

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 23 – N.º 85 – Dezembro 2007

PROPRIEDADE:



CELOM

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

Redacção, Produção e Serviços de Publicidade:

Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa
E-mail: celom@omcne.pt
Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

Director:

Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:

José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:

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

Redactores Principais:

José Ávila Costa,
João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:

Miguel Reis

Dep. Comercial:

Helena Pereira

Dep. Financeiro:

Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:

CELOM

Impressão:

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

Depósito Legal: 7421/85

Preço Avulso: 1,60 Euros

Periodicidade: Mensal

Tiragem: 34.000 exemplares
(11 números anuais)

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

S U M Á R I O

4 EDITORIAL

5 TSF – Na Ordem do Dia

8 INFORMAÇÃO

Delegação das funções de Bastonário

9 Carta de Pedro Nunes aos membros do Conselho Nacional Executivo

12 ELEIÇÕES 2008-2010

Pedro Nunes e Miguel Leão na segunda volta

14 Conselhos Regionais «reconduzidos»

18 ACTUALIDADE

As viaturas SIV e as urgências Hospitalares

22 Comunicado distribuído na conferência de imprensa

24 OPINIÃO

A saúde no bom caminho...

por Carlos Costa Almeida

28 Suplemento «Os melhores hospitais, doença a doença» por Luiz Leite

30 A classe médica baluarte dos valores da humanidade por Francisco Patrício

32 As Juntas Médicas da Caixa Geral de Aposentações por M.M. Camilo Sequeira

38 CONSULTORIA FISCAL

Abatimentos e deduções aos rendimentos de 2007

40 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

Cruzeiro através da História da Obstetrícia – Forceps Tarnier

45 CULTURA

A Grinalda (Poema de Natal) por Ofélia Bomba

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.

COMO PODEM OS MÉDICOS ALHEAR-SE?

Pela primeira vez na história eleitoral da Ordem, os médicos vão escolher o seu Bastonário numa segunda ronda eleitoral, depois de terem decidido quem queriam para fazer essa disputa, na primeira volta das eleições, cuja fase de votação presencial decorreu no dia 12 de Dezembro.

Na madrugada seguinte, contagem dos votos feita, ficaram a conhecer-se as equipas eleitas para os conselhos regionais – nesse caso todas em conformidade com as que já lideravam antes esses órgãos – e para os restantes órgãos regionais e distritais, e ficou também a saber-se que Pedro Nunes e Miguel Leão disputavam a segunda volta para a eleição do Bastonário.

Com a possibilidade de recurso a segunda volta, os resultados não surpreenderam – sabia-se como seria praticamente impossível que houvesse uma vitória à primeira volta –, antes pelo contrário, foram aqueles que larga maioria esperava que acontecessem. Porém, ficaram aquém do que seria desejável para o futuro da Ordem e, mais do que isso, revelam que há dentro da instituição médicos conscientes da importância que tem a sua Ordem e outros que estranhamente se alheiam.

De acordo com os dados provisórios, a taxa de votação global, incluindo os votos brancos e os votos nulos, quedou-se nos 30,3 por cento, o que é, manifestamente, um nível baixo que não corresponde à importância que têm estas eleições para

os médicos e o futuro da Medicina em Portugal.

Esta taxa de abstenção nacional que rondou os 70 por cento é tão mais significativa se compararmos o nível da votação nas diferentes secções regionais e mesmo nalguns dos distritos médicos. Neste caso, o grande exemplo vem da Secção Regional do Centro, onde a taxa de votação chegou aos 42,2 por cento, mas também da região Norte, onde esta percentagem atingiu os 36 por cento. A destoar claramente destes valores ficou o nível de votação da área da Secção Regional do Sul, com os seus magros 27,5 por cento de votos, taxa que se retira de um número de votantes exacto de 5210, num universo eleitoral que era de 18935 médicos. Já agora, em valor absoluto, no Norte votaram 4371 médicos num universo eleitoral de 12135, e no Centro votaram 2375 em 5622 médicos.

Estes números significam, só por si, que muitos mais são os médicos a quem se pode exigir que votem. Se no Centro se consegue uma taxa de ida às urnas superior a 42 por cento, que razão há para que esse nível de votação seja tão inferior no Sul? Nenhuma.

Os valores da taxa de votação ou da abstenção são ainda mais reveladores se forem analisados distrito a distrito. E, nesse caso, assinala-se que em todo o território da Secção Regional do Norte não houve distrito cujos médicos votassem a abaixo dos 34,5 por cento, ao contrário

do Sul, onde vários distritos ficaram abaixo de 25 por cento de taxa de votação, nomeadamente Grande Lisboa (22,8), Santarém (23,2), Algarve (23,4) e Portalegre (24,5). Nesta Secção, registe-se, contudo, o caso particular da Madeira, onde os médicos deram uma bela lição de cidadania e de crença nos métodos democráticos com uma taxa de votação que superou os 70 por cento.

O interesse que, com o seu voto, muitos médicos revelaram no Norte e no Centro do país merece que outros se empenhem para que a legitimidade do próximo Bastonário seja reforçada.

Quando estão em causa valores tão importantes como o da defesa da qualidade da Medicina e objectivos tão sérios como o da afirmação da Ordem no contexto geral da política de saúde, não se percebe como podem alhear-se tantos médicos do processo eleitoral.

O novo contexto de eleição do Bastonário à segunda volta merece que os médicos reflectam sobre a importância desse novo contexto. Aqueles que votaram devem voltar a fazê-lo e assim reafirmar o seu sentido de voto e o seu contributo, aqueles que não votaram têm esta nova oportunidade que não devem desperdiçar e, sobretudo, nos locais onde o nível da votação foi pobre os médicos devem dar uma resposta clara se querem ou não participar nesta escolha decisiva.

Diamantino Cabanas



3 Dezembro

A Assembleia da República discute uma lei de enquadramento das Ordens profissionais. Não se põe em causa a necessidade, já que a evolução dos tempos trouxe novos desafios e uma normal necessidade de clarificação.

De um contexto mais tradicional de reguladoras de liberais, tem-se evoluído para reguladores profissionais à medida que novas profissões, em que o exercício liberal não tem qualquer expressão, vão tendo Ordem.

No tempo em que advogados, médicos, farmacêuticos e poucos mais tinham o exclusivo da auto-regulação, esta era justificada pelo carácter de livre iniciativa individual, em que o relacionamento interpares, uma ética corporativa e a defesa de interesses a impunham.

Com o tempo o exercício liberal foi-se tornando residual, podendo hoje dizer-se que são os advogados a última profissão em que a actividade não assalariada ainda parece predominar.

Nos últimos anos as Ordens, como reguladores do livre exercício, foram perdendo relevância, mas assistiu-se, em contrapartida, a um cada vez maior interesse da sua intervenção à medida que as profissões reguladas se tornaram mais complexas do ponto de vista técnico.

Formas de organização social neoliberais ainda tentaram pôr em causa a sua legitimidade em homenagem a uma conceptualização teórica da absoluta liberdade de exercício e a uma heteroregulação exclusiva pelos mecanismos de mercado.

Na União Europeia assistiu-se há cerca de cinco anos a uma tentativa de acabar com as profissões dotadas de directiva especial, profissões reguladas, todas integrando no sistema geral para efeitos de livre circulação.

O tempo demonstrou tal ser impossível recomendando uma directiva sectorial específica que se mantém plenamente em vigor. Tal directiva parte do pressuposto implícito que certas profissões, pela complexidade de conhecimentos e gestos inerentes ao seu exercício, devem ser tratadas como particulares tendo mecanismos próprios e diferenciados de regulação.

Em Portugal, igualmente, o modelo Ordem tem garantido a determinação de perfis de competências obrigatórios para o exercício que se constituem como garantias de qualidade dos consumidores do trabalho dos profissionais que tutelam.

Num tempo em que o ensino Universitário se tornou um negócio, sujeito para sobrevivência ao exercício nem sempre transparente de captar clientes, isto é, alunos, as Ordens de algumas profissões passaram a constituir a única barreira à tentadora diminuição da qualidade.

Em profissões em que tal não se torna premente, como é o caso da Medicina, as Ordens asseguram o controlo da formação especializada e das boas práticas ao longo de todo o trajecto profissional. Num Mundo em que os Governos são cada vez mais agentes da economia e menos condutores da Sociedade, as Ordens, pela sua independência, constituem-se como garantes do realismo técnico por oposição ao mediatismo da política ou ao pragmatismo do lucro.

Ora é precisamente esta característica de Independência que é importante preservar. Ao subordinarem-se a critérios técnicos e éticos e não a critérios de oportunidade política as Ordens tornam-se por vezes incómodas.

Tal incómodo inerente à sua independência permite bastas vezes chamar a atenção para a nudez de um Rei que todos reconhecem como tal mas preferem imaginar vestido com opulência. Para políticos medíocres ou juristas saudosos de um passado sem dúvidas metafísicas, esta independência e estes incómodos são insuportáveis.

Para políticos com grandeza estas são oportunidades imperdíveis. Para quem tem da política a noção de se tratar da condução da sociedade e não um mero espectáculo ou entretenimento diário em horário nobre, a liberdade e independência das Ordens profissionais e das profissões que representam são insubstituíveis.

Veremos qual a percentagem relativa de uns e de outros quando chegar o crucial momento da fixação definitiva do texto legal. (Pedro Nunes)

10 Dezembro

Na semana em que se realizou a primeira Europa – África, o Ministério da Saúde não quis deixar de se pôr conforme ao espírito do momento e resolveu implementar as há muito aguardadas SIV. Trata-se para quem está menos familiarizado com siglas de umas viaturas mascaradas de carros de emergência mas que ao contrário dos ditos não são tripuladas por um médico.

Num recordar dos tempos de antanho e do famoso anúncio do «não vás... telefona», também neste caso é pressuposto o médico ficar em terra, isto é, na base e, ao telefone, comandar no terreno as acções executadas por um enfermeiro.

O curioso da questão é que esta ânsia de poupança se estendeu das ambulâncias aos helicópteros e também estes, anunciados com pompa para vários pontos do território, serão tripulados apenas pelo piloto e por um enfermeiro.

Nada, como é de calcular, me move contra os enfermeiros e o seu contributo importante para a Saúde. Por vezes irritado-me quando alguns, numa interpretação que julgam moderna do que é a actualidade, se furtam à necessária colaboração e entreaajuda, para cultivarem pseudo independências que a todos prejudicam.

No caso presente nem disso se trata. O Ministério, na tradicional procura de poupar uns trocos e reconhecendo que a confusão que instalou nas urgências lhe está a sair cara, lembrou-se do provérbio tradicional de «quem não tem cão caça com o gato» e das palavras aos actos foi um pulinho.

O problema está em que para que a coisa funcione é necessário que haja enfermeiros que aceitem ver-se sozinhos perante casos complicados de emergência, e médicos que à distância de uma linha telefónica, sem contacto físico com o doente, aceitem dar instruções sobre o que fazer.

É que numa sociedade organizada pedem-se responsabilidades pelas consequências dos actos e nesses momentos não chega dizer que o Ministro é que mandou.



TSF – Na Ordem do Dia

No Paquistão, a Organização Mundial de Saúde conseguiu resultados notáveis instruindo taxistas em manobras de reanimação e suporte básico de vida. Numa sociedade em que as condições económicas não permitem um sistema organizado de emergência estas medidas fazem, por vezes, a diferença entre o viver e o morrer.

Ter quem consiga transportar um ferido ou acometido de doença súbita em condições de poder respirar ou deter uma hemorragia grave é de primordial importância. Em Portugal muitos destes socorros básicos eram feitos por bombeiros e logo completados numa rede de pseudo urgências dos Centros de Saúde.

Encerrando-se os SAP e transformando urgências hospitalares em consultas abertas não vocacionadas para tratar doentes urgentes, criou-se, como a Ordem dos Médicos atempadamente alertou, uma situação de risco e distância em relação ao que ficou no terreno. Substituir a rede existente por veículos que têm de se deslocar longas distâncias já seria problemático mesmo que tal se traduzisse em fazer chegar rapidamente ao local um médico treinado em cuidados de emergência. Substituí-la por veículos terrestres ou aéreos sem recursos humanos adequados é uma aventura quando não mesmo um defraudar ilícito de direitos.

