições homólogas espanholas, o Conselho Andaluz de Colégios Médicos, através do seu presidente, Carlos González-Vilardell, afirmou que esta instituição já informou a tutela que está disposta e que deseja participar de forma mais activa em

questões como a atribuição do título de especialista ou o poder disciplinar (duas funções que em Portugal estão claramente atribuídas à Ordem dos Médicos mas que não é o que sucede actualmente no país vizinho).

Um dos objectivos desta reunião de trabalho foi precisamente a troca de informações entre as duas organizações sobre os profissionais andaluzes que trabalham em Portugal e as condições em que o fazem (nomeadamente em termos contratuais).



*Carlos González-Vilardell, presidente do Conselho Andaluz de Colégios Médicos*

## «TRABALHAMOS EM EQUIPA, MESMO NÃO TENDO QUALQUER USF»

No dia 13 de Março realizou-se uma visita da Ordem dos Médicos à zona sul do Distrito Médico de Castelo Branco. Pedro Nunes, bastonário da OM, José Manuel Silva, presidente do Conselho Regional do Centro, Maria dos Prazeres, Teresa Lopes e Ana Almeida, também do CRC, bem como representantes do Conselho Distrital, nomeadamente o seu presidente, Ernesto Rocha, e a coordenadora da Administração da Sub-Região de Saúde de Castelo Branco, Ana Maria Correia, visitaram o Hospital Amato Lusitano e os Centros de Saúde de Castelo Branco, Vila Velha de Ródão e Sertã. Esta deslocação, organizada por Ernesto Rocha, culminou com uma reunião aberta a todos os médicos que encheu por completo o auditório da sede do Distrito Médico. As USF foram um tema incontornável nesta visita a uma das poucas regiões onde não foi criada nenhuma.

### **Centro de Saúde de Castelo Branco**

A primeira instituição visitada foi o Centro de Saúde de Castelo Branco onde a coordenadora da Administra-



ção da Sub-Região de Saúde de Castelo Branco, Ana Maria Correia, referindo-se ao facto de este ser o ano dos CS, e à instabilidade e ansiedade típicas das fases de mudança realçou a importância da visita do bastonário da OM, figura que referiu ser «o símbolo não dos médicos, mas do médico nes-

te país». A coordenadora falou em desmotivação perante a falta de condições e de recursos humanos. Apesar disso, trata-se de uma região onde os utentes têm sido englobados nas já extensas listas dos médicos o que significa que não há doentes sem médico de família. Agradecendo o acolhimen-



to de que foi alvo, Pedro Nunes explicou a importância destas deslocações: «É o que nos é dito pelos colegas nestas visitas que nos permite definir o caminho a seguir». Em relação à falta de recursos humanos, e apesar dos sistemáticos alertas da OM, afirmou-se que só dentro de quatro ou cinco anos é que vão sentir-se os efeitos das medidas que finalmente foram tomadas e que visam colmatar a falta de médicos que se verifica um pouco por todo o país.

Ainda sobre a falta de recursos humanos, Ernesto Rocha esclareceu que a abertura da Faculdade de Ciências Médicas tinha tido como objectivo a fixação de jovens na região. No entanto, tal como foi realçado, «não é nessa fase que as pessoas se fixam, mas sim quando fazem a especialidade, casam, etc.» A abertura de vagas e de novas instituições de ensino deixam alguns colegas apreensivos pois poderá ter como consequência a médio prazo «passarmos de falta de médicos para

uma situação de excesso». Sobre as relações CS/hospital, nem sempre fáceis tal como foi referido por Júlio Fernandes, director do CS de Castelo Branco, José Manuel Silva referiu o que considera ser um bom exemplo de como ultrapassar esse tipo de questões: no Hospital Amadora/Sintra está a decorrer uma experiência que implica que cardiologistas se desloquem ao CS. O resultado dessa experiência é que tem diminuído a procura de consultas da especialidade pois os especialistas em MGF sentem-se mais apoiados e através do diálogo com outros especialistas dissipam-se muitas dúvidas. Esta parece ser uma forma consensual

– o diálogo entre especialistas – de estabelecer a ponte entre os dois níveis de cuidados.

Os colegas deste CS referiram a não intenção de criar uma USF. A implementação desse modelo já provocou alguns problemas noutras zonas do



*Ernesto Rocha considera que o Centro Hospitalar pode trazer mais valias ao nível da capacidade formativa*





Pedro Nunes, Ana Maria Correia e Júlio Fernandes (director do CS de Castelo Br.)



José Manuel Silva e Ernesto Rocha na reunião do CS de Castelo Branco



país tendo Pedro Nunes referido especificamente a problemática da mobilidade: «A mobilidade dos especialistas em Medicina Geral e Familiar é mais difícil do que nas especialidades hospitalares pois as listas estão associadas à pessoa do médico». «No CS de Soure, por causa da criação de uma USF, dois colegas foram compulsivamente deslocados para extensões para trocarmos com os médicos que vieram para a USF», acrescentou José Manuel Silva, explicando que tal deslocação é ilegal. «Nunca poderia ser legal sem a concordância do médico e dos doentes. A relação médico/doente não pode ser abalada desta forma. A mobilidade tem limites legais, além de éticos, que devemos defender», concluiu.

Sendo a favor das USF, a coordenadora da Administração da Sub-Região de Saúde de Castelo Branco não deixou de realçar que nesta zona do país não foi criada nenhuma USF provavelmente por subsistirem muitas indefinições legislativas. De referir que Portalegre, Castelo Branco e Guarda são as únicas zonas onde não foram criadas USF.

## Hospital Amato Lusitano

No Hospital Amato Lusitano, onde a visita percorreu os vários serviços, as dificuldades que se sentem são as mesmas que em muitas outras instituições do país e passam pela falta de recursos humanos e desadequação das ins-

talações às solicitações actuais: conforme nos foi explicado a urgência, quando criada há 30 anos, era uma boa estrutura para as necessidades existentes. Hoje em dia não. Na ortopedia algumas portas não têm dimensão suficiente para a passagem de uma maca... Sobre a criação do Centro Hospitalar da Beira Interior (que engloba Guarda, Castelo Branco, Covilhã e Fundão), Ernesto Rocha referiu tratar-se de uma boa oportunidade em áreas como a formação: «Juntos teremos mais facilidade em obter idoneidade formativa». Almerinda Silva, directora do serviço de pediatria do Hospital Amato Lusitano, concorda igualmente com a existência de vantagens na criação do centro hospitalar embora alerte para as especificidades da região que devem ser tidas em conta: «O país não é rico para que se mantenham as três maternidades a funcionar, mas, por uma questão de acessibilidade, defendo que dever-se-ia manter dois dos serviços em funcionamento ou poderemos estar a contribuir para uma ainda mais



Os representantes da OM foram recebidos pela administração do Amato Lusitano



A visita percorreu os vários Serviços do Hospital



# ACTUALIDADE



Almerinda Silva acompanhou a visita ao Serviço de Pediatria



Na visita aos vários serviços do hospital, muitos Colegas aproveitaram a ocasião para trocar impressões com os representantes da OM

acentuada desertificação do interior». «Ao fechar um dos serviços haverá, por um lado, mais recursos humanos para os outros dois, por outro, maior número de partos», acrescentou Teresa Lopes, do CRC.



Armando Diniz, chefe de Serviço de Urologia



## Centro de Saúde de Vila Velha de Ródão

Este CS serve uma população de cerca de 4000 utentes, num concelho muito envelhecido em que o maior problema é os transportes. «Estamos



muito limitados em termos de acessibilidades: a Câmara disponibiliza uma camioneta que vai a uma zona em cada dia e o horário praticado é vir às 9 e regressar às 13 horas. O trabalho nas extensões torna-se muito solitário», explicava uma colega do CS de Vila Velha de Ródão. Para obviar a estes problemas, há extensões em que a consulta tem que ser coordenada com a Junta de Freguesia para que as pessoas tenham transporte. «Trabalhamos em equipa, mesmo não tendo qualquer USF. Em Castelo Branco, com boa vontade, os médicos vão redistribuindo e absorvendo os doentes dos colegas que se reformam, por isso não há um número significativo de utentes sem médico de família», explicaram-nos. Este funcionamento em equipa justifica que, apesar das pressões do Ministério no sentido da criação de Unidades de Saúde Familiar, tal não tenha sucedido em certas zonas do país. A implementação do relógio de ponto foi um dos assuntos que os colegas deste CS quiseram abordar. Pedro Nunes explicou a impossibilidade de



alguém seriamente pensar que a instalação de relógios de ponto teria alguma vantagem nomeadamente porque «se não fossem os médicos, muitos deles com mais de 50 anos, a disponibilizarem-se a trabalhar mais horas do que o seu horário normal, as urgências desapareceriam».

## Centro de Saúde de Sertã

Único centro de saúde do distrito com internamento (16 camas), é igualmente uma das instituições em que se trabalha com menos condições e onde se denota, nomeadamente, uma escolha de materiais de construção desadequada para as variações de temperatura características desta zona do país e de pouca durabilidade. Além dos problemas estruturais, o CS apresenta consultórios e salas de espera de dimensões



exíguas e situações que patenteiam a necessidade clara de construção de um novo centro de saúde pois um investimento em obras nas instalações existentes seria uma opção pouco eficaz. Apesar desta notória falta de condições, a população continua a receber os melhores cuidados de saúde possí-



veis. Tal como nos explicou o director do CS de Sertã, Henrique Rodrigues Brandão, os serviços de telemedicina nesta instituição funcionam (ao contrário do que vemos suceder na mai-



Maria José Pimenta, directora do CS de Vila Velha de Ródão e Ana Almeida



## CS de Sertã: instalações degradadas



senta problemas estruturais graves que passam por infiltrações (algumas junto de instalações eléctricas), fungos, queda de estuque e ainda algumas situações caricatas como a falta de lâmpadas por se fundirem devido a infiltrações constantes, paredes pintadas há menos de 6 meses já completamente pretas e com fungos provocados pela humidade e no chão da cozinha



Apesar de ser uma construção com apenas 15 anos, o CS de Sertã apre-

encontrámos uma... tampa de esgoto!

or parte dos centros de saúde visitados, um pouco por todo o país), em ligação com Coimbra, existindo, nomeadamente, teleconsulta de medicina interna, dermatologia, pediatria, gastroenterologia e psiquiatria. Neste CS está implementada a 'consulta aberta' que é aplicável a todos os ficheiros, numa lógica de intersubstituição (não se trata de uma consulta urgente mas de uma consulta não programada). Tal como pudemos verificar e como foi referido por José Manuel Silva, «as

coisas só continuam a funcionar porque os médicos continuam a fazer por isso, independentemente da falta de condições», afirmação que se aplicava a este CS mas que pode ser facilmente entendida como referindo-se a todo o país.

Com os colegas deste CS foram ainda abordados temas como as carreiras médicas, a falta de recursos humanos (também aqui a população médica já ultrapassou na sua maioria os 50 anos mas continua a assegurar o atendimento nocturno) e problemas de segurança (durante o horário de trabalho, Henrique Rodrigues Brandão já foi agredido e Ana Maria Correia também já teve que chamar a GNR...).

### Reunião na sede distrital

Na reunião que decorreu na sede do Distrito Médico de Castelo Branco, na qual foram aprofundadas algumas das questões já referidas,

José Manuel Silva falou da importância destas 'presidências abertas' e da dificuldade em conseguir visitar todos os locais, «ficarão sempre coisas por fazer por muito tempo que se roube à família». Em seguida referiu-se aos «ataques que



Henrique Rodrigues Brandão, director do CS de Sertã, lamenta a falta de condições



a classe médica tem sofrido nos últimos tempos» e como considera inadmissível que se apregoe o cumprimento de orçamentos para a saúde, «quando nós sabemos que isso está a ser feito à custa dos doentes: neste momento há falta de material básico em todas as instituições... Continua a confundir-se racionalidade com racionamento». Pedro Nunes, por seu lado, realçou que só ouvindo os colegas é possível a OM ter uma opinião. «Porque a Ordem dos Médicos somos todos nós». Referindo-se a um erro de base que por vezes se faz em relação à saúde, Pedro Nunes explicou que «a saúde não é um custo, é um investi-

mento. Se não vejamos: o maior empregador de Castelo Branco é o hospital. Se o fechassem a economia albacastrense pioraria muito. Por outro lado, se as pessoas tiverem saúde trabalham mais e melhor». Sobre o preço da interioridade, Pedro Nunes é peremptório: «Tem que olhar-se para o país como um todo e tratar da ocupação de todo o território, descobrindo boas formas de vida, com meios de subsistência, trabalho, condições de segurança, de salubridade, saúde. O esforço do país nesse sentido tem que começar pelo investimento na saúde. Independentemente de a que profissão nos estejamos a referir, se se ofe-

recerem boas condições de trabalho e remuneratórias, qualquer profissional, médico ou outro, vem para o interior».

