

FEVEREIRO 1995

Ordem dos Médicos

R E V I S T A

The background image shows a highly ornate interior space, likely a library or a museum. It features intricate gold-colored carvings and sculptures, including a large central archway with a fresco depicting a scene. The architecture is classical, with columns and detailed moldings. The lighting is warm, highlighting the textures and colors of the materials.

**Ensino Médico
Que Reforma?**



A Reforma do Ensino Médico



Carlos Santana Maia

A Reforma do Ensino Médico é, desde há muito, uma necessidade defendida pela Ordem dos Médicos. Aparentemente, também os Ministérios da Educação e da Saúde têm opinião idêntica, mas por razões várias os seus sucessivos responsáveis têm adiado decisões de fundo.

Paralelamente, é de registar o relativo alheamento a que a Ordem dos Médicos foi votada, principalmente nos trabalhos da comissão inter-ministerial, nomeada pelos dois ministérios há sete anos, e que divulgou o seu Relatório em 1992.

Um grupo de trabalho mais restrito encarregou-se depois de fundamentar juridicamente o preceituado no relatório, tarefa em que a Ordem dos Médicos deu um apoio genérico.

Finalmente, em 1994, um despacho do Ministério da Saúde aprovou o Relatório e nomeou uma Comissão Permanente, em que têm assento três representantes da Ordem dos Médicos.

Há agora indícios de que a reforma pode finalmente avançar.

É, por isso, ainda mais urgente

a realização de debates e iniciativas como o *workshop* promovido pela Secção Regional do Centro e que nesta Revista merece particular destaque. As suas conclusões são mais um contributo para uma Reforma do Ensino Médico célere e eficaz.

Mais urgente do que a Reforma do Ensino Médico parece ser a das mentalidades dos responsáveis pelo sector da Saúde em Portugal. Se é verdade que, pontualmente, se registam atitudes que pronunciam um relacionamento franco e correcto, essas parecem ser as excepções que confirmam uma regra bem diferente. Vem isto a propósito do infeliz episódio em torno dos medicamentos genéricos e da tentativa de facultar aos farmacêuticos a possibilidade legal de alterar a prescrição médica. Uma intenção que, dizem agora, nem intenção chegou a ser.

Por último uma referência para o VIII Congresso Nacional de Medicina. Uma importante iniciativa da Ordem dos Médicos, que será pormenorizadamente noticiada no próximo número da nossa Revista.

FEVEREIRO 95

Director

Dr. Carlos Alberto de Santana Maia

CONSELHO EDITORIAL

Norte

Dr. Américo Rui Couto
Dr. Luís Filipe Laranjeiro
Dr. Victor Sanfins

Centro

Dr. Armindo Rebelo
Dr.ª Isabel Cristina
Dr. Rui Pato

Sul

Dr. Machado Cândido
Dr. Pedro Nunes
Dr. Silva Santos

REDACÇÃO

Dr. Adriano Natário
Dr.ª Manuela Reis

CONSELHO DE TESOUREIROS

Dr. António Pessoa (S. R. Norte)
Dr. Óscar Gonçalves (S. R. Centro)
Dr. Rasiklal Ranchhod (S. R. Sul)

SECRETARIADO

Corália Tiago Marques
Maria Teresa de Sousa

PUBLICIDADE

Helena Pereira

CONCEPÇÃO GRÁFICA

Gráficos à Lapa, Lda.
Rua de S. Domingos à Lapa, 6
1200 LISBOA
Tel. 395 10 85 · Fax 395 33 47

IMPRESSÃO

Imprinter S.A.

DEPÓSITO LEGAL 7421/85

PROPRIEDADE, ADMINISTRAÇÃO

REDACÇÃO E PUBLICIDADE
ORDEM DOS MÉDICOS
Av. Gago Coutinho, 151
1700 LISBOA
Tel. 847 06 54 · Fax 847 12 15

PREÇO AVULSO 350\$00

PUBLICAÇÃO MENSAL
TIRAGEM 30 000 EX.



**Ensino Médico
que reforma?**

pág. 23

ACTUALIDADE

| | |
|--|----|
| Genéricos. Assim não! | 7 |
| Comunicado do Conselho Nacional Executivo | |
| Conselho Nacional Executivo | 8 |
| Monopólios na Saúde? | |
| Distritais | 9 |
| Algarve, Açores e Guarda | |
| Fundo de Solidariedade | 10 |
| Proposta de Reformulação | |
| Segurança Social | 11 |
| Regime dos Trabalhadores Independentes | |
| Parecer sobre o Critério de Morte | 16 |
| Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida | |
| Reforma do Ensino Médico | 17 |
| Versão final do documento elaborado pela Comissão Permanente da Reforma do Ensino Médico | |
| Reforma do Ensino Médico | 23 |
| Workshop | |
| União Europeia dos Médicos de Clínica Geral | 35 |
| Resultado de duas importantes reuniões em Copenhaga | |

OPINIÃO

| | |
|---|----|
| Saúde Mental. Um debate decisivo | 12 |
| J. M. Caldas de Almeida | |
| Miguel Torga | 14 |
| Fernando Valle | |

CULTURA

| | |
|----------------------------------|----|
| Colinas de Lisboa | 20 |
| Campo de Sant'Ana | |
| Em nome do Pai e do Filho | 36 |
| Ireneu Cruz | |

Genéricos Assim não!

COMUNICADO do Conselho Nacional Executivo

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos recebeu do Chefe de Gabinete de Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde um projecto de despacho que visa dar aos farmacêuticos ou ajudantes o direito de substituição dos medicamentos receitados pelos médicos por outros mais baratos.

O Conselho Nacional Executivo reafirma:

1. É ilegal, um risco e eticamente inaceitável que um médico ou seja quem for autorize não-médicos a dispensar medicamentos sujeitos a receita médica não prescritos.
2. A poupança económica, razão deste despacho, será muito maior se forem tomadas medidas simples já recomendadas pela Ordem dos Médicos e inexplícavelmente ainda não tomadas:
 - a) prescrição de receituário do Serviço Nacional de Saúde nos consultórios privados evitando a duplicação de actos médicos.
 - b) Que os Hospitais e Centros de Saúde possam igualmente dispensar medicamentos do Formulário Hospitalar a todos os doentes.

O Conselho Nacional Executivo





CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO

Monopólios na Saúde?



O Conselho Nacional Executivo, reunido a 18 de Fevereiro de 1995, na defesa intransigente do interesse dos doentes, do exercício profissional dos Médicos e do próprio Estado vem manifestar a sua forte preocupação pela desmesurada proporção que vêm adquirindo empresas multinacionais na área da prestação de serviços de saúde no âmbito do SNS.

Refere-se a título exemplar a detenção por uma única empresa (NMC) de mais de 50% das Unidades Privadas de Hemodiálise, sendo pública a intenção que esta tem de aumentar significativamente essa quota contrariando legislação comunitária e nacional "anti-monopolista", perante a total passividade do Estado que chega ainda ao cúmulo de permitir que Unidades que ele próprio privatiza nos Hospitais Públicos sejam por essa empresa controladas. Assiste-se também ao alarmante e progressivo domínio de outros sectores da Medicina convencionada, nomeadamente a Patologia Clínica.

Mas o Estado não se tem limitado a contribuir passivamente para esta situação. Contribuiu para ela de forma activa, através dos desmedidos atrasos nos pagamentos dos actos médicos convencionados - o que fragiliza económica e financeiramente as empresas independentes, ainda detidas por médicos, tornando-as presas fáceis - e legislando de forma a impedir que profissionais

médicos do SNS possam ter mais do que 10% do capital ou sejam Directores Clínicos de Empresas prestadoras de serviços de saúde (Estatuto do SNS, Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro).

Em face da gravidade da presente situação reuniram com o Senhor Bastonário os Colégios de Patologia Clínica, Radiologia e Nefrologia, exigindo-se ao Ministério da Saúde que acautele a independência técnico-profissional dos médicos e impeça o monopólio ou percentagem de actividade superior à legal nos sectores da Hemodiálise, Análises Clínicas e outras, que se obrigue ao rigoroso cumprimento dos contratos de convenção nos prazos de pagamento acordados e promova à modificação do artigo 37 do Dec-Lei do Estatuto do SNS, garantindo-se assim:

- A liberdade de escolha aos doentes;
- A segurança da continuidade de tratamentos e o seu controlo de qualidade de forma eficaz e cruzada;
- A independência do Estado face às Empresas com pretensões monopolistas;
- A garantia da liberdade do exercício profissional fora do Estado;
- A garantia da dignidade do trabalho médico.

Pelo Conselho Nacional Executivo
Carlos Alberto de Santana Maia

Código de Nomenclatura

Estão disponíveis na Sede da Ordem dos Médicos, Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - 1200 LISBOA, os Códigos de Nomenclatura com a última actualização.

Os interessados podem contactar: Maria do Carmo: Tel. (01) 847 56 04.

PJ detém médico alternativo (*)

A Polícia Judiciária (PJ) deteve, em Lisboa, um indivíduo de 32 anos que se propunha tratar doentes "considerados clinicamente incuráveis" com recurso a técnicas terapêuticas que chamava tratamentos alternativos. Este "médico", de origem argentina, foi preso no dia 2, na área da Praça do Chile, em flagrante delito, enquanto dava uma "consulta".

A detenção teve lugar após investigações empreendidas pela PJ na sequência de queixas de doentes que se sentiram defraudados pelos tratamentos, feitos à base de vibrações com uma engenhoca mecânica. **Anteriormente já lhe tinha sido instaurada uma acção pela Ordem dos Médicos**, de que resultou o encerramento do consultório onde trabalhava. A interposição de uma acção de recurso, permitiria no entanto ao cidadão argentino continuar a exercer a sua actividade.

Presente ao Tribunal de Instrução Criminal, o detido foi posto em liberdade, embora com restrição de saída de Portugal e de exercer qualquer actividade relacionada com a medicina.

