

# Ficha Técnica

## Ordem dos Médicos

Ano 24 – N.º 89 – Abril 2008

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:** 38.000 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

## 5 EDITORIAL

6 TSF – Na Ordem do Dia

## 11 INFORMAÇÃO

Um agradecimento excessivas vezes omitido

12 Comunicado: Visita a um serviço de urgência

12 Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho

## 14 ACTUALIDADE

Recepção aos novos colegas em Évora

21 Tecidos e células de origem humana

22 Ordem dos Médicos de Moçambique: Dirigentes tomaram posse em Maputo

24 Distinção da Universidade de Coimbra: Walter Osswald é doutor Honoris Causa

26 Fundação BIAL homenageou o médico e professor Nuno Grande

## 28 OPINIÃO

O Médico Interno nas Urgências – ameaças e desafios!  
*por Rui Guimarães*

30 Internato Médico e Serviço de Urgência  
*por Serafim Guimarães*

32 Globalização, saúde global e diplomacia em saúde pública: Reflexões de um médico de saúde pública no 60º aniversário da OMS  
*por Lúcio Meneses de Almeida*

37 Pontos de vista sobre a organização dos Serviços de Urgência  
*por F.M. Fonseca Ferreira*

## 40 CONTOS

Sinfonia «O Adeus» de Hayden

## 42 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.

# A JUSTIÇA ELEMENTAR TAMBÉM SE ASSINALA

Os médicos são muitas vezes injustamente associados à falta de empenho social, isto é, menor sensibilidade para a participação pública e o apoio em circunstâncias que não são exclusivamente do seu dever. Esta ideia que se criou é deveras injusta, uma vez que são muitos os exemplos de casos em que os médicos, quando a isso solicitados, participam e dão fortes contributos para o esclarecimento de situações em áreas da sociedade que lhes são mais ou menos marginais.

Vejamos o caso da Justiça. Os tribunais socorrem-se dos conhecimentos médicos para que os juízes possam fazer uma mais clara e rigorosa avaliação dos processos judiciais. Dizer que quase todos os dias, num tribunal qualquer do país, há um médico a prestar essa preciosa ajuda, nos mais diversos processos – desde problemas com seguradoras a questões que estão associadas a erro médico ou responsabilidade de serviços de saúde.

A ROM deste mês publica uma decisão de um juiz do Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa que é uma excepção, mas que deveria ser uma prática corrente. Na verdade, a maioria dos médicos que participam nesses processos judiciais, muitas vezes

nomeados pela própria Ordem, que recebe dos juízes as solicitações para ser indicado um perito ao tribunal, são, no final, completamente ignorados. A um acto de cidadania deste jaez deveria corresponder um singelo agradecimento, pelo menos, mas assim não é na esmagadora maioria dos casos.

Ora, na carta que o juiz conselheiro Abel Ferreira Atanásio escreveu ao Bastonário da Ordem dos Médicos é justamente feito um agradecimento, em que se reconhece – invulgarmente, diga-se – o mérito da participação de um médico nomeado pela Ordem e do seu contributo para facilitar a tarefa do tribunal.

E se este meretíssimo juiz teve mais este mérito do reconhecimento, a verdade é que foi ainda mais longe e decidiu que fosse pago a este médico o tempo e as tarefas com que o tribunal o ocupou, de resto, ao abrigo de um artigo do Código do Processo Civil. Mas como a atitude é tão rara, esta decisão merece ser amplamente divulgada e deve também ser reconhecida como importante na dignificação dos médicos e da sua colaboração na sociedade.

Se for lida atentamente a carta que o juiz conselheiro enviou ao Bastonário percebe-se que, para

além do reconhecimento, a remuneração é da mais elementar justiça. Escreve-se na carta que o médico acompanhou a audiência de julgamento e revelou inteira disponibilidade em todas as circunstâncias; também que interveio em várias sessões, esteve disponível para contactos telefónicos e teve que fazer várias deslocações. Foi com base nesses pressupostos que o sr. dr. juiz fixou a remuneração.

Esta decisão mereceria o epíteto de base de jurisprudência, passe o conceito que aqui não é aplicável. Porque, de facto, são muitas as horas que os peritos indicados pela OM retiram ao seu descanso ou mesmo a algum do seu trabalho para o esclarecimento dos tribunais. Casos há em que serão bem mais as horas que estes peritos dedicam a estes assuntos, em sessões que se prolongam por semanas e às vezes meses e nem o reconhecimento merecem.

Seja então bem avaliada por outros juízes esta decisão de um dos seus pares e que, tal como aqui se reconhece que este acto de elementar justiça merece elogios, se passe a reconhecer o apoio dos médicos aos tribunais e se passe a remunerar essa tarefa de acordo com a lei.

Diamantino Cabanas



### 31 Março

Confesso que não sei o que a Associação Portuguesa de Bioética representa. Num País em que a comunicação social, por incontornáveis motivos de concorrência, vive do imediato e do «soundbyte» nunca se sabe o que verdadeiramente vale cada um dos opinadores que ciclicamente perturbam a tranquilidade dos dias.

As posições desta associação têm sido até à data exemplos da alavancagem de temas que, não tendo à partida e expressamente qualquer intenção de encontrar soluções ou resolver problemas mas tão-somente suscitar o debate, desencadeiam a pretendida atenção dos «media».

Dir-se-ia que sendo esta a benigna intenção, é também este o resultado, permitindo uns títulos e páginas de jornais, a intervenção dos suspeitos do costume e a volta à tranquilidade do burgo quando a opinião pública, por natureza superficial, se enfastia.

Tornar-se visível é o primeiro passo de uma carreira política, pelo que, se for essa a intenção, longe de mim qualquer crítica ou desconsideração.

Há, no entanto, temas que pelo impacto na sensibilidade são de molde a, por si só, gerarem consequências. O simples facto de alguém com títulos académicos alvitrar soluções, mesmo que declare fazê-lo só para suscitar debate, é, em si mesmo, um facto político e obriga à sua análise e ao exercício do contraditório.

Tal como uma mentira mil vezes repetida se torna uma verdade consentida, também a ausência de contestação a um alvitre aparentemente lógico o torna num objectivo a atingir mesmo quando nada de útil seja de esperar de tal desiderato.

A proposta que a dita associação defendeu esta semana de o parto por cesariana ser um direito a consignar, sob mero pedido, às grávidas nos hospitais públicos, é um exemplo flagrante do que tenho vindo a afirmar.

Partindo da constatação não fundamentada de que nas clínicas privadas a cesariana resulta da mera escolha de quem para isso possui os necessários meios financeiros, propô-lo como direito no serviço público tem todas as características para ser uma medida popular.

A Ética aqui surge com a roupagem da igualdade que, da esquerda à direita, hoje todos sentem como obrigação defender, mesmo quando as medidas propostas conduzam aos antípodas do preconizado.

Como contestar, pois, esta outorga de um direito aos pobres sem acesso à medicina privada, onde este aparente bem na forma de ter filhos estaria por natureza assegurado.

O que por detrás da bondade da proposta não se observou foi a responsabilidade e ética de quem tem obrigação de saber que a cesariana não é, em si mesmo, um bem, mas meramente uma técnica usada pelos médicos com o objectivo de fazer nascer crianças saudáveis.

Tal técnica, como todas as que os médicos empregam tem vantagens e desvantagens, riscos e consequências. Como todas as outras, das mais simples às mais complicadas, deve ser escolhida com ponderação no diálogo singular entre o médico e o doente livre, competente e informado, que nele confia.

Fazer uma cesariana a uma mulher que dela não necessita ou em que o parto vaginal se mostra mais adequado é uma violação tão grave como dela pri-

var a grávida que a necessita com o argumento de ser necessário poupar dinheiro ao erário público.

O que se estranha neste caso é que a associação e o seu porta-voz aceitem pacificamente e não tenham denunciado o que a ser verdade seria uma flagrante violação ética. Isto é, que os médicos no sector privado utilizem critérios baseados no seu interesse financeiro e indiquem cesarianas sem necessidade. Se o presidente da associação e professor de Ética tem conhecimento de casos desta natureza deve denunciá-los à sua Ordem. Se não tem e se trata de mera construção teórica, então está ele próprio a assumir uma conduta pouco ética:

– a conduta populista de promover actos médicos arbitrários e desnecessários baseados na discricionariedade de doentes mal informados a quem alguém convenceu que a Saúde Pública não é um esforço solidário de todos nós, mas um usufruto a reivindicar.

### 7 Abril

Estamos em época de globalização e de economia de mercado.

À força de massacrarem todos os dias com estas verdades lapalissianas não há bicho careto que não queira dar o seu contributo, para se pôr na moda. Se a um modesto médico estas coisas ainda podem passar despercebidas e manter-se atavicamente a tratar doentes, já para um gestor, estar fora de contexto é um pecado mortal.

Em tempo de gravatas lisas quem quiser ser alguém lá terá, goste ou não goste, de ir comprar o trapito azul bebé ou rosa *shocking*. Se não o fizer, se insistir nas riscas, pintas ou famigeradas bolas o seu certo destino é ser ostracizado, afastado do são convívio dos que estão *in*.

Não é, pois, de estranhar que os atentos gestores de um hospital da margem sul, se tenham enchido de brios e numa rápida incursão pela Estremadura espanhola dela tenham trazido um oftalmologista.

Sabe-se que estes, como as abetardas, são uma espécie em extinção no nos-

---

**Fazer uma cesariana a uma mulher que dela não necessita ou em que o parto vaginal se mostra mais adequado é uma violação tão grave como dela privar a grávida que a necessita**

---



so público sistema de Saúde, com a agravante não despreciando de trabalhar pouco, deixando acumular obscuras listas de espera.

Estamos pois perante uma acção a todos títulos louvável, tanto mais quanto o dito cujo, de uma assentada, operou duzentas e tal cataratas, deixando a perder de vista a acção do autarca que mandara umas ridículas duas dezenas para as coutadas de Fidel.

Com o legítimo orgulho em inchado peito, lá aceitaram os gestores ferir a sua modéstia e dar conta na comunicação social do seu feito.

Vai daí, no seu entusiasmo, cheios de plena vontade de contribuir para o bem comum, não hesitaram, para cultura de seus pares, de discorrer sobre os pormenores do negócio, esquecendo a sabedoria milenar que nos ensina ser o segredo a sua alma.

Foi assim que para espanto dos habituais saloios se ficou a saber que o *nuestro hermano* cobrara quase mil euros por cada cirurgia feita de atacado, à razoável média de quarenta por dia.

Compreende-se que a barreira linguística, que por vezes nem o portinhol curva, desestimule o médico de falar com o doente. Operar pode ser meramente um acto técnico ligeirinho, que isto das novas tecnologias muito pode e a conversa só atrapalha.

Para quem compra cirurgias no mercado de futuros em pacotes, tudo incluído, isso de conversa e relação médico-doente é atavismo dos tempos em que ainda os gestores não tinham inventado o preclaro conceito de produtividade. Perante a ingente tarefa de despachar cristalinos à média de dez minutos para cada, um *hola* e um «próximo» são palestra que sobeje e podem ser incluídas sem sobretaxa.

Claro que há sempre uns mal-aguecidos que se lembram de ter complicações, de correr mal, de infectar ou necessitar de cirurgias da retina. Mas esses são tão poucos que por certo os médicos indígenas não se importam de dar o seu contributo para o bem comum.

O pequeno pormenor de ninguém ter perguntado aos que há trinta anos

## Perante a ingente tarefa de despachar cristalinos à média de dez minutos para cada, um *hola* e um «próximo» são palestra que sobeje e podem ser incluídas sem sobretaxa

mantêm de pé a casa se estariam interessados em fazer horas extra a preços de tal magnitude não merece preocupação quando estamos perante esta acção tão moderna de fazer medicina *offshore*.

A União Europeia constrói-se com audazes e não com gente retrógrada que ainda acredita que cada país tem a responsabilidade de tratar os seus próprios doentes.

Aliás é na senda do brilhante e esmagador exemplo que vi contado nas páginas de um matutino que me atrevo a fazer uma proposta digna dos tempos em que dávamos novos mundos ao mundo.

E tal proposta, muito simples como verão, é a de, num assomo de altruísmo, exportarmos para África ou quaisquer outras paragens de um mundo menos desenvolvido, os gestores que tomaram tão acertadas decisões. Em simultâneo teríamos de importar, para ocupar os seus lugares, uns gestores espanhóis de rápida e assertiva aritmética. É que assim bastaria no futuro, para resolver o problema das listas de espera, em vez dos incómodos médicos, contratar professores de castelhano.

### 14 Abril

Para o observador desatento a notícia era auspiciosa. Os médicos de família iriam ser compensados financeiramente pela prestação de serviço domiciliário. Habitados às realidades subjacentes a anúncios de tal teor e cientes de que «quando a esmola é grande qualquer santo desconfia», os portugueses não pareceram ficar particularmente impressionados.