O conforto político de basear tal reforma numa ausência de contestação garantida por acordos firmados com autarquias não desculpa nas suas consequências. Ter conseguido fazê-lo não torna uma má medida numa boa medida, apenas demonstra que a decisão não radica na negligência mas efectivamente no dolo.

Afinal, como a Cimeira demonstrou, África não fica assim tão longe... (Pedro Nunes)

17 Dezembro

A propósito das recentes eleições para a Ordem dos Médicos, um órgão da comunicação social escrita entrevistou e publicou as preocupações dos jovens médicos e estudantes de medicina para o próximo futuro.

Sem surpresa para a Ordem, mas talvez com alguma surpresa para os jornalistas e população, o espectro do desemprego é o que mais preocupa os jovens médicos.

Parece um paradoxo, quando existem listas de espera em algumas especialidades e cidadãos sem médico de família. Talvez já não pareça estranho se recordarmos que Portugal tem um rácio de médicos/1000 habitantes semelhante à média europeia, na ordem dos 3,32/1000, enquanto Alemanha e França têm 3,37/1000 e Espanha 3,30/1000. Quer isto dizer que, em termos estatísticos, não há falta de médicos em Portugal, o que há é falta de organização e gestão competente do Serviço Nacional de Saúde, da responsabilidade de sucessivos governos.

Por outro lado, um estudo realizado pelo Grupo de Missão para a Saúde, considerando um *numerus clausus* total de 1175 a partir do ano de 2005 até 2021, demonstrou que o número de licenciados em medicina ultrapassará em 6350 o número de aposentados neste intervalo de tempo.

Ora, como em 2007 abriram 1332 vagas para medicina, acima, portanto, das necessidades futuras do país, a que será necessário juntar as centenas de jo-

vens que estudam medicina no estrangeiro, é fácil concluir que, a médio prazo, o desemprego médico será uma realidade com a qual os jovens que actualmente entram para medicina irão ser confrontados.

Será bom haver médicos a mais? Não! Médicos a menos e má organização originam listas de espera. Médicos a mais poderão induzir tratamentos excessivos, acompanhamentos ampliados e cirurgias discutíveis, ou até a exagerar doentes e doenças pela pressão de sobreviver e ganhar a vida.

Ninguém deve esquecer que à saúde não se podem aplicar linearmente as regras do mercado liberal, porque doentes não são tijolos. Por isso, o número de médicos por habitante tem de ser equilibrado; quer o excesso, quer o defeito são prejudiciais para os doentes.

É por estas questões que a Ordem dos Médicos, tal como há alguns anos chamou a atenção para a falta de médicos que actualmente se verifica, não tendo sido devidamente ouvida, agora também começa a chamar a atenção para a necessidade de não se continuar a aumentar o número de vagas.

É bom recordar que a excessiva redução do *numerus clausus* para medicina foi uma medida económica de anteriores governos e não uma imposição corporativa dos médicos.

Dizem os manuais de economia da saúde que a melhor forma de reduzir a despesa em saúde pelo lado da oferta é o *numerus clausus* redutor do número de médicos. No passado, o Estado impôs *numerus clausus* mínimos para diminuir artificialmente a despesa na saúde.

Injustamente, os jovens médicos acusam a Ordem dos Médicos de nada fazer para evitar o futuro desemprego médico, tal como actualmente já há desemprego na enfermagem e enfermeiros a trabalhar a 3 euros à hora, o que coloca em risco a qualidade do seu trabalho.

A Ordem dos Médicos chama a atenção para os problemas, mas não tem, nem nunca teve, o poder de definir o *numerus clausus*, que é da responsabilidade governativa. (José Manuel Silva)

O Ministério, na tradicional procura de poupar uns trocos e reconhecendo que a confusão que instalou nas urgências lhe está a sair cara, lembrou-se do provérbio tradicional de «quem não tem cão caça com o gato»...

O Bastonário da OM, perante o cenário inédito de uma disputa eleitoral à segunda volta, decidiu delegar funções, acto que explica nesta mensagem que dirige a todos os médicos e numa carta que enviou aos membros do CNE e que publicamos também a seguir.

Delegação das funções de Bastonário

Caros/as colegas,

Decorreram no passado dia 12 de Dezembro as eleições para os órgãos sociais da Ordem dos Médicos. Apurados os resultados há que felicitar os vencedores pelo seu êxito e os vencidos pela sua participação e contribuição para o debate de ideias.

Como Presidente no mandato que agora cessa congratulo-me com o êxito alcançado pelas equipas regionais que comigo assumiram a responsabilidade pelos destinos da Ordem nos últimos três anos.

Estando previsto para o próximo dia 16 de Janeiro a decisão final sobre quem irá coordenar a equipa agora eleita e sendo, como é sabido, candidato nessa eleição, entendi solicitar ao CNE a substituição nas funções pelo Prof. José Manuel Silva, Presidente actual e eleito da Secção Regional do Centro.

Apelo a uma votação macissa no acto eleitoral para que a organização de todos nós saia reforçada.

A comunicação social tem dado nota da minha decisão de suspender temporariamente as funções de Bastonário da Ordem dos Médicos até à realização da segunda volta eleitoral a 16 de Janeiro.

Apesar dos resultados da primeira volta terem sufragado em praticamente todo o País a conduta assumida nos últimos três anos, uma estranha votação nos distritos do Porto e Braga levou à necessidade de uma segunda volta para decisão sobre quem assumirá as funções de Bastonário.

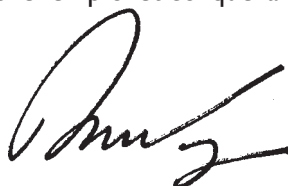
Nesta conformidade, e estando sufragados os Presidentes Regionais que substituem por tradição, nos seus impedimentos, o Bastonário, a mais elementar noção de ética do comportamento indica a necessidade de me afastar das funções que, como candidato, dispuo e para as quais não tive, até agora, o necessário apoio expresso dos colegas. Quer o Prof. José Manuel Silva, quer a Dr^a Isabel Caixeiro, quer mesmo o Dr. José Pedro Moreira da Silva reúnem as condições necessárias para o exercício do cargo, quer pelo seu conhecimento da Ordem quer pela sua elevada estatura ética.

Quem não reuniria tais condições é o meu adversário que, em mais uma manifestação das técnicas rasteiras e de baixa política que tem usado na sua campanha, vem mistificar e confundir os médicos alegando que eu me estaria a furtar às responsabilidades do cargo.

De alguém que passa três anos, sem qualquer legitimidade democrática ou institucional, a obstruir o bom funcionamento da Ordem e a denegrir os seus mais altos responsáveis não se poderia esperar outra atitude. Fica também assim a saber-se que, perante as mesmas circunstâncias, não podem os médicos esperar de Miguel Leão a conduta ética exigível a um Presidente desta instituição exemplar.

Suspendo as minhas funções por imperativos éticos e por pouco tempo, na certeza de que serão este e outros actos desta índole que traduzem o exemplo ético que a sociedade espera dos médicos e que os médicos sufragarão a 16 de Janeiro.

Lisboa, 16 Dezembro 2007



Pedro Nunes

Carta de Pedro Nunes aos membros do Conselho Nacional Executivo

Era minha intenção, tal como difundido na comunicação social, proceder à minha substituição temporária no exercício do cargo de Presidente da Ordem dos Médicos pelo Prof. Doutor José Manuel Silva, Presidente do Conselho Regional do Centro, ao abrigo do disposto no art.º 53.º do Estatuto da Ordem dos Médicos (EOM). Com efeito, sendo a primeira vez na história da Ordem dos Médicos que se realiza uma segunda volta para as eleições ao cargo de Presidente da Ordem dos Médicos, está criada uma situação em que pode pôr-se em dúvida a representatividade que o Bastonário detém para representar a Ordem e os Médicos.

O meu adversário nesta eleição entendeu lançar dúvidas públicas sobre a legalidade desta tomada de posição, apesar da clareza do art.º 53.º do EOM.

Assim, e no sentido de obviar a qualquer acção que prejudique o normal funcionamento da Ordem dos Médicos e o processo eleitoral, entendo ser mais adequado, à presente data, utilizar o mecanismo previsto na alínea a) do art.º 52.º do EOM.

Deste modo, sou, nos termos do mencionado art.º 52.º, alínea a) do E.O.M., a dar a conhecer a V. Ex.^a, para os devidos efeitos, que entendi delegar todas as funções de representação atribuídas ao Presidente da Ordem dos Médicos no membro do Conselho Nacional Executivo (CNE) e Presidente do Conselho Regional do Centro, Prof. Doutor José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva.

A delegação de funções de representação cessará no dia 16 de Janeiro de 2008.

Uma vez que o preceito referido do EOM determina a audição do CNE, solicito ao Exm.º Colega que, no prazo de 2 dias, e na qualidade de membro do CNE designado pelo Conselho Regional do Norte se pronuncie sobre a referida delegação, entendendo-se que, se nada disser, nada terá a opor.

PEDRO NUNES E MIGUEL LEÃO NA SEGUNDA VOLTA

A primeira volta das eleições para Bastonário ditaram a presença de Pedro Nunes e Miguel Leão na segunda volta, que se disputará a 16 de Janeiro de 2008. Carlos Silva Santos quedou-se pela primeira volta, mas o seu projecto recolheu um significativo número de votos e, mesmo sem disputar a próxima ronda eleitoral, os seus votantes podem ajudar a decidir as eleições.

O número total de médicos que votaram foi de 11956. Miguel Leão conseguiu 5045 destes votos, de acordo com os resultados provisórios, e Pedro Nunes obteve 4765 votos, o que estabelece uma diferença de 280 votos entre os candidatos mais votados e deixa tudo em aberto para a segunda volta. Em Carlos Silva Santos votaram 1575 médicos.

Foi no Norte que Miguel Leão garantiu mais de metade da sua votação, com 2691 votos expressos num total de votantes de 4371. Aí, Pedro Nunes não foi além dos 1035 votos e Carlos Silva Santos conseguiu 450.

No Centro, Pedro Nunes ganhou, mas a votação foi mais equilibrada, com o actual Bastonário a garantir 1093 votos contra os 831 de Miguel Leão e os 287 de Carlos Silva Santos.

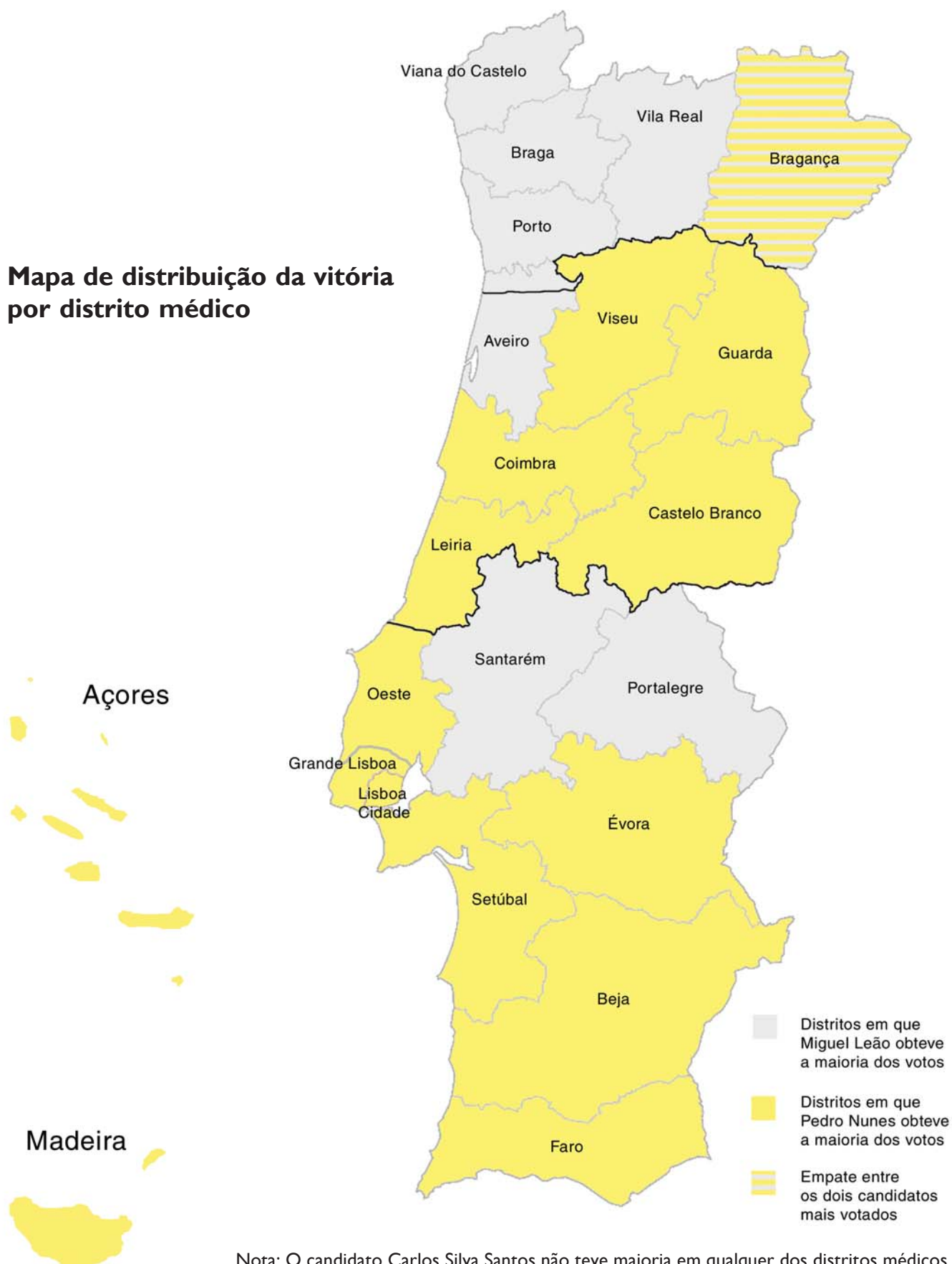
Como se pode ver no quadro de resultados que publicamos, no Sul, Pedro Nunes teve 2637 votos – também mais de metade de todos os sufrágios recolhidos –, Miguel Leão garantiu 1523 e Carlos Silva Santos chegou aos 838 votos.