(*) notícia do jornal "O Público"

IRS

Recepção das declarações modelos 2 e anexos Rendimentos de 1994

Informam-se todos os interessados que poderão ser recebidas nas instalações da Ordem dos Médicos, na Av. Almirante Gago Coutinho, 151, em Lisboa, as declarações modelos 2 e respectivos anexos de I.R.S., respeitante aos rendimentos do ano de 1994.

MODELO 2

A partir de 17 de Abril (dias úteis) das 18.30 às 21 horas.

Distritais

ALGARVE

Que Unidades de Saúde? Que interligação?

Realizou-se no dia 3 de Fevereiro de 1995, uma reunião de Médicos do Algarve na nossa Sede Distrital. Esteve conosco o Dr. Joaquim Cândido, do Conselho Regional do Sul.

Embora tratando-se duma primeira abordagem sobre o tema, retiraram-se no entanto algumas ideias base:

1. A regionalização no Algarve assume dupla responsabilidade, porque coincide com o Distrito e é uma zona delimitada e de há muito falada como exemplo até de regionalização política.

2. A regionalização da saúde foi de facto uma verdadeira regionalização ou apenas uma delegação de algumas competências?

Obviamente que não se vislumbra uma regionalização com descentralização de poderes, o que tem reflexos naquilo que podem e devem ser as Unidades de Saúde. Veja-se só por exemplo, a dependência político-administrativa dos hospitais, cuja descentralização e regionalização ficou aquém do que se esperava e até do que se delineou inicialmente.

3. As melhorias na interligação passam pelas melhorias em cada um dos serviços prestados de saúde. Sem vida política de maiores investimentos e sem um sistema diferente de incentivos e remuneratório, será impensável melhorar seja o que for. A degradação a que se chegou quer na atribuição do O.G.E. para a saúde, quer na sua gestão, quer no sistema retributivo dos Médicos é escandalosa e inclassificável.

4. É necessário, no Algarve, o estudo e concretização de novas tecnologias, mais técnicos de saúde e um estudo cuidado da evolução das diversas especialidades com vista ao intercâmbio entre cuidados

essenciais (ou primários) e os hospitalares.

Pensar, por ex., nas diversas hipóteses de ramificações ou especificações dentro das especialidades (ex. emergências e urgências médicas).

5. É necessário um maior esforço de informação junto dos Médicos Hospitalares do que é a Carreira de Clínica Geral/M.F. e do seu funcionamento.

6. É necessário que o Hospital do Barlavento seja uma realidade a breve trecho, assim como solucionar problemas de espaços no H.D. Faro, interligando-os com os C. Saúde, Segurança Social e I.P.S.S.

7. É necessário repensar "Ao serviço de quem está o Médico?" Da burocracia? Das normas e da gestão? A desburocratização e generalização do receituário e exames auxiliares de diagnóstico é uma medida necessária, já anunciada superiormente e que deve ser assumida sem demoras.

AÇORES

Presidente do Conselho Distrital é a nova Directora do Hospital de Ponta Delgada

A Dr.ª Fernanda Mendes, Presidente do Conselho Distrital da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Médicos é a nova Directora do Hospital de Ponta Delgada.



A sua nomeação permitiu desbloquear uma situação conflitual arrastada com sucessivas recusas de médicos em ocupar o cargo de director clínico e outros lugares de direcção.

O trabalho da Dr.ª Fernanda Mendes vai ser seguramente difícil, mas dadas as suas qualidades profissionais e humanas estamos certos de que irá conseguir.

Assim se demonstra que quando o poder político pretende trabalhar em diálogo com os médicos se obtêm, com facilidade, as melhores soluções.

GUARDA

"Esterilidade Conjugal" Acção de Formação

O Conselho Distrital da Guarda organizou no passado dia 8 de Fevereiro, no Auditório da Casa de Saúde *Bento Menini* daquela cidade e com a colaboração da Sub-Região de Saúde da Guarda e do Instituto de Clínica Geral da Zona Centro, uma Acção de Formação subordinada ao tema "Esterilidade Conjugal".

O conferencista foi o Professor Doutor Agostinho Almeida Santos e à sessão assistiram mais de meia centena de Médicos do Distrito.

Esta realização insere-se num ciclo de conferências que o Conselho Distrital vai promover e onde se discutirão temas de actualidade clínica e temas referentes à problemática da situação profissional e laboral da classe médica.

De salientar que o Conselho Distrital da Guarda prevê inaugurar a sede da "Casa do Médico" provavelmente já em Março, tendo para o efeito alugado um espaço que está a mobilar com a ajuda da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.



Fundo de Solidariedade

Proposta de Reformulação

1 - Introdução

A Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses foi criada pelo Decreto-Lei N.º 11487, de 28 de Março de 1926 e regulamentada, primeiro por alvará de 31 de Julho de 1947 e posteriormente por alvará do



Ministério das Corporações Previdências Social de 31 de Janeiro de 1961.

Por Decreto-Lei N.º 27/83, de 30 de Janeiro, foi extinto, por integração na Ordem dos Médicos, no âmbito do Fundo de Solidariedade, criado concomitantemente, sendo afectos a este Fundo os direitos, as obrigações e o património daquela Caixa de Previdência.

A Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses surgiu como uma necessidade premente numa altura em que a maior parte dos médicos não estava abrangida por qualquer sistema de segurança social devidamente estruturado.

Assim aquela Caixa de Previdência definiu como obrigatória a inscrição num subsídio por morte no valor de 10.000\$00 (que voluntariamente se podia alargar até 110.000\$00) e como voluntária a inscrição em pensões por velhice ou invalidez, que nunca poderiam exceder 5.000\$00.

Adicionalmente havia uma pequena verba paga mensalmente (antes 5\$00 e depois 20\$00) que se destinava ao Fundo de Assistência, cuja finalidade era prestar auxílio aos médicos ou seus familiares em situação de comprovada necessidade.

2 - Situação Actual

Porém as quotas, as pensões e os subsídios não foram sendo actua-

lizados, relativamente à inflação, pelo que, pensões e subsídios que tinham valores significativos há 30 ou 40 anos, hoje apresentam valores que se podem considerar ridículos e não permitem atingir, minimamente, os objectivos para que foram criados.

Os subsídios por morte variam entre 10.000\$00 e 110.000\$00 (tendo direito cerca de 88% dos sócios a receber valores até 20.000\$00, inclusive) e as pensões entre 32\$00 e 5.000\$00 mensais, sendo 78% inferiores a 400\$00.

Actualmente apenas um número diminuto de médicos não beneficia de qualquer sistema de segurança social (Caixa Geral de Aposentações, Centro Nacional de Pensões, etc.) sendo por isso natural que haja alguns que tenham necessidade da ajuda dum autêntico e eficiente fundo de solidariedade.

Muitos médicos desinteressaram-se pela Caixa de Previdência e deixaram de pagar as suas quotas, restando hoje, com plenos direitos, 1933 com direito ao subsídio por morte e 749 a pensões de reforma e invalidez.

Considerando os valores diminutos, e, no fundo ridículos, acima referidos, parece-nos podermos concluir que, perante o custo de vida actual e o valor do dinheiro, não se justifica a continuação da gestão desses benefícios, apenas se considerando válido o resgate dos benefícios em que os beneficiários se encontram inscritos.

Justificar-se-á sim a criação dum autêntico Fundo de Solidariedade que, permita conceder subsídios com um valor que não envergonhe quem o concede e quem o recebe.

3 - Proposta e Conclusão

Perante tudo isso vimos propor:

1. Que se resgatem os subsídios por morte e as pensões de reforma, julgando nós que os sócios sairiam beneficiados e para o que será necessária uma verba de cerca de 68.000 contos, a suportar pela Ordem dos Médicos, com base nos valores ainda existentes do Fundo de Solidariedade.

a) Os subsídios por morte seriam adiantados na sua totalidade:

b) Quanto às pensões proceder-se-ia de forma que:

- Os reformados que têm 75 ou mais anos receberiam cinco anos de pensões;
- Os reformados com menos de 75 anos receberiam o valor da pensão anual, a multiplicar pelo número de anos que lhes faltam para atingirem os 80 anos;
- E os que ainda não atingiram a idade da reforma, os 65 anos, receberiam 15 anos de pensões, descontando-lhes o valor total das quotas que lhes faltam pagar até atingir aquela idade.

2. Que seja reestruturado o Fundo de Solidariedade, de forma que se destine a socorrer, unicamente e de modo eficiente, situações de autêntica necessidade, como expusemos atrás. Quanto à origem das receitas e ao seu funcionamento avançar-se-ia com um estudo, concomitantemente ao resgate das pensões e subsídios por morte.

Dr. José António Castel-Branco Mota

Segurança Social

dos Trabalhadores Independentes



Fruto da
persistência da
Ordem dos
Médicos fez-se
justiça.

Carta enviada pelo Ministério da Saúde à Ordem dos Médicos

Assunto:
**Regime dos Trabalhadores
Independentes - Contribuições**

Encarrega-me Sua Excelência o Secretário de Estado da Segurança Social de solicitar a V. Ex.^ª, seja divulgado junto dos seus associados que, para efeitos de inserção contributiva no regime dos trabalhadores independentes, e caso preencham os requisitos de facto e legais previstos no Decreto-Lei n.º 328/93 de 25 de Setembro, o prazo excepcional para regularização termina em 31 de Março de 1995.

Mais se informa que, para eventuais esclarecimentos, poderão os interessados contactar o Centro Regional de Segurança Social da respectiva área de residência.

Para integral esclarecimento de V. Ex.^ªs, remetemos, em anexo, fotocópia do Decreto-Lei n.º 328/ 93 de 25 de Setembro e do Decreto Regulamentar n.º 17/94 de 16 de Julho.

Com os melhores cumprimentos e a consideração pessoal,

Lisboa, 17 de Fevereiro de 1995

O Chefe de Gabinete
João de Azevedo e Silva

Todos os médicos que exerçam clínica privada e sejam, simultaneamente, trabalhadores por conta de outrem, aposentados ou reformados podem agora inscrever-se no Regime de Segurança Social dos Trabalhadores Independentes e requerer a isenção de contribuir, sem que lhes sejam exigido o pagamento de qualquer quantitativo relativo aos períodos anteriores.