Nesta reunião foi igualmente abordada a criação do centro hospitalar. Alguns colegas referiram que será útil se cada um dos hospitais envolvidos se especializar nas suas áreas de excelência e se aí se concentrarem os meios criando uma complementaridade entre as três instituições. Ernesto Rocha realçou que o centro hospitalar poderá ser uma oportunidade para ajudar na fixação de médicos nesta zona, nomeadamente por potencializar a obtenção de idoneidade formativa.

*Reunião no auditório da Sede do Distrito Médico de Castelo Branco*





## PLENÁRIO DOS CONSELHOS REGIONAIS

**O Plenário dos Conselhos Regionais reuniu em sessão ordinária no passado dia 28 de Março, na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa, tendo a mesa sido constituída por Pedro Nunes, Presidente da Ordem dos Médicos, Moreira de Silva, presidente da Secção Regional do Norte, José Manuel Silva, presidente da Secção Regional do Centro e Isabel Caixeiro, presidente da Secção Regional do Sul.**

No Plenário dos Conselhos Regionais do passado dia 28 de Março não foi possível a tomada de decisão em relação aos pontos constantes da ordem de trabalhos, nomeadamente a apreciação do Relatório de Actividades e Contas do Conselho Nacional Executivo referente a 2006, em virtude de não terem estado presentes um número suficiente de representantes dos Conselhos Regionais.

Não obstante, a reunião foi profícua e os representantes dos Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos pre-

sentes neste plenário fizeram uma análise e reflexão conjuntas sobre a actual situação da saúde e as perspectivas para o futuro. Durante esse debate, reflectiu-se, nomeadamente, sobre o papel da Ordem dos Médicos no futuro da saúde, a formação pós-graduada e os seus problemas específicos, a reorganização da rede de serviços de urgência e as alterações que têm vindo a ser implementadas na Rede de Cuidados Primários de Saúde. O encerramento dos Serviços de Atendimento Permanente e a neces-

sidade de adequação das medidas à situação particular de cada região, nomeadamente em termos de acessibilidades, foi outro dos assuntos debatidos durante este Plenário dos Conselhos Regionais.



## Médicos dos centros de saúde algarvios na expectativa com a criação de USF

**“Cautela e caldos de galinha”**

Nos centros de saúde do Algarve só funciona, por enquanto, uma unidade de saúde familiar (USF). Aparentemente, porque os profissionais seguem o velho ditado de que “cautela e caldos de galinha não fazem mal a ninguém”. Esta expectativa generalizada revela as muitas dúvidas que assaltam os médicos de família nesta e noutras regiões do país e que foram o ponto dominante das conversas entre os dirigentes da Ordem dos Médicos e os seus colegas algarvios, numa visita do bastonário da Ordem dos Médicos e da presidente do Conselho Regional do Sul, que decorreu entre os dias 20 e 23 de Março passados e foi acompanhada por outros dirigentes regionais e do Distrito Médico do Algarve

A Unidade de Saúde Familiar Âncora é a única que funciona em todo o Algarve e, na tarde de terça-feira, dia 20 de Março, quando o bastonário da Ordem dos Médicos e a presidente do Conselho Regional do Sul visitaram o Centro de Saúde de Olhão, acompanhados de Martins dos Santos (presidente), Clara Pires, Brasão da Costa e João Palma, dirigentes do Distrito Médico de Faro, era bem visível a diferença de condições de trabalho entre os médicos que a integram e os seus colegas que se mantêm ao serviço no modelo tradicional.

As dúvidas que se levantam quanto à criação de USF foram uma constante nas reuniões que os dirigentes da Ordem tiveram com os seus colegas dos centros de saúde algarvios. E se é verdade que os médicos do CS de Olhão que avançaram com o projecto da USF Âncora se sentem motivados, também o é que, um pouco por todo

o lado, desde Faro a Tavira, de Loulé ou de Lagos a Silves e a Vila Real de Santo António, se sentem as desconfinanças por uma reforma que tem arancado aos soluços.

Foi por Olhão que começou a visita dos dirigentes da Ordem aos centros de saúde algarvios, depois de, na manhã de dia 20, terem visitado o Hospital de Faro (ver próximo número da



*Maria Abel Dias Gago, directora do Centro de Saúde de Olhão, recebeu a delegação da Ordem dos Médicos*



João Luís, um dos médicos da USF Âncora, esclarece Pedro Nunes, Isabel Caixeiro e Manuela Santos sobre a aplicação informática com que trabalha nesta unidade, a única a funcionar em todo o Algarve



A directora do CS de Loulé, Guilhermina Pacheco, lamenta que os médicos de família não sejam informados sobre o que se passa com os doentes que vão ao hospital, dos quais ficam “completamente afastados”

Revista da Ordem dos Médicos). A directora, Maria Abel Dias Gago – que não pertence à unidade de saúde familiar –, guiou a visita e admitiu que “os elementos da USF têm condições ligeiramente melhores”. Na área do centro de saúde que lhes foi atribuída são visíveis os benefícios de obras de remodelação recentes, mas as condições mais vantajosas são igualmente do domínio do apoio informático, com ferramentas de trabalho de que os seus outros colegas não dispõem.

Neste centro de saúde está em marcha mais uma USF, mas a directora prevê que seja necessário instalá-la num outro local. “A próxima USF tem que ser fora daqui, já não há condições para mais”, explicou Maria Abel Dias Gago, que admitiu também ter havido “uns certos atritos no início”, sobretudo por causa de alterações na composição desta primeira unidade de saúde familiar.

O Centro de Saúde de Olhão, mesmo depois da criação da USF, continua a debater-se com falta de médicos e não tem capacidade de resposta para todas as necessidades. A sua directora revela mesmo que, apesar da USF, “mantém-se a média de pessoas que acorrem ao SAP”, um número entre 140 e 160 por dia.

Este CS tem um quadro de 23 médicos ao todo, entre os quais cinco que estão integrados na USF Âncora, e uma

lista de cerca de 60 mil inscritos, distribuídos também pelas extensões de Moncarapacho, Fuzeta e Pechão. Ao todo, serão mais de 8500 os residentes no concelho de Olhão que não têm médico de família atribuído.

## “Doentes de todo o mundo” em Loulé

No Centro de Saúde de Loulé, que a delegação visitou no dia 21 de Março, a situação é diferente – não há USF criada e os médicos defrontam-se com problemas especiais, uma vez que este CS “tem doentes de todo o mundo, principalmente na área da saúde ma-

terno-infantil”, como afirmou a directora, Guilhermina Pacheco.

Este centro de saúde é, de resto, tão especial que o presidente da Câmara, Seruca Emídio, é médico do seu quadro, tal como o presidente da Administração Regional de Saúde do Algarve, Rui Lourenço.

Mesmo assim – e sabendo que o caminho que a ARS aponta é o da criação de USF –, no CS de Loulé não se vislumbra tal possibilidade. Numa reunião entre o bastonário, os dirigentes regionais e distritais da Ordem, a directora e uma dezena de médicos notava-se pouca disposição para avançar com o modelo que, considerou um



Uma dezena de médicos reuniu-se com os dirigentes da Ordem no Centro de Saúde de Loulé

dos médicos, “nunca foi bem esclarecido”. Guilhermina Pacheco disse mesmo que “nas USF não há nada de novo” e um outro médico rematou: “A minha consulta tem uma lista de espera de sete dias, para que é que eu quero uma USF?”.

Mais do que com os seus próprios serviços e de criar dentro do CS um novo modelo, os médicos do Centro de Saúde de Loulé estão preocupados com a relação deficiente com os hospitais, um denominador comum das críticas dos médicos que trabalham em cuidados de saúde primários (CSP).

Por um lado reconhecem que se tenta dar passos no sentido de melhorar essa relação, mas lamentam que não se avance com determinação. E apontam o exemplo do sistema Alert PI, que serve para a referência de doentes por via informática mas não está instalado em todo o centro de saúde. Caso mais exemplar é o da Extensão de Quarteira, onde os médicos não têm a possibilidade de referenciar através deste sistema.

Mas ao centro de saúde falta também *feed-back*, depois de serem referenciados os doentes. A directora do CS de Loulé lamenta que não sejam informados sobre o que se passa a seguir com o utente, de cujo percurso ficam “completamente afastados”.

No fundo, ironizou Guilhermina Pacheco, o sistema “é ótimo porque a lista de espera passa a ser do hospital”.

Sobre o défice de *feed-back*, uma médica presente na reunião desabafou: “Mandamos os doentes para o hospital e não sabemos de mais nada. O hospital é um poço sem fundo, os doentes caem aqui e nem uma carta temos e seria muito útil se fosse possível a urgência mandar um registo do que o doente faz”.

Brasão da Costa, um dos dirigentes do Distrito Médico do Algarve presentes na reunião e que é adjunto da Direcção Clínica do Hospital de Faro, considerou, sobre a relação entre os médicos hospitalares e os de CSP: “Continuamos a ser vítimas de uma organização que nos suplanta”.

O Centro de Saúde de Loulé passará, com a reforma da rede de urgências, a ter um Serviço de Urgência Básica (SUB) – no Algarve haverá mais dois: Albufeira e Vila Real de Sto. António – e os médicos têm algumas expectativas sobre as condições de que passarão a dispor. Segundo a directora, o serviço contará com química seca, que até agora não havia, para além de RX digital, que permite pedir opinião a um especialista hospitalar e já está instalado. Os médicos começaram já a receber forma-

ção em suporte avançado de vida e trauma.

O quadro deste CS conta, já com Guilhermina Pacheco incluída, com 35 médicos e uma população inscrita de mais de 75 mil pessoas, entre as quais cerca de 15 mil não têm médico de família.

## USF avança em Faro

No Centro de Saúde de Faro, uma equipa de que faz também parte a directora já apresentou candidatura a USF e espera agora pelo decorrer do processo. Ana Costa fala da iniciativa com entusiasmo, mas admite: “O que eu sinto é que a legislação está a tardar”. A directora do CS de Faro reconhece também que “as pessoas andam preocupadas” e que “pior do que um sistema a funcionar mal é não se saber que sistema temos”.

Ana Costa falava na reunião entre os médicos do seu centro de saúde e os dirigentes da Ordem, que decorreu no final da manhã de dia 21 de Março. A médica, mesmo na expectativa, vê várias vantagens profissionais e pessoais na sua integração numa USF. “Andei anos a desejar ser paga e avaliada por aquilo que faço”, disse, considerando que está agora numa fase da carreira em que tem “mais sete ou oito anos para poder usufruir do trabalho numa USF”.

Mas um outro médico do CS de Faro deu a USF uma designação diferente da que lhe cabe. Para ele, a sigla significa “unidades sem futuro” porque – crítica – “ninguém sabe o que são e como é que se vai trabalhar”, para além de as considerar “um género de capelinhas”.

Uma outra médica, que aponta défice de clareza a todo o processo, considera que “em termos de legislação as coisas não estão muito correctas”. E levanta uma dúvida geral: “Se isto é assim e é tão bom por que é que não se faz para os centros de saúde todos?”. Segundo esta médica do CS de Faro, a forma como se criam as unidades de saúde familiar não é correcta porque exclui profissionais. “É como se formássemos salas de alunos super

### Bastonário ao lado dos doentes

Um aspecto da relação entre os médicos de centros de saúde e os dos hospitais que foi levantado pela directora, Guilhermina Pacheco, faz eco de uma dificuldade muito comum – a de que “todos os médicos se queixam de quando vão acompanhar o doente às urgências e ele é submetido à triagem de Manchester”. De resto, esta mesma dificuldade viria a ser levantada pelos médicos do Centro de Saúde de Faro.

Em Loulé, o bastonário, que várias vezes já abordou esta questão, considerou-a “totalmente inaceitável” e recordou que “a Ordem já recomendou que não se submetessem a triagem os doentes que vão com o médico e já foram vistos”. Pedro Nunes advertiu que “um doente a quem aconteça alguma coisa numa situação destas e mova um processo contará com o bastonário como testemunha”.