Eleições para Bastonário – resultados globais por distrito médico

Distrito Médico	Totais/Distrito	Bastonário		
		Carlos S.Santos	Miguel Leão	Pedro Nunes
Sul				
Açores	149	9	57	83
Algarve	273	41	77	155
Beja	119	35	32	52
Évora	143	23	29	91
Madeira	376	23	116	237
Grande Lisboa	1064	186	347	531
Lisboa-Cidade	1981	340	559	1082
Oeste	191	30	80	81
Portalegre	78	15	33	30
Santarém	189	28	84	77
Setúbal	435	108	109	218
Sub-Total	4998	838	1523	2637
Sub-Total %	4988	16,80%	30,33%	52,87%
Centro				
Aveiro	232	28	113	91
Castelo Branco	122	11	53	58
Coimbra	1304	193	451	660
Guarda	133	16	47	70
Leiria	147	17	42	88
Viseu	273	22	125	126
Sub-Total	2211	287	831	1093
Sub-Total %	2211	12,98%	37,58%	49,43%
Norte				
Braga	561	55	353	153
Bragança	94	10	42	42
Porto	2985	283	2035	667
Viana do Castelo	249	32	129	88
Vila Real	287	70	132	85
Sub-Total	4176	450	2691	1035
Sub-Total %	4164	10,71%	64,63%	24,66%
Total	11385	1575	5045	4765
Total %	11385	13,83%	44,31%	41,85%

Nota: Todos os resultados são provisórios e publicados antes da homologação pelas comissões

Mapa de distribuição da vitória por distrito médico



Nota: O candidato Carlos Silva Santos não teve maioria em qualquer dos distritos médicos

Eleições para os conselhos regionais e distritais

Conselhos Regionais «reconduzidos»

As eleições de 12 de Dezembro foram já decisivas para o futuro dos órgãos das secções regionais e conselhos distritais e deixaram apenas para Janeiro a decisão sobre o Bastonário.

Os resultados da votação determinaram que se mantivessem nos conselhos regionais, com uma ou outra mudança de nome, as equipas que os dirigiam.

De acordo com os resultados provisórios, no Norte, a lista A, liderada por José Pedro Moreira da Silva, bateu a lista B, de Luís Monteiro, por 940 vo-

tos, ao recolher 1989 votos expressos contra os 1049 médicos que votaram na lista B.

Na área da Secção Regional do Centro, no Conselho Regional mantém-se a equipa liderada por José Manuel Silva, cuja lista, a B, obteve 1366 votos e bateu os seus adversários, que se quedaron pelos 790 votos, por quase seis centenas de sufrágios.

Os resultados eleitorais no Sul também reconduzem a actual Presidente do Conselho Regional, Isabel Caixeiro, cuja lista obteve 2475 votos e su-

perou os 1369 da lista A, de Manuel Carvalho Rodrigues, e os 841 da lista C, que era liderada por Jaime Mendes. Esta foi a única Secção Regional onde as eleições foram disputadas por três listas, mas a equipa de Isabel Caixeiro obteve mais de metade dos votos expressos, uma vez que, para este órgão regional votaram 4685 médicos.

Para este Conselho Regional foram eleitos os membros que fazem parte do Conselho Nacional Executivo cessante, tal como nos casos do Norte e do Centro.



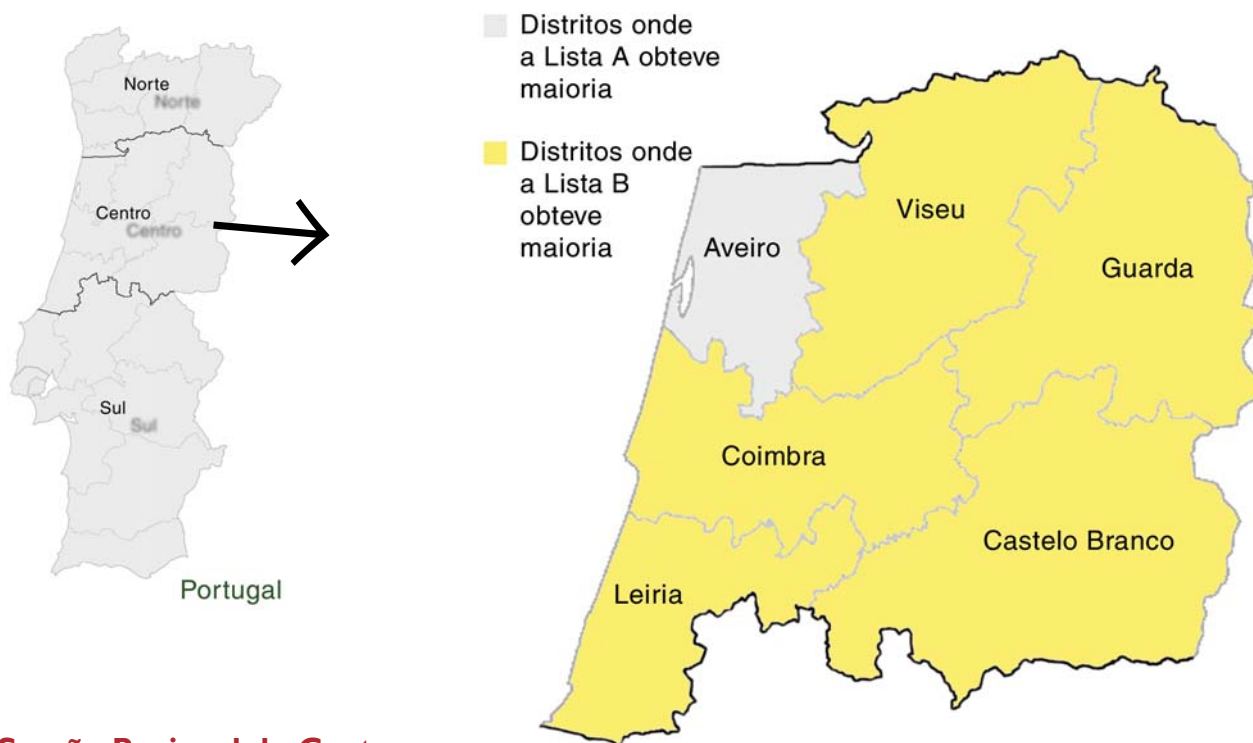
Secção Regional do Norte

Distrito Médico	C. Regional do Norte				Distritais		
	Lista A	Lista B	Totais		Lista A	Lista B	Totais
Braga	365	157	522		391	143	534
Bragança	31	50	81		31	51	82
Porto	1839	957	2796		1808	887	2695
Viana do Castelo	142	92	234		150	92	242
Vila Real	129	157	286		140	147	287
Total	2506	1413	3919		2520	1320	3840

Nota: Todos os resultados são provisórios e publicados antes da homologação pelas comissões eleitorais.

ELEIÇÕES 2008-2010

Secção Regional do Centro



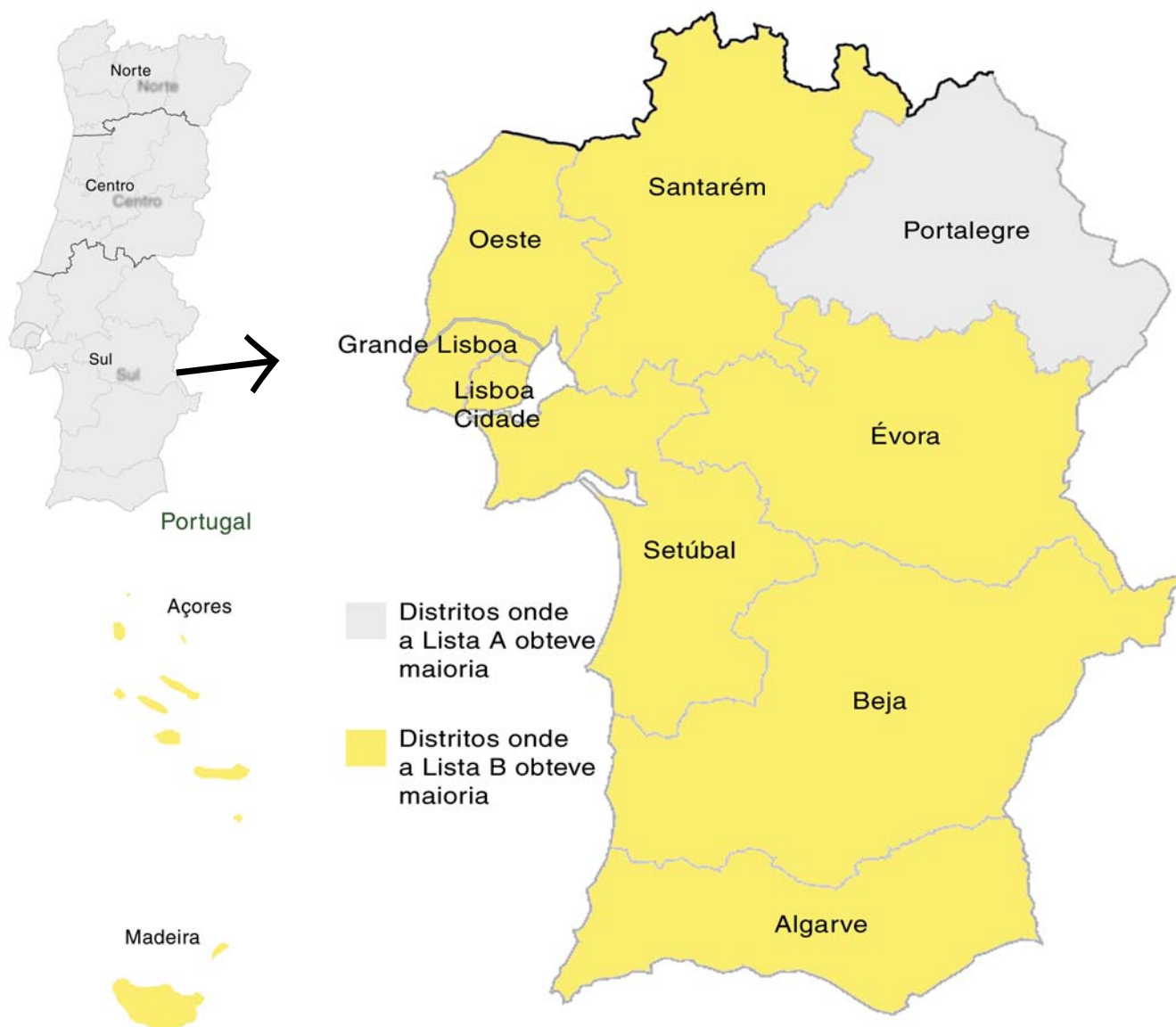
Secção Regional do Centro

Distrito Médico	C. Regional do Centro			Distritais			
	Lista A	Lista B	Totais	Lista A	Lista B	Lista D	Totais
Aveiro	113	101	214	156			156
Castelo Branco	40	84	124			101	101
Coimbra	432	868	1300	426	879		1305
Guarda	46	80	126	68	57		125
Leiria	41	102	143	41	106		147
Viseu	118	131	249	157	95		252
Total	790	1366	2156	848	1137	101	2086

Nota: Todos os resultados são provisórios e publicados antes da homologação pelas comissões eleitorais.