Isto de ver entrar pela porta dentro o médico desde logo acolitado pela dona

da casa de frasco de álcool e toalha de linho em punho é imagem que associamos às pupilas do senhor reitor e não ao nosso modernaço estilo de vida.

Claro que em tempos de antanho em que as gripes se tratavam com o irrevogável avinha-te, abifa-te e abafa-te, o ar do Inverno tal como o banho arastavam incontáveis miasmas pelo que a recolha ao leito não merecia contestação.

Hoje, confiantes no antibiótico, na tecnologia faiscante e no pirilampo do INEM, arrasta-se o avô para a urgência do hospital mais próximo onde depois de levar com a fitinha azul ou verde espera as seis horitas da praxe para ser visto pelo mais indiferenciado da equipa.

Claro que eméritos pensadores da gestão em saúde têm espremido as meninges na procura do método infalível para acabar com as falsas urgências. Das taxas moderadoras ao puro e simples encerramento muitas foram as terapêuticas preconizadas, todas elas embatendo na impenitente teimosia dos autóctones que insistem em ser tratados.

Aparentemente alguém, talvez um médico, se terá lembrado agora que a viagem de ambulância não é sucedâneo para a por todos ansiada visita à Disneilândia e pretenda substituí-la pelo conceito com provas dadas de fazer ir Maomé à montanha quando não é viável ser esta a deslocar-se.

Retirar das urgências a doença aguda não emergente é o primeiro e óbvio passo para qualquer reforma das ditas. Mas tal, como Lapalice não deixaria de notar, só é possível se quem está ou se imagina doente conseguir em tempo útil ver-se cara a cara com um médico.



## TSF – Na Ordem do Dia

Enquanto não se implementar um sistema suficientemente elástico para responder à procura mas ao mesmo tempo suficientemente auditado para não a induzir, o corropio das ambulâncias irá continuar. Como irá continuar a transmissão das infeções respiratórias nas salas de espera e os erros de diagnóstico fruto da exaustão e da rotina. A evolução do bilhete de autocarro, remuneração até agora considerada suficiente para um médico se deslocar a casa de um doente, para os trinta euros agora anunciados será uma medida acertada, se acaso vier a ser implementada com o carácter de universalidade e simplicidade exigíveis para de facto ser uma medida e não um simples «soundbyte» no telejornal das nove. É que deve ser da idade mas já estamos todos de pé atrás com medidas experimentais ou destinadas a um pequeno e seleccionado número de privilegiados sem real impacto na vivência colectiva.

Como diria o outro:

– A ver vamos...

### 21 Abril

Muitos dos que me estão a ouvir já não recordam os tempos em que nos brinquedos a mecânica se sobrepunha à informática.

Antes do advento das pilhas secas a baixo preço, qualquer criança sabia que um automóvel só se movia se lhe desse corda ou balanço.

Também desde cedo se aprendia que dar corda era um acto complexo que exigia a apurada compreensão do até onde ir, não fora ela partir-se. Arrisco-me a dizer tratar-se de uma aprendizagem útil para toda a vida.

Para além do mecanismo mais vulgar de provocar o enrolamento de uma mola rodando uma chave, outro bastante popular consistia em forçar o rodado em marcha-atrás, até ao momento em que liberto da mão que o continha este se precipitasse uns segundos em vertiginosa marcha avante. Alguém, num texto notável publicado há alguns meses na imprensa, associou esta imagem aos nossos eternos recu-

os enquanto País, descobrindo sarcástico, que finalmente enquanto recuamos estamos, no final de contas a ganhar balanço.

Ocorreu-me tal texto esta semana mas não pelo motivo que imaginam. É que este movimento de recuo para logo com o balanço saltar um obstáculo é muito usado pelos políticos quando desassossegados sentem necessitar de um aconchego gratificante.

Tal veio-me à ideia quando vi num jornal do passado domingo o coordenador da «unidade de missão para os cuidados de saúde primários» informar compungido a sua incapacidade de levar a bom termo a missão a que se propusera, confessando-se parte do problema que não da solução.

Para quem até há bem pouco tempo se ofendia com a mais leve crítica ou expressão de alerta para dificuldades da Reforma que pretendia protagonizar, tal mudança de comportamentos era deveras notável.

Para quem garantira, e fizera Ministro e Primeiro-Ministro garantir, que a Reforma era a solução definitiva para os portugueses sem médico de família, tal disponibilidade para deixar o barco navegar ao sabor da corrente e dos ventos tempestuosos era deveras estranha e pouco abonatória.

A associação com o carrinho e seu mecanismo de corda foi inevitável quando no mesmo jornal o ardente missionário informava que no dia seguinte iria ser recebido pela Ministra da Saúde.

Como se esperava, ao fim de um breve encontro esta fez o que não podia deixar de fazer, e o penitente foi confirmado no cargo. Dois dias passados, oito dos onze colaboradores que ele próprio escolhera baterem com a porta e carim-

baram as respectivas «guias de marcha». Poderá pois estar-se em presença de um mero arrumar da casa tendo o «líder» tido necessidade de confirmar com que olhos a nova titular da pasta o via, o mesmo é dizer até onde poderia ainda ir.

Mas para tal florentinisse perder do barco três quartos da tripulação parece exercício demasiado audaz para marinheiro, mesmo neste País de brandos costumes e mansas águas.

Algumas almas mal intencionadas, cíntes que contrariamente ao que promete uma conhecida marca de pilhas a corda de balanço rapidamente se esgota, tentam agora descortinar o que correu mal nos planos e se vai descobrir a breve trecho. Há quem, com maldade que se regista, antecipe o dia em que os médicos de família, quer tenham ou não embarcado no projecto, descubram alguns dos seus danos colaterais e se lembrem de pedir contas. É que o anterior Ministro com a sua tão característica forma de actuar e o corporativismo que se lhe recorda não deixou de impor o seu cunho muito pessoal ao decreto que cria os Agrupamentos de Centros de Saúde.

Um sector que desde sempre os médicos se habituaram a gerir sem ganhar um avo vai agora ser entregue a administradores bem remunerados e à intervenção sempre exemplar dos autarcas. Qualquer coisa como umas centenas de nomeações para pessoal político carenciado é um maná que cai do céu em época que começa a cheirar a eleições.

Talvez seja por ser um descrente, mas começo a imaginar qual o missionário que nesta banda desenhada pouco original termina cozinhado no caldeirão.

---

**Um sector que desde sempre os médicos se habituaram a gerir sem ganhar um avo vai agora ser entregue a administradores bem remunerados e à intervenção sempre exemplar dos autarcas**

---



## UM AGRADECIMENTO EXCESSIVAS VEZES OMITIDO

**É comum a Ordem dos Médicos designar, a pedido dos tribunais, colegas para desempenharem funções de assessoria técnica em processos de alguma complexidade. O que não é tão comum é os médicos que o fazem receberem qualquer tipo de remuneração por essa assessoria e, ainda menos comum, receberem o agradecimento devido. Por se tratar de uma situação digna de nota iremos transcrever a carta que foi dirigida ao bastonário da OM, Pedro Nunes, e tornar público um agradecimento ao colega António Jorge Correia, omitindo, naturalmente, questões relativas ao processo em causa.**

Escreveu Abel Ferreira Atanásio, juiz-conselheiro, presidente do Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa: «No âmbito do processo n.º .../97, da 6.ª Unidade Orgânica do Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa foram solicitados os bons ofícios de Vexa para a indicação de um médico da especialidade de nefrologia pediátrica, que pudesse assessorar o tribunal no decorrer da audiência de julgamento.

Dignou-se Vexa indicar o Exmo. Senhor Dr. António Jorge Correia, do Hospital Pediátrico de Coimbra, que pela profundidade dos conhecimentos técnicos que evidenciou, pelo acompanhamento que prestou no decorrer da audiência de julgamento e pelo interesse e inteira disponibilidade que sempre revelou em todas as circunstâncias em que foi lhe foi pedida a sua colaboração pelo tribunal, muito contribuiu para facilitar a tarefa deste no apuramento da realidade táctica em discussão e na posterior decisão da causa.

E assim, terminado o referido processo, tenho a honra de manifestar a Vexa, em meu nome pessoal e do Tribunal a que presido, o apreço pela colaboração prestada pela Ordem dos Médicos, demonstrativa da necessidade e proveito da assessoria técnica especializada em todas as acções judiciais que se relacionam com questões de responsabilidade médica.

Tomo a liberdade de junto enviar cópia das duas decisões judiciais proferidas nos autos acima referidos, a sentença de 1.ª instância e o acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, e sugerir, caso Vexa assim o entenda, que desta carta seja dado conhecimento ao Senhor Dr. António Correia.

Com os melhores cumprimentos, e *também consideração pessoal*  
Atentamente, O Presidente»

Da sentença fazia parte a indicação de remuneração: «Considerando a relevância dos serviços prestados pelo Sr. António Jorge Marques Correia, na qualidade de assessor técnico do tribunal nos termos do art. 649.º do CPC, bem como o número de sessões em que interveio e a duração das mesmas, e ainda a sua permanente disponibilidade para o esclarecimento de várias questões, através dos contactos telefónicos que com ele foram estabelecidos, bem como as deslocações que efectuou, fixo-lhe, a título de remuneração, a quantia de € 450. Notifique o Sr. António Correia e, oportunamente, proceda ao pagamento.» Naturalmente que o valor não é significativo. Mas o agradecimento e o reconhecimento do trabalho e empenho dos médicos, também em funções de assessoria técnica, é.



COMUNICADO

## Visita a um serviço de urgência

Uma delegação da Ordem dos Médicos (OM) – a que presidiu o Bastonário, acompanhado pelos presidentes dos três conselhos regionais e dois outros dirigentes do Conselho Regional do Centro – visitou na madrugada de hoje, 26 de Março, os serviços de urgência geral do Centro Hospitalar de Coimbra e dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Esta iniciativa, que não foi previamente marcada pela Ordem dos Médicos e que vai ter sequência noutros hospitais do país, visa avaliar no local a composição das equipas de urgência e, particularmente, tudo o que diz respeito ao trabalho dos médicos em formação, à sua tutela e ensino, bem como ao exercício da autonomia.

A OM adverte que aos médicos internos cuja fase de formação exige o acompanhamento de colegas especialistas não podem ser atribuídas responsabilidades de decisão clínica e adverte, igualmente, para a necessidade absoluta de se respeitarem os números mínimos estabelecidos para as equipas de urgência.

A Ordem dos Médicos, no âmbito das suas atribuições reguladoras, poderá retirar a idoneidade formativa às unidades que não cumpram o regulamentado.

Lisboa, 26 de Março de 2008

## Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho

### Curso excepcional do Plano Transitório de Formação 2008/2009

O Conselho Nacional Executivo na sua reunião de 01 de Abril de 2008 homologou a proposta do Colégio de Medicina do Trabalho sobre a criação de um curso excepcional do Plano Transitório de Formação (PTF) a ter início no próximo dia **1 de Julho**, a que se poderão candidatar todos os médicos habilitados com um dos cursos de Medicina do Trabalho reconhecidos pela Ordem dos Médicos até **31 de Dezembro de 2007**.

O período de candidatura decorrerá entre **1 e 31 de Maio de 2008** nas Secções Regionais da Ordem dos Médicos.

## RECEPÇÃO AOS NOVOS COLEGAS EM ÉVORA

**Realizou-se uma cerimónia de recepção e boas-vindas aos novos colegas do Distrito Médico de Évora. Nessa cerimónia, que contou com a presença do bastonário da Ordem dos Médicos (OM) e de representantes do Conselho Regional do Sul (CRS), foram deixados alguns alertas aos colegas que iniciam agora a sua formação pós-graduada, tendo sido explicados alguns dos problemas que se verificaram relativos ao mapa de colocação dos internos.**

José Eduardo Correia, presidente do Conselho Distrital de Évora, deu início a esta cerimónia de recepção aos novos internos do distrito referindo que «a juventude e presença destes colegas é o garante da continuação da profissão». «Uma profissão que é diferente das outras», entre outros motivos, porque «se lida com a dor física e psíquica, porque o médico tem que saber ouvir e ter capacidade para aceitar o doente que tem à sua frente», independentemente das suas características, crenças ou preferências. José Correia salientou ainda: «Com toda esta responsabilidade que temos para

tratar e prevenir a doença, ainda temos que ter conhecimento científico e estudar constantemente». Referindo-se especificamente ao futuro próximo dos colegas recém-chegados, citou algumas das iniciativas que o Conselho Distrital prepara e que lhes são dirigidas, nomeadamente um curso «da máxima importância» em suporte avançado de vida, conferências e debates, para breve, com juristas especializados em direito do trabalho – com o objectivo de fazer com que os colegas mais novos se familiarizem com os hospitais EPE e novas possibilidades de contratação.