Mais tarde, no CS de Faro, o presidente do Distrito Médico, Martins dos Santos, defendeu que estes problemas se poderiam resolver, já que “muitos especialistas hospitalares não se importariam de ir aos centros de saúde”.



Ana Costa, a directora do Centro de Saúde de Faro (ao centro, na foto da esquerda), que está envolvida numa candidatura a USF, vê várias vantagens profissionais no modelo, mas outros médicos preferem esperar para ver

e outras de alunos que não aprendem”. De resto, esta médica, que torce o nariz ao modelo embora reconheça que “a filosofia” lhe agrada, garante mesmo que “já há muita gente que não está a cumprir o regime” nas suas USF. Um outro médico lançou também algumas reservas e advertiu que “a formação de grupos requer muita reflexão e ir na carruagem da frente pode não ser interessante”, no que foi corroborado por uma colega que admitiu ter “algum receio” enquanto “as coisas não estiverem bem definidas”, uma vez que o simples acto de “interpretar a lei já é difícil”.

A presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos interveio, assinalando que o modelo é o certo, mas criticando os desvios nas informações que são prestadas pelo ministro. Isabel Caixeiro, que é médica de família, considerou: “Este modelo é o da nossa carreira, não há nada de novo, o que o pode levar a morrer é que tem sido vendido com um marketing que não corresponde à verdade, dizendo-se, por exemplo, que substituí os SAP. O meu receio é que misturar isto tudo possa matar uma boa ideia”. O bastonário, por seu turno, acha que as USF irão sendo criadas “à medida que haja médicos novos para colocar nos lugares de onde saem os que vão para as novas unidades”. Segundo Pedro Nunes, que se referiu aos temores de o modelo deixar de fora muitos médicos, “o projecto tem riscos, cria elites e deixa o resto” e sofre

já de vários males no arranque. “O ministro precisava de fazer uma reforma e precisava de apoios, encontrou quem, bem intencionadamente, lhe serviu o sistema que ele queria”, considerou.

### “As USF vão ser obrigatórias?”

Em Lagos, num centro de saúde que tem um quadro de 11 médicos, oito dos profissionais que ali trabalham reuniram-se com os dirigentes da Ordem, logo pela manhã, no dia 22 de Março. Todos eles ávidos de discutir questões que os afectam no dia-a-dia, mas em que avulta a reforma em curso nos cuidados de saúde primários. Um deles faz, de chofre, a pergunta que dá o mote à conversa: “As USF vão ser obrigatórias?”.

A questão fica no ar, sem resposta pos-

sível, e o médico explica melhor a sua preocupação. “O presidente da ARS diz que tem que se caminhar para as USF; se uma pessoa estivesse no princípio da carreira, ainda haveria motivação, mas...”, disse, já depois de o bastonário ter considerado que “o objectivo não será o de fazer uma reforma, mas sim o de poupar dinheiro”.

E uma outra médica do CS de Lagos admitiu que os profissionais desta unidade estão “muito dispersos” e que a criação das USF, para ela, “é ainda uma incógnita”, enquanto um seu colega recordou o défice do número de médicos ao serviço, que são 11 quando o quadro contempla 16.

Um dos médicos invocou a média de idades da maioria dos seus colegas que trabalham nos centros de saúde, e dele próprio, que condiciona as decisões quando se trata de encarar a alteração de modelos de trabalho.



Na reunião que decorreu no Centro de Saúde de Lagos, houve quem admitisse que os médicos estão “muito dispersos”, o que dificulta a possibilidade de criar uma USF

Pedro Nunes concordou que “há questões de natureza financeira por resolver” e questionou também: “Qual é a garantia que as pessoas têm?”. Por outro lado, defendeu que os médicos devem colocar-se sempre de acordo com os princípios da Medicina e advertiu: “O único erro que não podemos cometer é deixar o doente do lado dos administradores”.

## Fim do SAP desviou doentes para a consulta de recurso

Uma médica do Centro de Saúde de Lagos apontou o principal problema que resultou do encerramento do SAP. “Com as USF fecharam o SAP e agora os doentes estão a cair-nos todos na consulta de recurso”, disse. Neste CS parece ser esse o efeito mais visível das medidas ministeriais que visam acabar com os serviços de atendimento permanente. Segundo o bastonário, isso conduz à “falta de condições” e a um tipo de trabalho médico debaixo de pressão que leva “a ver doentes em dois ou três minutos”. Na verdade, referiu Pedro Nunes, “o SAP não é uma urgência, mas funciona como tal na maior parte dos sítios”. A presidente do Conselho Regional do Sul considerou, por sua vez, que a consulta de recurso levanta dificuldades aos médicos, uma vez que apenas o simples acto de conhecer o doente “demora muito tempo”.

## Pré-candidatura em Tavira

O derradeiro dia da visita aos centros de saúde algarvios (23 de Março) começou por Tavira, onde o director do Centro de Saúde começou por dizer que tinha acabado a comissão de serviço “há dois dias”, mantendo agora a situação de gestão corrente. José Ma-



O director do CS de Tavira, José Matos Ferreira (ao centro), dirige um centro de saúde com 6 extensões (Santa Luzia, Cachopo, Santo Estêvão, Luz e Conceição) e dispõe de 14 médicos que respondem também ao SAP

tos Ferreira dirige um centro de saúde com seis extensões (Santa Luzia, Cachopo, Santo Estêvão, Luz e Conceição) e dispõe de 14 médicos que respondem também ao SAP, que funciona entre as nove da manhã e as nove da noite. Na área de cobertura do CS há, segundo os seus dados, 4600 utentes sem médico de família.

O conhecimento que tem do funcionamento do centro de saúde contribui para as dúvidas que o assaltam quando pensa na criação de uma unidade de saúde familiar. “Estamos a tentar criar uma USF, mas, por exemplo, ainda não sabemos como integrar as extensões”, referiu José Matos Ferreira. Para já, os médicos do CS de Tavira sabem que este comporta a cri-

ação de duas USF, mas há apenas um grupo que avançou com a pré-candidatura.

De resto, para além das dúvidas sobre as novas unidades de saúde familiar crescem agora outras, relacionadas com o futuro dos centros de saúde e o propósito de criar unidades locais de cuidados de saúde primários, que aglutinarão vários centros de saúde, alegadamente para efeitos de gestão. No fundo, segundo o bastonário, esta medida terá apenas um resultado: “Passa-se de 18 sub-regiões de saúde para 35 grandes centros de saúde”. Também Isabel Caixeiro apresentou aos médicos de Tavira, na reunião, reservas sobre a criação das novas unidades locais, que considera serem “superentidades para as compras, a logística, os recursos humanos e com um director clínico”.

## Falta de médicos em Vila Real de Santo António

No final da manhã de dia 23 de Março, os dirigentes da Ordem dos Médicos visitaram o Centro de Saúde de Vila Real de Santo António, uma das unidades em que será instalado um serviço de urgência básica (SUB), ao abrigo da reforma da rede de urgências em curso.



O bastonário disse aos médicos do CS de Tavira que a criação de unidades locais de cuidados de saúde primários terá apenas o resultado de se passar “de 18 sub-regiões de saúde para 35 grandes centros de saúde”

A directora do CS explicou que o processo está a avançar e que, inclusivamente, alguns dos médicos já estiveram a receber formação no INEM de Faro. Isa Dantas Almeida referiu contudo que a sua maior preocupação é a falta de médicos, uma vez que são 13 os colegas ao serviço, contabilizadas

também as extensões de Monte Gordo e de Vila Nova da Cacela, mas deveriam ser 16, com a agravante de um deles estar a sair agora para uma missão da AMI.

Apesar das mudanças, a directora do CS garante que vão “continuar a trabalhar exactamente como até aqui”.

Entre as alterações recentes conta-se também a de, no centro de saúde, estar agora instalada uma unidade da Rede de Cuidados Continuados Integrados, que ocupa a zona antes destinada ao internamento. Essa área é, contudo, gerida pela Segurança Social e tem um médico próprio.



*Isa Dantas Almeida (à direita) conversa com Isabel Caixeiro sobre a criação de um SUB no Centro de Saúde de Vila Real de Santo António*



*Dois dos médicos do CS (ao centro) explicam a sua experiência com a acção de formação em trauma e suporte avançado de vida, na delegação de Faro do INEM*

## PROJECTO INTEGRADO DA ALDEIA DO MÉDICO DO CENTRO DO PAÍS

**No âmbito de um inquérito efectuado aos Colegas da Secção Regional do Centro, contra 11 respostas negativas, 690 responderam que consideravam importante a existência de uma Casa do Médico no Centro do país, com uma componente social e residencial que pudesse receber Médicos idosos ou portadores de limitações temporárias ou definitivas. Além disso, 403 contra 275 aceitavam que essa Casa do Médico se localizasse fora do perímetro urbano de Coimbra e 662 contra 31 aceitavam que a sede administrativa da SRC-OM se deslocasse para a periferia da Cidade de Coimbra. A esmagadora maioria dos Colegas votou favoravelmente a possibilidade de venda das actuais instalações da sede e clube Médico.**

Dentro destes princípios, o Conselho Regional da SRC-OM deliberou envenenar por um projecto com as seguintes premissas:

- Prevaler o verde sobre o cimento
- Integrar as componentes administrativa, social, científica e de lazer
- Congregar pontos de interesse e entretenimento para as idades dos zero aos 100 anos
- Ser um espaço permanentemente vivo, dinâmico, desafogado e agradável
- Tornar-se um centro privilegiado de convívio e ocupação de tempos livres dos Médicos, familiares e amigos.
- Ser um projecto de qualidade, com as últimas tecnologias, amigo do ambiente, virado para o futuro e com possibilidade de crescimento modular.
- Incorporar soluções que rentabilizem e ajudem a sustentar as diversas estruturas
- Localizar-se na periferia de Coimbra mas com paisagem sobre a cidade e o

seu ex-libris, a Torre da Universidade A SRC-OM delegou no Colega José Mário Martins a prospecção de locais

que permitissem receber o projecto global da CASA do MÉDICO/ALDEIA do MÉDICO no centro do país. Com





uma dedicação e mestria ímpares, durante aproximadamente dois anos foram exploradas dezenas de possibilidades.

Por fim, seis hipóteses foram levadas ao Conselho Regional e três apresentadas ao CNE, que aprovou o projecto e a escolha final por unanimidade. Devido ao custo excessivo de uma e à orografia menos feliz de outra, a Quinta do Couto e terrenos anexos, com cerca de onze hectares e uma localização privilegiada, foi considerada como a alternativa prioritária em termos de negociações mais concretas. Depois de alguns meses de diálogo foi possível chegar a um acordo e concretizar a aquisição, que contará com o apoio do Fundo de Solidariedade da Ordem.

O terreno da futura Aldeia do Médico localiza-se ao fundo da recta da Adémia, no cruzamento com a estrada que vem do nó de Coimbra norte da A1 (do qual dista apenas 2 Km) em direcção à Geria e Figueira da Foz. É facilmente identificável pela imponente presença de uma chaminé, com cerca de 45 m de altura, de uma antiga cerâmica (ver reportagem fotográfica). Ocupa grande parte da encosta do monte com uma excelente exposição nascente/sul e paisagem a perder de vista. A casa da quinta, em ruínas, será reconstruída, com as devidas adapta-

ções, para sede administrativa da Secção.

Neste espaço pretende-se construir:

- Sede administrativa da SRC (a sede actual irá ser colocada à venda)
- Clube Médico
- Pavilhão de Congressos, tendo a cidade como pano de fundo
- Museu do Médico
- Casa do Médico, de grande conforto, modernidade, dignidade e funcionalidade, preparada para poder crescer modularmente
- Jardim de infância (a ponderar)
- Anfiteatro romano para espectáculos ao ar livre
- Circuitos de passeio e manutenção pedestre e de bicicleta
- Mata mediterrânica
- Miradouro e Recantos aprazíveis
- Piscina, SPA, campos de ténis e espaços para outros desportos
- Diversas estruturas de entretenimento e lazer
- Restaurante panorâmico



- Área para festas privadas e casamentos  
Saliente-se que, pela sua localização, acessibilidade, carácter integrativo, ampla zona verde e qualidade paisagística, a Casa do Médico no Centro oferecerá condições e características que nenhum outro projecto privado do país pode oferecer.