ELEIÇÕES 2008-2010

Secção Regional do Sul



Secção Regional do Sul

Distrito Médico	C. Regional do Sul				Distritais				
	Lista A	Lista B	Lista C	Totais	Lista A	Lista B	Lista C	Lista D	Totais
Açores	42	77	13	132				123	123
Algarve	56	129	52	237				207	207
Beja	20	49	43	112	31	57	34		122
Évora	33	86	19	138	37	108			145
Madeira	115	217	10	342	236	127			363
Grande Lisboa	312	521	187	1020	299	513	197		1009
Lisboa-Cidade	556	985	344	1885	541	910	371		1822
Oeste	76	80	21	177	91	78			169
Portalegre	30	27	15	72	58				58
Santarém	56	82	31	169				140	140
Setúbal	73	222	106	401	104	288			392
Total	1369	2475	841	4685	1397	2081	602	470	4550

Nota: Todos os resultados são provisórios e publicados antes da homologação pelas comissões eleitorais.



Ordem dos Médicos

Comunicado distribuído na conferência de imprensa

A reformulação da rede de urgências em Portugal tem sido implementada pelo Ministério da Saúde com uma assinalável celeridade ao nível dos encerramentos mas com uma exasperante lentidão na requalificação dos espaços existentes e na abertura dos novos pontos de urgência previstos pela CTAPRU (Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências), revelando intenções mais economicistas do que preocupações com a saúde dos portugueses.

Esta inversão de prioridades tem sérias consequências para os cuidados de saúde prestados aos doentes urgentes e emergentes, na medida em que também a rede de emergência pré-hospitalar continua por discutir, definir e implementar.

Depois das infelizes declarações do Ministro da Saúde sobre os SAP (Serviços de Atendimento Permanente), que mereceram um duro comunicado da Ordem dos Médicos em Agosto de 2006 e múltiplas intervenções subsequentes, verifica-se agora que as críticas da Ordem dos Médicos eram obviamente pertinentes e fundamentadas. De facto, os SAP, numa estranha e demagógica mudança de rótulo, foram substituídos pelas chamadas Consultas Abertas (com distintas designações consoante os Centros de Saúde), que continuaram a prestar às populações exactamente o mesmo tipo de serviço e a funcionar nas instalações dos SAP, com excepção do período nocturno

em alguns locais. Efectivamente, as Consultas Abertas dos Centros de Saúde, ao contrário das afirmações dos responsáveis ministeriais, continuam a receber doentes urgentes e emergentes transportados em ambulâncias, inclusivamente triadas e orientadas pelo próprio INEM, assim confirmando no terreno a importância do trabalho desempenhado nos SAP/Consultas Abertas dos Centros de Saúde, o imprescindível e vital trabalho desempenhado por Médicos com estetoscópio, inaceitavelmente vilipendiados pelo Ministro da Saúde, e as actuais graves insuficiências da rede de urgências hospitalares e da rede de emergência pré-hospitalar. Na sua campanha de mistificação, o Ministro da Saúde divulgou recentemente números incompletos afirmando que nos primeiros nove meses deste ano tinham sido efectuadas cerca de menos 700 mil consultas de SAP, mas escondeu da comunicação social e da população os números das Consultas Abertas; houve pressa na contabilização das primeiras, mas desinteressasse na quantificação das segundas... Na prossecução da política dos encerramentos, o Governo prepara-se agora para encerrar várias urgências hospitalares, como Cantanhede, Anadia e Fundão, substituindo-as por Consultas não Programadas para Casos Agudos, efectuadas por Médicos dos Centros de Saúde, e viaturas SIV (Suporte Imediato de Vida), cuja equipa é composta por Tripulante de Ambulância e Enfermeiro.

A propósito desta medida e das suas consequências, a Ordem dos Médicos vem prestar os seguintes esclarecimentos e informações:

1. A substituição de Urgências Hospitalares por Consultas de Agudos não Programadas dos Centros de Saúde, a serem obrigatoriamente cumpridas por médicos dos centros de saúde nas instalações dos hospitais e com prejuízo da assistência prestada aos doentes dos seus ficheiros, é contraditória com anteriores afirmações do Ministro da Saúde e completamente ilegal;

2. O Ministério da Saúde continua a fomentar uma inaceitável confusão de termos quanto às Consultas Abertas, cuja denominação é extremamente florida pelo país fora, como se não vivêssemos no mesmo país e sob a mesma tutela;

3. Apesar de se comprometer repetidamente a fazê-lo, o Ministério da Saúde continua a revelar uma confrangedora incapacidade para definir o que são Consultas Abertas e quais as funções que lhe são atribuídas, o que tem gerado situações de conflito nos Centros de Saúde;

4. Viaturas chamadas de Suporte Imediato de Vida, com um tripulante de ambulância e um enfermeiro, não têm condições, do ponto de vista técnico, para substituir o trabalho médico, pelo que é totalmente enganadora a afirmação de que populações que deixam de

ter médico disponível estão salvaguardadas por uma destas viaturas. Isto porque, se não é viável um médico efectuar consultas de rotina, à distância, de doentes que não conhece, com o enfermeiro no local e o médico em casa em ligação telefónica, é fácil de compreender ser completamente impossível que médicos, nas centrais do CODU, possam ser responsáveis e responsabilizados pelos actos praticados nas viaturas SIV em situações de urgência e emergência;

5. Nestas circunstâncias, a Ordem dos Médicos discorda frontalmente e emite parecer técnico contrário a que os médicos das centrais do CODU possam ser obrigados a assumir via telefone a responsabilidade dos actos praticados no local pelos técnicos das viaturas SIV;

6. Os médicos que assumam responsabilidades telefónicas em situações de emergência relativamente a actos praticados nas viaturas SIV fá-lo-ão exclu-

sivamente por sua conta e risco e contra o parecer técnico da Ordem dos Médicos;

7. Os técnicos das viaturas SIV que praticarem actos médicos nas viaturas SIV fá-lo-ão exclusivamente por sua conta e risco e sob sua inteira responsabilidade;

8. A Ordem dos Médicos solicitou ao INEM que lhe fossem apresentados para análise os eventuais protocolos previstos para serem utilizados nas viaturas SIV, o que até hoje, estranhamente, não aconteceu;

9. A Ordem dos Médicos defende a implementação de uma rede de VMER que cubra de forma adequada e conveniente todo o território, com ambulâncias a actuar de forma integrada, complementar e articulada;

10. O transporte de doentes graves obriga ao acompanhamento médico especializado, pelo que a implementação de helicópteros SIV sem médicos, no interior do país, constitui um luxo

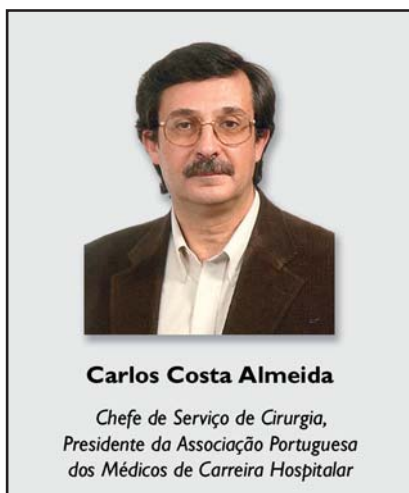
caro e ineficaz e traduz o incumprimento do Guia do Transporte do Doente Crítico da SPCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos);

11. A Ordem dos Médicos compromete todos os responsáveis por uma deficiente e insuficiente rede de emergência pré-hospitalar pelas consequências negativas para os doentes urgentes e emergentes.

Em conclusão, porque afecta a assistência de proximidade e representa mais um factor de congestionamento das urgências hospitalares restantes, que se encontram sobressaturadas e a trabalhar no limite ou mesmo para além do limite, a Ordem dos Médicos manifesta a sua preocupação por mais encerramentos de serviços de urgência sem as reformas da rede de urgência, da rede pré-hospitalar, dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados Continuados estarem devidamente implantadas.

A SAÚDE NO BOM CAMINHO...

A notícia surgiu, mas conseguiu passar despercebida. Por um lado, houve o cuidado de a apresentar discretamente, por outro, não constituiu surpresa para ninguém: Portugal foi considerado pela Health Consumer Powerhouse em 19º lugar na Europa comunitária dos 27 em termos de qualidade da sua saúde nacional. Quando em 2002 a Organização Mundial de Saúde nos punha no 12º lugar mundial.



A classificação não foi feita pela mesma entidade, mas os parâmetros considerados visam igualmente a análise da saúde fornecida às populações nacionais. A verdade indelével é que houve uma descida, eventualmente muito mais marcada até do que parece porque na classificação de 2002, mundial, se considerássemos apenas os países da CEE o nosso lugar seria não de 12º mas de 6º, em vez do 19º de agora.

Quer dizer: em apenas 5 anos houve uma descida evidente. Sem surpresa para os profissionais de saúde, nem surpresa para os doentes ou até para a grande maioria dos ainda saudáveis mas que têm familiares doentes. Surpreendidos – eventualmente – só aque-

les que têm apregoado que a saúde no nosso país está cada vez melhor e que, agora sim, vamos no bom caminho. O actual ministro da Saúde clama que conseguiu mudar o sistema de saúde, e tem razão, mudou. Só que não se sabe ainda para que modelo. Começou quando foi ministro pela primeira vez, em 2002, e a sua obra continuou ininterruptamente até hoje, mesmo quando o ministro era outro. Pode pois assumir a responsabilidade pela mudança, e também pelos resultados. Ninguém os irá assacar a outrem.

Os intervenientes no terreno são os mesmos: os doentes, os médicos, os enfermeiros, os farmacêuticos, os analistas, os técnicos, enfim, todos os profissionais que lidam com os doentes. O que mudou foi a lei de gestão hospitalar, o estatuto desses profissionais, a estruturação profissional e económico-financeira das instituições públicas fornecedoras de cuidados de saúde, o acesso dos doentes a esses cuidados e o seu pagamento, isto é, aquilo a que podemos chamar com propriedade o «sistema». Obviamente foi o que mudou que levou ao mau resultado agora constatado internacionalmente.

Portugal ocupava um honroso 12º lugar mundial, 6º europeu comunitário, sendo o país da comunidade europeia que gastava menos com a saúde, em termos absolutos. Mesmo em percentagem do Produto Interno Bruto, não

era nem de perto o que gastava mais, apesar de ter o PIB mais baixo de todos. E agora? É isto ir no bom caminho?...

Havia três coisas em que Portugal era mundialmente bom: hóquei em patins, futebol e saúde. O hóquei já era, o futebol tem dias, a saúde vai pela ladeira abaixo. O bom caminho parece ser o de correr a nivelar-se pelo resto nacional.

É que o verdadeiramente preocupante para quem trabalha de facto na saúde é a perspectiva mais que certa de continuação da descida já verificada. Esta baseou-se sobretudo na maior dificuldade de acesso dos doentes aos cuidados de saúde – e era evidente que isso estava a acontecer. Mas a qualidade dos cuidados, apesar de todos os cortes e limitações impostos, foi-se mais ou menos mantendo, sobretudo pela «vis a tergo» de trinta anos de Serviço Nacional de Saúde e de Carreiras Médicas. E de muito entusiasmo profissional dos médicos. A desestruturação provocada na medicina hospitalar, com a destruição das carreiras médicas, substituídas pelo «achismo» de alguns e oportunismo de outros, vai levar ao colapso da formação médica pós-graduada. Vejamos porquê.