Em seguida foi a vez de Álvaro Beleza, vice-presidente do CRS, dar as boas vindas aos novos colegas e demonstrar o seu prazer em poder apoiar iniciativas das distritais. Assegurando que «a OM tudo fará para defender a medicina e tentar melhorar as condições da sua prática», neste caso especificamente no distrito de Évora, Álvaro Beleza reiterou a total disponibilidade e apoio do Conselho Regional do Sul às distritais.

Pedro Nunes, bastonário da OM, aproveitou o momento em que lhe foi dada a palavra para «desejar muitas felicidades ao longo da vida profissional» dos jovens médicos presentes na sala, mas também para «transmitir alguma preocupação» e deixar um incentivo: «A vida passa num instante. Aproveitem cada momento. O internato é uma altura muito importante em que devem aproveitar para aprender tudo o que puderem». Neste sentido, salientou a oportunidade ímpar que representa para estes médicos recém-licenciados a possibilidade de efectuarem o curso de formação em suporte avançado de vida, algo a que os mais antigos não tiveram acesso. «Vocês são a geração que vai exigir que vos dêem os meios necessários para fazerem um bom trabalho», concluiu. Em seguida o bastonário congratulou-se com o facto de as distritais da OM desenvolverem cada vez mais iniciativas, em vários âmbitos.



José Eduardo Correia; Pedro Nunes, Álvaro Beleza e Ricardo Mexia



## As vicissitudes da revisão do Internato

Ricardo Mexia, secretário-adjunto do CRS, foi convidado pela Distrital de Évora para falar durante a cerimónia. O jovem médico referiu a sua especial estima por Évora em virtude de ter feito parte da sua formação no hospital desta cidade. A sua intervenção centrou-se essencialmente na evolução recente dos internatos, área que referiu ser «imprescindível da nossa formação» e um «garante da qualidade da medicina que é exercida em Portugal».

Afirmando não ser especialista em internatos médicos, mas com consciência de que «fruto do trabalho da Ordem», de que é representante no Conselho Regional do Internato Médico do Sul, esteve intimamente envolvido no processo de evolução dos internatos, Ricardo Mexia fez questão de explicar aos colegas as razões da mudança de modelos, o porquê das prin-



Álvaro Beza reiterou o total apoio do CRS às iniciativas das distritais

cipais opções, e as dificuldades do processo, dificuldades essas que se traduziram nos problemas que se repetem há dois anos com os erros nos mapas de vagas.

«Os internatos enquanto modelo de formação tinham 20 anos de duração. (...) Ao final de duas décadas entendeu-se proceder a uma alteração do modelo, por várias razões: a principal



Cerimónia de boas-vindas aos novos médicos internos de Évora

era a existência de uma assimetria em relação a licenciados de outros países que pretendessem ingressar nos nossos internatos. O que acontecia é que enquanto os nossos licenciados estavam sujeitos a fazerem o internato geral para depois poderem fazer o internato complementar, havia colegas de outros países – em que a esmagadora maioria vinha de Espanha – que não tinham que o fazer e que nos ultrapassavam em dois anos. Isto não se reflectia necessariamente numa maior ou melhor formação – à partida – desses colegas. Não havia justificação do ponto de vista da formação para que isso sucedesse. Consequentemente, uma das possibilidades era precisamente fundir os internatos em apenas um para evitar que houvesse esse tipo de discrepâncias», explicou.

O processo negocial entre a OM e o Ministério da Saúde foi longo e muitas vezes dificultado pelas alterações, quer políticas, quer em termos de organização e estrutura do próprio MS, mas «o diploma acaba por ser publicado no Verão de 2004», passando a existir um ano comum com um programa de formação, e verificaram-se algumas alterações substanciais nomeadamente no modelo do exame final. Mas nem tudo o que a OM pretendia foi contemplado, segundo Rocardo Mexia: «Uma das áreas que se queria alterar era o sistema de acesso aos internatos mas não foi possível ainda fazê-lo. Por enquanto é este o modelo que temos com todas as vicissitudes que vão sendo conhecidas».

Referindo-se a outras áreas merecedoras de crítica, o secretário-adjunto do CRS citou o modelo das vagas carenciadas, um sistema que originava situações profundamente injustas: «Por vezes coexistiam no mesmo serviço, colegas do mesmo ano, colocados no mesmo concurso, em que uns ocupavam vagas normais enquanto que outros estavam colocados ao abrigo das vagas carenciadas ou especialmente carenciadas, com os benefícios remuneratórios que esse sistema implicava».

Conforme explicou Ricardo Mexia, foram sendo introduzidas alterações tam-



David Morais, internista e professor da Universidade de Évora

bém nesse aspecto, mas nem sempre foram as mais eficazes. O caso das vagas protocoladas são um exemplo de uma tentativa de solução pouco conseguida, pois acabam por traduzir um sistema opcional «que, do ponto de vista da locação de recursos para o país, é um desastre». Um modelo que o secretário-adjunto do CRS não hesita em classificar de «praticamente inexistente do ponto de vista dos recursos humanos e da sua boa distribuição», reconhecendo contudo que se podem encontrar vantagens para os internos: «Se tivermos em conta que o que estava estatuído anteriormente era a devolução do triplo do vencimento, para os internos esta foi uma óptima alteração». Sobre o que correu mal, Ricardo Mexia começa por referir que «o departamento do Ministério da Saúde que trata dos internatos tem uma equipa que não chega a dez pessoas», reconhecendo que será difícil que dez administrativos mantenham a funcionar devidamente um sistema que comporta quase 1000 pessoas. Depois explicou que a Ordem dos Médicos fez sucessivos apelos para que os concursos e os avisos fossem publicados a tempo para permitir que as pessoas se preparassem devidamente para o concurso. «É difícil explicar. As pessoas não têm a noção do que implica fazer aquele exame».

«Depois de a OM ter-se disponibilizado várias vezes para colaborar na colocação, (...), o que aconteceu foi que as pessoas foram colocadas em final de Novembro, e constatou-se que o mapa continha erros». Posteriormente a isso, como explicou, o secretário-geral da altura, Rui Gonçalves, fez um despacho que suspendia esse mapa e que adiava a publicação para meados de Janeiro, diferindo as colocações dos internos para uma data algures «entre o dia 15 e o dia 29 de Janeiro». O que sucedeu, e vir-se-ia a repetir este ano, foi que o período de formação começou um mês depois do que estava previsto, «o que tem obviamente implicações em todo o internato e no cumprimento do respectivo programa».

Ricardo Mexia terminou a sua intervenção com uma nota positiva: «Apesar desses problemas todos e da instabilidade que se sente é importante que saibam que os nossos internatos estão muito mais bem estruturados do que na esmagadora maioria dos países da Europa. Aqueles de vocês que forem fazer estágios noutros países irão com certeza constatar essa realidade».

## Epidemias e alterações climáticas

David Morais, internista e professor da Universidade de Évora, foi o orador convidado que encerrou esta sessão, tendo salientado o facto de «antiga-


mente os médicos serem muito respeitados por várias razões, nomeadamente pela sua formação cultural», uma formação que ficou patente na intervenção deste internista, intitulada «As epidemias zoonóticas no êxodo dos judeus no Egpto».

David Morais dissertou sobre as interligações entre a evolução das epidemias e as alterações climáticas. «Foram as alterações climáticas que permitiram o aparecimento de vida na terra e que as espécies evoluíssem e são um dado importantíssimo para compreendermos muita coisa. São essas alterações que vão condicionar o aparecimento de vectores de doença que estão na origem de muitas epidemias», explicou, referindo como exemplo o «surto de cólera no Chile que tem uma relação perfeitamente linear com o aumento da temperatura», porque esta última levou à proliferação de mosquitos que transmitem a doença.

«Milhões de espécies desapareceram devido a alterações climáticas de ordem natural», acrescentou, alertando que «a próxima espécie na lista para a extinção é a espécie humana», mas, desta feita, «por alterações climáticas que somos nós próprios que provocamos».

Na sua apresentação David Morais fez uma leitura das pragas do Egpto à luz dos conhecimentos médicos e da doença, tendo feito alusões a Amato Lusitano e às suas Centúrias de Curas Mediciniais, enquanto descrevia o êxodo

### Vinhetas, autonomia, dignidade...



*Ricardo Mexia: «As pessoas passaram a confundir autonomia com possuir ou não vinhetas»*

Numa fase de diálogo entre os novos colegas e Ricardo Mexia foi suscitada a problemática das vinhetas e da possibilidade ou impossibilidade dos médicos internos terem esse instrumento de trabalho. Esta questão, que suscita sempre muitas dúvidas aos jovens médicos, e por vezes aos menos jovens também, foi devidamente esclarecida pelo secretário-adjunto do CRS: «No actual enquadramento legal, em que se prevê que a autonomia se obtém após dois anos de formação pós-graduada com aproveitamento, a autonomia passou a entrar dentro da parte da formação específica. O único grande problema é que as pessoas passaram a confundir autonomia com possuir ou não vinhetas. Não são, no entanto, questões interligadas. A autonomia tem a ver com a prática para o exercício livre da medicina. Mesmo estando tutelados por alguém, vocês podem ter autonomia, isto é, são responsáveis e livres no que fazem. Claro que convém lembrar que essa situação também pode acarretar perigos: muitas vezes os colegas têm uma certa avidez de ser autónomos e expõe-se a situações a que não deviam expor, como por exemplo estar autonomamente nas urgências, dar altas autonomamente, etc. A questão das vinhetas é completamente diferente: trata-se de um mero expediente administrativo, um mero instrumento de validação administrativa. Os médicos internos não são mais ou menos autónomos por ter vinhetas e faz todo o sentido que, por uma questão de dignidade, todos os médicos tenham vinhetas com o seu nome, incluindo os internos».

dos judeus e «acompanhava» o seu percurso e as doenças que os «persegui-

ram», tendo ainda tempo para analisar a origem do símbolo da medicina.



# TECIDOS E CÉLULAS DE ORIGEM HUMANA

**Foi aprovado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), no dia 12 de Fevereiro de 2008, um parecer sobre a proposta de Lei do regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana. Segundo esse parecer, a proposta em apreciação não suscita «objecções éticas adicionais».**

A proposta de Lei do regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana veio substituir um ante-projecto de decreto-lei que «visava regulamentar idêntica matéria e, em relação à qual, o CNECV já havia emitido o seu parecer». Em relação à proposta agora apresentada, instrumento legislativo que incorpora directivas comunitárias – Directivas 2004/23/CE, 2006/17/CE, 2006/86/CE – sobre estas matérias, o CNEV congratulou-se por ver acolhida a «apreciação ética» contida no parecer que haviam emitido anteriormente e «onde se procuraram melhor salvaguardar os valores que a regulamentação sobre a qualidade e a segurança na utilização clínica de tecidos e células humanas». Nesse parecer (parecer 54/2007 do CNECV) este Conselho «expressou as suas preocupações centradas em três pontos que a proposta de decreto-lei lhe suscitou: 1. a amplitude das competências da Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (ASST), que contemplava a regulação da utilização terapêutica de tecidos e

células de origem humana, a investigação fundamental e clínica e o respectivo financiamento; 2. os potenciais conflitos de interesses gerados por aquelas atribuições, no que respeitava à sobreposição de competências com outras estruturas e entidades; 3. as questões geradas pelo consentimento dos actos médicos praticados e que se encontravam, na perspectiva do CNECV, insuficientemente contempladas».

No parecer aprovado em Fevereiro (parecer 55/2008) pode ler-se: «na comparação dos dois textos submetidos ao parecer do CNECV (ante-projecto de decreto lei e proposta de Lei) constata-se que foram introduzidas alterações em aspectos sobre os quais o CNECV havia anteriormente manifestado alguns reparos de forma e preocupações quanto ao teor, nomeadamente o âmbito das competências da ASST. Designadamente, verifica-se que as competências no domínio da manipulação técnica e da aplicação das células reprodutivas e células estaminais embrionárias geradas pelos procedimentos de procriação artificial são, de modo coerente, atribuídas na presente proposta de Lei a outra entidade (Conselho Nacional da Procriação Me-

dicamente Assistida)» e que «as questões relativas ao consentimento na dádiva de órgãos e tecidos e na respectiva aceitação mereceram também correlativa atenção nesta proposta de Lei, verificando-se, nomeadamente, uma mais cuidada explicitação dos procedimentos que devem ser seguidos em situações caracterizadas por tipologias diferentes».