Todos os médicos que exerçam, exclusivamente clínica privada e que ainda não estão inscritos no Regime de Segurança Social dos Trabalhadores Independentes, poderão agora aderir a este regime até 95/03/31, ficando apenas obrigados ao pagamento das contribuições devidas, sem que lhes sejam cobrados os juros de mora relativos ao período compreendido entre 94/01/01 e 95/03/31.

INSCRIÇÃO OU PEDIDO DE ISENÇÃO
Data Limite – 31 Março



Saúde Mental

um debate decisivo

J. M. Caldas de Almeida

Promovido pelo Ministério da Saúde, encontra-se actualmente em curso um debate nacional sobre saúde mental. Trata-se de uma iniciativa que veio, finalmente, reconhecer de uma forma inequívoca a necessidade de se enfrentar a grave crise criada neste sector nos últimos anos. E que não pode deixar de merecer o apoio de todos os que acreditam que, só através do estabelecimento de condições propícias a uma discussão aberta e cientificamente fundada dos problemas, será possível encontrar soluções válidas para a crise actual.

É evidente que o debate, por si só, não assegura a resolução de todos os problemas: tal terá sempre que passar pela implementação de uma política nacional de saúde mental.

Penso, no entanto, que, nas circunstâncias presentes, nenhuma política poderá ser desenvolvida sem um debate prévio. Em primeiro lugar, porque o desenvolvimento de uma política nacional de saúde mental implica uma sensibilização da sociedade – responsáveis políticos, técnicos e opinião pública – para a importância dos problemas de saúde mental e a verdade é que, na sociedade portuguesa, esta sensibilização é ainda muito escassa. Importa, assim, aproveitar este debate para sublinhar o facto de que cerca de 25% da população sofre anualmente de perturbações psiquiátricas – com tudo o que isto representa de sofrimentos e de custos para as pessoas, as famílias e a sociedade. Bem como para esclarecer

que as doenças psiquiátricas em sentido estrito estão longe de esgotar os problemas da saúde mental. A qual abarca igualmente algumas das mais gravosas situações das sociedades actuais – toxicodependências, suicídio, violência, pessoas sem abrigo; assim como as inúmeras situações de sofrimento relacionadas com as crises que fazem parte da condição humana, e que, embora não sendo necessariamente doenças, não deixam por isso de beneficiar de apoios na área da saúde mental.

Uma outra razão porque penso ser indispensável o debate agora em curso tem a ver com a necessidade de se discutir qual a qualidade efectiva dos nossos serviços de saúde mental. Qual a eficiência e quais os custos dos nossos diferentes serviços? Qual a evolução, nos últimos anos, das suas actividades assistenciais? Quais as condições de vida dos doentes internados nos hospitais psiquiátricos? Quais as respostas de que dispomos a nível extra-hospitalar e da reabilitação? Qual a qualidade das nossas políticas de saúde mental, em termos da sua fundamentação técnica e científica e da sua formulação estratégica?

Dispomos hoje de instrumentos fiáveis para a avaliação destes diferentes aspectos: por exemplo, os criados pela O.M.S. no ano passado e já em utilização em vários países.

Importa, assim, com base nesta e noutras contribuições, definir os mecanismos necessários à avaliação sistemática e regular dos nossos

serviços de saúde mental. Só com um conhecimento da realidade, em termos de eficiência e de custos, se poderão fazer opções fundamentadas para o futuro.

A definição dos princípios e do modelo que deverão orientar a organização dos nossos serviços de saúde mental constitui, naturalmente, uma das questões que mais necessitam de ser debatidas.

O modelo centrado nos hospitais psiquiátricos revela-se hoje completamente ultrapassado e incapaz de assegurar o conjunto essencial de cuidados de saúde mental. É evidente que a sua substituição progressiva por modelos mais diversificados e centrados na comunidade levanta dificuldades várias. Significa isso que devemos deixar perpétuar um modelo que sabemos condenado, ou antes que se deverá tentar definir qual a alternativa mais eficaz e lutar pela sua concretização?

Até ao final da década de 80, tal como na maioria dos países, desenvolveram-se, em Portugal, esforços no sentido de, progressivamente, se descentralizarem os serviços de saúde mental, criando na comunidade novos dispositivos.

Foram esforços certamente insuficientes, intermitentes e quase sempre carecidos do necessário apoio político. Apesar de tudo, tornaram possíveis alguns progressos importantes (por exemplo, a criação de Centros de Saúde Mental em todos os distritos, a criação de Centros Regionais de Saúde Mental Infantil e

o que mais importa, no momento actual, não é reviver querelas do passado, mas sim estabelecer condições para uma verdadeira discussão sobre as linhas que deverão fundamentar a organização dos serviços de saúde mental do futuro. Esta discussão é tanto mais urgente quanto o novo quadro dos serviços de saúde (com a regionalização e a criação de unidades funcionais de saúde) veio tornar caducas todas as orientações actualmente existentes e exigir uma rápida clarificação do que se pretende.



de Alcoologia, a criação de unidades psiquiátricas nos novos hospitais gerais e de módulos de saúde mental nos novos centros de saúde).

Em 1990, todo este processo foi interrompido, tendo o Ministro Arlindo de Carvalho considerado haver razões que justificavam o abandono da política anteriormente seguida (as quais, diga-se de passagem, nunca chegou a explicar quais eram). Penso, aliás como muitos outros, que os custos desta decisão política são elevadíssimos. Entre outras razões, porque se interrompeu totalmente a criação de novos serviços, se reforçou ainda mais o peso dos hospitais psiquiátricos, se desviaram para outros fins novas unidades psiquiátricas dos hospitais gerais e se retirou a autonomia (preciosa na nossa administração pública) aos Centros de Saúde Mental.

Mas penso também que o que mais importa, no momento actual, não é reviver querelas do passado, mas sim estabelecer condições para uma verdadeira discussão sobre as linhas que deverão fundamentar a organização dos serviços de saúde mental do futuro. Esta discussão é tanto mais urgente quanto o novo quadro dos serviços de saúde (com a regionalização e a criação de unidades funcionais de saúde) veio tornar caducas todas as orientações actualmente existentes e exigir uma rápida clarificação do que se pretende.

É, assim, chegado o momento de se ponderar seriamente se têm ou não aplicação em Portugal os princí-

pios hoje consensualmente aceites em toda a parte – sectorização, continuidade de cuidados, ênfase nos serviços comunitários e nos cuidados de saúde primários. E de, com base nos estudos feitos com rigor científico sobre a eficiência dos diferentes tipos de serviço e de programas, se discutir quais as opções mais indicadas para, nas condições específicas do país, se assegurar um desenvolvimento adequado dos serviços.

Finalmente, dois outros aspectos que não podem deixar de ser discutidos: a revisão da lei de saúde mental e os modelos de gestão e financiamento dos serviços. A nossa lei está em muitos aspectos desactualizada e necessita de reformulação em áreas fundamentais (por exemplo, na dos direitos dos cidadãos com doença psiquiátrica, e na da estrutura organizativa dos Serviços). Por outro lado, o modelo actual de gestão é não só ineficaz como inteiramente anacrónico, no novo quadro da organização dos serviços de saúde; e, no que se refere ao actual modelo de financiamento, ele é essencialmente perverso, premiando os serviços que menos trabalham e penalizando os que obtêm melhores resultados.

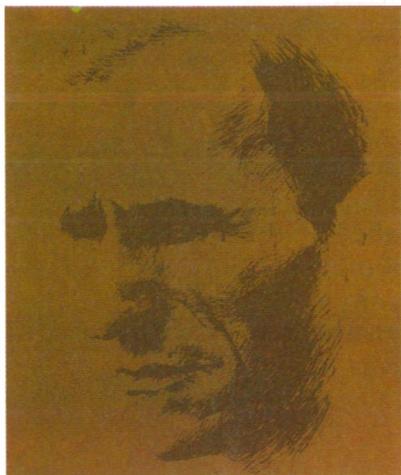
Por todas as razões expostas, o debate agora iniciado é decisivo para o que irão ser os serviços de saúde mental dos próximos anos.

A metodologia adoptada – aprofundamento progressivo de diferentes áreas temáticas com participação de representantes dos vários grupos profissionais, das várias Faculdades,

das diferentes instituições e de utentes e suas famílias, a realização de uma conferência final com participação de peritos da O.M.S. e de outras organizações internacionais – parece adequada para que se atinjam dois objectivos importantes. Por um lado, o envolvimento das diversas entidades, perspectivas e sensibilidades implicadas nos cuidados de saúde mental. Por outro lado, a recuperação da fundamentação técnica e científica que é hoje exigida pela organização dos serviços e sem qual não se poderão alcançar os consensos indispensáveis a qualquer tentativa de reforma.

Não se pode esquecer, contudo, que não são os factores de ordem científica e técnica os únicos a determinar as políticas de saúde mental, e que, em última instância, são muitas vezes os valores privilegiados em cada sociedade que acabam por ter uma influência decisiva nas grandes opções tomadas neste domínio. Seria bom, por isso, que questões como sejam a dos direitos das pessoas mais vulneráveis, mais excluídas, e com menor voz – e, em particular, o direito destas pessoas a dispôr dos apoios que garantam o seu acesso a um estatuto de sujeito – não ficassem excluídas deste debate.

Se, como alguns defendem, a forma de encarar os problemas da saúde mental é um dos melhores índices da abertura e da democraticidade de uma sociedade, este debate será certamente um excelente indicador da saúde da nossa democracia.