A formação médica das especialidades hospitalares é baseada nos hospitais públicos, com transmissão ordenada e programada de conhecimentos, de prá-

tica, de *know-how*, de experiência, de quem os tem para quem os está a adquirir, constituindo cada hospital, e cada serviço dentro dele, uma verdadeira escola. O afastamento dos mais graduados e experientes dos lugares a que tinham ganho direito e que exerciam com qualidade, nalguns casos até mesmo para fora do hospital, constitui uma quebra que se irá sem dúvida sentir dentro de algum tempo na preparação dos agora jovens especialistas e internos. Alguns com prosápia se acharão capazes de prescindir de ensinamentos; desses, muito poucos terão até razão, mas mesmo esses, a excepção, seriam ainda melhores, e mais depressa, se tivessem com quem aprender sem ser com os doentes. O que as carreiras trouxeram de fundamental foi criar um conjunto homogêneo por todo o país de profissionais especializados bem preparados. E é isso que está em vias de se perder. Ao mesmo tempo que se impõe a obrigatoriedade de «produção em massa» do que é rentável, descurando tudo o resto, aprendizagem incluída.

Se a nossa saúde nacional desce no *ranking* internacional por os doentes sentirem mais dificuldade em ser tratados, ela irá inapelavelmente descer mais ainda por falta de qualidade, e uma descida dessas não se recuperará facilmente. Um bom médico não se forma em meia dúzia de anos, e isso se houver as condições necessárias e não houver hiatos na cadeia de formação. O objectivo imediato do ministério parece ser tirar do público para o privado quanto mais médicos melhor. O esvaziamento dos hospitais públicos da actividade dos seus médicos mais graduados e mais preparados é um rude golpe na qualidade presente mas sobretudo futura desses hospitais. Com certeza que não há ninguém que não possa ser substituído com a mesma qualidade, o problema é se o vier a ser ao fim de muito tempo e após um interregno penoso e perigoso, para os doentes e sobretudo para os jovens médicos. É que estes não têm do ponto de vista legal a sua responsabilidade profissional atenuada por terem pouca experiência ou ainda poucos conhe-

cimentos. E não havia necessidade, parafraseando o outro. Só por causa dum qualquer que seja mudança do sistema que foi idealizada e cuja aplicação se quis forçar, sem ter em conta todos estes aspectos, acautelando-os. Ou tendo, já não sabemos, porque na realidade parece que se estarão a considerar todos estes problemas quando se fala em importar médicos especialistas, se for preciso, e dar-lhes um curso rápido de português (*sic*). Da Índia. Ou de Cuba, de Espanha, seja donde for e os houver disponíveis. A globalização permite isto, pelos vistos, importar profissionais de onde os houver, escolhendo, obviamente, os que façam mais barato. O que não parecia de pensar é que a globalização tornasse dispensáveis os portugueses em Portugal. E com o silêncio de quase todos, aquiescente ou cómodo. E que a ideia viesse precisamente dos escolhidos para dirigir o nosso país. Ideia moderna, sem dúvida, que nos faz estremecer. Mas que nos faz pensar... Será que também poderemos importar governantes quando não houver por cá quem seja capaz ?...

Informação



Informação

Aplicação de Sanção Disciplinar

Por indicação do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos publicamos a sanção disciplinar proferida pelo Conselho Disciplinar Regional do Centro ao médico Fernando Augusto Lemos Severino.

Em cumprimentos do disposto nos artigos 59 e 21 do DL 217/94, de Agosto, torna-se público que, por acórdão proferido no **Processo Disciplinar nº 20-A/2003** que correu termos no Conselho Disciplinar Regional do Centro da Ordem dos Médicos foi o participado, **Dr. Fernando Augusto Lemos Severino** (Cédula Profissional nº 25 273), **condenado na pena de censura e na sanção acessória de publicidade da pena**, por violação do disposto nos artigos 12º, 18º e 77º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Coimbra, 24 de Setembro de 2007

O Presidente

Prof. Doutor José Manuel Silva

A pedido do autor, publicamos a carta/opinião que o mesmo enviou ao director da revista Sábado, Miguel Pinheiro, no dia 26 de Novembro último, a propósito do suplemento «Os melhores hospitais, doença a doença».

Suplemento «Os melhores hospitais, doença a doença»

Na qualidade de leitor regular da Revista Sábado acabei por tomar conhecimento do trabalho efectuado pelo Sr. Dr. Carlos Costa – «Os melhores Hospitais, Doença a Doença» – o qual vem no seguimento de um outro trabalho também publicado há uns tempos atrás (2 anos?) sobre os melhores Especialistas Médicos do País! E, se na altura não me manifestei por receio de ser mal interpretado, agora, achei que o deveria fazer, claro está, numa base de crítica construtiva. Assim, quero reforçar que, na qualidade de médico Especialista de Dermatologia, Chefe de Serviço da Carreira Médica Hospitalar do Centro Hospitalar de Lisboa (na situação de licença sem vencimento de longa duração desde Junho de 2005), não me move qualquer sentimento de despeito ou de inveja! Causa-me pelo contrário algum incómodo como causar porventura a todos os meus colegas trabalhadores na Saúde que no seu dia a dia dão o seu melhor em condições por vezes adversas, obrigados a trabalhar com «garfos, facas e colheires», sem acesso à tecnologia de que necessitam e, que desta forma se sentem relegados para 2º ou 3º plano. Abro aqui um parêntesis para o informar que por exemplo o primeiro Laser de CO2 existente num Serviço de Dermatologia em Portugal foi adquirido pelos Médicos do Serviço de Dermatologia do Hospital do Desterro (Centro Hospitalar de Lisboa), a expensas próprias em Dezembro de 1990. Também no que respeita à terapêutica fotodinâmica tópica a primeira unidade foi adquirida pelos mesmos

Médicos em 1996 e, a segunda unidade foi adquirida e oferecida ao Serviço por mim próprio no ano de 1998 tendo custado nessa altura cerca de três mil contos (15.000 Euros actuais). Além disso, quando se faz um trabalho destes (e continuo a duvidar da sua utilidade) devemos rodear-nos de peritos nas diversas áreas (coisa que o autor do trabalho terá feito com certeza mas, não revelando os seus nomes). Mas, para que entenda o teor desta crítica (construtiva) irei especificar alguns «pontos»:

1. Começando pelo título: «Os melhores Hospitais, Doença a Doença»? São os melhores Hospitais ou os melhores Serviços Hospitalares em cada especialidade abordada? Doença a doença? Se for ao ICD-9 verificar o número de «doenças» existentes facilmente concluirá que seria um trabalho «sem fim»!

2. Quando fala do Laser na Dermatologia surge na foto um aparelho IPL (as letras vêem-se muito bem escritas na unidade); ora o IPL (Intense Pulsed Light) mais não é que um aparelho que usa lâmpadas vulgaríssimas montadas numa caixa, com um *software* e uns filtros que lhe conferem um determinado comprimento de onda – não se trata de Laser! Além disso, à excepção da sua eficácia na depilação (com riscos!!) os IPL têm muito pouca eficácia na Patologia Dermatológica! Por exemplo, nos Lentigos Solares (habitualmente designados como «manchas da idade») são necessárias várias sessões (e ao fim de uns meses voltam quando com Laser de Q-Switched YAG

ou o Laser de Q-Switched Alexandrite bastará uma única sessão. Uma outra situação em que os IPL são utilizados será a de melhorar a «qualidade» da textura cutânea digamos que um rejuvenescimento facial – ora também aqui a sua eficácia é muito discutível (para não dizer reduzida) pois com os modernos Laser Fraccionados (ablativos e não ablativos) os resultados são surpreendentes! Mas, impõem-se ainda uma outra pergunta: o que faz um IPL num Serviço Público – o Serviço de Dermatologia do Hospital de São João tem tão pouco trabalho que se pode dedicar à estética?! Para terminar este ponto sobre os IPL gostaria de referir que é uma tecnologia que conheço desde a primeira unidade que surgiu (o Photoderm VL) e que actualmente possuo um Palomar Esteé Lux que pouco utilizo.

3. Quanto à paciente com psoríase que apresenta no seu artigo, e que está a ser submetida a terapêutica moderna com os designados «Biológicos» é necessário afirmar que essa é uma nova terapêutica com riscos que têm que ser muito bem ponderados e que à semelhança das outras modalidades terapêuticas não é curativa! Este tipo de artigos vem criar falsas expectativas a milhares de pacientes com psoríase e que não têm indicação para serem submetidos a esse tipo de terapêutica, acabando por isso por ter um efeito perverso!

4. Quanto ao «exame de sinais», a Dermatoscopia Digital, também ficou por dizer que não se pratica essa téc-

nica em todos os pacientes e em todos os «sinais» – será o Dermatologista a decidir qual ou quais as lesões que deverão ser examinadas recorrendo a essa técnica. Imagino o que poderá ser a invasão do Serviço de Dermatologia do Hospital de S. João após o V/artigo, com pessoas a querer fazer esse exame, e, a frustração que vão sentir quando lhes for explicado que não têm indicação para o mesmo!

5. Qualquer Serviço ou qualquer Consultório Clínico tem um arquivo de imagens clínicas (anteriormente em diapositivos, agora em digital) e, uma grande percentagem dos meus pacientes são fotografados para que possa ser seguida a evolução – imagine uma lesão vulgaríssima como uma Onicomicose (Fungo na unha) – cujo tratamento demora habitualmente um ano – quando o paciente regressa para controlo passados 2 meses, se não houver uma imagem inicial, não nos recordaremos seguramente da lesão! Compreenderá Vossa Excelência então que se fotografamos «patologia comum», não passará pela cabeça de qualquer Dermatologista tratar uma Neoplasia Cutânea sem a fotografar previamente! É portanto prática diária e não entendi o realce que dão a esse facto.

6. Uma técnica como por exemplo a terapêutica fotodinâmica tópica não é utilizada no Serviço de Dermatologia do Hospital de São João – essa técnica permite tratar pacientes com formas de Carcinoma *in situ* ou múltiplas Queratoses Actínicas (lesões pré-malignas) sem deixar cicatriz e, com um elevado grau de eficácia que ronda os 100%. Trata-se de uma técnica de execução em meio Hospitalar.

7. Também o número de 14.000 consultas ano para uma equipa com tantos elementos me parece muito baixo! Sozinho faço perto de 10.000 consultas ano.

8. Se se trata de avaliar Serviços Hospitalares o que interessa aos leitores se o Dr. Paulo Santos gosta de ler jornais ou a Enfermeira Marta Teixeira gosta de comer gelados? E já agora a Directora do Serviço Dra. Filomena Azevedo gosta de andar de bicicleta? (desculpe-me a ironia). Concordará comigo que poderá ser interessante um número com os *hobbies* ou as preferências culinárias dos Médicos e dos Enfermeiros mas misturá-los num trabalho que se pretende científico... é no mínimo uma grande confusão!

Citei-lhe apenas alguns factos para, tal como o afirmo no início fazer uma crítica construtiva e mostrar que este tipo de artigos pode ser desmotivante para os outros colegas.

Estou ao seu inteiro dispor para qualquer esclarecimento que entenda necessário e, creia-me, que se um trabalho aprofundado sobre os diversos Hospitais da país, especialidades e técnicas utilizadas pode ter utilidade para os cidadãos, já a sua classificação dos melhores me parece difícil de objectivar e de duvidosa utilidade. Os «melhores» será bom para os futebolistas (sem desprimor) ou os artistas (que até ganham óscares) mas, será muito delicado para os que trabalham na área da Saúde.

Com os meus melhores cumprimentos

Luiz Leite

P.S. Reparei que o Serviço de Pneumologia do Hospital PulidoValente tem referidos 277 elementos em dois locais distintos do texto, o que me leva a pensar que não se trata de um engano. Apesar de não possuir formação em Gestão Hospitalar parece-me um número bastante exagerado.