O CNEV deixou contudo reparos quanto aos pontos menos conseguidos da proposta analisada: «permanecem por clarificar as competências próprias da ASST (...), o que justifica que persistam as reservas já contidas, a este propósito, no Parecer n.º 54/2007/CNECV».

O parecer 55/2008/CNEV foi aprovado em reunião plenária de dia 12 de Fevereiro de 2008, na qual estiveram presentes Paula Martinho da Silva, António Vaz Carneiro, Daniel Serrão, Fernando Regateiro, João Lobo Antunes, Jorge Biscaia, Jorge Soares, Jorge Sequeiros, José de Oliveira Ascensão, José Pedro Ramos Ascensão, Maria do Céu Patrão Neves, Fernanda Henriques, Marta Mendonça, Michel Renaud, Miguel Oliveira da Silva, Pedro Nunes, Rui Nunes e Salvador Massano Cardoso.

## ORDEM DOS MÉDICOS DE MOÇAMBIQUE DIRIGENTES TOMARAM POSSE EM MAPUTO

**Foi no passado dia 28 de Março que, em Maputo, tomaram posse os corpos sociais da Ordem dos Médicos de Moçambique (OMM). Em representação da congénere portuguesa esteve Isabel Caixeiro, que manifestou o seu apreço pela criação da nova instituição médica moçambicana, destacou o papel que lhe cabe cumprir na regulação dos serviços de saúde, elogiou os profissionais do sector e realçou a importância dos cuidados médicos na sociedade.**

A presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, Isabel Caixeiro, representou, na cerimónia de tomada de posse dos órgãos sociais da OM moçambicana, o bastonário, impedido, por motivos de agenda de se deslocar aquele país lusófono. Isabel Caixeiro, que tem o cargo de vice-presidente da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, criada em 2005, proferiu um discurso em que enalteceu a criação desta organização, que tem agora como tarefa principal a regulação da prática médica em Moçambique, indiferente a pressões de ordem política ou social.

A tomada de posse decorreu durante a tarde, no Centro Internacional de Conferências Joaquim Chissano, perante uma plateia de muitos médicos, destacados profissionais de outros sectores e também políticos, nomeadamente o Presidente da República de Moçambique, que marcou presença e manifestou, na sua intervenção, a importância da Ordem para o desenvolvimento da medicina em Moçambique. Naquele contexto, Isabel Caixeiro apontou ainda as dificuldades que existem na prática da medicina em qualquer parte do mundo, assinalando os casos dos países em que os meios escasseiam mais, o que torna a tarefa ainda mais complicada.

Manifestou contudo a esperança de que esta recentemente criada Ordem dos Médicos possa já participar no próximo congresso a acontecer em 2009, cujo é tema é «Medicina e Lusofonia: Que futuro?».

Por fim, a representante do bastonário mostrou-se disponível para, através da entidade que representa em Portugal, prestar apoio à nova congénere.

### **Discurso na íntegra de Isabel Caixeiro**

«Honra-nos o convite para proferir umas breves palavras nesta cerimónia de posse do primeiro bastonário de Moçambique, no dia em que também se celebra o Dia do Médico.

Encarregou-me o Dr. Pedro Nunes, Presidente da Ordem dos Médicos de Portugal, de transmitir o seu pesar pela impossibilidade de estar presente neste país irmão, devido a compromissos inadiáveis e anteriormente agendados. Manifesto também, a sua disponibilidade pessoal e institucional para futuros encontros e cooperação.

É para mim um privilégio estar aqui nesta cidade de Maputo, representando os médicos portugueses – cuja Ordem celebra, este ano, 70 anos de existência – no nascimento de uma organização irmã, a Ordem dos Médicos de Moçambique.

O futuro se encarregará de nos lembrar esta data que desejamos marcante para a saúde deste país e dos seus cidadãos.

As ordens são por natureza entidades reguladoras da profissão, assumindo a responsabilidade do registo, das exigências técnicas e competências necessárias para o exercício da medicina. São também a salvaguarda da defesa da ética e da deontologia médicas, penalizando quem não as observar, através da vertente disciplinar.

Devem ser capazes de trabalhar com qualquer Governo ou Ministro de Saúde, criticando quando considerarem as medidas inadequadas, mas também apoiando e colaborando na implementação de decisões correctas.

Só com esta capacidade de independência são parceiras insubstituíveis nas sociedades modernas, para o bem dos doentes e dos cidadãos.

Mas as ordens dos médicos são feitas por todos os médicos que nelas estão obrigatoriamente inscritos, para o exercício da profissão. Cada médico é assim uma peça fundamental na criação da identidade da classe e do reconhecimento do seu papel na sociedade, bem como tantas outras associações de médicos de Moçambique.

Cada médico é o testemunho de uma ética milenar, do respeito pela vida e





Isabel Caixeiro entregou a Aurélio Zilhão a Medalha de Mérito da OM, como manifestação simbólica do empenho e da colaboração dos médicos portugueses no sucesso da sua congénere moçambicana

pelo ser humano, uma ética milenar independente da raça, credo ou língua. Cada médico, mais do que o técnico que trata ou cura, é alguém com capacidade de ouvir, entender, apoiar, confortar na relação privilegiada médico-doente, ou da decisão precisa perante

uma ameaça à saúde pública. Não é fácil ser-se médico mesmo nos países mais ricos e desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento e com carência de recursos e de profissionais qualificados é certamente um desafio bem mais exigente.

Não posso assim deixar de expressar o reconhecimento e solidariedade pelas dificuldades que os médicos moçambicanos enfrentam no seu dia-a-dia. Os médicos são assim um exemplo de dedicação ao ser humano e ao bem comum que é a saúde, sendo motores para o desenvolvimento e bem-estar da sociedade em que se inserem.

Não quero terminar sem referir que em 29 de Janeiro de 2005 foi criada a Comunidade Médica de Língua Portuguesa (CMLP), da qual se podem tornar membros associações não governamentais de médicos de língua portuguesa.

A CMLP possui já estatuto de observador da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Esperamos que Moçambique já esteja presente no próximo congresso a realizar em Lisboa no início de 2009 com o tema «Medicina e Lusofonia: Que futuro?».

Manifesto aqui, perante tão ilustre audiência, a disponibilidade da Ordem dos Médicos de Portugal para o que Moçambique e os seus médicos considerarem útil.

Termino fazendo votos que a comunidade que hoje se cria se fortifique, e desejando ao Dr. Aurélio Zilhão e a todos os médicos moçambicanos e à sua Ordem, os maiores sucessos.»



## Órgãos Sociais da OMM

Prof. Dr. Fernando Vaz, Presidente da Comissão Instaladora da Ordem dos Médicos de Moçambique, conferiu posse ao Vice-Presidente da Mesa da Assembleia-Geral, Dr. Manuel Simão.

De seguida, o Vice-Presidente da Mesa da Assembleia-Geral da OM, Dr. Manuel Simão, conferiu posse a Dr. Aurélio Zilhão, que assumiu o cargo de bastonário. Nazir Amade tomou posse como Vice-Presidente do Conselho Fiscal, enquanto o cargo de Presidente do Conselho Jurisdicional e Disciplinar vai ser exercido pelo Dr. Domingos Diogo.

## DISTINÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA WALTER OSSWALD É DOUTOR HONORIS CAUSA

**A Universidade de Coimbra distinguiu uma figura da medicina portuguesa, no passado dia 6 de Abril. Walter Osswald, o homenageado, considerou «merecida» a distinção com o grau de Doutor Honoris Causa que lhe foi atribuída, porque o seu trabalho, até agora, «mais não é do que o produto de um estar e ser universitário».**

Foi na Sala dos Capelos da Universidade de Coimbra que o Prof. Walter Osswald recebeu a distinção académica de Doutor Honoris Causa. Frederico Teixeira foi o padrinho, e a Luís Almeida coube fazer o elogio do doutorando, distinguindo a vida e obra deste cientista, professor universitário e acérrimo defensor dos princípios da bioética, que continua a dar importantes contribuições para a ciência.

Por seu turno, Carlos Costa Almeida, também professor da Universidade de Coimbra, foi o autor do discurso de

elogio ao padrinho do distinguido, Frederico Teixeira.

### **Carreira ao serviço da ciência**

Walter Osswald leva uma carreira com mais de 40 anos, dedicada a duas paixões: à investigação e ao ensino. Passou por várias universidades internacionais como professor convidado, e lá pôde também dar o seu contributo para o conhecimento. Exemplos dessa realidade são a Universidade do Kuwait, a Universidade de Paris e a Universidade de Frankfurt, onde teve a honra de leccionar.

Foi director do Instituto de Farmacologia e Terapêutica e presidente da Sociedade Portuguesa de Farmacologia, da Comissão da União Europeia para a Protecção do Embrião e do Feto. Pertenceu ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Actualmente lecciona na Universidade Católica Portuguesa, tendo já desempenhado as mesmas funções na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

O trabalho desenvolvido por este grande nome da ciência passou pela investigação que dedicou aos mecanismos adrenérgicos do coração e dos vasos sanguíneos, o metabolismo das catecolaminas, a hipertensão e a contractilidade das veias.

Por todo o trabalho desenvolvido, o grau de Doutoramento Honoris Causa agora atribuído, é visivelmente merecido. Embora Walter Osswald seja conhecido pela sua contribuição à causa científica, foram também mencionadas as suas qualidades humanas. No elogio, Luís Almeida, docente de Farmacologia e Terapêutica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, considerou o doutorando como um «mestre insigne, glória da nossa investigação, exemplo do desprendimento, a súpula de qualidades humanas intemporais, excelso médico», continuando a enaltecer a sua enorme capacidade de se dar à comunidade. «Da cátedra à comunidade, desdobrando-



se em palestras, participando em mesas-redondas, concedendo entrevistas enquanto sumidade disfarçada de cidadão comum, suscitando questões, despertando consciências e concitando vontades, em torno da bioética, da humanização da saúde, do voluntariado hospitalar e da espiritualidade do doente e do ainda não doente», sustentou.

### **Discurso realça qualidades humanas do cientista**

Luís Almeida tinha a tarefa de exprimir por palavras as qualidades de um homem que contribuiu de forma inquestionável para as causas da saúde. Prolongadamente manteve-se na senda dos elogios. «O homenageado merece dois comentários: o primeiro de elogio, o segundo de admiração. Que bem se lhe adequa o lema servir a vocação com desprendimento de honrarias e poupança de burocracias para se consagrar à ciência». Walter Osswald ouviu o discurso e, quando chegou a sua vez de intervir,

agradeceu, fazendo notar que todo o trabalho realizado, em especial a entrega ao ensino, e as páginas escritas nos compêndios, «não são méritos assinaláveis».

### **Distinção «imerecida por excessiva»**

Para o homenageado, a única explicação para esta distinção resume-se à «generosíssima vontade de quem o propôs e a benevolência extrema de quem a aprovou». Ainda assim, alvitrou que a distinção que lhe era atribuída é, «imerecida por excessiva». Mas no meio das palavras, houve ainda espaço para dizer que, embora inesperada, a distinção «não é descabida». Reconheceu ter «uma longa vida de serviço público», que lhe conferem algum mérito.

No fim do discurso, tanto o homenageado como Frederico Teixeira concordaram que «já era tempo de esta união de facto ser transformada em casamento», referiu em tom de brincadeira o distinguido.

### **Nota biográfica de Walter Osswald**

Walter Friedrich Alfred Osswald nasceu na cidade do Porto a 20 de Setembro de 1928.

Estudou medicina na Universidade do Porto, acabando por se doutorar aí mesmo. Aluno exemplar, concluiu o curso e o doutoramento com a excelente nota de 19 valores.

Durante 25 anos foi professor na mesma universidade onde se formou. Tem dedicado a sua vida à pesquisa e à investigação, sendo responsável por 433 publicações sobre temas de Farmacologia Experimental e Terapêutica e Bioética. É autor de dois livros e co-organizador de outros sete. Actualmente é conselheiro do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, onde já assumiu a função de director.

## **Encontros em Gestão**

Realiza-se no dia **6 de Junho de 2008** pelas **21 horas** a conferência «Gestão de Riscos em Saúde», proferida por Luís Martins do ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Esta conferência terá lugar na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Sala Miguel Torga. Contacto: [colegios@omcentro.com](mailto:colegios@omcentro.com)



## Fundação BIAL homenageou o médico e professor Nuno Grande

**Nuno Grande, que dispensa apresentações e é considerado uma referência na medicina portuguesa, foi homenageado, no passado dia 29 de Março, pela Fundação Bial. A cerimónia teve lugar na cidade do Porto, no âmbito do Simpósio Aquém e Além do Cérebro, que a instituição organizou este ano pela sétima vez.**

Várias foram as personalidades que se associaram à iniciativa, entre elas o ministro da Ciência e do Ensino Superior, cujo discurso transpareceu alguma emotividade «por estar a falar de um amigo de há várias décadas».