Os espaços da Casa do Médico que em cada momento não estiverem ocupados também poderão funcionar como apoio hoteleiro ao Centro de Congressos, o que constituirá um forma de rentabilização dos mesmos.

A seu tempo o projecto provisório será colocado à disposição de todos os Colegas para que os interessados nos possam transmitir as suas opiniões e ideias, e que podem, e devem, começar a fazer desde já. Todas as ideias serão bem recebidas, para que se minimizem os indesejáveis defeitos.

Pelo Conselho Regional do Centro,  
José Manuel Silva



## CASA DO MÉDICO DE SINES

**Teve já início a fase de (re)construção do projecto da Casa do Médico de Sines. Tendo como prazo previsto para a sua conclusão um ano, o projecto está a cumprir integralmente as etapas iniciais o que significa que em 2008 os médicos poderão usufruir plenamente deste equipamento de apoio.**



O projecto da Casa do Médico de Sines tem uma forte componente social, de apoio aos médicos idosos ou reformados, mas inclui também um restaurante, bar, salas de apoio e esplanadas que além de servirem de estruturas de apoio às reuniões que se realizem nesse espaço, poderão funcionar abertos ao público.

Os médicos que optarem por residir em Sines, na sua reforma, poderão portanto usufruir deste centro de apoio, mediante as condições definidas pela Ordem dos Médicos, que lhes proporcionará apoio domiciliário. O projecto é também neste aspecto

muito inovador: a OM assegurará a prestação de vários serviços (cuidados de saúde, lavandaria, limpezas, preparação de refeições, etc.) sem que os médicos que queiram usufruir dos mesmos fiquem condicionados em termos de opção imobiliária. A OM assegura a prestação dos serviços a qualquer médico que viva no perímetro de Sines.

De realçar que o projecto da Casa do Médico de Sines está enquadrado numa cidade que tem todos os equipamentos/serviços necessários: um Centro Cultural (onde têm lugar diversos espectáculos), o castelo (igualmente com eventos regulares), restaurantes e cafés, comércio, farmácias, piscinas, ginásios, etc. Se associarmos este enquadramento urbanístico ao clima moderado e agradável (nem muito quente no Verão, nem muito frio no Inverno), há proximidade das praias e de excelentes campos de golf, ao desenvolvimento de empreendimentos turísticos de grande qualidade na zona, teremos boas razões para reconhecer



a excelência da localização da Casa do Médico de Sines.

Nas palavras de José Baganha, o arquitecto responsável por este projecto, «por todas estas razões, a escolha da casa da antiga Quinta de S. Rafael, em Sines, afigura-se como uma oportunidade única que a Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos soube, e muito bem, aproveitar e valorizar. Sines, para além do mais, tem uma oferta imobiliária bastante razoável, para todos os gostos que, estamos certos, o desenvolvimento deste projecto poderá vir ainda a aumentar e a requalificar».

Dentro de um ano, o sonho torna-se realidade.



## Reunião da Ordem dos Médicos com a Associação Nacional de Municípios

**Solicitada pela Ordem e com o objectivo de analisar conjuntamente as reformas da saúde em curso, a reunião teve lugar a 4/04/07, no Europarque.**

**Verificou-se uma grande consonância de posições entre as duas organizações, nomeadamente quanto à reforma da rede de urgências e as diferentes velocidades das restantes reformas que deviam acompanhar ou mesmo anteceder a primeira.**

Com grande agrado para a Ordem e traduzindo uma enorme prudência e elevado grau de consciência e conhecimento da problemática global da saúde, a ANM manifestou o seu desacordo quanto à municipalização da saúde, em geral, e da saúde pública, em particular, se bem que pretenda ser parceira na discussão das questões locais do âmbito da saúde.

Esta reunião foi, ainda, uma oportunidade para a Ordem esclarecer algumas afirmações do Ministério da Saúde à ANM e que não correspondiam à realidade dos factos.

A Ordem dos Médicos ficou chocada pelo facto do Ministro da Saúde exibir à ANM recibos de vencimentos de alguns Médicos escalados em SAPs de zonas mais carenciadas, onde são obrigados a fazer maior número de serviços, tentando denegrir a imagem dos Médicos e confundir a excepção com a regra, assim revelando a ordem de prioridades da suas preocupações e intenções.

A particular proficuidade da reunião justificou a vontade de ambas as partes de repetir estes encontros.

A Ordem esteve representada por Pedro Nunes, Bastonário, José Manuel Silva, da SRC, e Lurdes Gândara, da SRN.

A Ordem esteve representada por Pedro Nunes, Bastonário, José Manuel Silva, da SRC, e Lurdes Gândara, da SRN.

A Ordem esteve representada por Pedro Nunes, Bastonário, José Manuel Silva, da SRC, e Lurdes Gândara, da SRN.

### Edições CELOM à venda

#### Ordem dos Médicos: Passado e Presente

A Ordem dos Médicos e o Centro Editor Livreiro da OM lançaram a obra em dois volumes ORDEM DOS MÉDICOS: PASSADO E PRESENTE da autoria de Carlos Vieira Reis, no passado dia 3 de Abril.

#### Contos de Médicos Portugueses

Foi apresentado no passado dia 3 de Abril o livro Contos de Médicos Portugueses, uma edição do Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos elaborada em colaboração com a SOPEAM. Esta antologia de contos, resultante de um passatempo, foi coordenada pelo médico Fonseca Ferreira.

#### Outras edições:

História do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, da autoria de Pedro Abranches, uma edição CELOM com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian.

Até ao final do mês de Junho, estas obras podem ser adquiridas a preços de lançamento, através do Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Para obter mais informações contactar:



10•

#### CELOM – Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos

A/c Maria João Pacheco  
Av. Almirante Reis, nº 242, 2º esq.  
1000 – 057 Lisboa

Telef.: 21 843 77 50

Fax.: 21 843 77 51

E-mail: celom@omcne.pt



40•

## QUANDO COMEÇA A VIDA HUMANA?

António Sarmiento, Professor catedrático da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, Director do Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de São João, Presidente do Colégio de Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos, Presidente da Associação dos Médicos Católicos, foi o primeiro comentador a intervir e começou por salientar a «qualidade das intervenções e a profundidade da reflexão», explicando que a sua intervenção não devia ser tomada como uma conclusão do seminário mas antes «comentários de alguém que assistiu como médico aos dois dias, comentários temperados por opiniões pessoais».

«Todos nós aqui presentes estamos interessados no bem comum, independentemente das nossas posições. (...) Aquilo que nos une é muito mais forte do que o que nos separa: o bem do doente, o construirmos um mundo melhor. É isso que nos faz respeitar as opiniões alheias», um respeito que, conforme referiu, esteve bem patente ao longo de todo o seminário e independentemente das posições que se tenha, António Sarmiento considera que há alguns consensos: «quer se seja conceptualista quer gradualista, ninguém tem dúvidas que a vida é um contínuo. Mesmo além da vida intra-uterina, a evolução continua. Pelo me-



**Realizou-se nos dias 2 e 3 de Fevereiro, no auditório da Ordem dos Médicos, o seminário «Quando Começa a Vida Humana? – O Contributo dos Médicos». Publicamos nesta edição as intervenções dos comentadores convidados pela OM que acompanharam os dois dias de trabalhos, António Sarmiento e Rosalvo Almeida, e a declaração final do presidente da OM, Pedro Nunes.**

nos até aos dois anos de idade mantém-se a evolução morfológica e há ainda muita coisa em desenvolvimento». Não escamoteando que a pergunta colocada através deste seminário se interligava directamente com o referendo, referiu que nenhuma pessoa quer que as mulheres sejam penalizadas pela interrupção voluntária da gravidez (IVG) mas também que «ninguém ficou com dúvidas que a vida humana intra-uterina existe sendo a diferença de opinião dos intervenientes centralizada na definição de quando é que consideram que tal vida começa: uns recorrem à ciência e consideram ser no momento da concepção, outros consideram que a ciência não responde convenientemente à questão de quando começa a vida humana, sendo que eu acredito que é a partir da concepção».

«Uma ideia tenho a certeza que é comum a todos aqui presentes: todos consideramos que o aborto é um mal. Não há ninguém indiferente ou que ache que ‘tanto faz’».

Referindo que as suas afirmações são apenas as do médico que assistiu ao seminário durante dois dias, António Sarmiento deixou algu-

mas das suas reflexões pessoais: «Não tenho dúvidas que o aborto feito em más condições é um risco acrescido para a saúde física da mulher tal como não tenho dúvidas que em melhores circunstâncias esses riscos diminuíam. Mas também não tenho dúvidas de que existem riscos psíquicos para a mulher pelo próprio acto da interrupção da gravidez, independentemente do local onde é praticado».

Em seguida, o comentador referiu algumas passagens de intervenções destes dois dias que considerou de grande relevância: «chamou-me à atenção na apresentação do nosso colega

António Sarmiento



Carlos Plancha a afirmação de que ‘a gestrolação é o dia mais importante das nossas vidas’ – apesar de não saber o que é esse momento, saliento a sua importância na vida e nas nossas; das intervenções de Michel Detilleux e Michael Wilks algo me intranquilizou imenso: a menção de que a interrupção voluntária da gravidez pode ser usada como método contraceptivo. Essa é uma ideia que me causa algum pânico. Gostei muito da definição de moral e de ética de Michel Detilleux e deixou muito claro para mim que a minha posição sobre o aborto não é uma questão religiosa é uma questão moral; Talvez aquilo que mais me marcou e impressionou tenha sido a intervenção de Pereira Coelho – ao qual agradeço profundamente. Foi de uma força e seriedade que fez-me pôr em causa o referendo e pensar se será legítimo estarmos a sujeitar a votações este tipo de coisas, independentemente do resultado. Um referendo dá alguma irreversibilidade às coisas o que me assusta pois como dizia Maria do Céu Machado ‘a verdade é uma mentira à espera de vez’».

Para terminar, António Sarmento deixou as suas próprias conclusões: «as intervenções brilhantes dos colegas Maria do Céu Machado, Carlos Plancha, Daniel Serrão, Vilaça Ramos, Ana Aroso, Miguel Oliveira da Silva, João Paulo Malta, Pereira Coelho, Jorge Sequeiros e Rueff Tavares, reforçaram em mim a convicção de que a vida humana começa com o momento da concepção. Independentemente da posição de quem as apresentou – com elegância e sem impingir nada a ninguém – reforçaram aquilo em que acredito: a vida começa na concepção. O que me levou a pensar que os médicos são chamados a defender os doentes mas que este chamamento é especialmente importante quando a vida é dos menos poderosos, dos mais frágeis. Doentes que não produzem nada e que gastam muito – como os idosos e doentes crónicos. Neste momento vivemos a ameaça da ditadura económica global e esses indivíduos vão correr sérios riscos. Como alguém



já disse: uma civilização mede-se pelo cuidado com que trata dos mais fracos». Outro aspecto que quis salientar como conclusivo foi a referência por Michael Wilks, chairman do sub comité de ética do Comité Permanente dos Médicos Europeus, à evolução do número de abortos em Inglaterra «em 1969 eram praticados cerca de 50.000 abortos, em 2004 180.000», os dados apresentados por Michel Detilleux, professor de medicina interna da Universidade de Paris, ex-chairman do sub comité de ética do CPME, que «referiu que uma em cada 5 gravidezes em França são interrompidas» e os números apresentados por Eva Nilsson Bagenholm, chairman do comité de ética da Associação Médica Mundial e presidente da Associação Médica Sueca, «há 40 a 50 milhões de abortos todos os anos no mundo». Dados que António Sarmento adjectivou como sendo «assustadores».

«Quero terminar de forma optimista, dizendo que, independentemente do resultado do referendo, temos todos aqui uma oportunidade: atacar o problema do aborto pela raiz, lutando por um mundo mais solidário, deixando de exaltar a competitividade como uma virtude. A cultura é sempre um bem, deve ser promovida, tornar o planeamento familiar acessível e gratuito, apoio à maternidade e finalmente: eu não concordo com a legalização do

aborto até às 10 semanas fora do que estava estabelecido na lei porque infelizmente para muitas pessoas um mal quando é legalizado passa de mal a bem, passa a ser correcto e esse é o meu medo...»

Rosalvo Almeida, coordenador dos gabinetes do utente regional da Administração Regional de Saúde da zona norte e especialista em neurologia e neurofisiologia clínica, foi o segundo comentador convidado pela OM. Fazendo questão de salientar que também os seus comentários foram de índole pessoal, sublinhou a interven-



Rosalvo Almeida



ção de Pereira Coelho como a mais impressionante que se pôde ouvir, «embora as conclusões que retira dela não sejam exactamente as mesmas que eu retiro».