A CLASSE MÉDICA BALUARTE DOS VALORES DA HUMANIDADE

Ao ler o artigo de «Opinião» da revista nº82 «Ordem dos Médicos» de Setembro pp., e já que entrámos em período pré-eleitoral, e por nutrir uma certa admiração pela postura que tem pautado o comportamento do nosso actual Presidente perante algumas manifestações de colegas, expressas nem sempre com o melhor tom, ocorreram-me as seguintes reflexões.

Em vez do título escolhido, poderia ter colocado «Orgulho de ser português», mas para fazer jus à nossa Classe, optei por este tom que me pareceu mais construtivo...

A apologia do patriotismo que, se não fosse numa revista médica provavelmente não me teria despertado estas reflexões, pois tenho uma conceptualização e simultaneamente uma exigência relativa à nossa Classe Médica.

O meu conceito de médico, entendendo-o como cidadão sem cidadania, ou seja, por definição, quem abraçar o mister de ser médico, implica uma vivência interior profunda, da não existência de sectarização/compartimentação, nem em raças, nem credos, religiões, fronteiras...

O paciente deve ser para um médico, um apátrida, no que concerne uma individualização social ou política, mais ou menos discriminatória ou classificativa (nem que seja prática, como na catalogação por classes sociais). Considero este título de «apátrida», no seu sentido mais dignificante e não pejorativo, para que não haja más interpretações, que é a «condecoração» (atribuição honorífica) de uma pessoa que possui atributos humanitários relevantes, indicadores da sua identificação (leia-se vivência) com os valores éticos e morais mais elevados da Humanidade.

Para não dar azo a equívocos, acho por bem partilhar o que penso sobre

o que significam para mim estes valores que, segundo a maior parte, senão todos, desta sociedade actual, parecem estar alterados, o que nos leva a estarmos de acordo!

Parece que existe uma saudade, palavra tipicamente portuguesa, em maior ou menor grau, dos códigos de Honra, Honestidade e Humanitarismo. Neste contexto, ainda bem que existem nacionalistas, pois que se fossemos japoneses, pelo menos no tempo em que se praticavam estes códigos, a maior parte das pessoas que desempenham cargos de poder no nosso país, já teriam feito hara-kiri...

«Graças a Deus» somos portugueses, pois que este exemplo oriental, bastante violento ou apenas «radical», assume um aspecto «mais cristão», no célebre quadro de Egas Moniz quando se apresenta com uma corda ao pescoço com a sua família, perante o rei de Leão!

Note-se que disse «cristão» e não «católico», a fim de preservar o símbolo que originou este nome, conhecido por Jesus Cristo, salvaguardando-o da responsabilidade das vitórias (atrocidades mas com nome patriótico) perpetradas perante habitantes de outras regiões, apelidados «animais» (pois até ao renascimento e talvez para justificarem as conquistas e/ou expansão dos valores ocidentais).

Lembre-mo-nos que os nativos de África ou da América (quicá da Ásia?) não

eram considerados seres humanos, pois não possuíam alma, do mesmo modo que as mulheres também, pelo menos até à Idade Média!

Como o colega afirma «...Foi seguramente graças a essas gentes que se escreveram as mais belas e gloriosas páginas da nossa História... da epopeia dos Descobrimientos ao fim do Império...», certamente não se deve ter apercebido das implicações deste seu patriotismo exacerbado... é que um país como o nosso, os portugueses católicos representam 89,9% (segundo artigo do jornal Expresso de 1 de Novembro pp.), com este rejúbilo pelas façanhas de portugueses como Afonso Henriques, Afonso de Albuquerque, Vasco da Gama e muitos outros heróis, estaria a transmitir a ideia de estarmos (quer os portugueses, quer os espanhóis, ingleses, franceses, americanos do Norte, Romanos, Gregos, Turcos e todos os países que conquistaram ou colonizaram...) expandindo a «fé cristã», deveria dizer-se católica, pois Jesus Cristo foi um pregador do Amor e por conseguinte, um pacifista adepto da não-violência, e que seria uma ideologia de violência!?

Penso que a Classe Médica, apesar de eu não ter conhecimento de algum inquérito específico sobre as nossas convicções religiosas, mas como nos inserimos no quadro geral português de cidadãos católicos, provavelmente dos que se dizem pouco (às vezes...

nos casamentos, baptizados, enterros...) praticantes, quer dizer, não vão à missa mas são católicos! Como o nosso saudoso Sousa Martins, cuja estátua em frente da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, se encontra sempre cheia de flores como reconhecimento pelas suas obras...

Não quer dizer no entanto que não sejamos bons profissionais no sentido lato do termo, i.e., científico+humano, condição *sine qua non* para se poder ser chamado Médico, pois creio que somos o baluarte dos Valores da Humanidade! Identifico o ser-se médico como sinónimo de ser católico, ou melhor cristão (no seu objectivo mais elevado, o de amar) mesmo que não baptizado, pois o importante não são só as promessas mas a sua prossecução! Ser médico é ter não apenas conhecimentos científicos, mas e sobretudo, ter a capacidade de amar os outros, pois sem este componente desvirtua os Valores do juramento Hipocrático que livremente (?) fez, sendo apenas um funcionário, qual máquina, ou peça da máquina social, executante de um programa que lhe foi introduzido. Não confundamos religião com espiritualidade: na primeira, é o humano à procura do Divino, enquanto que na segunda, é o Divino a manifestar-se no Humano!

Como valores humanos, nunca vi nelas nomeada a Ciência, pelo que continuo a ser um apologista do que é intrínseco ao ser humano e à sua consciência inata de valores: o que é o bem e o mal, neste mundo da relatividade. Colocaria em primeiro lugar o Humanitarismo e de seguida a Honestidade e por último a Honra.

Coloco em último a Honra, pois pode ser-se honrado mesmo a destruir, por exemplo na prossecução do respeito perante códigos ideológicos destrutivos, como foi por exemplo o nazi, o bolchevique, o maoista, ou outros actuais... podemos portanto honrar compromissos mas que não sejam benéficos para outros seres humanos (aí o «Valor» ganha aspas...) com códigos de honra diferentes – acontece fre-

quentemente com o choque das diferentes «verdades»...

Ser-se Honesto, poderá ser sinónimo de íntegro, penso já não ser um valor subjectivo, pois parece traduzir uma postura de respeito, e este, elevado ao seu expoente máximo, ou seja, se existir na realidade, é tradução de Amor. O que define amar é aceitar, perdoar, respeitar... são todos sinónimos, pois não se pode conceber a existência de um sem o outro.

Esta divagação para chegar à conclusão de que as características de um médico (curar ou aliviar o padecimento do paciente) são por definição várias, imbricadas umas nas outras, ou como disse, sinónimo umas das outras – somos o baluarte dos Valores da Sociedade, da Humanidade, no seu expoente mais refinado de respeito pela vida, pelos outros e por nós próprios! Por estes motivos sou um admirador de Hipócrates, Paracelso, Jesus Cristo, Gandhi... pelo que só poderei alimentar patriotismos que sejam em prol do bem do Ser Humano, da Humanidade, no âmbito da Ciência, da Arte e da Espiritualidade – será que ela beneficiou com a constituição (conquista) de Portugal à custa de tanta mortandade? Também a Ciência avançou muito como resultado das experiências feitas por médicos nazis nos campos de concentração, mas nem por isso a maior parte dos médicos deixaram de criticar os avanços conseguidos à custa de tanto sofrimento humano quando poderiam ter obtido resultados de outro modo «mais saudável» – os fins não justificam os meios!

Nunca irei venerar um homicida e reincidente, só porque realiza actos de violência sob um estandarte de patriotismo, seja em prol da expansão religiosa, do espaço territorial ou económico...

Gosto do meu país, acredito no meu país, luto pelo meu país, e por isso sempre tive coragem de emitir a minha opinião, haja ou não liberdade, ou melhor, hajam ou não efeitos secundários da sua assunção.

Deveríamos preservar as características boas do nosso povo, que se forem devi-

damente estimuladas, levarão pelo menos a não repetir erros e regozijar-nos por atitudes como a abolição da escravatura e da pena de morte, o subscrever os «Direitos do Homem» entre outras.

Na história de Portugal abrimos a porta da renovação, talvez não tivesse sido da melhor maneira, mas pelo menos não houve derramamento de sangue! Teria sido melhor ter esperado por uma mudança natural, inevitável? Mas a realidade dos acontecimentos foi outra, é outra, e é aqui que temos que aproveitar e explorar os melhores sentimentos do nosso povo, que parece ter encontrado a via pacífica para podermos não «voltar a ser», mas SERMOS a orientação do mundo na propagação dos valores norteados pelo Amor, nomeadamente na Medicina.

Aderimos à CE, ao que parece com o nosso assentimento comum, penso que tendo por base um sentimento de Amor além-fronteiras, com a abolição destas e de patriotismos exacerbados, mas mantendo a individualidade das nacionalidades como dois indivíduos que se casam passando a constituir um casal, mas respeitando a manutenção das suas respectivas individualidades. A palavra de ordem deve ser Amor, e na nossa classe é onde é mais necessário! Não ter medo de o afirmar e trocar a espada da justiça humana pelo bisturi, ou se melhor possível pela terapêutica não-cirúrgica, pois é a capitulação da eficácia da medicina clínica que a ela tem que recorrer quando necessário.

Não somos os primeiros, mas pelo menos que não sejamos os últimos na completa mudança da nossa ortodoxia científica relativista, e abramos as portas à teoria quântica, que não é mais que outro adjectivo para os atributos da nossa Classe, do nosso povo. Através da nova Ciência muitos fenómenos são agora explicados, nomeadamente em campos que não nos são alheios, como os relacionados com o outro componente do ser humano além do corpo e da mente, e não menos importante, o espírito.

Francisco Patrício

AS JUNTAS MÉDICAS DA CAIXA GERAL DE APOSENTAÇÕES

Na sequência da difamação feita às Juntas da CGA, que decorre há cerca de 6 meses, centrada sistematicamente sobre os mesmos casos que se pretendem de erro de decisão, seis num universo de vários milhares (milhares, exactamente, é o que está escrito), têm sido feitos múltiplos comentários ao trabalho em Junta que, as mais das vezes, espelham apenas a ignorância sobre esta actividade médica mesmo entre os próprios Médicos.

M. M. Camilo Sequeira

Coordenador do Gabinete da Junta Médica da CGA (Médico-Chefe)

O que é surpreendente e preocupante. Pois revela que não só não se conhece o que se pretende comentar como não se tem consciência de que quando se desconhece algo o que se deve fazer é procurar aprender sobre o assunto.

Começo por salientar que esta campanha difamatória tem origem desconhecida e que se terá iniciado porque uma Junta Médica da CGA «teria mandado trabalhar uma pessoa gravemente doente».

O que demonstra uma total ignorância sobre a estrita competência que a Lei reconhece a estas Juntas que não é mandar trabalhar.

De facto não sabemos como se inventou a calúnia mas, no caso e pelo menos por agora, também não interessa. Este texto é escrito (e será enviado para a Revista da Ordem dos Médicos por ter mais ampla divulgação no nosso grupo profissional) para o Boletim da Secção Regional do Centro da Ordem por este ter dedicado, no número 30, algum do seu espaço ao tema «Juntas

Médicas» e aí se encontrarem comentários que, mais ou menos, se integram na já referida falta de conhecimento objectivo sobre o que se comenta.

O que com ele pretendo é dar a conhecer o funcionamento das Juntas da CGA aos Médicos portugueses. Mas faço-o também pelo prazer pessoal de lhes dar a conhecer uma estrutura «médica» que não tem qualquer receio de se comparar com as suas congéneres de fora de portas, seja qual for o local que se pretenda escolher para fazer essa comparação.

As Juntas Médicas da CGA têm o orgulho (orgulho, repito) do seu pecado original de não satisfazerem o modelo lamentavelmente identitário de muitos dos nossos serviços, e das nossas instituições, que, quando avaliadas no «ranking» respectivo, ocupam (orgulhosamente?) o último lugar ou próximo.

As Juntas da CGA, quando alguém analisar o respectivo «ranking», assumem que talvez, talvez, não ocupem o primeiro lugar mas estão seguras de se encontrarem entre os muito primeiros.

E afirmamo-lo com orgulho, com satisfação, com a certeza de que o rigor clínico, a sensibilidade social, a adap-

tabilidade á circunstância de quem avaliamos, enfim, o sentido crítico que todo o decidir que envolve pessoas deve implicar, são a sua «marca».