*“o serviçal da vida,
o fiador da esperança”*

Miguel Torga

Fernando Valle

Quando me formei -1926-, já lá vão umas boas dezenas de anos, a Medicina definia-se vulgarmente como a “arte de curar”. Hoje, apesar dos espantosos progressos da ciência e da técnica, continua a ter muito de arte. O médico Dr. Adolfo Rocha aliou os profundos conhecimentos da profissão, um alto sentido de responsabilidade e humanidade, à fina sensibilidade de Artista. Com tal soma de atributos foi verdadeiramente médico.

Começou a vida profissional como médico rural em região serrana. A sua porta esteve sempre aberta para atender quantos precisavam dos seus serviços. E a todos atendeu com o melhor do seu saber e humanidade. Os doentes ficavam rendidos à maneira aberta e serena do trato e aos cuidados da sua atenta observação. Assim se estabelecia uma magnífica relação médico-doente, criadora da necessária confiança para um ambiente de franca empatia, que levava o doente a abrir-se e a colaborar para o diagnóstico clínico sem o qual não seria possível a solução do caso.

Criou amigos em todas as classes. O seu poder de comunicabilidade e de compreensão era de tal ordem que a gente do povo, os humildes com quem conversava, não mais o esqueciam, ficavam seus fraternos e respeitos amigos.

Andou por montes e vales, a pé, a cavalo, a qualquer hora e com qualquer tempo, muitas vezes com o “credo na boca e o assombro nos olhos”, no esforço de curar ou de

minimizar dores a pobres e ricos, sem nenhuma diferença. A “lutar contra a morte”.

Era sempre o último a desanimar, ou não fosse “o serviçal da vida, o fiador da esperança”.

A prática de médico rural serviu-lhe para conhecer mais proximamente o semelhante, para afervorar o amor à natureza e apurar a sua fina sensibilidade na relação das pessoas com as coisas.

O contínuo progresso das ciências médicas, implicando especializações cada vez mais numerosas e sábias e a necessidade de trabalho em grupo, levou o médico Dr. Adolfo Rocha a especializar-se.

No seu consultório de especialista desenvolveu a sua acção com as suas qualidades morais e virtuais, se possível aprimoradas pela experiência de médico rural. “No consultório enxugei muitas lágrimas, ouvi as mais íntimas confidências. Acudi a muitas aflições sempre prestável e solidário” - disse.

Durante anos dirigiu de maneira superior os serviços da sua especialidade e também prestou alto auxílio no domínio da Clínica Geral no Hospital Condessa das Canas, em Arganil. Tratou muitos doentes, operou outros, pobres ou ricos. Por eles, pela sua saúde, fez por vezes muitos e pesados sacrifícios, sem hesitações a qualquer hora e com qualquer tempo se meteu a caminho de Coimbra para Arganil, para lhes assistir.

Como compensação, não raramente, o facto de ter sido útil, do dever cumprido.

Criou relações de amizade, conheceu a região e as suas gentes, a que sempre ficou devotado e já muito doente quis ir ao Piódão, “para se despedir”! Quando encerrou o consultório, ofertou à Misericórdia de Arganil os apetrechos de especialista.

Os Médicos da Região do Centro da Ordem dos Médicos, com sinceridade e devotamente, promoveram uma justíssima homenagem ao seu ilustre Colega, grande artista e “cidadão a tempo inteiro”. Miguel Torga que, com emoção, sempre igual a si mesmo, “idêntico” no discurso de agradecimento, belo na forma, profundo nos conceitos, afirma (...) “vocado para sacrificar no altar de Orfeu, foi no de Esculápio que depus as minhas melhores oferendas (...) gostaria que estas minhas palavras fossem ao mesmo tempo um preito, uma exteriorização de natural ufanía e um voto. Preito reconhecido a quem agora tão generosamente me quis distinguir (...) ufanía de pertencer à nossa gloriosa família hipocrática, e voto de que o futuro continue a pertencer-nos, pelo saber, pelo devotamento, pela compaixão e pelo amor. Que continuemos a ser amanhã o que somos hoje e fomos sempre: dentro do hábito branco da bata, os monges professores e laicos de uma Ordem civil sagrada”.

Escrupuloso respeitador da “Ética e Deontologia”, honrou sem falhas o Juramento de Hipócrates, “não jurou em vão”. Exerceu a medicina como um imperativo moral e social. Tudo quanto diz respeito à pessoa humana foi para ele inevitável preocupação,

como Leriche entendia que "a Medicina, por força das circunstâncias, é a ciência da vida, de toda a vida, visto que a saúde nada mais é que estado de equilíbrio do indivíduo no meio que o cerca.

Foi, sem dúvida, um grande médico.

Como amigo não há melhor, teve sempre a palavra própria no momento próprio. E quando se tornava preciso, punha a lúcida e poderosa inteligência, humanidade e energia na sua extraordinária eficiência, a sua férrea vontade, sem olhar a trabalhos e sacrifícios, na solução de situações que à partida se apresentavam desesperadas. Eu sei, por experiência própria, o que isso significava.

(...) "Gostava ser amado": nunca lhe faltou o vigor do afecto e a admiração de amigos certos. Tinha um sentido sublimado da amizade: (...) "Encontrei alívio na constância de alguns amigos fiéis, que são o único orgulho de que me orgulho. Correspondi-lhes com igual devotamento, ser digno deles é conservá-los. Foi ao lado da abnegação profissional e da realização literária o grande propósito dos meus atribulados dias" (...). "Que o homem tenha felizmente na condição o dom de amar e ser amado (...) tive a fortuna de fiéis dedicações".

Como artista, na minha humilde opinião de leitor comum mas interessado, Miguel Torga atingiu na sua vasta obra alturas de beleza, de emoções, de autenticidade, de profundidade, de conceitos dificilmente ultrapassáveis. Havia em Torga uma áurea incontida de mais e melhor, do belo e perfeito, uma aspiração crescente de beleza e perfeição. Segundo a abalizada opinião do grande escritor brasileiro, Jorge Amado: "Miguel Torga foi um dos maiores Escritores da Língua Portuguesa de todos os tempos".

Foi um homem que, sem renegar nada, sem cedências, tudo construiu pelo seu único esforço "a pulso". Já doente afirmou: "Não pactuo, nem quero atraiçoar a minha vida. Luto ainda é certo, porém não é vencer (...). É sair do mundo com brio e dignidade". Vivem num constante

esforço com os olhos postos nos "cumes". A sua vida foi sempre um paradigma de dignidade, acção, coragem, esperanças e sonhos. Já num estado avançado da doença: "Não quero iludir, mas sou um homem de esperanças, teimo em continuar a sê-lo, a acreditar no que sempre acreditei (...). Defensor incansável do amor, da verdade e da liberdade, a tríade bendita que justifica a passagem de qualquer por este mundo". Lutou contra todas as tiranias e opressões. Conheceu o pesado preço da liberdade: Foi perseguido, caluniado, viu alguns dos seus livros apreendidos e sentiu a profunda amargura da injustiça da esposa demitida de professora da Universidade de Lisboa e proibida de leccionar. Não pactuou, preservou através de tódas as resistências, a "sua identidade". Se o preço da liberdade é pesado o da identidade dobra" (...) "porque é sempre da nossa inteira responsabilidade".

Escreveu as mais belas e válidas páginas a testemunhar a Pátria. Dá-nos a conhecer o verdadeiro Portugal, o telúrico e humano, e amá-lo pelas suas grandezas e misérias.

No seu vagamundear por nações e continentes faz-nos sentir o universal.

Mas fiel às suas raízes, "quanto mais longe mais as sinto aprofundadas", o seu pensamento estava permanentemente desperto, para a Pátria, a saudade e respeitosa memória dos seus maiores e para o seu São Martinho de Anta: "mesmo a cair aos bocados teimei em passar por aqui. É que nenhuma hora da minha vida tem significado sem esta referência. São Martinho é um marco de orientação e segurança que vejo em todas as horas de perplexidade e de todos os quadrantes do mundo". Para ele: "O universal é o local sem paredes".

Durante a prolongada e dolorosa doença foi sempre "igual a si mesmo, idêntico". Durante bastante tempo, com as forças a enfraquecerem e o sofrimento em aumento, amparado na sua forte energia e férrea vontade continuava a fazer a habitual vida: vai todos os dias ao consultório, às mesmas horas e seguindo o mesmo percurso. No consultório escreve, reflecte, lê as últimas novidades

literárias, vê ainda alguns doentes e recebe os amigos, aqueles que procuram os seus conselhos e indicações, um ou outro camarada das letras e torquianos que querem ter o prazer de o ver e ouvir!

A doença agrava-se, a necessidade do internamento hospitalar impõe-se... (...) "crucificado na cama a fazer esforços sobrehumanos para minorar aos olhos dos outros, e aos meus, o espectáculo confrangedor da minha miséria".

Sofreu os tormentos das dores - "antes as dores que a morfina" e dos tratamentos. Com impressionante lucidez, parece até, se possível, mais refinada e apurada. Luta agora dramaticamente, consciente de que o seu caso não pode ter solução: "para ganhar tempo...".

Mantém o mesmo interesse pelos amigos, não esquece os ausentes de quem pede informações, pela literatura, tem sempre à mão livros e revistas, pelo mundo. E, "espera o último verso".

Lê os jornais e ouve as notícias da TV, os acontecimentos do dia-a-dia não lhe passam despercebidos, que comenta com notável perspicácia e clarividência. Continua, enquanto as forças o deixam, a ser um extraordinário conversador. Tinha uma bela voz, suave, sonora que modelava a propósito. A sua conversa, a que não faltava um apropriado fino recorte de humor, encantava e prendia, pela clareza e pelos ensinamentos que a sua vasta e profunda cultura proporcionava.

Foi um corajoso lutador: "Envelhecer não é para cobardes e morrer muito menos" (...) "corajosamente envelheci e corajosamente morro".

Teve a tão desejada: (...) "graça de assistir com lucidez à rendição".

Foi como alguém lhe chamou: "uma força da natureza", "a consciência da Pátria".

Foi um homem de antes quebrar que torcer, um grande artista, um Cidadão a tempo inteiro.