Realçando que a questão da IVG e o momento do início da vida humana estão intimamente ligadas, Rosalvo Almeida fez uma citação do filósofo Fernando Gil:

«Opomos habitualmente a crença à racionalidade e a convicção ao saber objectivo. Este obedece a critérios de rigor enquanto que a crença ignora a exigência de prova. E associa-se a convicção ao arbítrio subjectivo e à ideologia. Porém estudos recentes sobre a cognição evidenciam que as crenças humanas entroncam nas crenças animais e estas são em princípio verdadeiras. Como explicar então que as crenças possam ser erradas? Por outro lado, os raros filósofos que se ocuparam da convicção descrevem-na como um saber que se sabe verdadeiro. Como pode então aparentemente enganar-se?»

Dessas palavras o comentador extraiu algumas conclusões, entre as quais, «a de que os filósofos são muito complicados e que nos levantam muitas dúvidas, e por isso não será de estranhar que hoje tenhamos mais dúvidas do que antes. Estou de acordo que a vida é um contínuo, e isso pareceu-me quase unânime nas intervenções feitas. Mas é diferente se falamos de uma vida ou da vida». Considerando que a sua postura sobre estes temas é do tipo gradualista, utilitarista e pragmá-

tica referiu que nenhum posicionamento é mau excepto «quando nos posicionamos de forma fundamentalista. Não quero ser um fundamentalista da minha posição». «Há muitas perspectivas que foram aqui apresentadas: filosófi-

ca, legal, médica, política, social, cultural, e essa é uma verdade insofismável: podemos ver a questão de vários ângulos. Estou convicto, é uma crença que tenho, que o sentido do progresso nos últimos séculos e décadas tem sido positivo. Acredito que hoje estamos melhor do que estávamos antes na maior parte dos aspectos. Acredito que o progresso científico e social traz-nos o bem. Mesmo em relação à reprodução muitas perspectivas, nomeadamente culturais, da civilização, estão em curso positivo», uma visão optimista que precisou: «não há muitos anos a mulher estava constantemente grávida. Felizmente a sociedade mudou e veio a contracepção que modificou positivamente o mundo e é a contracepção é que é responsável pela baixa natalidade não o aborto. Os próprios dilemas profissionais médicos têm tido uma evolução cultural que os tornam diferentes ao longo dos tempos».

Esclarecendo a sua posição, Rosalvo Almeida afirmou: «haverá sempre interrupção voluntária da gravidez, haja ou não criminalização, seja ou não um acto punido pela lei, seja ou não considerado pecado. E eu estou convicto que a legalização traz vantagens e que a ilegalização só tem inconvenientes». Como questões finais, Rosalvo Almeida referiu a sua posição quanto a uma eventual alteração ao Código Deontológico, defendendo que o mesmo devia aproximar-se da fórmula utilizada por países como a França e a Itália: «*praticar aborto é falta deontológica grave quando praticada fora do previsto na*

*lei*», por considerar que «sob pena de estarmos a ofender a consciência ética dos médicos não é possível que um tipo de acto médico seja censurável eticamente ainda que não condenável disciplinarmente». Sobre a objecção de consciência acrescentou que a mesma «não pode ser casuística, pontual ou alternante, devendo ser regulamentada».

«Considero que devemos salientar que este seminário teve uma participação altíssima, um conteúdo foi muito produtivo e que consubstancia uma iniciativa louvável», concluiu.

## **Declaração final, verbal, de Pedro Nunes, bastonário da OM**

«Tenho o ónus de não poder falar em nome pessoal, de não poder apresentar-vos publicamente as minhas convicções. Como todos os portugueses tenho opinião sobre esta matéria, mas a Ordem dos Médicos não tem opinião sobre o referendo que vai decorrer na próxima semana. A Ordem dos Médicos representa todos os médicos, qualquer que seja a opinião dos médicos, e defende os portugueses, qualquer que seja a opinião dos portugueses.

Todos os que foram convidados aceitaram colaborar num debate difícil, num debate que um jornalista que muito prezo, sem querer, desencadeou com um editorial que escreveu há pouco mais de meio ano. Nessa altura eu tinha dito que a ética não permitia aos médicos discutir o que fazer depois da vida, permitia-lhes, sim, discutir quando começava a vida. Esse jornalista por quem tenho muita consideração escreveu no editorial do seu jornal, que leio todos os dias, que isto seria um debate impossível e que a posição da Ordem era hipócrita. Afinal, foi um debate possível e foi um debate da maior elevação, foi dos melhores dias que passei na minha vida a ouvir pessoas de grande valor a quem quero agradecer.

Este seminário, como vos disse, dependeu de um facto incontornável da Ética, que leva os médicos a perguntarem-se quando começa esta vida que têm

obrigação de proteger e que é o valor mais elevado da hierarquia valorativa com que tomam as suas decisões.

A resposta à pergunta, como vimos, é difícil. Aprendemos alguns, que porventura não temos pensado tanto sobre isso, que há diferença entre a vida, a vida humana, o indivíduo, a perspectiva da autonomia, da viabilidade; discutiu-se o desenvolvimento cerebral e houve opções. Houve quem dissesse que sabia e quem dissesse que não sabia saber. Tenho a certeza que uns e outros, cada um individualmente, está convicto de que sabe e age em conformidade com a sua convicção; e agir em conformidade com a sua convicção é uma elevada postura ética que todos os médicos têm, qualquer que seja essa convicção.

É óbvio que a Ordem dos Médicos não tem posição no referendo, mas a Ordem dos Médicos não é neutra e sabe que quando faz um debate desta natureza participa na discussão – apesar de, quando o programou, há mais de meio ano atrás, e acertou a data com a disponibilidade do Michel Detilleux, do Michael Wilks, do Gonzalo Herranz, da Eva Nilsson Bågenholm e de todos os outros, não se saber que o referendo ia ocorrer e que iria ser tão próximo desta data.

No entanto, temos todos consciência, na Ordem dos Médicos, que, tal como Hannah Arendt nos ensinou, a filoso-

fia é da dimensão do pensamento e a política é da dimensão da acção. A Ordem dos Médicos promove o debate filosófico, mas tem responsabilidades políticas, tem responsabilidades na acção. Portanto, não há que escamotear, a Ordem dos Médicos sabe que a sociedade espera de nós todos, médicos, coerência, a sociedade espera de nós convicção e espera que nós cumpramos, rigorosamente, as nossas convicções, a nossa coerência e a ética de que os médicos se arrogam ter perante a sociedade.

Por isso, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos poderá ser mudado porque o Dr. Rosalvo Almeida propõe, poderá ser mudado porque o Conselho Nacional de Ética e Deontologia, no cumprimento do seu trabalho, entende propor a sua mudança. O Código Deontológico da Ordem dos Médicos não será mudado, jamais, por causa do referendo; não será mudado, jamais, porque a sociedade civil ou as leis do país foram alteradas. A ética é do nosso património e o Código Deontológico reflecte essa ética. Se o património do pensamento dos médicos não estiver de acordo com a letra das suas recomendações, o Código Deontológico, naturalmente, será alterado. A Ordem dos Médicos é uma estrutura democrática que se caracteriza por as minorias aceitarem o poder das maiorias. Seguramente que



a proposta hoje feita pelo Dr. Rosalvo Almeida é uma proposta importante e será considerada. O resultado do referendo da próxima semana não será sequer motivo de preocupação.

É seguro também que, no cumprimento da sua ética, os médicos continuarão a defender a vida, desde o seu início, quaisquer que sejam os textos e os compromissos internacionais que derem origem a recomendações de associações internacionais em que nos integramos, mas é óbvio, como já disse, que esse início é também uma questão de convicção individual.

Assisti nesta sala a uma lição de ética médica que eu nunca fui capaz de dar – foi o testemunho do Prof. Pereira Coelho, de ontem – e é pena que não seja possível que todos os alunos da Faculdade de Medicina, que todos os médicos a ela não tenham podido assistir. A ética médica é essencialmente o resultado de um compromisso de fazer o bem numa relação singular, perante cada caso concreto de cada doente concreto e com um médico concreto que toma a decisão.

Eu, que não sou católico, cito uma filósofa católica – Simone Veil – quando disse que há qualquer coisa de sagrado no homem, mas não o homem, não é sequer a pessoa humana, é cada homem concreto que está na nossa frente.»

Pedro Nunes encerrou este seminário



## Objecção de consciência – o direito e os deveres relacionados

**O nosso Código Deontológico, aliás como a Constituição da República e a Associação Médica Mundial (<http://www.wma.net/e/policy/al.htm>), prevê que o Médico possa invocar objecção de consciência para se recusar a praticar um acto que se lhe pede ou que se espere que ele pratique.**

O direito de recusa de assistência necessita, contudo, de regulamentação já que importa prever que nem tudo o que se pode fazer, se deve fazer. Essa é, aliás, uma das dimensões éticas da nossa profissão – o dever é mais importante do que o poder, como o lícito é mais importante que o útil e a pessoa mais importante que a técnica.

O nosso velho Código Deontológico no seu Artigo 30.º (Objecção de consciência) deveria, a meu ver, ter a seguinte redacção: «O Médico tem o direito de recusar a prática de acto da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência, ofendendo os seus princípios morais, religiosos, culturais ou filosóficos, ou quando haja manifesta contradição com este Código», (ver caixa com a actual redacção) já que os Médicos não têm várias consciências.

Por outro lado, o direito enunciado deve ter limites e, por isso, o CD deveria prever um parágrafo que os indique. Por exemplo: «Comete falta deontológica grave o Médico que, de-

clarando-se objector de consciência para um determinado acto, o pratique sem curar de anular a sua situação de objector ou de apresentar clara justificação ética em caso de excepção.»

No entanto, todos sabemos que, para além da objecção de consciência (aquela em que invocamos os nossos princípios), há outras situações em que que-

### Artigos actuais do Código Deontológico sobre a Recusa

#### **ARTIGO 30.º (Objecção de consciência)**

O Médico tem o direito de recusar a prática de acto da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária, ou contradiga o disposto neste Código.

#### **ARTIGO 35.º (Direito de recusa de assistência)**

O Médico pode recusar-se a prestar assistência a um doente, excepto encontrando-se este em perigo iminente de vida, ou não havendo outro Médico de qualificação equivalente a quem o doente possa recorrer.

#### **ARTIGO 36.º (Direito de recusa de acto especializado)**

O Médico Especialista pode recusar qualquer acto ou exame próprio da sua especialidade cuja indicação clínica lhe pareça mal fundamentada.

#### **ARTIGO 37.º (Recusa de continuidade de assistência)**

1. O Médico pode recusar-se a continuar a prestar assistência a um doente, quando se verifiquem cumulativamente os seguintes requisitos:

- a) Não haja prejuízo para o doente, nomeadamente por lhe ser possível assegurar assistência por Médico de qualificação equivalente;
- b) Tenha fornecido os esclarecimentos necessários para a regular continuidade do tratamento;
- c) Tenha advertido o doente ou a família com a devida antecedência.

2. A incurabilidade da doença não justifica o abandono do doente.

#### **ARTIGO 38.º (Dever de Esclarecimento e recusa de tratamento)**

(vide Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina)

1. O Médico deve procurar esclarecer o Doente, a família ou quem legalmente o represente, acerca dos métodos de diagnóstico ou de terapêutica que pretende aplicar.

2. No caso de crianças ou incapazes, o Médico procurará respeitar na medida do possível, as opções do doente, de acordo com a capacidade de discernimento que lhes reconheça, actuando sempre em consciência na defesa dos interesses do doente.

3. Se o doente ou a família, depois de devidamente informados, recusarem os exames ou tratamentos indicados pelo Médico, pode este recusar-se a assisti-la, nos termos do artigo antecedente.

4. Em caso de perigo de vida, a recusa de tratamento imediato que a situação imponha, quando seja possível, só pode ser feita pelo próprio, pessoal, expressa e livremente.

#### **ARTIGO 10.º (Greve de Médicos)**

Em caso de greve de Médicos, e sejam quais forem as circunstâncias, o Médico deve assegurar a continuidade dos cuidados terapêuticos necessários aos seus doentes, bem como a assistência a doentes urgentes e graves.



remos ter o direito de recusar um acto que nos é imposto pelas chefias ou por normas de orientação (guidelines ou protocolos).