O que vou tentar que seja reconhecido pelos leitores deste texto.

O funcionamento das Juntas da CGA

Na CGA privilegia-se a informação prestada pelo Médico assistente do requerente das suas Juntas.

Entende-se que um relatório do Médico assistente, bem estruturado semiológicamente, com competente raciocínio clínico e uma apreciação contextual sobre o doente potencialmente incapacitado, que se trata há mais ou menos tempo, é a base de toda a apreciação em Perícia.

Este documento, escrito de forma legível e bem identificado, é o alicerce sobre que se construirá o parecer pericial e é também o elemento fundamental que permitirá, quando for caso disso, um contacto pessoal que pareça útil à apreciação em Junta.

Afirmamos sem rodeios que este modelo é melhor clinicamente, mais responsável socialmente e mais adequado à

relação médico-doente do que o preenchimento de formulários feitos uniformemente, sem a devida pessoalização do avaliado e com remuneração «à peça». Mas este é apenas o nosso entendimento.

Há outros Médicos que afirmam, convicta e honestamente, considerarem o formulário mais sério exactamente porque, sendo distante da relação médico-doente, será mais objectivo. Na CGA após a recepção do relatório em cuja qualificação se tem insistido (e com algum êxito pois se ainda são poucos os Médicos que hoje elaboram relatórios cuidados são muitos mais do que há meia dúzia de anos atrás) o requerente é avaliado em Junta Médica presencial.

A avaliação em Junta sem presença física é excepcional dependendo ou de pedido expresso do próprio, com fundamento clínico, ou de decisão interna face ao quadro proposto que não levanta dúvidas quanto à decisão.

E a avaliação em Junta implica sempre (sempre, repito) a unanimidade de ambos os Médicos que a compõem.

Se esta unanimidade não for possível ou se o contexto clínico é complexo ou está mal adequado ao que consta dos documentos em processo a Junta não pode usar o voto do elemento não Médico como de qualidade. – Nunca tal aconteceu.

A Junta pede ou novas informações clínicas a obter pelo requerente ou a sua avaliação por um dos Consultores especialistas da CGA que, no seu consultório, analisa o contexto clínico, as suas repercussões sobre aquele particular doente e define os factores de risco eventualmente relevantes nesse seu exame.

E esta nova informação será apresentada á Junta que dela se servirá para resolver a sua prévia dificuldade de decisão. – Este sim é o «voto» de qualidade.

O membro das Juntas que não é Médico é contestado, e desde há muito, não por interferir na decisão da Junta mas por três outras razões:

1 – Porque se as Juntas são Médicas devem integrar exclusivamente Médicos;

2 – Porque embora todos os funcionários ligados a actividades médicas (e são muitos pois são todos os administrativos com acesso a documentação clínica) estejam obrigados ao sigilo a verdade é que os Médicos têm esse dever como condição profissional. Pelo que se admite que esta norma os mantém permanentemente despertados para o seu cumprimento com uma melhor protecção do sigilo em Junta se estas integram apenas Médicos;

3 – Porque na Junta também há uma relação de doente com Médico pelo que a liberdade de expressão que deve caracterizar este particular encontro social pode ficar condicionada por constrangimentos sentidos pelo doente em falar de si a alguém que não é Médico. Esta questão arrasta-se há anos por desinteresse dos diversos Governos em alterarem o Estatuto. E para se ter a dimensão do longo tempo desse desinteresse basta dizer-se que as propostas de alteração tiveram várias versões de acordo com o evoluir da nossa vida colectiva.

E nunca se conseguiu fazer nem sequer uma pequena alteração que se propôs em alternativa á mudança de todo o Estatuto. E que era modificar o artigo onde a presidência da Junta é delegada pelo Presidente do Conselho de Administração num Director ou Gerente noutra, onde essa delegação fosse feita ... num Médico.

Adiante.

Após a avaliação feita por dois Médicos em Junta e, eventualmente, também por um Consultor da especialidade da CGA, todos os processos são apreciados pelo Coordenador do Gabinete que funciona como homogeneizador do sistema.

De facto cabe a este Médico, que trabalha sem a presença física do requerente, apreciar toda a documentação em processo e o decidido em Junta. E verificar se esta decisão está fundamentada pela documentação e ou pela argumentação que a Junta possa ter considerado útil para melhor caracterizar o seu decidir.

(Como pormenor informo que também é este Médico que classifica as

decisões com um sistema de 6 dígitos que permite o controlo desta fórmula pelos próprios funcionários do Gabinete e anula o risco de erros resultante de registos em que «sim» e «não» são marcados como 1 ou 2. E é este registo que permite que a CGA possa, em tempo real como agora se diz, responder a perguntas como esta: quantos cantoneiros de limpeza, residentes no distrito de Leiria e com idades entre 52 e 57 anos, foram aposentados por depressão? – E quantos o não foram? – Deixo à reflexão dos leitores o eventual relevo desta questão que merece ser comparada com a capacidade de informar de outras estruturas nacionais. – E não me refiro apenas às com actividade similar...)

E como a decisão médica é, de facto, uma proposta de decisão assente na aceitação do específico do analisar clínico, só depois da intervenção do Coordenador do Gabinete é que o processo passa à Direcção da CGA que tem a competência de decidir, de facto. E o processo pode terminar aqui com a avaliação do requerente feita por três, ou quatro, Médicos ligados á Perícia. Mas se houver reclamação contra esta decisão a participação médica não terminou.

Porque a reclamação tem de ser suportada por parecer clínico onde sejam referidos os seus motivos. E a validação das razões apresentadas é feita pelo Coordenador do Gabinete a quem é dada a possibilidade de ou recusar o pedido por má fundamentação ou de promover uma nova Junta por serem propostos para avaliação elementos que antes não existiam ou que foram mal apresentados ou então que se tornaram mais relevantes no tempo entretanto decorrido.

Criando-se assim a possibilidade de o requerente de um determinado benefício ter ainda três novas avaliações médicas.

Poderá ser avaliado por Consultor especialista da CGA para melhor caracterização dos elementos clínicos que são suporte da reclamação. Mas também pode não se justificar esta intervenção face á relevância e coerência desses ele-

mentos apresentados de novo.

Pelo que será reavaliado de imediato em nova Junta, como a anterior, com dois Médicos e em presença física, com repetição de todo o procedimento já referido.

Ou, perante um conflito de opinião não resolúvel nestas diferentes intervenções, será avaliado em Junta de Revisão com três Médicos, com presença física, e tendo esta carácter finalizador do processo.

Esta metodologia permite que na CGA os requerentes de um benefício dependente de avaliação pelas suas Juntas passem sempre (sempre, repito) por três Médicos dos quais dois com avaliação feita com presença física.

Mas, por absurdo, de facto até pode ser avaliado por dez Médicos (dois na Junta, um Consultor, o Coordenador,

de novo dois em Junta com avaliação prévia por um Consultor e três em Junta de Revisão).

Comentário final

Surpreende-me o aparente entusiasmo que a nova legislação (que é velha porquanto apenas se transpõe para a CGA a regulamentação da Segurança Social) merece a tantos Médicos e agentes de opinião.

Surpreende-me porque, apesar do respeito que me merece qualquer colega com sentir diferente do meu, acho indefensável um sistema de avaliação clínico que tem como referência uma consulta médica em que se preenche um formulário.

Sendo este o suporte das propostas de decisão das Juntas que não estão

obrigadas, sequer, a fazer a apreciação do que nele consta em exame presencial. Ora este é, exactamente, o que a Legislação agora impôs como exemplar modelo alternativo ao «vicioso» da CGA.

Sou pouco de lamentos.

Mas não posso deixar de lamentar o perceber que temos de esperar que este modelo seja repensado e, em nosso entender, com a maior brevidade possível.

Porque é pouco pretender-se valorizar a nova Lei pelo único mérito que tem que é o de finalmente generalizar a presença de representante do requerente nas Juntas de Revisão como já se verifica nos casos abrangidos pelo Decreto-Lei 503/99.

(Lisboa, 6 de Dezembro de 2007)

Acta Médica Portuguesa, uma edição ONLINE
www.actamedicaportuguesa.com

ACTA MÉDICA PORTUGUESA

@ Rapidez de acesso

@ Facilidade de consulta

@ Pesquisas mais completas

@ Divulgação a nível mundial

@ Possibilidade de imprimir artigos

@ Publicação de mais artigos por edição

@ Todos os textos disponíveis no arquivo online

ABATIMENTOS E DEDUÇÕES AOS RENDIMENTOS DE 2007

I. ABATIMENTOS

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

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

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

Tem o limite de • 6.100,00

Porém, se o rendimento bruto da categoria H exceder • 35.000,00, este limite de • 6.100,00 será reduzido até à sua concorrência de 15% da Parte que exceder os • 35.000,00.

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

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

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

Totalidade dos encargos quando fixados na respectiva sentença judicial.

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

O rendimento bruto é abatido de 30% para despesas e encargos, não sendo necessários quaisquer documentos. Não poderá resultar um rendimento líquido global inferior a metade do valor anual do retribuição mínima (• 2.821,00).

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

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

2. DEDUÇÕES À COLECTA

2.1 – Despesas de Saúde (Art.º 82.º)

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

As despesas com bens e serviços com IVA à taxa de 21%, são limitadas a 2,5% daquelas despesas ou a • 60,00, desde que documentadas com receitas médicas (al. d) do Art.º 82.º).

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

30% das despesas suportadas com o limite de 160% da retribuição mínima nacional mensal (• 644,80). Nos agregados com 3 ou mais dependentes, o limite é elevado em 30% por cada dependente (• 765,70).

2.2.1 – São dedutíveis à colecta 30% da totalidade das despesas efectuadas com a educação e reabilitação do sujeito passivo ou dependente com deficiência maior ou igual a 60%, bem como 25% da totalidade dos prémios de seguro de vida (art.º 87.º)

Porém, a dedução dos prémios de seguros não pode exceder 15% da colecta de IRS.

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

30% dos encargos com o limite de • 574,00.

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

25% das despesas com o limite de 85% da retribuição mínima mensal (• 342,55).

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

Casados – • 120,00; não casados – • 60,00.

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

30% dos encargos com os limites de:

Casados – • 160,00; não casados – • 80,00

Por cada dependente a seu cargo os limites são elevados em • 40,00.

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

30% das despesas com o limite de • 761,00 •.

2.8 – DEFICIENTES:

São dedutíveis à colecta por cada sujeito passivo com deficiência igual ou maior que 60% três retribuições mí-

nimas mensais (• 1.209,00), bem como uma retribuição mínima mensal por cada ascendente que viva em comunhão de habitação com o declarante e não aufera mais que uma retribuição mínima mensal nacional (Art.º 87.º). Se a invalidez for superior a 90% então a dedução por cada sujeito passivo é de quatro retribuições mínimas nacionais (• 1.612,00).

2.9 – Os pagamentos por conta e as retenções (Art.º 78.º, n.º 2):
Sem qualquer limite.

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

Devem ser declaradas tratando-se das seguintes aquisições:

- Imóveis de valor igual ou superior a 250.000,00 •
- Automóveis ligeiros de passageiros de valor igual ou superior a 50.000,00 •
- Motociclos de valor igual ou superior a 10.000,00 •
- Barcos de recreio de valor igual ou superior a 25.000,00 •
- Aeronaves de turismo
- Suprimentos e empréstimos feitos no ano, de valor igual ou superior a 50.000,00 •.

BENEFÍCIOS FISCAIS

4. COMPUTADORES PESSOAIS NOVOS, bem como software e aparelhos de terminal (art.º 64.º do EBF)

50% das despesas de aquisição, com o limite de • 250,00. Este benefício só pode ser utilizado uma vez durante os anos de 2006 a 2008.

- É necessário ainda que o sujeito passivo ou qualquer dependente frequente qualquer nível de ensino.
- Que a factura tenha o número fiscal do adquirente e contenha a menção «uso pessoal».
- Que a taxa de IRS seja inferior a 42%.

5. PPR (Art.º 21.º do EBF)

São dedutíveis à colecta 20% dos valores aplicados em PPR até ao limite de :

- 400,00 – se o sujeito passivo tiver menos de 35 anos.
- 350,00 – se o sujeito passivo tiver entre 35 e 50 anos.
- 300,00 – se o sujeito passivo tiver idade superior a 50 anos.