Mariano Gago referiu, ainda, que desde a década de 80 que mantém com Nuno Grande «diálogos permanentes sobre o futuro da ciência em Portugal, sendo que ele é, e foi, um dos pólos aglutinadores para mudar o panorama científico nos últimos 20 anos neste país». Além disso, enalteceu a intervenção «activa, a nível cívico, político e académico» de Nuno Grande. Quem também marcou presença na homenagem foi o bastonário da Or-

dem dos Médicos.



Luís Portela, depois de um emocionado discurso, cumprimenta Nuno Grande, sob o testemunho do Bastonário da Ordem dos Médicos

dem dos Médicos. Pedro Nunes tomou da palavra depois de Luís Portela – presidente da Fundação Bial –, a quem se dirigiu considerando-o «um dos mais notáveis associados da Ordem»; e depois também de Ana Maria Grande, esposa do homenageado, e do próprio Nuno Grande, que discursou imediatamente antes da mulher. Quem encerrou o painel de «oradores» foi o presidente do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas.

O discurso de Pedro Nunes distinguiu-se pelas recordações que, ainda hoje, guarda de Nuno Grande. No primeiro episódio, era o bastonário ainda um jovem assistente na faculdade, onde testemunhou o confronto de inteligências entre Esperança Pina, que estava a prestar provas de doutoramento, e Nuno Grande. Admitiu na sua intervenção que, na altura, percebeu «a dimensão de ambos» no plano intelectual. A segunda ocasião em que se apercebeu da grandiosidade (precisou que não se referia ao significado do nome) do homenageado foi quando contactou directamente com os seus doentes, na época em que fez o serviço médico à periferia, nos concelhos vizinhos de Vale de Cambra e de Oliveira de Azeméis. Recordou, nesse contexto, a forma

como «os doentes eram cuidadosamente seguidos» por Nuno Grande. Esta opinião foi, de resto, partilhada por Ana Maria Grande que frisou: «Ele não sabe dizer não. Está sempre pronto para ajudar alunos e doentes». A esposa de Nuno Grande recordou até que o marido, muitas vezes, tratava os doentes tardiamente, após estes saírem do cinema ou do teatro.

Por fim, Pedro Nunes recordou a episódio em que se apercebeu que Nuno Grande não era indiferente a ninguém, mesmo em Luanda. Em Angola, confirmou recentemente, numa visita de trabalho, «o quanto os antigos alunos o recordam numa só palavra: saudade». Em suma, Pedro Nunes considera Nuno Grande «um homem brilhante», destacando as suas capacidades como cientista e clínico, ao mesmo tempo que salientou a sua vertente «universalista», que se reflecte no trabalho que Nuno Grande desenvolveu em África, nomeadamente com a criação, antes da independência, da faculdade de medicina da capital angolana.

As qualidades de Nuno Grande foram sublinhadas por todos os intervenientes, não tendo sido António Sousa Pereira – presidente do Conselho Directivo do Instituto de Ciências Biomédicas

Abel Salazar – a excepção. Este médico e professor herdou o seu consultório no Porto e disse sobre o homenageado: «Nuno Grande é uma das figuras mais ilustres da Medicina portuguesa, que realiza a confluência harmoniosa de cidadania, ciência e cultura, de quem se admira a solidariedade na prática clínica diária». Por isso, na opinião de António Sousa Pereira, «é uma referência para uma geração de médicos que se dedicam aos cuidados de saúde primários. Curar é a sua obsessão».

Recordando o percurso profissional e académico de Nuno Grande, o dirigente do ICBAS referiu que Nuno Grande «não se limitou a ser um clínico brilhante, foi um mestre e professor universitário notável». Deste modo, não quis deixar passar em branco o contributo que o homenageado deu para que o ICBAS tenha a imagem que hoje transmite. «Nuno Grande sempre entendeu que a saúde era muito mais do que a Medicina e, por isso, não somos uma faculdade de Medicina, não somos uma escola médica, somos uma escola de ciências de saúde. Estará sempre presente na vida da instituição, apesar de já estar jubilado», concluiu.

### Nota biográfica do homenageado

Nuno Lídio Pinto Rodrigues Grande nasceu em Vila Real, em Fevereiro de 1932. Frequentou o Liceu Camilo Castelo Branco, naquela cidade do Alto Douro, entre 1943 e 1950. Seguiu depois para a frequência da Faculdade de Medicina do Porto, entre 1950 e 1957, terminando a licenciatura com 19 valores, nota com que terminou também o Doutoramento, em 1965.

Logo a seguir, foi mobilizado pelo Exército e colocado no Hospital Militar de Luanda, cidade onde se tornou assistente universitário e onde, posteriormente, regeu as cadeiras de Anatomia Topográfica e de Histologia e veio a planificar um promissor esquema de investigação, aglutinando o interesse de muitos dos seus colaboradores.

Em 1967, foi aprovado, mediante um concurso de provas públicas, para professor agregado da Faculdade de Medicina do Porto, continuando, no entanto, a exercer a sua actividade docente em Luanda. Três anos decorridos, prestou, com o brilho habitual, provas para professor catedrático.

Em 1970, pela extensão a Angola da Ordem dos Médicos, Nuno Grande, apesar de estar a viver na então colónia portuguesa há menos de 5 anos, foi eleito pelos colegas presidente do Conselho Regional da Ordem dos Médicos. Chegou a exercer igualmente as funções de director da Faculdade de Medicina e de vice-reitor da Universidade de Luanda.

Após o regresso de Angola, em 1974, Nuno Grande ingressou no Instituto de Ciências Biomédicas Prof. Abel Salazar. Como professor catedrático leccionou matérias científicas da área da anatomo-fisiologia do pulmão e da circulação linfática e também na pedagogia da saúde. Tem publicado muitas dezenas de artigos de divulgação e ensaio. É o presidente, desde há muitos anos, da Associação Divulgadora da Casa Museu Abel Salazar, figura médica e literária de que Nuno Grande tem sido um incansável promotor.



## O Médico Interno nas Urgências – ameaças e desafios!



### No meu 1º dia de internato médico

Após uma curta conversa com o Director do Serviço que me recebia na minha primeira valência, este acompanhou-me ao Serviço de Urgência, para me apresentar àquele que seria o meu primeiro orientador de formação. Aguardei respeitosamente no longo corredor da urgência, a uns parques três metros de distância, enquanto assistia a uma cena que me deixou estático... O orientador recusava terminantemente ter um interno à sua responsabilidade e solicitava insistentemente ao Director que fosse nomeado outro qualquer colega. Argumentava que tinha muitas «fichas» para ver, doentes para internar e que não tinha tempo! Se na altura condenei e lamentei a atitude deste colega mais velho, sou forçado a reconhecer, agora que já passaram uns anos, que o colega seria até um visionário e precursor de um movimento que conta agora com muitos adeptos nos Conselhos de Administração dos hospitais. Um valor hora de 8,36 € é de facto muito apetecível para solucionar o problema de escassos recursos humanos e sobretudo para atingir as metas de cortes em despesa com pessoal. Estranho é que depois, sob

engenharia financeira e com um toque de magia, se façam disparar rubricas como prestação de serviços, avenças e outras que tal, pagando a empresas de tarefeiros valores que atingem facilmente 5 a 10 vezes mais.

### Serviço de Urgência e Internato serão compatíveis?

Importa, em primeiro lugar, definir os dois conceitos em questão. O Serviço de Urgência é um sector do hospital onde se atendem doentes que necessitam de cuidados médicos imediatos. Por outro lado, o Internato Médico não é mais do que uma ferramenta de aquisição de conhecimentos e competências que visam a qualificação do médico. Misturando estas duas definições temos claramente um conflito de interesses; um processo de aprendizagem que exige algum consumo de tempo e uma resposta ao doente que se quer o mais rápida e eficiente possível. Este conflito de interesses é agravado pelo actual contexto de escassos recursos, elevadas cargas horárias e precários regimes contratuais e sucessivos modelos de gestão.

Se de forma puramente académica parecem dois conceitos antagónicos, os médicos tem sabido, de forma hábil, compatibilizá-los de forma a servir os doentes e a transmitir o conhecimento médico e a experiência pessoal aos mais novos. Se deixarem esta tentativa de conciliação à maré de directrizes puramente economicistas dois problemas resultarão: o primeiro para os doentes que, fruto de uma medicina defensiva de quem está mais desprotegido, irão esperar mais tempo, realizar mais exames complementares de diagnóstico, ouvir várias segundas opiniões; o segundo problema para o hospital que a ser auditado pela Ordem dos Médicos e a perder a capacidade

para formar médicos internos, perdendo a sua principal força dinamizadora.

### Quais as ameaças?

A medicina baseada na evidência ensina-nos muita coisa boa para melhorar alicerçar a nossa prática clínica; mas existe um aspecto que não consegue alcançar: a evidência para aquilo que se chama senso clínico, sexto sentido ou *feeling*. Aquela coisa que nos faz dizer este doente pode ter alta mas este, quero que fique em observações mais umas horas. Aquela impressão que nos diz que apesar das análises estarem bem há algo errado com este doente. Aquele doente vai já para o bloco apesar da hemoglobina estar controlada ou aquele doente vai ser optimizado antes de ser operado. É uma espécie de intuição que vamos sedimentando com a observação de outros casos clínicos semelhantes.

Este é o lado da Medicina que a torna tão especial e ao mesmo tempo, tantas vezes, incompreendida. Este é aquele capítulo da arte médica que não vem descrito nos livros ou sequer na tão em voga Internet...

Esta bagagem só pode ser adquirida ao longo de muitas horas de experiência clínica das quais, as passadas num Serviço de Urgência contribuem muito pela diversidade e complexidade de situações que comporta, bem como da necessidade de resolução imediata. Mas estas longas horas só fazem sentido se experimentadas com o apoio de colegas mais experientes que possam chamar a atenção para os tais detalhes que passam à primeira vista despercebidos. De pouco servem estas horas se passadas num qualquer balcão de triagem ou gabinete de consulta onde não podemos consultar ninguém ou sequer pedir apoio.

---

Outra ameaça que paira no ar é a exposição imprudente e desnecessária a processos legais. Existem já processos-crime contra médicos internos! Se no banco de urgência toda a gente empurra para a frente e diz que nos apoia, já no banco dos réus as coisas são muitas vezes diferentes: aquele colega mais velho que supostamente nos deu cobertura para as nossas decisões parece já não lembrar-se bem de ter sido consultado pelo colega mais novo... Escusado será dissertar sobre as consequências nefastas que processos como estes (ainda que no final arquivados) podem ter no início de uma carreira médica.

Sempre que possam estar em causa os mínimos de qualidade impostos pela Ordem dos Médicos devem ser os médicos internos os primeiros a denunciar estas situações e por escrito delegar nos Conselhos de Administração as responsabilidades que lhes tentam imputar trabalhando muitas vezes sem rede.

### **Quais os desafios?**

A urgência é uma incontornável valência no processo de formação de um médico que terá sempre que passar por este difícil mas importante balanço: formar e assegurar cuidados assistenciais.

O ideal seria ter médicos em número suficiente para assegurar os cuidados aos doentes e ao mesmo tempo formar os mais jovens. Na realidade os médicos internos, supostamente em formação, são aqueles que asseguram a porta de entrada dos Serviços de Urgência quer nas triagens, quer na primeira linha das especialidades.

A crescente contratação de empresas de recursos humanos que colocam médicos pagos à hora nos Serviços de Urgência cujos contratos visa apenas «despachar» doentes não tem também ajudado os médicos internos. É inacreditável e incompreensível que existam hospitais a pagar estes recursos, bem mais caros que os próprios médicos internos, sendo que estes últimos são os que na verdade fazem o seguimento dos doen-

tes e que possuem formação específica para essa área. São normalmente detentores de cursos de formação em suporte de vida e trauma.

O desafio passa por isso em manter a excelência na formação sem cair na tentação de escravizar estes recursos. O desafio é capitalizar uma forte formação, quer pré-graduada quer mesmo pós-graduada, uma intensa motivação de aprendizagem e uma capacidade invejável de trabalho ao longo de muitas horas diurnas e nocturnas. Como se faz tudo isto? Pelo restabelecimento rápido de graus de carreira médica credíveis que premeiem o mérito e resultados, pelo pagamento destas horas de trabalho de forma condigna, pela humanização destes serviços e sobretudo pela motivação dos colegas mais velhos em quererem acreditar que ao ensinar os mais novos estão de facto a construir um melhor serviço de saúde e a honrar os ensinamentos recebidos outrora.

Os jovens médicos estão disponíveis para este desafio!