Sempre, sempre fiel a si mesmo, determinou como última morada, "o seu São Martinho de Anta" onde no dizer do seu grande amigo Manuel Alegre, "ficou enterrado um pedaço de Portugal".



Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Parecer sobre o Critério de Morte

1. Introdução

A publicação da Lei sobre transplantes de órgãos (Lei n.º 12/93, de 22 de Abril), que estabelece como critério de morte a “morte cerebral”, e a persistência do critério médico-legal de morte como a paragem definitiva das funções respiratória e circulatória suscitam apreciável confusão.

Esta situação pode originar, pelo menos, duas conclusões perversas e ambas erradas. Por um lado, a de que, tendo uma pessoa em “morte cerebral” sido escolhida para dador de órgãos e não tendo sido feita a transplantação, teria de ser considerada “novamente viva”, por não ter havido ainda o preenchimento do critério médico-legal de morte, o da paragem definitiva das funções respiratória e circulatória.

Por outro, a de se poder suspeitar de que a escolha do critério de “morte cerebral” teria um objectivo meramente utilitarista.

2. Adopção do critério de morte cerebral

A adopção do critério da “morte cerebral” como critério de morte implica a avaliação dos seus fundamentos científicos, técnicos e éticos.

A trave mestra do conceito de morte clínica é a cessação irreversível (1) e irreparável de uma função vital.

Com efeito, tudo se centra no conhecimento de quais são as funções vitais e onde se localizam e na verificação da sua ausência permanente.

3. Breve Referência Histórica

Antigas culturas, muito anteriores a Cristo, já consideravam o cérebro como órgão central da vida. O “sopro

vital” foi evidenciado como critério de vida na literatura de índole religiosa, científica e até comum.

Desde o século XVII, devido à descoberta por Harvey da circulação e do papel central do coração nesta função, o funcionamento deste órgão foi dito como evidência da presença de vida. Desde então, a ausência de actividade espontânea do coração, da respiração e do cérebro eram os critérios de morte. E, ao admitir-se que as disfunções tinham esta cronologia, fácil é entender que a paragem sustentada do coração fosse o critério de morte, já que a dos outros dois órgãos era considerada como sua consequência.

Neste século, no fim dos anos 50, iniciaram-se com a Escola Francesa de reanimação técnicas de suporte artificial e prolongado da falência de órgãos isolados, ou mesmo “multi-órgãos”, o que levou à concepção de “cuidados críticos” (2). As próteses ventilatórias, a hemodiálise e as massagens, desfribilhação e “pacing” cardíacos, associados à nutrição adequada por via parentérica, passaram a permitir suprir durante certo tempo, muitas vezes prolongado, a disfunção ou mesmo a ausência dessas funções vitais.

A concentração dessas técnicas de terapêutica de intervenção e de pessoal adestrado em unidades, designadas de tratamento intensivo ou de reanimação, vieram aumentar o número de doentes em estado crítico, em regra inconscientes, e originaram vários estádios intermediários entre a vida e a morte, que ainda hoje criam problemas éticos complexos. Estes, embora conexos com o critério de morte, vão para além deste, como acontece, por exemplo, com o estado vegetativo, caracte-

rizado por um doente ter algum grau de consciência, ter autonomia respiratória, mas não exibir as características da personalidade (vontade, linguagem, decisão, etc.), isto é, está “awake but not aware”.

GUY MOLLARET foi um dos primeiros intensivistas a dar-se conta dos problemas éticos e humanos resultantes da sustentação artificial das “funções vitais” em alguns ou mesmo na maioria dos doentes em estado de irreversibilidade das funções cerebrais. Este estado foi, efectivamente, designado por “Mollaret”, como “coma ultrapassado”, e correspondia ao que hoje designamos por “morte cerebral”.

Em 1957, num Congresso de Anestesiologia realizado em Roma, o Papa Pio XII, ao receber os participantes, exprimiu-se no sentido de que eles fomentassem o diálogo ético que esta nova problemática suscitava, referindo que o que se encontrava escrito na Bíblia não era limitativo dessa discussão.

4. Objectivos

O facto de o início do diálogo ético à cerca desta matéria ter precedido em alguns anos as transplantações de órgãos de cadáver, exclui a ideia de que a sua motivação tenha sido a necessidade de aumentar o número de dadores de órgãos.

Embora este objectivo seja, indiscutivelmente, um dos que justifica a necessidade da maior precocidade possível do diagnóstico de morte, existem outras razões fundamentais para isso. Entre elas se contam, sobretudo, as de carácter humanitário, mas ainda a da preocupação que deve existir em atingir a

(continua pág. 18)



Versão final do documento elaborado pela Comissão Permanente da Reforma do Ensino Médico, referente à Reforma do Ensino Médico

Reforma do Ensino Médico

Por despacho de Sua Excelência o Ministro da Saúde de 5 de Julho de 1994 foi criada uma "Comissão Permanente com objectivo de estudar e propor as medidas necessárias à resolução das questões relacionadas com a profissionalização e especialização médicas".

Reuniu a Comissão tendo analisado primeiramente o âmbito da sua acção e a sua interligação com o "Grupo de Trabalho para revisão do Ensino Médico" existente no âmbito dos Ministérios da Saúde e Educação.

Considerou a Comissão que as recomendações do mencionado Grupo de Trabalho de 17/3/94 constituem um importante contributo para a definição e delimitação dos problemas em análise e apontam claramente caminhos que esta Comissão entendeu seguir e desenvolver.

Analisado o âmbito de trabalho reconhece a Comissão que a formação do médico se estrutura em dois grandes períodos distintos ao longo da sua vida profissional.

A formação propriamente dita e a formação contínua.

Entendeu a Comissão deixar para posterior trabalho a análise da formação contínua. Quanto à formação propriamente dita reconheceu existirem três fases sequenciais bem diferenciadas com atributos, estatutos e exigência específicos.

A primeira fase é a do "**estudante de medicina**". Trata-se hoje de um tempo de aprendizagem centrado na aquisição de conhecimentos e algumas aptidões, baseado no trabalho individual de estudo teórico e integração em grupos fortemente monitorizados e dirigidos por docentes dotados de formação pedagógica específica.

O estudante de medicina não é um profissional e não possui autonomia nem capacidade decisória. As alterações que as recomendações do Grupo de Trabalho fazem pressupor virem a existir nos cursos de medicina irão certamente melhorar as aptidões do futuro estudante mas não modificarão, nem tal pretendem, as suas características intrínsecas enquanto estudante.

A segunda fase é a do "**interno do internato geral**", representa o período da profissionalização. Trata-se do tempo de exercício semi-autónomo (tutelado) centrado no desenvolvimento dos conhecimentos e aptidões adquiridos, integrando-os sob a forma de desempenho.

Desenvolve-se neste período a capacidade de decisão, cerne da profissão de médico, através da integração em grupos profissionais no acompanhamento da prática diária. Tal é imprescindível para o desenvolvimento das características e aptidões psicológicas, técnicas e éticas, favorecendo uma opção consciente em termos de diferenciação.

A terceira fase é a do "**interno do internato complementar das especialidades**", e representa o período da diferenciação do médico.

Trata-se de um tempo de exercício autónomo mas integrado em grupos profissionais especializados visando o adquirir da competência para o desempenho diferenciado da Medicina.

Considerou a Comissão que as supra mencionadas fases formativas se encontram suficientemente definidas e caracterizadas pelo que cumpre a sua abordagem independente.

Estando o Ensino Médico pré-graduado em fase de profunda remodelação na sequência da reco-

mendação e orientação do "Grupo de Trabalho Interministerial" entendeu a Comissão não se dever pronunciar de modo a evitar duplicações.

Estando os internatos complementares das especialidades em fase de redefinição curricular e estruturação pela Ordem dos Médicos, através dos respectivos Colégios e tendo sido recentemente publicada a portaria que institucionalizou a chamada "Titulação Única" entendeu a Comissão não ser assunto prioritário de estudo.

Nesta conformidade decidiu-se analisar e propor alterações ao Internato Geral. Tais alterações visam aumentar a sua eficácia dentro da caracterização anteriormente exposta e adequar tanto quanto possível a sua duração aos objectivos e conteúdos.

A Comissão concordou que esta fase formativa é insubstituível no quadro do Ensino Médico sendo as competências que confere imprescindíveis para o reconhecimento como profissional apto ao exercício autónomo da Medicina.

Como recomendações, a Comissão propõe:

1. O internato geral não deverá, em caso algum, ter duração inferior a um ano.
2. O internato geral deverá desenvolver-se no âmbito de estruturas profissionais, devendo ser organizado pelos órgãos próprios do Ministério da Saúde sob orientação da Comissão Nacional do Internato Médico e com o parecer favorável da Ordem dos Médicos.
3. O internato geral deverá recorrer essencialmente a treinos no âmbito de áreas abrangentes, nomeadamente Medicina Interna e Clínica Geral.

(continua pág. 18)

Critérios de Morte Cerebral (continuação)

equidade na utilização dos recursos disponíveis face às necessidades nos cuidados de Saúde, o que é particularmente sensível no "intensivismo".

A manutenção de cadáveres com suportes ventilatório e circulatório artificiais é uma atitude "terapêutica" inútil, e priva doentes em situação crítica, mas não irreversivelmente lesados do ponto de vista cerebral, de viver ou de o virem a fazer com a qualidade indispensável.

5. Esclarecimento de uma questão

Na avaliação da "morte cerebral" como critério de morte, o único aceitável, levanta-se uma questão: devemos considerar naquele conceito a irreversibilidade das funções do tronco cerebral (que, dado o seu desempenho na recepção, descodificação e integração de aferências internas e externas e na decisão eferente para os diferentes órgãos, é essencial à harmonização global do cérebro)

ou deve entender-se que se trata da morte de todo o cérebro.