Torna-se assim necessário criar um novo artigo denominado “Objecção técnica” que poderia ter o seguinte texto: «A recusa de subordinação a ordens técnicas oriundas de hierarquias institucionais, legal ou contratualmente estabelecidas, ou a normas de orientação adoptadas institucionalmente, só pode ser usada quando o Médico se sentir constrangido a praticar ou deixar de praticar actos médicos contra a sua opinião técnica, devendo justificar-se de forma clara.» O CD actual dedica vários artigos a situações de recusa de assistência. Note-se que o código devia enumerar os deveres pois, neste particular, mais parece uma carta de direitos ao enumerar, de acordo com os artigos 36.º a 38.º (ver caixa), vários casos em que os Médicos podem invocar esse direito.

Ora, a meu ver, esses artigos deveriam ter uma formulação algo diferente e, além disso, englobar o caso da greve que o CD acolhe noutra capítulo. As-

sim, impõe-se que aqueles artigos tenham uma redacção clara e transparente, definindo os deveres dos Médicos quando entendam recusar assistência. A saber:

1. O Médico só pode recusar a assistência ou a continuidade de assistência a um doente desde que desse facto não resulte prejuízo para o doente e desde que haja outro Médico de qualificação equivalente a quem o doente possa recorrer.

2. O Médico que invoque objecção, técnica ou de consciência, para não executar um acto ou opte pela recusa de assistência tem o dever de fornecer todos os esclarecimentos necessários para a continuidade da assistência e de advertir o doente ou a família com a devida antecedência.

3. Quando a recusa de assistência resulte de adesão a greve legal, o Médico deve, sejam quais forem as circunstâncias, assegurar-se da continuidade dos cuidados terapêuticos necessários aos seus doentes, bem como da assistência a doentes urgentes e graves.

4. Quando a recusa de assistência resulte da discordância, por parte do doente, da família ou do representan-



te legal, sobre os exames ou tratamentos indicados pelo Médico, este deve, previamente, assegurar-se de que esgotou todas as formas de esclarecimento acerca dos actos que pretendia promover e de que respeitou, na medida do possível e de acordo com a sua capacidade de discernimento, as opções do doente.

Estas propostas, como outras que mencionamos apresentar sobre outras áreas de Deontologia Médica, são um contributo para um debate que se pretende alargado e resulte num CD em que todos os Médicos se possam rever.

# Carta Aberta aos que se pretendem modernos e mudar princípios fundamentais do Código Deontológico actual

**Contrariamente ao que se diz, os 2 dias de debate na Ordem dos Médicos sobre o começo da Vida Humana, chegaram de facto a conclusões consensuais, em muitos pontos fundamentais:**

- A vida Humana é um todo contínuo;

- Não existe nenhum momento na evolução do Ser Humano, em que haja uma transição definida, de uma fase de desenvolvimento para outra;

- A vida do embrião Humano tem sempre valor intrínseco, mesmo para os que defenderam que ela deva ter uma valoração gradual;

- A fusão dos cromossomas do óvulo com os do espermatozóide dá origem a um Ser da Espécie Humana, diferente e independente do Pai e da Mãe, possuidor de direitos próprios;

- O aborto, legal ou ilegal, é sempre traumático para a mulher;

- A defesa da vida Humana é um dever absoluto da Medicina, consagrado também na Declaração Universal dos Direitos do Homem e na Constituição Portuguesa.

Pretenderam alguns, certamente condicionados por opções pragmáticas e relacionadas com a resposta desejada, face à proximidade do Referendo sobre o aborto, refugiar-se no Big Bang (Carlos Plancha), na viabilidade do feto (Maria do Céu Machado), na gravidez anembrionica (Miguel Oliveira e Silva). Face à fertilização in vitro, ao conhecimento do genoma humano e ao avançar do conhecimento científico sobre os mediadores químicos e a acção das proteínas, não se compreende como se argumenta não saber quando começou a vida (Jorge Sequeiros), de cada um de nós, concretamente, pergunta à qual se pretendia dar resposta. Acidentes que impeçam o zigoto de evoluir (não nidificação, malformação, etc.), tornar-se embrião, feto, criança,

adolescente, adulto até à morte natural, não negam quando começou a vida de cada um de nós, do Ser Humano que cada um é.

Mas aceitar essa realidade, biologicamente indiscutível, “dificulta” certamente aceitar e defender o aborto! Para isso há que socorrer-se de outros argumentos, políticos, sociais, culturais ou religiosos, mas não de argumentos científicos, biológicos. O zigoto humano e os seus genes e proteínas, não são seguramente idênticos às células que dão origem a outros seres animais, mesmo para aqueles que não consigam distinguir umas células das outras...

Que existem problemas que são extremamente complexos e muitas vezes dramáticos, é facto incontroverso. Dilemas põem-se com frequência à consciência do Médico: mas negar os princípios, será seguramente ainda mais dramático e socialmente mais grave.

Uma coisa será procurar compreender um erro humano, resultante de situações extremas (Pereira Coelho), outra será tornar legítimo e aparentemente correcto aquilo que nunca o pode ser: o atentado intencional a uma vida humana (se exceptuarmos o denominado “estado de necessidade”, em que se encontram em confronto duas vidas). Um professor de Bioética “atreve-se a dizer que a maioria dos Médicos Portugueses está contra a norma Deontológica. Vê isso nas aulas. E os mais novos são os Médicos de amanhã” (Rui Nunes). Com que base generaliza aos já licenciados a sua experiência com os alunos? E qual será então a sua opção e missão como Professor?

Antes e após o Referendo, dizem al-

guns que o Código Ético dos Médicos tem de “evoluir” e coincidir com a Lei (Rosalvo de Almeida, Rui Nunes). A esses deixo algumas perguntas:

Se vissemos nos EUA, no início do Século XIX, aceitariam a escravatura?

Aceitam que, agora, os EUA permitam a tortura para obter informações?

Concordam que a URSS tenha usado a Psiquiatria para controlar dissidentes políticos?

Concordam com a experimentação no Ser Humano, tal como foi feita no tempo do Nazismo?

Concordam que seja o Médico a aplicar a injeção letal da pena de morte, como se pretendeu nos EUA?

Concordam que seja o médico a amputar a mão aos ladrões, como pretendem certos países islâmicos em que essa punição existe?

E muitas mais perguntas seriam possíveis, para demonstrar que, embora e em princípio, a Ética Médica se deva adaptar aos novos valores sociais, às novas leis e à evolução dos conhecimentos científicos, nem sempre será legítimo alterar as regras éticas para que coincidam com a lei!

E por isso o Código Deontológico da Ordem dos Médicos deverá manter como violação da Ética, quer o aborto quer a eutanásia, tal como ali estão definidos. Não se trata aqui de “simples questão de convicções”. Trata-se de dados científicos objectivos, e de princípios e valores civilizacionais básicos e entre os quais tem prioridade o direito à vida.

António Gentil Martins  
Cirurgião Pediátrico e Plástico  
Ex-Presidente da OM  
e da Associação Médica Mundial

## PSIQUIATRIA COMPUTACIONAL

**Há muitos obstáculos naturais a relações humanas saudáveis. Na actualidade, adicionam-se aos bloqueios tradicionais, psicológicos, sociais e culturais, os que resultam de novas tecnologias utilizadas indevidamente e novos costumes em que se vira literalmente as costas às pessoas.**



As práticas assistenciais em psiquiatria e saúde mental têm como centro o ser humano, cujas dificuldades e sofrimento são o resultado de doenças que complicam o seu viver consigo próprios e com a sociedade. A relação humana, compreensiva, tolerante, generosa, alicerçada em conhecimentos de psicologia e de psicopatologia é o fundamento da acção terapêutica, mais do que sofisticadas tecnologias, como noutras especialidades médicas.

A relação entre médico (enfermeiro ou outro técnico de saúde mental) e doente é em psiquiatria, e não apenas nas psicoterapias, um aspecto essencial da intervenção terapêutica, mesmo em doenças cujo tratamento tem como base determinante o uso apropriado de medicamentos psicofarmacológicos. Será possível um diagnóstico

psiquiátrico que não seja um simples rótulo apressado sem uma relação aprofundada com a pessoa do doente? Para a ideologia dominante actual, baseada em números e quantidades, que preço tem a relação humana enquanto meio terapêutico? Se a relação que se tece é destruída muito rapidamente pela interrupção abrupta de um contrato? A psiquiatria e a saúde mental, seja praticada em que instituição for, deve respeitar de facto (não apenas de direito, como acontece na oratória banalizada) a pessoa do doente, a relação humana que laboriosamente se criou com o técnico de saúde mental. Mas não! Vivemos no regime do sobressalto permanente, da mudança experimentalista constante, como num jogo maquinal. Para que serve a relação humana? Uma peça substitui outra, um qualquer técnico é igual a qualquer outro, amovível, faça bom ou mau trabalho, despacha-se segundo cânones de precarização sistemática, de instabilidade perpétua. Em psiquiatria, em saúde mental, aqui temos a antítese do que deve ser. A anomia como regra, em que o ser humano é subconscientemente identificado com uma máquina que se substitui com a maior facilidade, depois de chegar uma inovação que torna o modelo anterior obsoleto, nesta sociedade de consumo estéril de objectos e de mercantilização de pessoas. O nosso capital essencial é o capital

humano: não há reforma nenhuma que não comece por aí, pela formação, motivação e elevação do nível dos técnicos de saúde mental dos serviços públicos e de interesse social. O que sobra, sem isso, são exercícios de estilo. Vivemos no reino da quantidade. Só contam números, tempos, cálculos, estatísticas, cuja interpretação é feita ao sabor de conveniências tácticas, ou para demonstrar a doutrina de um iluminado, ou para mostrar lá fora um bom comportamento financeiro, uma produtividade optimal, ou outra coisa do género. Que significado tem para esta promoção do reino da quantidade, a relação humana cujo cerne é uma qualidade? A qualidade é desvalorizada sistematicamente porque não é nada fácil quantificar o seu valor real. Em última instância, traduzindo por miúdos, esta obsessão doentia pela quantidade, é o economicismo generalizado a todas as práticas, mesmo as mais renitentes à metrificacção do padrão monetário.

Reduzir os tempos de internamento até ao limite competitivo do possível: por redução ao absurdo, seria levar o seu tempo ao zero. Isto é, não hospitalizar o paciente, na dúvida não internar, mesmo que daí resulto o suicídio evitável. Ou só internar os que fazem desacatos, os agressivos, numa medida "correcional" com o beneplácito jurídico da lei dita de saúde mental. Nesta gestão inovadora da questão, as melhores estatísticas de psiquiatria e saúde mental são as praticadas nos países do quarto mundo de pobreza, sem instituições psiquiátricas, hospitalares ou outras. Como seria a aplicação de um inquérito da OMS nesse contexto de rarefacção institucional, como nas República da Guiné-Bissau, de Angola e de Moçambique?

A obsessividade calculista tem a sua expressão no estilo burocrático-administrativo que faz lei nos tempos que correm. Tudo mexe por ordem de cima, e quem não segue o algoritmo tácito, fica de fora, porque não se ajusta aos novos tempos da carreira controlada. Este centralismo eivado de forte autoridade tecnocrática, moderníssimo

nas suas intenções, é para obedecer. Uns estudiosos de números e de inquéritos encomendados ficam a analisar a produção. Depois se fará com toda a lógica a reforma e a reorganização. Será para baixar a produção? Para poupar na fazenda? Ou para elevar a produção a um nível de alta qualidade, nunca antes vista? Não há lugar a qualquer modelo de retro-acção (feed-back): sim, é assim! O “não” é

desqualificado por definição. Depois se verá, a posteriori. Após as boas acções teremos a recompensa merecida.

Entre as grandes inovações técnicas está o sofisticado registo de informação computadorizada. Se um analfabeto literário escrever uma frase idiota, ou um gráfico acéfalo, através de um computador de último modelo, eis a grande genialidade dos tempos actuais. Uma ideia brilhante “manuscrita” não

passará de uma imbecilidade manual. Será de espantar o comentário do doente que diz, frustrado até mais não: “o médico não olha para mim, está sempre a olhar para o computador, nem virou os olhos para mim...”

Sinal dos tempos, o Sr. Computador merece mais atenção que a pessoa, utente, doente, cidadão, beneficiário, que, por uma questão de confidencialidade, fica aqui sem nome próprio.