## INTERNATO MÉDICO E SERVIÇO DE URGÊNCIA

**A formação médica pós graduada é, para todos os intervenientes nesta área, progressivamente mais exigente, exigência que se traduz na explicitação cada vez mais pormenorizada das condições que devem ser cumpridas a montante e durante o processo formativo e de que são exemplos possíveis os critérios de idoneidade que devem cumprir os serviços e os conteúdos dos programas de formação das diferentes especialidades.**



O Serviço de Urgência aparece como uma valência importante na formação médica e, por esse motivo, a maioria dos Colégios das Especialidades da Ordem dos Médicos se lhe refere, por vezes com grande detalhe, nos respectivos programas de formação.

Apesar de ser considerada essencial uma formação qualificada nesta valência, nem sempre as instituições formadoras, que simultaneamente prestam cuidados de saúde, lhe proporcionam o devido enquadramento e, por vezes, procuram colmatar problemas assistenciais recorrendo ao trabalho de médicos internos, com uma certa frequência ainda em fase incipiente da formação.

Assim, tem sido necessário chamar a atenção para o excesso de horas que alguns médicos internos passam nos Serviços de Urgência, situação associada ao facto de algumas instituições pretenderem utilizar estes médicos para preencher conteúdos funcionais destinados a especialistas e abrindo assim a porta à criação de situações de falta de acompanhamento do exercício médico por colega diferenciado, premissa obrigatória numa formação médica de qualidade.

Já no início da década de 90, o Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM), preocupado com a regulamentação desta matéria, propôs recomendações que o Ministério da Saúde concretizou sob a forma de Circular Normativa (Circular Normativa 23/91, ainda em vigor, que estabelece as regras a que deve obedecer a prestação de serviço de urgência durante o internato médico). Uma vez que, quase 20 anos depois, o problema pareceu ressurgir, o CNIM decidiu proceder, no início deste ano de 2008, a um inquérito junto dos Médicos Internos de todo o país, de forma a caracterizar, de modo quantificado e baseado em evidência, a verdadeira dimensão da questão, para, mais uma vez, propor as medidas que, hoje em dia, se mostrem mais convenientes. Aproveito,

pois, a oportunidade para apelar a todos os Médicos Internos que respondam com brevidade ao referido inquérito, preenchendo o questionário distribuído e entregando-o na Direcção do Internato Médico do seu estabelecimento de colocação.

Nenhum dos intervenientes na formação (sejam médicos internos, órgãos dos internatos das instituições ou Ordem dos Médicos) deve deixar de cumprir o seu papel nesta matéria, sob risco de estarmos a adular a qualidade da formação médica, com prejuízo nacional.

Porto, 12 de Abril de 2008

### Correcção

No artigo relativo à homenagem a Daniel Serrão, por altura dos seus oitenta anos, publicámos um breve currículo do professor. No mesmo foi cometido um erro na inscrição da data de nascimento do homenageado: Daniel Serrão nasceu em 1928. A ROM pede desculpa pelo lapso.

## GLOBALIZAÇÃO, SAÚDE GLOBAL E DIPLOMACIA EM SAÚDE PÚBLICA

Reflexões de um médico de saúde pública no 60º aniversário da OMS

Desde o advento das primeiras sociedades organizadas que a Saúde Pública se destacou como uma das preocupações dos governos. A sedentarização representou a maior ameaça à saúde das populações pelo impacte ambiental decorrente e pelo risco acrescido de transmissão de doenças infecciosas.



A Saúde Pública existe como objectivo desde as primeiras civilizações, mas a sua emergência enquanto corpo organizado do conhecimento deu-se em meados do século XIX, época marcada pela industrialização, durante a qual doenças como a tuberculose (a «peste branca») grassavam. Esta doença assume proporções epidémicas em muitas cidades da Europa e América do Norte atingindo o seu pico de incidência no final do século XVIII e princípio do século XIX: o sobrepovoamento, a mal-nutrição, o alcoolismo endémico e a ausência de terapêuticas médicas eficazes, facilitavam a transmissão do M. tuberculosis aos susceptíveis (jovens adultos, mas também adolescentes e crianças) que acorriam massivamente

às cidades à procura de emprego. Se é um facto que a industrialização no nosso País foi tímida e tardia, com um «período de latência» relativamente às grandes potências industriais de quase um século, também é um facto que foi graças a Portugal e aos Descobrimentos que se iniciou a globalização nas suas dimensões económica, social e «sanitária». A introdução de novos agentes infecciosos (como o vírus da varíola) em populações sem imunidade de grupo foi responsável por verdadeiros genocídios, com populações ameríndias inteiras dizimadas pela doença.

Cinco séculos depois, e não obstante a «transição epidemiológica», as doenças infecciosas de causa natural e intencional (caso do bioterrorismo) continuam a ser motivo de preocupação das autoridades de saúde e serviços de saúde pública de todo o Mundo e, no caso das infecções de causa natural, a ser causa relevante de morbimortalidade, em particular nos países de menores rendimentos.

O controlo dos problemas de saúde pressupõe um esforço concertado dos vários sectores da sociedade, tendo em vista a intervenção sobre os determinantes de saúde dos indivíduos e das populações – é essa a essência da Saúde Pública que foi magistralmente definida por Winslow na década de 20 do século passado: «the science and

art of preventing disease, prolonging life and promoting physical health and efficiency through organized community efforts (...) and the development of the social machinery which will ensure to every individual a standard of living adequate for the maintenance of health (...)».

O nível de saúde das populações está claramente associado ao seu rendimento económico. Mais saúde implica maior produtividade que, por sua vez, implica um maior rendimento. Este último, por sua vez, condiciona o acesso a alimentação adequada, habitação de qualidade, educação e serviços de saúde, sintetizando-se a relação entre saúde e rendimento económico no chamado «ciclo de desenvolvimento» (saúde/desenvolvimento/saúde).

Não obstante os determinantes «maior» de saúde serem fundamentalmente socio-económicos («the major determinant of health is wealth») os serviços de saúde são, eles próprios, determinantes de saúde ao prestarem os cuidados de saúde preventivos e curativos adequados ao nível de saúde das populações e ao veicularem informação capacitadora em saúde.

A comunicação do risco em saúde assume um papel fundamental no controlo de doenças e da percepção inapropriada do risco, ao promover a adopção de comportamentos e atitudes redutores do risco e ao capacitar

os indivíduos e as comunidades relativamente à correcta gestão de ameaças à sua saúde e segurança.

A «literacia em saúde» (health literacy) definida como o «grau de capacidade individual em obter, interpretar e processar informação básica em saúde e em serviços de saúde tendo em vista um adequado processo de tomada de decisão» (nomeadamente no que diz respeito à procura de cuidados de saúde e à navegabilidade nos serviços de saúde) vem substituir, nas sociedades mais desenvolvidas, a tradicional (e quiçá paternalista) abordagem da «educação para a saúde» – adequando-se, desta forma, ao padrão nosológico prevalente das doenças de evolução prolongada associadas a estilos de vida e à sociedade da informação e do conhecimento («lifelong learning»), em que o acesso à informação está à distância de um teclado de computador. Desta forma, as intervenções comunitárias capacitadoras em saúde terão de evoluir da actual perspectiva «magistral», formatada para públicos-alvo mais ou menos bem definidos, para uma perspectiva «consultora» visando a promoção da aquisição de competências individuais.

Só através de acções concertadas a nível global – mediadas por «diplomatas de saúde» – é que a comunidade internacional poderá responder apropriadamente aos desafios decorrentes da globalização. Aquilo a que o português Ribeiro Sanches chamava no século XVIII «Medicina Política» (e a que se veio a chamar no século XIX «Saúde Pública»), terá de extravasar as suas fronteiras originais de âmbito nacional ou mesmo internacional e assumir a sua amplitude global, inerente a uma sociedade globalizada, em que os riscos e ameaças à saúde e bem-estar das populações deverão ser geridos a uma escala também global.

Um dos exemplos de gestão global das ameaças à saúde das populações é a infecção pelo vírus de alta patogenicidade A(H5N1) que mobilizou desde 2003 o Mundo em torno da ameaça pandémica decorrente desta panzootia. As pandemias são acontecimentos glo-

bais com um avassalador impacto local, pelo que a sua abordagem deverá ser, necessariamente, intersectorial e transnacional.

No seu relatório de 2006 a Organização Mundial da Saúde alertou para um facto que merece uma atenta reflexão por parte de nós, médicos, e por parte dos decisores políticos: a carência de recursos humanos em saúde nos países de menores rendimentos, comprometedora do seu desenvolvimento e ameaçadora da saúde e segurança global.

De acordo com este relatório, existe uma grave carência de profissionais de saúde em 57 países, estimada em cerca de 4,3 milhões de médicos, enfermeiros e outros profissionais (incluindo gestores de serviços públicos de saúde). Do total dos países em questão, 36 localizam-se na África subsahariana – região que dispõe de apenas 4% dos profissionais de saúde não obstante corresponder a 25% do «peso» global de doença.

Esta inequidade em termos de recursos humanos é agravada pelo facto de muitos profissionais de saúde estarem a migrar para países de maiores rendimentos, atraídos pelos melhores salários e condições de trabalho mais apelativas.

A globalização dos factores de risco (incluindo os «riscos auto-impostos» associados a estilos de vida) traduziu-se nos países menos desenvolvidos por um padrão sanitário de «duplo fardo» (double burden): a par das doenças de etiologia infecciosa como causa relevante de morbimortalidade, emergem as doenças crónicas e as epidemias a elas associadas (slow epidemics) típicas dos países pós-transição epidemiológica.

No entanto, existem muitos marcos que permitem que a Humanidade se possa sentir orgulhosa: desde a erradicação da varíola em 1980 resultante dum esforço global e concertado (correspondendo aquela que foi, indubitavelmente, a maior vitória da Saúde Pública mundial), passando pelo aumento da esperança de vida e melhoria das condições de vida a nível global.

A OMS preconiza como estratégia de controlo do «brain drain» de profissionais qualificados na área da saúde a constituição de fundos para pagamento de salários nos países de menores rendimentos além de fundos para a formação local de profissionais. Ao apelo doador aos países de maiores rendimentos acrescem implicações ao nível da satisfação de necessidades em recursos humanos por parte desses mesmos países, se considerarmos a maior prevalência de idosos e, conseqüentemente, de doenças crónicas.

A Saúde Pública Internacional é definida como a aplicação dos princípios da saúde pública aos problemas e desafios que afectam a saúde dos países de menores rendimentos, mediante a concertação complexa de forças a um nível global e local. A missão da saúde pública a uma escala global é a redução da pobreza e a melhoria da assistência global, reduzindo a disparidade existente entre necessidades de saúde e recursos em saúde.

Tal pressupõe o desenvolvimento de iniciativas políticas e diplomáticas de âmbito global, culturalmente competentes e verdadeiramente capacitadoras dos países menos desenvolvidos – promovendo a sua progressiva autonomização em termos de recursos humanos e materiais na área da saúde, ao invés de ajudas episódicas de cariz caritativo.

A saúde deve ser «gerida» – como bem público global que é – a uma escala global. A diplomacia em saúde global («global health diplomacy») é a resposta a esta necessidade de gerir a saúde independentemente de fronteiras físicas ou administrativas.

A diplomacia em saúde pública global integra a arte da diplomacia com a ciência da saúde pública, tendo como finalidade conseguir consensos globais em assuntos de saúde – o que implica negociações e «cedências» nacionais e regionais e, simultaneamente, a decisão baseada na melhor evidência científica disponível (evidence-based). Este facto faz com que cada vez mais médicos de saúde pública se «aventurem» nas lides diplomáticas e cada vez



mais diplomatas adquiram conhecimentos em assuntos de saúde e em comunicação mediatizada do risco. A Nova Saúde Pública encerra desafios para todos os seus profissionais e, em particular, para os médicos especialistas em saúde pública. Estes desafios prendem-se, fundamentalmente, com a redefinição de competências grupais e institucionais e com a reorientação dos serviços de saúde pública para o planeamento em saúde e monitorização do impacte das intervenções em saúde (nomeadamente, das resultantes da prestação de cuidados individuais de saúde).

Desta forma, ganham relevância novas áreas na epidemiologia (ciência estruturante da saúde pública), para além das «hipocráticas» epidemiologia ambiental e epidemiologia clínica, que vão desde a epidemiologia do planeamento em saúde (managerial epidemiology) – incluindo a epidemiologia do consumo de cuidados de saúde – até à epidemiologia social (esta última tendo por objectivo o estudo da associação entre «exposições societárias» e a ocorrência de estados de saúde e de doença).