Os reformados não têm direito a esta dedução.

6. MECENATO (Art.ºs 56.º-D e E do EBF)

6.1 – São dedutíveis, sem limite, 25% das doações ao Estado, Regiões Autónomas, Autarquias e seus serviços. Associações de Municípios e de Freguesias.

Fundações em que o Estado participe no património inicial.

Fundações com fins de natureza social ou cultural.

6.2 – São dedutíveis 25% das restantes doações com o limite de 15% da colecta:

IPSS; PCUP; Centros de cultura; etc.

6.3 – São dedutíveis à colecta 25% dos donativos concedidos a igrejas, instituições religiosas, pessoas colectivas de fins não lucrativos pertencentes a confissões religiosas ou por elas instituídas, sendo a sua importância considerada em 130% do seu quantitativo, com o limite de 15% da colecta.

TABELA DE IRS DE 2007 no Continente

RENDIMENTO COLECTÁVEL (euros)	TAXAS (%) Normal	TAXAS (%) Média
Até 4 544	10,5	10,5000
> 4 544 a 6 873	13	11,3472
> 6 873 a 17 043	23,5	18,5991
> 17 043 a 39 197	34	27,3036
> 39 197 a 56 807	36,5	30,1545
> 56 807 a 61 260	40	30,8701
> 61 269	42	

PAGAMENTOS POR CONTA

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

NÚMERO FISCAL DE CONTRIBUINTE

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

O salário Mínimo Nacional para 2007 é de • 403,00.

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

CRUZEIRO ATRAVÉS DA HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA FORCEPS TARNIER

Os cruzeiros, através da história de qualquer ciência, são os únicos meios de aproximação aos temas actuais. Com o conhecimento da história ilumina-se o passado e descobre-se o génio de muitos notáveis que figuram nas páginas do progresso da Humanidade. Com esta verdade e forte convicção saímos da linda cidade de Aveiro, outrora cercada de muralhas e canais que sempre abraçaram o mar, seu único companheiro amado.

Atravessamos o passado, sem ventos nem tempestades e na calmaria do pensamento, embalados por um lindo sonho, aportamos ao final do século XVI para chegar a STEPHANTARNIER, eminente Professor Vitalício da Clínica de Partos de Paris. Este nome está ligado ao *forceps*, palavra que significa *pinça* (se derivada do grego) ou *tenaz para segurar peças quentes* (se derivada do latim).

Três etapas marcam a história deste instrumento. A primeira época pertence à imaginação de *Peter Chamberlen* (Figura 1), filho de uma família francesa protestante emigrada em Inglaterra e que acabou por exercer medicina em Londres. A cinemática da família de *Chamberlen* dava um filme de longa metragem, pois a dinastia desta família foi famosa durante o seu reinado. O *forceps* de *Chamberlen* era recto e formado por duas colheres, como depois todos os *forceps*, mas unidas por um cordel. Este *forceps*, apesar da forma do conceito limitava muito a sua aplicação.

Deixando para trás esta longa carreira, seguimos a viagem do pensamento e chegamos ao parteiro francês André Levret que, em Paris (1747), apresentou uma modificação do instrumento de Puch (1740) e a ele se deve a se-

gunda época do *forceps*. Alongou os ramos e neles fez uma curva, criando a chamada curvatura pélvica do *forceps*. Em 1751 Guilherme Semellie, em Inglaterra, apresentou um modelo idêntico à criação de Levret. As características do *forceps* Levret seriam revolucionárias pois permitiam aplicações de cabeças altas e já menos traumatizantes. Apesar de inúmeras modificações sofridas, teve uma voga universal, embora inúmeras críticas vindas de várias frentes famosas como Tarnier, Hermann da Escola de Berne, Hubert de Louvaine e Chassagny, Moralés da Escola de Lyon. Destas oposições científicas reinava na época a máxima expressão: «Usa o teu *forceps* e aprende a usá-lo», princípio ainda válido nos dias de hoje. Mas, o instrumento de Lev-

ret era universalmente adoptado parecendo que não podia sofrer mais modificações, «a não ser para o danificar» (Pajot). O próprio Pajot igualmente usava-o, mas com um artifício de forças de extracção, conhecido por manobra de Pajot. É neste momento (1876) que Tarnier já tinha imaginado



Figura 1- Forceps de Chamberlen. (Coleção Casa Museu)

um forceps. Chegámos ao nosso objectivo e aqui cessamos a Viagem. STEPHAN TARNIER (1828-1897) nasce em Aizerey, na Côte-d'Or, em 1828, filho de um médico. Mais tarde foi viver para Arc-sur-Tille, sendo esta a terra que Tarnier amou até ao fim da sua vida. Ali passava as suas férias, recuperando energias e descansando da vida. Iniciou os estudos de medicina em Dijon, entre 1846 e 1848, tendo seguido depois para Paris onde terminou o curso. Entretanto, em 1844 um surto de cólera manifesta-se e Tarnier junta-se ao pai na luta anti-cólera. Finda a epidemia regressa a Paris, onde é nomeado médico externo dos Hospitais (1850), interno (1852) e médico interno titular (1853). Há excepção de alguns trabalhos de relativa importância apresentados na Sociedade de Anatomia e na Sociedade de Biologia e em colaboração com Vulpin, nada mais publicou, quando em 1857 apresentou a sua tese que imediatamente o tornou célebre. Tarnier demonstrou a diferença que existia entre a mortalidade das mulheres puerperas hospitalizadas e a mortalidade ocorrida entre as mulheres com partos fora do hospital. Recorre à estatística, a números e a taxas assustadoras, e afirma na sua tese que «a febre puerperal existe, ela é epidémica e contagiosa»; mais adiante continua «durante o curso das epidemias da febre puerperal notamos, muitas vezes, na vulva das mulheres doentes e mesmo naquelas com indícios, placas gangrenosas de extensão variáveis, cuja presença, quase sempre, coincide com a presença de acidentes. Pode-se então pensar que eram devidas a uma acção séptica que se exercia pelas partes genitais. Mas é provável que os pulmões, pela sua superfície e actividade, oferecessem condições mais fáceis à absorção e que muitas vezes, se não sempre, é por eles que tem lugar o envenenamento». Tarnier fala no contágio pelos médicos e enfermeiras, mas esta verdade acusadora custou-lhe vários dissabores. O objectivo de Tarnier era evitar o contágio das infecções hospitalares, especialmente pelo ar. Por isso, idealizou planos para

modificar as estruturas das Maternidades e, em 1870, consegue ganhar a sua causa, com os conhecimentos de Pasteur, a tese sobre Septicémia Puerperal, e em 1880 a tese do Prof Doleris.

Em 1873, Tarnier adoece gravemente, deixa Paris e segue para Midi, em Hyeres. Fica aqui vários anos, não volta à capital e regressa para os exames na Maternidade. Durante a convalescença, Tarnier trabalhou e inventou o seu instrumento precioso, o forceps (Figura 2).

No começo do Inverno de 1876-1877 convida os Professores Budin e M. Pinard para uma reunião em casa dele. O encontro foi cumprido e Tarnier fez a seguinte pergunta:

«Acreditam que os forceps são bons instrumentos?». A resposta sucedeu-se: «Sim, dentro das suas mãos!» Tarnier considerou e disse-lhes que era um instrumento muito imperfeito. Fazia ao forceps de Levret duas censuras e um desiderato: 1º Ele não permite a extracção segundo o eixo da bacia; 2º Ele não permite a mobilidade da cabeça fetal; 3º Ele não indica o sentido no qual se deve fazer a tracção e seguir livremente a curvatura pélvica.

Após isto, mostra o seu instrumento inventado e construído pelo próprio. Curvou mais a curva pélvica e cefálica de Levret e criou a chamada curva perineal (Figura 3), de tal modo a permitir a tracção segundo o eixo perpendicular ao estreito superior da bacia; com dois tirantes metálicos de tracção, com as extremidades superiores em forma de botão, móveis num olhal localizado a 1 em abaixo do vértice inferior da fenestra das colheres. Estes tirantes, durante a tracção, iriam indicar a posição de apreensão, como fossem agulhas indicadoras, guias excelentes da



Hermes de Oliveira Castanhas

posição do globo cefálico do feto (Figura 3).



Figura 2- Forceps Tarnier com patente Lieberg, com dois tractores. Pertenceu ao DT. Virgílio Figueiredo (1913-1988) usado no seu nascimento pelo Dr. Joaquim Pereira Machado, falecido a 1 de Novembro de 1943. (Colecção Casa Museu Dr. Hermes)

Os tirantes fixavam-se ao arco de tracção que, por sua vez, se liga ao manípulo ou pega, constituindo todas estas peças o sistema de tracção. Sobre os ramos idealizou um aperto de fixação das colheres.

Tarnier publicou o seu forceps mais tarde, em 22 de Janeiro de 1877, numa memória admirável de 53 páginas com 43 figuras. Curiosa a afirmação do Prof. americano Denen, estar convencido que Tarnier se inspirou no forceps de Moralés. Com ironia, Pajot chamou ao forceps Tarnier o *forceps das agulhas*. Ao fim de 100 anos, o forceps de Tarnier ainda era usado. Tarnier morreu deixando em testamento o seu sucessor, Prof. Budin.



Figura 3-Versão Tarnier de finais do séc. XIX, com patente Mathieu. Pertenceu ao Dr. Miguel Marques da Fonseca Barata. (Colecção Casa Museu Dr. Hermes)

Notícia

Contra declínio do médico-cientista

Foi apresentada a 13ª edição do Prémio Bial, no dia 6 de Dezembro, em Lisboa. João Lobo Antunes, presidente do júri do Prémio Bial 2008, falou do problema do declínio da investigação associada à medicina e apresentou este galardão como um contributo para o fomento da investigação.

Este problema não é, todavia, circunscrito a Portugal, mas à Europa em geral. Segundo dados citados pelo médico, a percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) que, na Europa, é investido em financiamento de investigação é de apenas 1,99%, contra os 2,76% dos Estados Unidos. No Reino Unido, por exemplo, os *clinical lecturers* decresceram em 17% de 2003 para 2004, sendo esta tendência mais grave em algumas especialidades onde as des-cidas foram na ordem dos 75%.

DOENÇAS RARAS



NÃO SE CONFORME
INFORME-SE!



Existimos porque há pessoas raras,
com necessidades raras!

A GRINALDA

(Poema de Natal)

Visto-me de branco
E espero o seu regresso
Encho de paz as minhas mãos
E o meu olhar
Branca é também a casa
Em que me aqueço
O meu coração é uma pomba
Que teima em esvoaçar

Branco o silêncio desta espera
Os gestos com que aconchego
A neve que tingiu os meus cabelos
E o circuito do vento
Que não esboça um lamento
Neste dia perfeito excepcional
O de Natal

Pego lentamente uma vez mais
Na grinalda que outras mulheres
Noutros Natais
Antes de mim
Pegaram e enfeitaram com laços
De seda carmim
Bagas de azevinho
E bolas de cor
Onde depositaram
Com beijos e abraços
O mais doce carinho
E o seu profundo amor

Aos arcos
Longa muito longa
Tecida pelas antepassadas
Exemplares
Desta família crente
Na sua sombra
Sou sonho e não luz
Torno-me transparente
Só existem os outros
No aniversário de Jesus

Então
Moldo palavras sãs
Com massapão e fios de ovos
Assados de peru e polpa de maçãs
Derreto a ternura sobre velhos e novos
Bato em castelo
Sorrisos de familiares e de estranhos
Decoro com frutas cristalizadas
E bombons castanhos
Para acompanhar as rabanadas

Forro uma tarte com o toque
Das peles macias e das enrugadas
Recheio-a com mimos e carícias
Rego-a com licor
Da alma
E sempre do Amor

Entrelaço as mãos
Dos meus e dos outros
E pingo-as com mel
Aos poucos

Faço um presépio
De nuvens estrelas e ninhos
E invento arco-íris e poemas
Para os sapatinhos

Assim mais um ano
A magia perdura.

Visto-me de branco
P'ra cuidar desta grinalda
É preciso estar pura.

OFÉLIA BOMBA,
médica psiquiatra.
Natal de 2007