---

## MÉDICOS E DOENTES, DOENTES E MÉDICOS. QUE RELAÇÕES?

**A medicina é uma arte baseada na ciência, às vezes também uma artesanaria e uma técnica...**

Fala-se muito hoje em humanização na Medicina. Porquê?

A Medicina, que sempre foi, e é ainda, uma arte, embora cada vez mais baseada na ciência, sempre se pautou por uma relação individual médico-doente baseada em valores tradicionais de respeito, confiança, honestidade, amor humano. Todavia, esses valores tradicionais estão em crise e será bom reflectir sobre essa crise, as suas razões e possíveis formas de a ultrapassar, através de uma mudança e evolução harmoniosas.

Há séculos vivia-se em ditadura religiosa e dos costumes, também em ditadura política, que foi evoluindo, nas sociedades ditas civilizadas, para modelos de democracia política e social, e de separação entre o religioso e o laico, entre o conceito e o preconceito, com o assumir de valores como os direitos e garantias básicas, os deveres, a cidadania, a liberdade e a verdade como bens absolutos. Mas se é francamente positiva esta evolução, também acontece que, na história recente, muitos destes valores e de outros mais tradicionais são postos em causa por uma ditadura económico-financeira, sob uma capa de democracia política e social, numa sociedade cada vez mais global e tecnológica, mas em que se convive com a ausência ou até a inversão de certos valores humanos, a competitividade sem regras, a desconfiança entre parceiros, o egoísmo, o hedonismo, o consumismo...

Estamos numa sociedade tecnológica,

muito longe, e no entanto tão perto, das sociedades agrícolas e industriais dos nossos pais e avós. A comunicação, a informatização e a robotização revolucionaram o mundo, a tecnologia destronou a técnica e a artesanaria. Vivemos numa sociedade consumista, sob as ditaduras do dinheiro e da tecnologia, em que o humanismo e as humanidades, não tendo desaparecido, estão nas "prateleiras baixas". Vivemos numa sociedade em mudança e evolução ultra-rápida, que a nossa capacidade evolutiva humana não consegue acompanhar...

Por isso se fala tanto em humanizar, no atendimento público, na prática da Medicina, em muitos outros sectores. Acresce que a prática da Medicina sempre foi de natureza fundamentalmente humanista, com base, é certo, e crescente importância, da ciência e da técnica, sobretudo nas sociedades ocidentais. Os doentes falavam com os seus médicos, expunham-se, abriam-se, tinham fé, e os médicos, tantas vezes apontados, e com alguma razão, como deuses e/ou demónios, olhavam e ouviam os seus doentes, tocavam-nos, palpavam-nos, afagavam-nos, por vezes até lhe provavam as urinas. E, tratando-os como podiam, consolavam-nos e davam-lhes confiança. Com as tecnologias, a primeira das quais o estetoscópio, começa o afastamento físico e posteriormente o afastamento intelectual e afectivo, o afastamento humanístico. Hoje os doentes não são doentes, são pacientes, utentes ou clientes (cada uma das palavras deve-



**Manuel Mendes Silva**

Chefe de Serviço Hospitalar de Urologia do Hospital Militar Principal de Lisboa; Presidente de Assembleia Geral da Associação Portuguesa de Urologia; Ex-Presidente de Associação Portuguesa de Urologia e do Colégio de Urologia da OM

ria ter o seu sentido) e os médicos não os ouvem, mal lhes falam, quase não lhes põem a vista em cima e muito menos os tocam, os palpam, os afagam; pedem-lhes e fazem-lhes exames, por vezes com pouco senso prático, para uma medicina defensiva de "boas práticas" teóricas. É também uma relação tecnológica, com a máquina, com o número da evidência científica, que pode ser eficiente, mas que é fria e deixa um vazio. É também uma forma de prepotência e ditadura, encapotada com avanços, progressos, evolução. Muitos dos médicos que já estiveram "do outro lado" isto é, que já foram doentes, já viveram essa frialdade, esse vazio, quando não esse despotismo, mas todos deverão sentir esse outro lado, deverão ter também a capacidade de imaginar o que sentiriam se estivessem desse outro lado, para evitar certas situações e para compreender certas reacções.

Com Descartes, no Séc. XVII, e o seu célebre "penso, logo existo", surgiu uma filosofia de separação da mente e do corpo, com o conceito do corpo

como uma máquina composta por vários aparelhos e órgãos (respiratório, circulatório, digestivo, etc., coração, pulmões, fígado, rins, etc.), sendo a doença uma entidade nosológica com uma etiologia, patologia, sintomatologia, etc., havendo uma alteração estrutural e/ou funcional dos mecanismos biológicos em órgãos ou aparelhos. Este é um modelo reducionista, porque reduz a problemática do ser humano doente à doença e disfunção de um aparelho, parte de um todo. Esta visão reducionista da Medicina impede que se veja o ser humano integral, como uma pessoa que, para além do seu corpo, tem espírito (psique), e não vive só, mas integrado num grupo social e num meio ecológico. A saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença, definiu a OMS nos anos 50 do Séc. XX. É a visão holística da Saúde e da Medicina, em permanente mudança e evolução, e em que para além da Medicina Curativa tradicional (ambulatória, domiciliária, hospitalar), existem também a Medicina Preventiva e Saúde Pública, a Medicina de Reabilitação e a Medicina Paliativa.

Neste sentido o Médico deve ver como um todo o seu Doente (que às vezes pode ser utente dum Sistema de Saúde público ou privado, e por vezes cliente numa relação também comercial), e, se é especialista, articular

com os seus colegas, nomeadamente os Médicos de Família, informações e atitudes, mantendo diálogo e colaboração. Quando assume o papel de técnico especializado e sofisticado maior deve ser esse cuidado, integrado numa equipe mas não esquecendo que tem na sua presença uma pessoa, globalmente uma pessoa humana, física, mental, social, ecológica, e não apenas um organismo que está mal, ou a funcionar mal. E o Doente deve ver o seu Médico como um Homem dotado de saber e arte para o ajudar num momento difícil, para minorar a sua fragilidade, com competência mas também com disponibilidade, compreensão, honestidade e amor. Tudo o que desvirtue este tipo de relacionamento, quer da parte do médico, quer da parte do doente, não pode ser alimentado. A desconfiança, o engano, até o ódio, de parte a parte, têm de ser combatidos. O desinteresse, a falta de empatia e de diálogo, a não compreensão da globalidade da pessoa, não podem ser estimulados. Mesmo quando a competência tecnológica é um valor primordial. Por isso, não há que ser retrógrado, defendendo valores do passado, mas também não se pode ser utópico, defendendo valores que, embora parecendo avançados e de modernidade, no fundo não estão no nosso âmago de Seres Humanos, complexos e completos. Há que defender a eficiência e

a competência, com liberdade e independência, mas num contexto humanizado, com bom senso e sentido das realidades, com confiança (reinvente-se a confiança...), honestidade (que seja a ética de todos nós...), e respeito (aprofundemo-lo, em relação a nós próprios, em relação aos outros, em relação aos objectos e às ideias...).

Por isso, há que, realmente, humanizar a Medicina, há que humanizar as relações de médicos com doentes, mas também de doentes com médicos, para uma sociedade mais feliz, com Homens como seres completos integrados e realizados. E, da parte dos médicos, há que haver disponibilidade para ouvir os doentes, há que fazer uma história clínica, o exame objectivo não pode ser “posto na prateleira” porque os exames complementares o substituem. A observação faz cruzar olhares, a palpação é uma forma de tocar e até de afagar, aproximando seres. As explicações médicas simples e sensatas, acompanhadas de um sorriso e de um conselho e opinião, e não a apresentação da simples “ementa” das possíveis atitudes baseadas na evidência científica e “agora escolha”, a compreensão e a disponibilidade para ajudar, aproximam, dão confiança mútua e promovem o estabelecimento da empatia entre dois Seres que afinal dependem um do outro: o Doente e o Médico.

## NOVOS HORIZONTES NA CULTURA DE CÉLULAS E TECIDOS

Vai realizar-se entre os dias 16 e 20 de Maio o 1st ICM – International Consensus Meeting – New Horizons in Cell and Tissue Banking, evento que terá lugar em Portugal. João Salgueiro, chefe de serviço de ortopedia, responsável nacional pela organização deste congresso, em entrevista à ROM, falou-nos da cultura de condrócitos, da evolução da arte nesta área, da esperança que representa para o tratamento de doenças como a osteoartrose e da acessibilidade a esse tipo de abordagem em Portugal.

**Revista da Ordem dos Médicos**  
- *A osteoartrose, a mais comum das doenças reumáticas, não tinha até há pouco tempo qualquer tratamento verdadeiramente eficaz. Que novas perspectivas há para a cura desta doença?*

**João Salgueiro** - A osteoartrose constitui um flagelo em termos de morbilidade, nos nossos dias. M. Assunção Teixeira, ilustre pioneiro da reumatologia portuguesa, comparava-a à peste. Nos E.U.A. afecta pelo menos 70 milhões de americanos, representando os custos do tratamento cerca de 1,5 % do PIB norte-americano. Infelizmente, não podemos, por enquanto, falar em cura da artrose, mas sim de tratamentos e fundamentalmente de prevenção. Os tratamentos médicos e cirúrgicos ficam habitualmente aquém das nossas expectativas, sendo frequente o recurso à substituição protésica.

A prevenção quer primária quer secundária da artrose constitui um imperativo nos nossos dias. A prevenção dos acidentes, desportivos, de trabalho ou rodoviários, a correcção de defeitos de alinhamento, principalmente dos membros inferiores, é funda-

mental. No entanto, verifica-se um aumento da frequência das lesões traumáticas das articulações, principalmente do joelho e tornozelo, traduzidas por lesões focais da cartilagem. Ocorrendo em idades jovens, a evolução será para a osteoartrose e incapacidade precoces.

Entre as várias tentativas de tratamento da lesão cartilaginosa, a cultura de condrócitos autólogos para transplante merece especial destaque.

**ROM** - *Em que consiste e como se processa a cultura autóloga de condrócitos e a sua posterior implantação?*

**JS** - É um processo complexo e moroso de fazer crescer células sãs do paciente, que são retiradas em número reduzido e expandidas. Consiste resumidamente em 6 fases: diagnóstico artroscópico da lesão, colheita artroscópica para obtenção de pequena porção de cartilagem *sã* para cultura *in vitro*, transporte em meio adequado para o laboratório, processamento enzimático com colagenase a fim de individualizar as células que são colocadas em meio de cultura e expandidas em estufa de CO<sub>2</sub>; após adequada



densidade celular que demora cerca de um mês, processam-se as células até se obter um tapete celular numa matriz sólida (cola de fibrina). O fragmento é finalmente transplantado, consistindo este processo em retirar a cartilagem lesada, medir o defeito e cortar o fragmento do enxerto à medida daquele, introduzindo-o e fixando-o com cola de colagénio.

**ROM** - *Quando foi desenvolvida a cultura de condrócitos e que evolução tem sofrido esta técnica?*

**JS** - Apesar de só recentemente ter sido introduzido em Portugal, o transplante da cultura autóloga de condrócitos foi iniciado na Suécia, em 1987, com os primeiros resultados da avaliação clínica publicados em 1994. Consiste esta técnica na cultura autóloga de condrócitos que são transportados em suspensão, em meio líquido; a le-

são da cartilagem é removida e coberta por fragmento de periósseo retirado da tibia e suturado à cartilagem circundante, são. É nesta cavidade que são injectados os condrócitos.

A morbilidade significativa verificada com esta técnica justificou modificações, tendo-se evoluído no sentido de se encontrar um excelente transportador sólido tridimensional.

Jiri Adler utiliza um suporte de cola de fibrina como transportador dos condrócitos, tendo documentado boa viabilidade, capacidade de migração e crescimento destas células, as quais dão origem a cartilagem hialina (colagénio tipo II).

Embora o recuo seja menor, quando comparado com a técnica inicial, a morbilidade encontrada é muito pequena, sendo esta última técnica de mais fácil execução.

**ROM** - *Quais os pressupostos para se poder ser alvo de transplante de cartilagem?*

**JS** - A evolução será para indicações cada vez mais alargadas. Ainda se considera como limite a idade de 50 anos, não existência de doenças infamatórias crónicas sistémicas ou defeitos associados, que não possam ser corrigidos antes ou concomitantemente, e a lesão ter diâmetro superior a 1,3 cm, sendo o limite do tratamento de duas lesões por articulação.