Cerca de 150 anos depois da sua emergência enquanto corpo organizado do conhecimento, a Saúde Pública

readquire com a globalização da sociedade – e consequente globalização de factores de risco e de doenças como o SIDA, a tuberculose, a obesidade ou as doenças cardiovasculares – o protagonismo que se julgava extinto pelo (aparente) controlo das doenças transmissíveis, extravasando o seu clássico âmbito de actuação local e nacional para um âmbito internacional e global. No ano em que perfaz 60 anos, a OMS dedica o Dia Mundial da Saúde (7 de Abril) às alterações ambientais e ao seu impacte na saúde humana. Em vez do já clássico lema adoptado pela OMS «think globally, act locally» [«Pensar globalmente e agir localmente»], e em jeito de desafio na comemoração do 60º aniversário desta agência das Nações Unidas, talvez o Mundo deva adoptar um novo lema: «think globally, act globally» [«Pensar globalmente e agir globalmente»] ...

## BIBLIOGRAFIA

Chan, Margaret – Health diplomacy in the 21<sup>st</sup> century (Director-General of the World Health Organization address to Directorate for Health and Social Affairs, Norway). Disponível em [http://www.who.int/dg/speeches/2007/130207\\_norway/en/print.html](http://www.who.int/dg/speeches/2007/130207_norway/en/print.html) (acedido em 2008-04-02)

Estrada Paneque, MU; Estrada Vinajera, GE; Vinajera Torres, C – International & public health, collective health & global health diplomacy: some considerations (Apresentação em powerpoint).

Disponível em [www.publichealth.pitt.edu/supercourse/SupercoursePPT/30011-31001/30721.ppt](http://www.publichealth.pitt.edu/supercourse/SupercoursePPT/30011-31001/30721.ppt) (acedido em 2008-03-31)

Meneses de Almeida, Lúcio – Comunicação do risco em saúde pública In Guedes Soares, C; Teixeira, AP; Antão, P (ed. lit) Riscos públicos e industriais. Lisboa: Edições Salamandra, 2007 (pp. 97-114).

Meneses de Almeida, Lúcio – Doenças emergentes e bioterrorismo. Referência 2007; II série, nº 5: 37-48

Disponível em [www.esenfc.pt/esenfc/rrr/DownloadArtigo.php?id\\_ficheiro=7&codigo=](http://www.esenfc.pt/esenfc/rrr/DownloadArtigo.php?id_ficheiro=7&codigo=) (acedido em 2008-03-31)

Meneses de Almeida, Lúcio – Medicina, sociedade e saúde pública: a evolução da saúde pública/medicina comunitária ao longo dos tempos. Anamnesis 2004; 13 (128): 35-38  
Resumo disponível em <http://www.indexrmp.com> (acedido em 2008-04-06)

Merson, Michael H; Black, Robert E; Mills, Anne J (ed. lit) – International public health: diseases, programs, systems and policies (2<sup>nd</sup> edition). Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2006

World Health Organization. The World Health Report 2006: Working together for health. WHO, 2006

Disponível em [www.who.int/whr/2006/en/](http://www.who.int/whr/2006/en/) (acedido em 2008-03-31)

## HOMENAGEM A UM MÉDICO ILUSTRE NO CENTENÁRIO DO SEU NASCIMENTO

A Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos (SOPEAM), vai levar a efeito, em Sessão Solene, na Sede da Ordem dos Médicos, Avenida Gago Coutinho, 155, Lisboa, uma homenagem ao ilustre médico **Dr. José Reis Júnior**, que este ano completou 100 anos de existência.

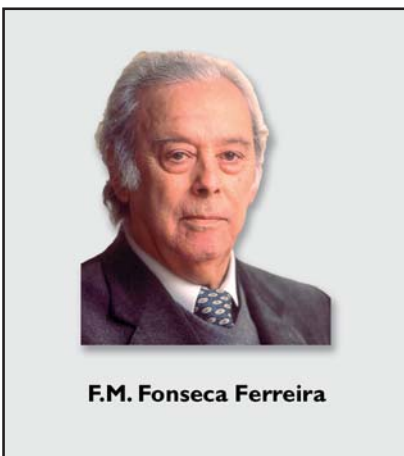
Além de muitas outras actividades de grande mérito, o Dr. José Reis Júnior foi fundador da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, bem como fundador, há 34 anos do periódico «Noticias Médicas», jornal de que continua a ser um dos directores.

**A cerimónia terá lugar no dia 10 de Maio, pelas 11.30 horas.**



# Pontos de vista sobre a organização dos Serviços de Urgência

A minha longa experiência de trabalho em Serviços de Urgência, como no Hospital de S. José, no Hospital Miguel Bombarda de Lourenço Marques, no Hospital de S. Bernardo de Setúbal e no SAP de Almada, juntamente com bastante meditação e artigos originais sobre o tema, levaram-me a intervir na actual polémica, com a exposição de alguns esclarecimentos, a propósito dos mal-entendidos comuns, ente as populações, os políticos e os próprios médicos, sobre a organização destes Serviços.



F.M. Fonseca Ferreira

Analisemos alguns tipos de ocorrência de situações clínicas de urgência e a respectiva organização dos sectores de atendimento.

## O ponto de vista das populações

A solicitação de atendimento para uma situação de urgência é praticamente sempre consequência de uma sensação de necessidade imperiosa do doente, somente devendo ser considerada uma falsa urgência nos casos de evidente simulação ou de artifício para substituição de consultas programadas. Assim, por exemplo, um doente que sofra de neurose ansiosa, interpretada como muito grave uma crise de pânico por sensação de morte eminente, pelo que, embora sem risco de vida, deve ser medicamente atendido com idêntica brevidade e atenção, da mesma forma que qualquer situação de gravidade extrema.

Os Serviços de Atendimento Permanente (SAPs)

Como o nome indica, deveriam ser considerados SAPs, todos os Serviços permanentemente abertos ao público, destinados a atender, durante 24 horas, em tempo útil, qualquer cidadão, que os demandem, quer se trate de Consultas Abertas, SAPs propriamente ditos, Serviços de Urgência Primária, INEM, VMERs ou Triagens das Urgências dos Hospitais de todos os níveis.

Não pode haver controvérsias sobre a necessidade de qualquer Serviço Nacional de Saúde moderno possuir uma distribuição de SAPs, calculada em função das concentrações populacionais e do seu grau de afluência, visto que o cálculo por extensão geográfica tem o inconveniente de poder não corresponder a um movimento mínimo de doentes justificativo da sua existência. As funções de todos os SAPs são sobretudo de referência dos doentes para outros Serviços, como Consultas Externas, Internamentos INEMs, ou

VMERs, mas devem todos possuir pessoal suficiente e estar habilitados a diagnosticar e fornecer cuidados imediatos possíveis em situações emergentes, como crises asmáticas ou anafiláticas, hemorragias, traqueostomias, imobilização provisória de fracturas, pequenas cirurgias, fibrinólise precoce, primeiros cuidados de reanimação cardio-respiratória e desfibrilhação. É evidente que para isso, os respectivos responsáveis devem ter adquirido uma formação conveniente em cursos especializados, actualmente quase inexistente entre nós. Por exemplo, são do meu conhecimento casos de morte por estado de choque anafilático extremo, devido à ignorância de que o seu único tratamento imediato, absolutamente eficaz, é a adrenalina endovenosa em diluição adequada.

## Serviços de Triagem Hospitalar

Em princípio, os Serviços de Triagem Hospitalar, historicamente designados de Balcões, deveriam destinar-se sobretudo a receber doentes referenciados pelos SAPs ou pelo INEM.

A sobrecarga habitual destes Serviços deve-se à tendência das populações para aí recorrerem, por os considerarem mais acessíveis devido à sua proximidade ou mais eficazes pela rapi-

dez e qualidade de atendimento e melhor apetrechamento tecnológico.

Contudo, é um erro considerar que esta grande afluência à Triagem constitui uma causa de perturbação da Urgência Hospitalar, visto que a verdadeira assistência urgente dos Hospitais é a que se verifica depois do internamento dos doentes graves na chamada Sala de Observações (SO).

Aliás, podem ser adoptadas medidas capazes de acabar com a superlotação habitual deste sector. A primeira destas medidas seria a dotação, em número adequado, de SAPs nos centros urbanos envolventes dos Hospitais, nos quais seria efectuada tendencialmente a primeira triagem. Para isso, a Triagem Hospitalar faria retroceder sistematicamente os doentes considerados clinicamente não urgentes para os seus respectivos SAPs, sem aplicação de qualquer exame auxiliar ou tratamento, com a finalidade de conseguir uma conveniente educação das populações. Além disso, impõe-se a dotação das escalas de Triagem com número adequado de médicos hospitalares, em relação com o movimento de doentes, o que requer a aceitação de alguns conceitos realistas perdidos com o tempo:

1) – O corpo clínico hospitalar deve possuir autonomia assistencial completa.

2) – Todo o médico hospitalar, a partir do 1º ano do Internato especializado, possui formação policlínica suficiente para se encarregar da Triagem. Aliás, não existe nenhum outro tipo de formação policlínica ao longo de toda a carreira médica dos hospitais.

3) – A Triagem não é uma especialidade, mas uma actividade multidisciplinar de referência, pelo que a recomendação dos Colégios de Especialidade, de que os internos não devem ter ocupações fora do seu foro, não se aplica à Triagem.

4) – Portanto, as escalas da Triagem devem, incontestavelmente, ser feitas por ordem de idades dos médicos do Hospital, a começar pelos Internos, independentemente da sua Especialidade e grau hierárquico, como sempre

se verificou tradicionalmente nos nossos hospitais. Simplesmente, as escalas devem ser feitas de forma bastante espaçada, para não prejudicar os respectivos desempenhos especializados e em número adequado de elementos para evitar aglomerações demasiadas no atendimento. Os opositores desta solução devem convencer-se de que não existe outra solução mais adequada.

5) – De facto, a contratação de médicos tarefeiros, apesar de quase generalizada é muito menos aceitável, por estarem desvinculados do corpo clínico permanente, terem frequentemente preparação mais deficiente e despendem verbas avultadas que poderiam reverter para horas extraordinárias dos médicos hospitalares.

6) – A ideia de que a Triagem devia ser entregue sobretudo a especialistas de Medicina Interna, não tem qualquer sentido, porque além de não existirem em número suficiente, pertencem a uma Especialidade como as outras, não lhes competindo em especial resolver situações de outros sectores, como espinhas na garganta, limalhas oculares, ou abdómen agudo. Contudo, os internistas assim como os cirurgiões gerais deverão exercer funções de tutela e supervisão das equipas de Triagem.

Por outro lado, o sistema chamado de Manchester, nascido num Serviço de Saúde decadente e há algum tempo introduzido progressivamente nos nossos Hospitais, afigura-se totalmente insustentável. Na verdade, a classe médica não pode abdicar minimamente das suas estritas funções, relegando para outras profissões, a essência da Medicina Científica, que são a responsabilidade de reconhecer, primariamente e a todo o tempo, a natureza e o grau de gravidade das entidades patológicas, assim como da decisão inalienável de as encaminhar para medidas assistenciais correctas. Além disso já se comprovou que a submissão dos doentes a 2 Triagens, leva correntemente a demoras intoleráveis e perigosas.

Parece-me que a Ordem dos Médicos, defensora da restrição completa do acto médico aos seus membros, pode-

ria tentar extinguir esta invasão da sua área profissional, baseada numa falsa escassez de médicos hospitalares.

## **Internamento de doentes urgentes (SO)**

As equipas permanentes do Internamento de Urgência, para além dos Serviços individualizados das urgências pediátricas e obstétricas, pertencem à Medicina Interna, à Cirurgia Geral e à Traumatologia. Assim, não há nenhuma justificação para que elementos de outras especialidades mais diferenciadas permaneçam 24 horas na urgência, tendo em conta a raridade de doentes do seu foro, tanto mais que existem Serviços de Urgência Interna e poderiam colaborar em regime de chamada.

Mas um dos graves problemas deste sector é a acumulação injustificada nos corredores do SO, durante dias ou mesmo semanas, de doentes já transferidos, por falta de vagas nos respectivos Serviços de Internamento.

Ora, afigura-se indiscutível que se os doentes já estão transferidos e necessitam de aguardar num corredor por falta de vagas, esta espera deve passar-se no corredor do seu Serviço e não no corredor do SO, a que já não pertencem.

Esta longa permanência dos doentes transferidos no corredor do SO, além de dificultar a sua assistência especializada e humana adequada, colide seriamente com os cuidados intensivos devidos aos doentes próprios deste sector. Por sua vez, a transferência imediata dos doentes para os corredores dos Serviços de Internamento, condiciona uma aceleração de altas habitualmente negligenciadas nestes Serviços, com apreciável diminuição da demora média hospitalar, como verifiquei, numa altura em que fui director clínico. Penso que todas estas situações anómalas, acima referidas, apenas se têm mantido, como muitas outras, por imposição de sectores de classe entre si, dos familiares dos doentes e dos meios de comunicação, certamente resultante do ambiente populista há muito instalado entre nós.