A resposta é que o critério de morte definido pela irreversibilidade das funções do tronco cerebral deve ser o adoptado, pelas razões seguintes:

a) só as estruturas nele existentes permitem a integração das diferentes funções vitais e permitem, portanto, a unidade e reacção que caracterizam o funcionamento do corpo como um todo;

b) em indivíduos inconscientes, a disfunção irreversível do tronco cerebral é de avaliação mais rápida, fiável e segura do que a das restantes estruturas, nomeadamente as talâmicas e corticais;

c) não é aceitável admitir como critério de morte o mau funcionamento, ou mesmo o não funcionamento (próteses ventilatórias e cardíacas) de órgãos que podem ser substituídos por transplantes.

Aliás, é hoje praticamente universal o diagnóstico de morte pela verificação da irreversibilidade das actividades do tronco cerebral.

6. Conclusão

O critério de morte cerebral, é a comprovação da cessação irreversível das funções do tronco cerebral, sendo exigível, no plano ético, que esse critério seja usado univocamente na legislação, e não apenas no respeitante a transplantações.

O Relator *Falcão Freitas*
O Presidente do CNEV
Augusto Lopes Cardoso

- (1) Ganho de uma unidade por "feedback" positivo em cada unidade de tempo de qualquer parâmetro vital, regulado em condições normais por "feedback" negativo, como, por exemplo, a pressão arterial.
- (2) Isto é cuidados sem os quais a morte sobrevem inevitavelmente ao doente ("doente crítico") em curto prazo.

Reforma do Ensino Médico (continuação)

4. O internato geral deverá comportar uma abordagem da Ética sob responsabilidade da Ordem dos Médicos de acordo com as recomendações do Comité Permanente dos Médicos Europeus, bem como um curso satélite sobre gestão em saúde a organizar por estruturas apropriadas.

5. O internato geral deverá comportar uma avaliação de natureza essencialmente clínica de cujo êxito dependerá a necessária certificação profissional.

6. O internato geral deverá ser organizado de modo a que o interno se integre nas equipas de trabalho dos serviços, procurando-se obter uma vivência diária, tanto quanto possível próxima do profissional, favorecendo assim o adquirir de uma progressiva autonomia funcional.

A Comissão reconhece que o internato geral só poderá ser devidamente aproveitado e realizado nos objectivos enunciados quando for libertado do ónus de ser um período de preparação

teórica para o concurso de acesso ao internato complementar.

Em conformidade a Comissão recomenda que o acesso ao internato complementar seja modificado de acordo com a seguinte formulação. Esta poderá ser revista em resultado das modificações ocorridas no Ensino Médico pré-graduado.

Os candidatos ao internato complementar serão ordenados mediante uma classificação numa escala de 0 a 100, obtida pela ponderação dos seguintes factores:

1. Aproveitamento do Internato Geral (10%)

2. Classificação final do curso de medicina (25%)

(a média do curso será ponderada dadas as diferenças de critérios de avaliação nas diferentes Faculdades - de acordo com o relatório do grupo de Trabalho)

3. Prova teórica de avaliação de conhecimentos

Esta prova será realizada no primeiro mês do decurso do internato geral (primeira quinzena de Janeiro).

Constará de um teste de escolha múltipla, abrangendo matérias diver-

sificadas. O Júri de âmbito nacional, nomeado pelo Ministério da Saúde, elaborará o teste seleccionando perguntas de uma base. A elaboração do banco de perguntas será feita anualmente conjuntamente pela Ordem dos Médicos e Ministério da Saúde.

A Comissão recomenda por fim que estas alterações sejam introduzidas para o internato geral que se inicia em 1 de Janeiro de 1996, sendo precedida de ampla divulgação. Este pressuposto condiciona que o número de vagas para o Internato Complementar contemple os dois cursos simultâneos do ano de transição.

De acordo com a letra e o espírito do Despacho que a criou, a Comissão mantém-se com carácter permanente acompanhando as alterações que vierem a ser introduzidas nos curricula dos cursos de medicina e elaborando recomendações nas áreas do seu âmbito de intervenção.

- Desde já a Comissão irá elaborar:
1. O Regulamento da Prova Teórica de Avaliação de Conhecimentos.
 2. O Regulamento do Internato Geral.

ANTIBIÓTICO

*Escreve-se
COM*



amoxicilina/ácido clavulânico
AUGMENTIN

**1.^a Escolha nas infecções
da comunidade**

AUGMENTIN: é um agente antibacteriano bactericida de largo espectro, com um novo modo de acção, estando indicado no tratamento de uma vasta gama de infecções comuns. **INDICAÇÕES:** Augmentin está indicado no tratamento de infecções bacterianas devidas a microrganismos sensíveis, nomeadamente aqueles que habitualmente se encontram nas seguintes infecções: Infecções do tracto respiratório; Infecções do tracto genito-urinário; Infecções ginecológicas; Feridas infectadas; Infecções gastrointestinais. **EFEITOS SECUNDÁRIOS:** Como com outros antibióticos β -lactâmicos, os efeitos secundários são pouco frequentes e de natureza ligeira e transitória. Todavia, alguns casos de angioedema e anafilaxia assim como eritema multiforme e síndrome de Stevens-Johnson, têm sido relatados. Um «rash» típico, similar ao observado com a ampicilina, pode ocorrer numa pequena porção de doentes. Nos doentes com mononucleose ou leucemia linfática, pode observar-se uma percentagem superior de reacções cutâneas. Tal como acontece com outras penicilinas e cefalosporinas, têm sido raramente descritos episódios transitórios de hepatite e icterícia colestática. Podem ocorrer distúrbios gastrointestinais, incluindo náuseas, vômitos, diarreia, fezes pastosas, dispepsia e dor abdominal. A incidência dos efeitos secundários gastrointestinais diminui quando Augmentin é administrado conjuntamente com alimentos. Após a administração de amoxicilina foram descritos alguns casos de colite pseudomembranosa. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Augmentin não deve ser administrado a doentes com história de hipersensibilidade à penicilina. **POSOLOGIA:** Adultos: 625 mg de 8 em 8 horas. Esta dose pode ser aumentada até 2 x 625 mg de 8 em 8 horas, nas infecções graves. Crianças: 3 meses - 1 ano (5-10 kg) — Xarope 156,25 mg-2,5 ml (1/2 colher medida) de 8 em 8 horas. 1 - 6 anos (10-20 Kg) — Xarope 156,25 mg-5 ml (1 colher medida) de 8 em 8 horas. 6 - 12 anos — Xarope Forte 312,5 mg-5 ml (1 colher medida) de 8 em 8 horas. **Nota:** Dose baseada no peso corporal: Crianças com idade inferior a 2 anos. Até uma dose máxima de 50 mg/Kg de Augmentin, em doses repartidas, administradas de 8 em 8 horas. Crianças com idades compreendidas entre 2-12 anos (13-40 Kg) a dose recomendada é 37,5 mg/Kg/dia de Augmentin em doses repartidas administradas de 8 em 8 horas. Nas infecções graves a dose pode ser aumentada até 75 mg/Kg/dia. Doentes com insuficiência renal, exceptuando os casos de insuficiência renal grave requerendo diálise, não é necessário reduzir a posologia.

APRESENTAÇÕES/PREÇO; REGIME GERAL: Comprimidos: P.V.P. 3.195\$00; C.M.T.D. 599\$00; Estado 2.237\$00; Uteute 958\$00. - Xarope: P.V.P. 1.459\$00; C.M.T.D. 219\$00; Estado 1.021\$00; Uteute 438\$00. - Xarope forte: P.V.P. 2.501\$00; C.M.T.D. 375\$00; Estado 1.751\$00; Uteute 750\$00. **REGIME ESPECIAL:** Comprimidos: P.V.P. 3.195\$00; C.M.T.D. 599\$00; Estado 2.716\$00; Uteute 479\$00. - Xarope: P.V.P. 1.459\$00; C.M.T.D. 219\$00; Estado 1.240\$00; Uteute 219\$00. - Xarope forte: P.V.P. 2.501\$00; C.M.T.D. 375\$00; Estado 2.126\$00; Uteute 375\$00.

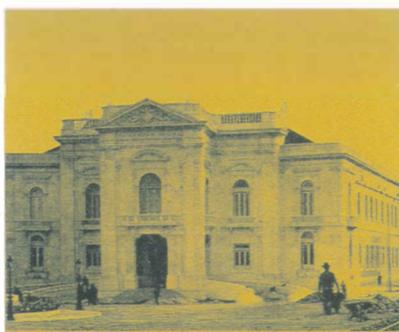
BEECHAM PORTUGUESA Produtos Farmacêuticos e Químicos, Lda. - Capital Social 65 000 000\$00 - C.R.C. Sintra - Matrícula n.º 4428 - Fls. 12 - Vs. livro C12 - Cont. n.º 511922 708.



Colinas de Lisboa

Campo de Sant'Ana

já teve praça de touros



mostra de Lisboa de outros tempos

Exposição inédita na Faculdade de Ciências Médicas

No preciso local onde hoje se ergue a Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa foi construída, há 160 anos, uma praça de touros. De pedra e cal, com as bancadas em madeira, tinha 100 camarotes, 54 cadeiras, 1.700 lugares de sombra e 3.800 de sol. A maqueta desta praça é apenas um dos objectos ligados à história do Campo de Sant'Ana que integram uma exposição inédita organizada pela Faculdade de Ciências Médicas, em colaboração com o Gabinete de Estudos Lisiponenses da Câmara Municipal de Lisboa, e que esteve patente ao público até ao dia 8 de Fevereiro. "A Universidade deve ter funções não só de docência

e de investigação científica, mas também de abertura à sociedade", considera o Prof. Nuno Cordeiro Ferreira, director da Faculdade de Ciências Médicas, justificando, assim, o seu envolvimento numa iniciativa deste género. A exposição "Campo de Sant'Ana, uma das sete colinas de Lisboa" integrou cinco temas diferenciados e autónomos, interligando acontecimentos de interesse histórico com usos e costumes, ambientes urbanos e obras arquitectónicas que, ao longo dos últimos séculos, se sobrepuseram e entrecruzaram no espaço e no tempo, conferindo forte carácter a esta zona da cidade. "Faz-se uma pequena amostragem da evolução histórica do

Nós temos a chave que lhe dá...