**ROM** - *Como é possível ter acesso a este tratamento em Portugal?*

**JS** - Em Junho de 2006 foi efectuada a primeira cultura de condrócitos autólogos para transplante em Portugal. É com muita satisfação que lidero

este projecto por duas razões principais: ser possível fazer o tratamento das lesões focais da cartilagem articular, com esta técnica, prevenindo-se a artrose; permitir uma maior acessibilidade a este tipo de tratamento pelos custos menos elevados, se comparados com as culturas feitas no estrangeiro, a um maior número de doentes, obedecendo a protocolos a sua utilização.

**ROM** - *Que relevância atribui a um encontro como o 1st ICM – International Consensus Meeting – New Horizons In Cell And Tissue Banking?*

**JS** - Quero acreditar que possa ser muito importante para a comunidade científica nacional. O objectivo deste Congresso é a apresentação do estado da arte neste domínio, por parte de investigadores, médicos e outros especialistas, através de relatos de experiências concretas de reprodução de células e de tecidos, da constituição dos respectivos bancos e das condições de aplicação clínica.

Os progressos que têm vindo a registar-se na investigação científica, no âmbito da reprodução de células e reconstituição de tecidos, suscitam, naturalmente, problemas jurídicos, deontológicos e éticos complexos.

A comunidade científica tem consciência clara de que é necessária uma forte cooperação internacional, que permita estabelecer regras consensuais sobre a aplicação generalizada e segura dos novos conhecimentos nesta matéria.

O elevado nível dos palestrantes internacionais, considerados dos melhores a nível mundial, desde os EUA até aos países asiáticos, faz prever, em con-

junto com os investigadores nacionais, que este seja um Congresso de elevado gabarito.

Orgulho-me das Comissões de Honra e Científica que avalizam este evento e da adesão que se está a registar.

**ROM** - *Quais serão os principais temas abordados?*

**JS** - Os principais temas serão:

- aspectos legais e regulamentação
- ética médica
- células estaminais e cultura de tecidos
- preservação de células germinativas e embriões animais
- cultura de células humanas para o tratamento de doenças
- recolha de tecido humano, processamento, controlo de qualidade e armazenamento

**ROM** - *Que questões éticas e aspectos legais podem colocar-se em relação ao transplante da cultura autóloga de condrócitos?*

**JS** - O transplante da cultura autóloga de condrócitos e osteócitos não levanta questões éticas, para além do consentimento informado por parte dos doentes, devendo o laboratório estar devidamente certificado.

Convém referir que será publicado em breve o Decreto-Lei que transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva 2004/23/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa ao estabelecimento de normas de qualidade e segurança em relação à dádava, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, e distribuição de tecidos e células de origem humana.



# AGENDA

**Evento:** 4º CURSO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NO RECÉM NASCIDO – VENTILAÇÃO SINCRONIZADA COM SUPORTE E VOLUME GARANTIDO

**Local:** Hospital De D. Estefânia – Lisboa

**Data:** 12 E 13 De Abril

**Contacto:** Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais Do Hospital D. Estefânia

**Email:** ucin@hdestefania.min-saude.pt

**Evento:** 10ªs JORNADAS DE DOENÇAS INFECCIOSAS EM MEDICINA FAMILIAR

**Local:** LISBOA

**Data:** 12 E 13 DE ABRIL

**Contacto:** DEPARTAMENTO MÉDICO DE CONGRESSOS; TEL: 21 358 43 80

**EMAIL:** dmcongressos@mail.telepac.pt

**Evento:** CONGRESSO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA E PARENTÉRICA (APNEP)

**Local:** PORTO

**Data:** 16 A 18 DE ABRIL

**Contacto:** APNEP - APARTADO 4408 - 4007-001 PORTO

**Evento:** 1º CURSO PÓS GRADUADO: OBESIDADE, DIABETES & C<sup>a</sup>

**Local:** AUDITÓRIO ALMADA NEGREIROS - LISBOA

**Data:** 16 A 18 DE ABRIL

**Contacto:** NEDO; TEL: 21 381 23 50; FAX: 21 381 23 58

**EMAIL:** nedo.saude@gmail.com

**Evento:** 4TH INTERNATIONAL ADVANCED ICAS TRAINING COURSE ON BLOOD STEM CELL TRANSPLANTATION: STATE OF THE ARTS. METHODS, PERSPECTIVES

**Local:** ULM – ALEMANHA

**Data:** 16 A 19 DE ABRIL

**Contacto:** AMGEN; TEL: 21 – 422 05 50; FAX: 21 – 422 05 55

**Evento:** CURSO INTERNACIONAL PÓS-GRADUADO DE RADIOLOGIA DO SISTEMA DO MÚSCULO – ESQUELÉTICO E DE INTERVENÇÃO

**Local:** ESCOLA SUPERIOR DE TÉCNICAS DE SAÚDE - LISBOA

**Data:** 18 A 21 ABRIL

**Contacto:** SERVIÇO UNIVERSITÁRIO DE RADIOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS; TEL: 21 – 756 89 53 / 21 – 754 81 03; FAX: 21 – 75689 54

**E-MAIL:** joaopisco.rad@fcm.unl.pt

**Evento:** I JORNADAS DE UROLOGIA DA BEIRA INTERIOR PARA MEDICINA FAMILIAR

**Local:** GUARDA

**Data:** 19 E 20 DE ABRIL

**Contacto:** DEPARTAMENTO MÉDICO DE CONGRESSOS; TEL: 21 358 43 80

**EMAIL:** dmcongressos@mail.telepac.pt

**Evento:** CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA PARA MÉDICOS DE MEDICINA FAMILIAR

**Local:** BIBLIOTECA DE ORL/IMUNOALERGOLOGIA DO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

**Data:** 20 DE ABRIL

**Contacto:** SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA; TEL: 21 – 312 6968

**Email:** lmonteiro@hdestefania.min-saude.pt

**Evento:** CURSO DE GESTÃO DAS UNIDADES ESTRATÉGICAS NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE EM PORTUGAL

**Local:** PORTO

**Data:** 20 E 21 DE ABRIL E 11 E 12 DE MAIO

**Evento:** WORLD CONGRESS OF NEPHROLOGY 2007

**Local:** RIO DE JANEIRO

**Data:** 21 A 25 DE ABRIL

**Contacto:** AMGEN; TEL: 21 – 422 05 50; FAX: 21 – 422 05 55

**Evento:** 2ND INTERNATIONAL CONGRESS ON PREDIABETES AND THE METABOLIC SYNDROME

**Local:** BARCELONA

**Data:** 25 A 28 DE ABRIL

**Evento:** XIX JORNADAS DE MEDICINA FAMILIAR DA MADEIRA E CONTINENTE

**Local:** FUNCHAL

**Data:** 26 A 28 DE ABRIL

**Contacto:** DEPARTAMENTO MÉDICO DE CONGRESSOS; TEL: 21 358 43 80

**EMAIL:** dmcongressos@mail.telepac.pt

**Evento:** HIV MEETING - PORTUGAL 2007

**Local:** CASCAIS

**Data:** 28 DE ABRIL

**Evento:** 9TH EUROPEAN CONGRESS OF ENDOCRINOLOGY

**Local:** BUDAPESTE

**Data:** 28 DE ABRIL A 2 DE MAIO

**Evento:** 8<sup>TH</sup> INTERNATIONAL CONFERENCE OF NUCLEAR CARDIOLOGY (ICNC8)

**Local:** PRAGA

**Data:** 29 DE ABRIL A 2 DE MAIO

**Contacto:** GRUNENTHAL, SA - TEL: 21 472 63 00; FAX: 21 471 09 10

**Evento:** 11º CURSO DE ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

**Local:** HOSPITAL DA LUZ – LISBOA

**Data:** 2 A 4 DE MAIO

**Contacto:** SCHERING LUSITANA - TEL: 21 926 99 00

**Evento:** JORNADAS DO HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ “ DESAFIOS, RESPONSABILIDADES, MUDANÇAS, ANTES E DEPOIS DA

VIDA - CONTROVÉRSIAS

**Local:** AUDITÓRIO DO HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ

**Data:** 3 A 4 DE MAIO

**Contacto:** DEFOP (DEPARTAMENTO DE FORMAÇÃO) - A/C SARA MAGALHÃES; TEL/FAX: 244 817 087

**Email:** defopsaleiria.min-saude.pt

**Evento:** 2ª EDIÇÃO DO CONGRESSO INTERNATIONAL "PRACTICE 2007 – PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO ACTIVA COM O EXERCÍCIO

**Local:** AUDITÓRIO AGOSTINHO DA SILVA – UNIVERSIDADE LUSÓFONA – LX

**Data:** 4 E 5 DE MAIO

**Evento:** 12ªs JORNADAS DE ONCOLOGIA MÉDICA

**Local:** ESPINHO

**Data:** 10 E 11 DE MAIO

**Contacto:** SECRETARIADO: ACRÓPOLE-CONVENÇÕES, SECRETARIADO E SERVIÇOS, LDA

**Evento:** VII JORNADAS CIENTÍFICAS DA DELEGAÇÃO CENTRO AD FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA "PREVINA HOJE... VIVA AMANHÃ"

**Local:** COIMBRA

**Data:** 10 E 11 DE MAIO

**Contacto:** FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA – DELEGAÇÃO CENTRO  
TEL: 239 838 598

**Email:** fpc-centro@netcabo.pt

**Evento:** II JORNADAS DE ENDOCRINOLOGIA E DIABETES DO HOSPITAL DE CURRY CABRAL

**Local:** HOTEL VILLA RICA – LISBOA

**Data:** 10 E 11 DE MAIO

**Contacto:** SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA, DIABETES E METABOLISMO - A/C DA SRA D. DEOLINDA DUARTE; TEL/FAX: 21 792 42 74

**Email:** endocrinologia@hccabral.min-saude.pt

**Evento:** 1º CURSO DE UROLOGIA DO HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

**Local:** ÉVORA

**Data:** 11 DE MAIO

**Contacto:** ADMEDIC

**Email:** admedic@mail.telepac.pt

**Evento:** XXIV CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM PRÁTICA CLÍNICA

**Local:** LISBOA

**Data:** 16 A 18 DE MAIO

**Contacto:** CLÍNICA DE DIABETES E NUTRIÇÃO

DIABETOLOGIA – H. SANTA MARIA; TEL/FAX: 21 795 70 27

**Email:** need@sapo.pt

**Evento:** XIV REUNIÃO DO ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

**Local:** CENTRO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL - H DONA ESTEFÂNIA - LISBOA

**Data:** 17 DE MAIO

**Contacto:** HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

**Email:** anuario@hdestefania.min-saude.pt

**Evento:** ACÇÕES DE FORMAÇÃO EM IMUNOALERGOLOGIA "INFORM' 07"

**Local:** HOTEL MARRIOT – LISBOA

**Data:** 19 DE MAIO

**Contacto:** SOCIEDADE PORTUGUESA DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

**Evento:** EFIM 2007 – 6TH CONGRESS EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE

**Local:** CENTRO DE CONGRESSOS DE LISBOA

**Data:** 23 A 26 DE MAIO

**Contacto:** AMGEN; TEL: 21 – 422 05 50; FAX: 21 – 422 05 55

**Evento:** 23º ENCONTRO TRANSMONTANO DO CLÍNICO GERAL

**Local:** VIMIOSO

**Data:** 24 A 26 DE MAIO

**Contacto:** CENTRO DE SAÚDE DO VIMIOSO

FAX: 273 51 00 31

**Evento:** IV CURSO DE INTRODUÇÃO À COMUNICAÇÃO E METODOLOGIA CIENTÍFICA

**Local:** BRAGA

**Data:** 1 E 2 DE JUNHO

**Evento:** VII JORNADAS DE MEDICINA DO DESPORTO

**Local:** AUDITÓRIO DO CENTRO DE CULTURA E DESPORTO DOS TRABALHADORES DA CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO

**Data:** 2 E 3 DE JUNHO

**Contacto:** ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE DESPORTO, CULTURA E LAZER

AVENIDA DO CONDE, Nº 5657 - 44665-080 S. MAMEDE DE INFESTA

**Evento:**

II CONGRESSO DA COMUNIDADE MÉDICA DE LINGUA PORTUGUESA

**Local:** HOTEL MARRIOTT COSTA DO SAUIPE, BRASIL

**Data:** 27 A 29 DE SETEMBRO