## SINFONIA «O ADEUS» DE HAYDN



**Pedro Abranches**

Num determinado dia da segunda metade do Século XVIII, no salão de música do palácio de Verão do Príncipe de Esterházy, uma selecta assembleia seguia com agrado o concerto em que a orquestra privativa do príncipe, dirigida pelo seu mestre de capela Joseph Haydn, tocava uma nova sinfonia da autoria do já famoso compositor. Durante os primeiros andamentos nada de importante se deu que mereça qualquer referência, mas enquanto se ouvia o último andamento um facto insólito se verificou, um dos músicos deixou de tocar, dobrou a pauta que colocou cuidadosamente na estante, apagou a vela e retirou-se da sala.

Os convidados ficaram surpreendidos, ter-se-ia o intérprete sentido mal? Mas a execução continuou e poucos minutos depois outro músico seguiu o exemplo do colega, deixou de tocar, dobrou a pauta, apagou a vela e saiu. A seguir a cena repetiu-se com outro, depois outro, e mais outro, e assim por diante. E a sinfonia terminou com três músicos no palco, sempre com Haydn, imperturbável, dirigindo a orquestra. Na sala a estupefacção era geral, as

peças interrogavam-se e comentavam o acontecimento que ninguém conseguia compreender. Ninguém não, uma pessoa entendeu perfeitamente o que se passara, o anfitrião, Nicolau de Esterházy.

Uns meses antes destes acontecimentos, na residência habitual do príncipe de Esterházy, em Viena, havia uma grande azáfama, a família, convidados e os numerosos criados preparavam-se para viajar até um local idílico onde o príncipe tinha a sua residência de verão. Esse período era sempre triste para os servidores, uma vez que as famílias não os acompanhavam, talvez porque o palácio não tivesse instalações para os criados capazes de conter tanta gente. Ainda assim era-lhes permitido receber, aos domingos, os seus familiares mas nesse verão, em determinada altura o príncipe achou que as visitas de tantas pessoas, muitas vezes com crianças, sempre agitadas e barulhentas, incomodavam os hóspedes e resolveu proibi-las. Assim a estadia tornou-se particularmente penosa para os servidores dos Esterházy que ainda por cima viam que o verão já estava passado e o príncipe não se resolvia a tornar a Viena.

Com todos estes factos os criados não resistiram e foram pedir a Haydn que implorasse ao príncipe que regressassem a Viena, ele era o único que poderia conseguir tal coisa, tendo em conta a especial consideração que Nicolau tinha por ele. Haydn prometeu tentar transmitir-lhe esse desejo, o que fez utilizando a linguagem que melhor conhecia, a música.

Nicolau de Esterházy compreendeu a mensagem, ele não tinha nada de estúpido e sabia bem que boa parte do prestígio da casa de Esterházy se de-

via ao seu famoso mestre de capela. Também sabia que a imperatriz Maria Teresa de Áustria, grande apreciadora de música, o visitava com frequência porque desejava ouvir novas criações de Haydn, o que nunca deixava de solicitar. Seria bem possível que, sem Haydn, as visitas da soberana comesçassem a rarear. Por isso foi sensível ao apelo.

Parece que, depois do concerto disse qualquer coisa como isto: «Bem! Bem! Percebi os vossos desejos, vou fazer-lhes a vontade!» E deu ordens de regresso a Viena.

A sinfonia, a nº 45, ficou conhecida para a posteridade com o nome de «O Adeus».

Haydn manteve-se vários anos ao serviço da casa de Esterházy, mas mais tarde deixou o lugar e passou a viver por conta própria, o que não lhe foi difícil, já célebre e respeitado. As suas visitas a Inglaterra foram motivo de inspiração para algumas das suas melhores obras, entre elas as duas famosas oratórias que escreveu depois de ter conhecido as de Haendel, «A Criação» e «As Estações».

Morreu em Viena com 77 anos, no alvorecer do século XIX, respeitado pela sua música e pela sua dignidade e qualidades morais; morreu numa cidade ocupada pelas tropas francesas de Bonaparte. Quando soube do seu falecimento, o comandante militar francês da guarnição de Viena deu ordens para que fosse sepultado com todas as honras que a sua dignidade mereciam.

A Arte não tem fronteiras.

Lisboa, 22 de Dezembro de 2006  
(Narrativa baseada num facto real)

# AGENDA

**EVENTO:** VIII JORNADAS CIENTÍFICAS DA FPC-DC – 5ª REUNIÃO INTERNACIONAL DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

**LOCAL:** Buçaco

**DATA:** 8 a 9 de Maio

**CONTACTOS:** Tel: 239 838 598;

E-mail: fpc-centro@netcabo.pt

**EVENTO:** XXXVI JORNADAS NACIONAIS DE NEONATOLOGIA: CONTROVÉRSIAS E CONSENSOS

**LOCAL:** Viseu

**DATA:** 8 a 9 de Maio

**CONTACTOS:** Sociedade Portuguesa de Pediatria

E-mail: i.pereira.silva@netcabo.pt

**EVENTO:** XV REUNIÃO DO ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

**LOCAL:** Lisboa

**DATA:** 9 a 14 de Maio

**CONTACTOS:** Hospital d. Estefânia

E-mail: anuario@hdestefania.min-saude.pt

**EVENTO:** 3 REUNIÕES CIENTÍFICAS SOBRE OSTEOPOROSE

**LOCAL:** Milão, Itália

**DATA:** 10 de Maio

**CONTACTOS:** Admedic; Tel. 21 8429710

**EVENTO:** XLV EUROPEAN DIALYSIS AND TRANSPLANT ASSOCIATION CONGRESS (ERA)

**LOCAL:** Stockholm, Sweden

**DATA:** 10 a 13 de Maio

**CONTACTOS:** AMGEN; Tel: 214 220 550

Email: amgen.pt@amgen.com

**EVENTO:** VI REUNIÃO INTERNACIONAL DE ACTUALIZAÇÃO EM CIRURGIA DO ESÓFAGO E DO ESTÔMAGO

**LOCAL:** Porto

**DATA:** 12 e 13 de Maio

**CONTACTOS:** Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de S. João

E-mail: geral@acropole-serviços.pt

**EVENTO:** XI CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTENSIVA

**LOCAL:** Albufeira

**DATA:** 11 a 13 de Maio

**CONTACTOS:** Tel: 213 866 257; E-mail: info@spci.org

**EVENTO:** 3º ENCONTRO SOBRE ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA DOR

**LOCAL:** Lisboa

**DATA:** 14 de Maio

**CONTACTOS:** CHLO-HEM – Serviço Anestesiologia

Tel: 213 650 375

**EVENTO:** CURSO EURACT PARA PROFESSORES E ORIENTADORES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

**LOCAL:** Cantanhede

**DATA:** 14 a 17 de Maio

**CONTACTOS:** Delegação Distrital de Coimbra da APMCG

Tel: 239 484 287; E-mail: dacv2@hotmail.com

**EVENTO:** IV JORNADAS IBERO-AMERICANAS DE REUMATOLOGIA E 7º SIMPÓSIO DA PRESIDÊNCIA PORTUGUESA DO CIAR

**LOCAL:** Havana

**DATA:** 19 a 22 de Maio

**CONTACTOS:** PrismaMedica; tel: 21 358 43 80

**EVENTO:** XXVII ENCONTRO DO GRUPO PORTUGUÊS DE PSIQUIATRIA CONSILIAR/LIGAÇÃO E PSICOSSOMÁTICA

**LOCAL:** Aveiro

**DATA:** 23 e 24 de Maio

**CONTACTOS:** Tel: 239 400 494

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

**EVENTO:** XXII CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PRÁTICA CLÍNICA EM DIABETES

**LOCAL:** Lisboa

**DATA:** 28 a 30 de Maio

**CONTACTOS:** Clínica de Diabetes e Nutrição

Hospital de Sta Maria; Tel. 96 282 3068 Sr. Miguel Caldeira

**EVENTO:** DIA D.E.O.

**LOCAL:** Setúbal

**DATA:** 29 a 30 de Maio

**CONTACTOS:** Unidade de Endocrinologia do Centro Hospitalar de Setúbal; E-mail: dralia@netvisao.pt

**EVENTO:** XXIV ENCONTRO TRANSMONTANO DE CLÍNICA GERAL

**LOCAL:** MONTALEGRE

**DATA:** 29 a 31 de Maio

**CONTACTOS:** Naturbarroso; Tel: 935 663 068

E-mail: xxivetcg@urbarroso.net

**EVENTO:** THE FIRST ANNUAL IBERIAN CONGRESS ON ANTI-AGING MEDICINE AND BIOMEDICAL TECHNOLOGIES

**LOCAL:** Cascais

**DATA:** 29 a 31 de Maio

**CONTACTOS:** [www.a4miberia.com](http://www.a4miberia.com)

**EVENTO:** 2008 ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY

**LOCAL:** Chicago

**DATA:** 30 de Maio a 3 de Junho

**CONTACTOS:** AMGEN; Tel: 214 220 550

E-mail: amgen.pt@amgen.com

**EVENTO:** CURSO DE ACTUALIZAÇÃO PLURIDISCIPLINAR PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR: INFLAMAÇÃO EM ALERGOLOGIA E REUMATOLOGIA

**LOCAL:** Lisboa

**DATA:** 31 de Maio

**CONTACTOS:** Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Santa Maria



# AGENDA

**EVENTO:** VIII JORNADAS DE MEDICINA E DESPORTO  
**LOCAL:** Porto  
**DATA:** 31 de Maio a 1 de Junho  
**CONTACTOS:** Tel: 225074377; E-mail: global@onda-p.pt

**EVENTO:** XVII JORNADAS MÉDICO DESPORTIVAS  
**LOCAL:** Porto Santo  
**DATA:** 6 a 10 de Junho  
**EVENTO:** 5º CURSO DE EPILEPSIA EM IDADE PEDIÁTRICA  
**LOCAL:** Porto  
**DATA:** 17 a 19 de Junho  
**CONTACTOS:** Tel: 222 077 500; E-mail: epilepsia.hsa@sapo.pt

**EVENTO:** EUROPEAN MASTERCLASS IN RENAL PHYSIOLOGY & PATHOPHYSIOLOGY OF THE CLINICIAN  
**LOCAL:** Londres  
**DATA:** 19 a 21 de Junho  
**CONTACTOS:** AMGEN; Tel: 214 220 550  
E-mail: amgen.pt@amgen.com

**EVENTO:** CURSO DE VERÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA PARA INTERNOS  
**LOCAL:** Covilhã  
**DATA:** 20 a 22 de Junho  
**CONTACTOS:** Tel: 217574680; E-mail: spp.mail@ptnetbiz.pt

**EVENTO:** CURSO OXFORD COURSE «INFECTION AND IMMUNITY IN CHILDREN»

**LOCAL:** Oxford  
**DATA:** 23 a 25 de Junho

**EVENTO:** CURSOS DE ACTUALIZAÇÃO EM UROLOGIA  
**LOCAL:** Barcelona  
**DATA:** 10 a 13 de Julho  
**CONTACTOS:** Tel: 217 952 494; Fax: 217 952 497

**EVENTO:** CURSOS DE ACTUALIZAÇÃO EM UROLOGIA  
**LOCAL:** Madrid  
**DATA:** 25 a 28 de Setembro  
**CONTACTOS:** Tel: 217 952 494; Fax: 217 952 497

**EVENTO:** XXXII WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF HEMATOLOGY  
**LOCAL:** Banguécoque  
**DATA:** 19 a 23 de Outubro  
**CONTACTOS:** Grunenthal; Tel: 21 472 63 00

**EVENTO:** CURSOS DE ACTUALIZAÇÃO EM UROLOGIA  
**LOCAL:** Madrid  
**DATA:** 28 a 29 de Novembro  
**CONTACTOS:** Tel: 217 952 494; Fax: 217 952 497

**EVENTO:** 3 REUNIÕES CIENTÍFICAS SOBRE OSTEOPOROSE  
**LOCAL:** Milão, Itália  
**DATA:** 29 de Novembro  
**CONTACTOS:** Admedic; Tel. 21 8429710

## Envie-nos os seus artigos

Para que a revista da Ordem dos Médicos possa ser sempre o espelho da opinião dos profissionais de todo o país, agradecemos a colaboração de todos os médicos que desejem partilhar as suas opiniões, experiências ou ideias com os colegas, através do envio de artigos para publicação na Revista da Ordem dos Médicos. Os artigos devem ser acompanhados de uma fotografia do autor (tipo passe) e poderão ser enviados para os contactos que se encontram na ficha técnica (morada da redação e/ou respectivo e-mail).