Visite-nos e venha experimentá-lo

Vap

Stand Exclusivo Audi
Rua Augusto Lessa, 16
4200 PORTO
Telef. (02) 550 34 81 / 549
Fax 550 58 33

Stand Via Norte
Via Norte • (junto à Mobil)
4465 S. Mamede Infesta
Telef. (02) 901 06 06 / 7
Fax 901 62 42

tecido da cidade relacionada com o geomorfismo do território”, explica o Eng.º Luís Casanovas, da Comissão Executiva da Exposição. “Podemos observar a progressiva ocupação dos vales e colinas através da leitura de uma sequência de gravuras e plantas da cidade, desde o século XV até à actualidade”, acrescenta.

Mas esta exposição pretendeu também dar a conhecer as obras de arte que enriquecem a própria Faculdade de Ciências Médicas, de que são exemplo as pinturas de Malhoa, Columbano, Veloso Salgado e João Vaz, os azulejos de Jorge Colaço, ou as esculturas de Teixeira Lopes e Costa Motta.

Foram igualmente recordados nomes grandes da Medicina portuguesa que ficaram para sempre ligados à História da Faculdade, como os dos Profs. Augusto Celestino da Costa, Henrique Vilhena, Mark Athias, Sílvio Rebelo e Pinto Magalhães. Sem esquecer a figura do Dr. Sousa Martins, homenageado com a construção de uma estátua

frente à então Escola Médica, a exposição lembrava o Campo do Curral – assim era conhecido o Campo de Sant’Ana no século XVI –, onde se vendia gado e, mais tarde, existiu uma feira da ladra e um mercado. Mas o espaço que é hoje o Campo dos Mártires da Pátria e o Jardim Braancamp Freire foi objecto de inúmeros projectos não realizados e de diversas transformações urbanas. No século XVIII, projectaram-se para o local mais de uma dezena de chafarizes de grande porte, que não chegaram a ser construídos. Também não viria a concretizar-se, no fim do século XIX, o projecto de um importante viaduto metálico que ligaria as colinas de S. Pedro de Alcântara, Sant’Ana e Graça. O mesmo sucedeu em relação às várias propostas de ordenamento e de embelezamento do Jardim Braancamp Freire. No entanto, na viragem do século, fazem-se obras importantes de ligação à rede viária da cidade e densifica-se a construção no Campo de Sant’Ana. Nos anos 50, é

feita uma proposta de plano de reocupação municipal que não chegou a ser aprovada. Na sequência desse plano, construíram-se, no entanto, alguns novos edifícios, após demolição dos existentes. (25. 1.95)



Nota: A exposição “Campo de Sant’Ana. Uma das sete colinas” encontrou-se patente ao público até ao dia 8 de Fevereiro.



Audi A4 1.6
1,6 litros, 4 cil., 74 kW (101 cv)

(*) **Audi A4 1.8**
1,8 litros, 5 vól., 4 cil., 92 kW (125 cv)

Audi A4 1.8 T
1,8 litros Turbo, 5 vól., 4 cil., 110 kW (150 cv)

Audi A4 1.9 TDI
1,9 litros, 4 cil., 66 kW (90 cv)

Audi A4 1.8 T quattro
1,8 litros turbo, 5 vól., 4 cil., 110 kW (150 cv)

(*) Gama comercializada em Portugal (Janeira de 95)



Reforma

O Conselho Nacional Executivo resolveu, pela acuidade do tema "Reforma do Ensino Médico", promover um Workshop em que se debatessem com alguma profundidade as possíveis reformas a introduzir e as suas repercussões no exercício da Medicina.

do Ensino Médico

Este Workshop decorreu em Coimbra, no dia 19 de Janeiro. Houve convites a médicos das três Secções Regionais para os vários grupos de trabalho.

As conclusões aqui expostas, bem como as intervenções mais importantes do debate público ocorrido na sessão plenária.

WORKSHOP

Dr. Alberto Queirós - Cabe à Secção Regional do Centro, em nome do Conselho Nacional Executivo, saudar todos os presentes. Não quero deixar de agradecer a boa vontade e a disponibilidade que tiveram para debaterem aqui hoje, problemas que são bastantes importantes para a "Ordem dos Médicos". Vou pedir desculpa por dizer duas palavras prévias, dado que ocorreram factos que a nossa Secção lamenta, consubstanciados na perda de um colega nosso, o Dr. Miguel Torga. Por estarmos nesta sala onde há pouco mais de um ano tivemos a iniciativa de organizar uma pequena festa, em que ele esteve presente, hoje recordamo-lo emotivamente, manifestando o pesar pelo facto de ter desaparecido do nosso meio. Proferiu nessa altura um discurso, disse palavras que só a sua maneira de ser, de dizer, escrever, conseguia proferir e que, alguns colegas não conhecem. Esteve aqui como médico e não como escritor, embora tais coisas não se possam desligar, deixando-nos algumas recomendações que vou citar, pela sua acuidade, lembrando a pessoa, o médico, a

sua formação. Dizia ele numa determinada parte do seu discurso "...A roda do tempo, com o progresso acelerado que tudo altera, desandou, e, no turbilhão, degradaram-se os valores. E é forçoso reconhecer e lembrar que, pelo que nos diz respeito, o que ganhamos em saber profissional, perdemos em humanidade. Mas, se mudaram os relacionamentos, não acabaram as calamidades e o sofrimento. E, mesmo empobrecidos daquele prestígio carismático, continuamos a ser, nós médicos, a última porta sempre aberta a que bate, confiado, o desespero. O povo atormentado necessita cada vez mais dos nossos cuidados e da nossa devoção...", "... e voto de que o futuro continue a pertencer-nos, pelo saber, pelo devotamento, pela paixão e pelo amor. Que continuemos a ser amanhã o que somos hoje e fomos sempre: dentro do hábito branco da bata, os monges professores e laicos de uma Ordem civil e sagrada". Foram estas algumas palavras que proferiu, um contributo, que nós faremos para que seja cumprido. Pedia a todos um minuto de silêncio em memória do Miguel Torga.

Vamos então dar início aos trabalhos. Cada uma das comissões vai ler o seu relatório, depois iremos ter a discussão. Passo desde já aos relatórios, começando pelo número um.

Grupo 1 FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA Relator: Dr. António Rodrigues

Este grupo reuniu com a presença:

- Prof. Doutor Agostinho de Almeida Santos, *Coimbra*
- Prof. Doutor António Braga, *Porto*
- Prof. Doutor Artur Torres Pereira, *Lisboa*
- Prof. Doutor Carmona da Mota, *Coimbra*
- Prof. Doutor Luciano dos Reis, *Coimbra*
- Dr. Armindo Rebelo, *Coimbra*
- Dr. António Rodrigues, *Coimbra*
- Dr. Joaquim Cândido, *Lisboa*
- Dr. Fernando Loureiro, *Coimbra*
- Dr. Moreira Pires, *Coimbra*

O Dr. Machado Cândido, na qualidade de membro do C.N.E., iniciou os trabalhos procedendo à **inventariação dos principais**

motivos que presidiram à convocação deste Workshop, nesta data, e dos objectivos a atingir pela Ordem dos Médicos com a sua realização:

Assim:

1. A Ordem dos Médicos constitui um fórum privilegiado para o encontro dos profissionais que protagonizam quer o ensino quer a prática médica;
2. O processo do ensino/aprendizagem da Medicina é indissociável da prática médica, leia-se do exercício clínico;
3. A maioria dos médicos portugueses está unida na necessidade de uma reflexão colectiva tendente à reforma do ensino médico em Portugal;
4. A Ordem dos Médicos tem estatuto de participante na "Comissão Permanente" nomeada pelo Ministério da Saúde pelo Despacho de 21/7/94, encarregada de se pronunciar/viabilizar a reforma do ensino médico em Portugal;
5. A qualidade do ensino médico é indissociável da qualidade assistencial;
6. É indispensável a harmonização dos conteúdos, objectivos e metodologias a adoptar nos ensinamentos pré e pós-graduados e, logo, das Faculdades de Medicina com as estruturas de vocação primordialmente assistencial;
7. São preocupantes os níveis de descoordenação entre as estruturas tutelares da formação e da assistência, leia-se, do Ministério da Educação com o Ministério da Saúde.

Daí que a Ordem dos Médicos tenha como objectivo final neste processo o alargar do debate e das zonas de consenso entre os sectores médicos envolvidos, propiciadores de uma proposta única dos médicos para a formação médica em Portugal.

Outros argumentos introduzidos na discussão foram:

- O Ensino Médico envolve dois Ministérios não sendo da competência exclusiva do Ministério da Educação, já que o Ciclo Clínico deverá decorrer em estruturas organicamente dependentes do Ministério da Saúde e será neste, aliás, que se virão a

integrar os quadros em formação, sendo por isso a parte mais interessada.

- A Ordem dos Médicos possui uma Comissão Nacional de Educação Médica, a qual deverá constituir-se como um interlocutor privilegiado do Departamento de Educação Médica das Universidades, numa dinâmica de potenciação mútua do processo formativo;
- A Ordem dos Médicos deverá protagonizar um papel importante na "credenciação" dos serviços assistenciais que venham a ser seleccionados como locais de ensino.

Balanco sumário do actual processo tendente à Reforma do Ensino Médico

1. Foi sublinhado o relativo alheamento a que a Ordem dos Médicos foi sujeita relativamente aos trabalhos da Comissão Inter-Ministerial, nomeada pelos dois Ministérios há cerca de 7 anos, que produziu o seu relatório há já cerca de 3 anos;
2. A esta Comissão seguiu-se a nomeação de um "Grupo de Trabalho" mais restrito e com carácter mais executivo que tem por objectivo central delinear os fundamentos legais necessários à aplicação do preceituado no Relatório elaborado pela Comissão Inter-Ministerial;
3. Foi referenciado o apoio genérico dado pela Ordem dos Médicos aos princípios postulados no Relatório do Grupo de Trabalho.

Factos novos:

1. Aprovação do Relatório por Despacho Ministerial conjunto datado de 18/8/94;
2. Nomeação por Despacho do Ministério da Saúde datado de 21/7/94, da "Comissão Permanente", integrando 3 representantes da Ordem dos Médicos, tendo alguns manifestado preocupações por esta Comissão ter atribuições sobreponíveis às do "Grupo de Trabalho".

Na sequência deste conjunto de considerações, constatou-se ainda que:

- 10 anos após a aprovação da Declaração de Edimburgo e 7 anos após a Declaração de Lisboa, na prática, mais não se avançou para além da elaboração dos Relatórios já referidos;
- mais recentemente surgem as orientações da União Europeia no sentido de se encurtar substancialmente o período pré-profissionalizante.

Pelos motivos aduzidos, a discussão é necessária e a concretização da Reforma do Ensino Médico é, consensualmente, um imperativo.

Na discussão é enfatizado que o êxito de qualquer Reforma do Ensino Médico terá obrigatoriamente que passar por não mais se ouvir

"Que chatice ter que dar uma aula"

ou

"Desta já estamos livres".

Insuficiências do actual ensino da Medicina nas nossas Universidades

1. Definição insuficiente do perfil de médico a formar
2. Não definição precisa de objectivos pedagógicos
3. Ensino modulado por cadeiras, com sobreposições e hiatos - descoordenação
4. Centralização nos hospitais centrais
5. Excesso de informação especializada
6. Deficiente articulação Ciclo Básico / Ciclo Clínico
7. Desfasamento teoria/prática
8. Orientação descentrada dos interesses do doente
9. Divórcio docente/discente
10. Deficiente articulação ciclo básico/ciclo clínico
11. Inexistência de mecanismos de motivação e formação pedagógica dos docentes

Pontos de concordância

1. Concordância com a necessidade do encurtamento do período de formação pré-graduada;
2. Necessidade da existência de pelo menos doze meses de formação

na prática clínica em hospitais e centros de saúde;

3. A avaliação deste período deverá ser efectuada pelos formadores, profissionais integrantes das unidades julgadas idóneas para essa formação;

4. Necessidade da extensão dessa formação para fora dos Hospitais Centrais;

5. Necessidade de formação de formadores;

6. Nos conteúdos pedagógicos prever a formação nas áreas da comunicação e relação médico-paciente;

7. Necessidade de se desenvolver uma maior participação por parte de todos os sectores envolvidos no encontrar e aprofundar das soluções;

8. As tarefas formativas devem ser compensadas.

Interrogações

- “Numerus Clausus” - sua definição: “ad hoc”, em função das capacidades formativas ou das necessidades de saúde e logo do sistema de saúde?
- Modelos e fases da Avaliação:
 - Avaliação contínua?
 - Teste?
 - Prova clínica?

No essencial condensaram-se aqui os problemas e os pontos de concordância.

Grupo 2 FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA

Relator: Dr. Carlos Guardado

Este grupo reuniu com a presença:

- Prof. Doutor Luís Oliveira
- Dr. António Lopes Craveiro
- Dr. António dos Reis Marques
- Dr. João Reis Pereira
- Dr.ª Isabel Jacob
- Dr. Carlos Guardado
- Dr.ª Amélia Pereira
- Dr. Ciro Costa
- Dr. João Rodrigues
- Dr. Cílio Correia
- Dr. Fernando Martinho

Qual o papel do Internato Geral? Em moldes deve ser estruturado e qual a sua duração?

1. Consideramos importante a continuação do Internato Geral com os seguintes pressupostos:

1.1. Deve ser feito após uma licenciatura de 5 anos;

1.2. Deve ter uma duração de **15 meses**; distribuídos do seguinte modo:

- 3 primeiros meses - seminários teórico-práticos, sob áreas não abrangidas no estágio e que se julguem importantes para a formação do médico.
- 12 meses dedicados à Prática Clínica
 - 4 meses - Medicina Interna
 - 2 meses - Cirurgia
 - 2 meses - Pediatria
 - 3 meses - Medicina Familiar/C.S.P.
 - 12h/semanais - Urgência

1.3. Ser feito sob orientação de coordenador específico para o INTERNATO GERAL e, com ORIENTADORES DE FORMAÇÃO em cada área de estágio.

2. Critérios de acesso ao Internato Complementar, de modo a serem avaliados os candidatos:

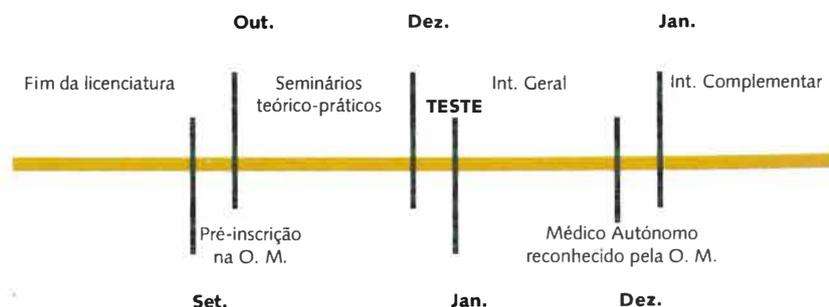
- Nota de Licenciatura - 30%
- Nota do Internato Geral - 20%
- Nota do Teste - 50% com eliminação (- 30 perguntas certas)
- Terá que ser um teste diferente feito por júri nacional e versando matérias menos especializadas que os actuais testes.

Entendeu-se que enquanto não se puder fazer uma avaliação concreta da Reforma do Ensino pré-graduado (pertencente às Faculdades de Medicina), a Ordem dos Médicos

não pode dispensar o estágio profissionalizante do chamado Internato Geral. Entendeu-se que este estágio poderia ser mais eficaz e valorizado, se acontecesse com o candidato inscrito provisoriamente na Ordem dos Médicos.

Internato Complementar

- Existência de uma carta hospitalar do país com articulação de Hospitais de níveis diferentes.
- Internato coordenado pela comissão regional dos internatos médicos? Pensa o grupo que os internatos poderiam ser coordenados numa comissão deste tipo que facilitaria a mobilidade pelos diferentes estágios.
- Estágios parcelares obrigatórios - nos hospitais centrais e distritais (que se deverão complementar). Todos os internos ganhariam com as experiências nestes dois tipos de hospitais.
- Alguns estágios parcelares curtos podem ser substituídos por cursos teórico-práticos, feitos de modo intensivo e que facilitarão a vida dos internos e melhoravam a preparação nalgumas áreas do saber especializado.
- Idoneidades dos Serviços:
 - Recomendação aos Colégios da Especialidade para definirem os critérios mínimos exigidos para a atribuição de idoneidades tanto logísticas como humanas, dentro dos parâmetros de avaliação de qualidade.
 - Divulgação dos critérios de idoneidade de modo que os serviços possam modificar e colmatar as suas deficiências.



Papel do orientador de formação

- Animador e dinamizador de formação do interno
- Perfil do orientador - deve ter formação pedagógica
- Avaliação do desempenho do formando
- Deve ter tempo para o exercício da função do orientador
- Deve ser pago pelo exercício da função orientação
- Deve haver avaliação dos orientadores

Finalmente quanto às outras possíveis alterações a fazer no Internato Complementar, o grupo está de acordo com a dinâmica estabelecida pelas estruturas da Ordem. Assim, há neste momento um estudo feito pelos diferentes Colégios da Especialidade para a definição e estruturação dos currículos mínimos das diferentes especialidades.

Está em marcha durante 1995 a avaliação dos serviços para estabelecimento das idoneidades de formação, tendo alguns colégios feito já visitas aos diversos serviços.

Está já consagrada na lei e vai começar dentro em breve a experiência da avaliação final dos internatos complementares das diferentes especialidades. O grupo pensa que esta avaliação final é também um feed-back para os serviços quanto ao modo e à qualidade da sua formação.

O grupo entende que outros aspectos parcelares poderão ser melhorados e confia que as direcções dos colégios da especialidade saibam encontrar as melhores soluções a propor ao Conselho Nacional Executivo.

Grupo 3

FORMAÇÃO CONTÍNUA

Relator: Dr. Agostinho Lobo

Este grupo reuniu com a presença:

- Prof. Doutor Carlos Ribeiro
- Prof. Doutor Salvador Massano Cardoso
- Dr. Mateus Mendes

- Dr. José Ávila
- Dr. José Moutinho
- Dr. Antero Dias
- Dr. Henrique Ferrão
- Dr. Agostinho Lobo
- Dr. Pedro Nunes

A formação contínua é uma obrigação ética dos médicos. Nesse sentido a Ordem dos Médicos deve assumi-la como um atributo seu, a fim de que os seus membros exerçam a sua profissão com elevado desempenho técnico-científico.

Para tal deverá dotar-se dos meios adequados para o funcionamento de uma estrutura que credite as acções de formação organizadas pelas diversas instituições vocacionadas para o efeito, tais como:

- Hospitais
- Centros de Saúde
- Institutos
- Sociedades científicas
- Associações
- Faculdades
- etc.

A Ordem dos Médicos não irá interferir com as acções de formação organizadas pelas diversas instituições, as quais deverão ser incentivadas.

De modo a uniformizar e simplificar a ponderação e comparação das diversas acções de formação deverá ser instituído um sistema de créditos.

A atribuição de créditos a uma acção de formação deverá ter em conta nomeadamente:

- Se têm conteúdo eminente teórico
- Um conteúdo teórico-prático
- A duração da acção
- Sistema de avaliação
- Repercussões na prática profissional

Cada médico deverá procurar adquirir um determinado número de créditos que lhe permitirão nomeadamente:

- Uma actualização qualificada de conhecimentos, aptidões e atitudes, correspondendo ao imperativo ético.
- Progressão nas carreiras entendidas como um desenvolvimento técnico-científico.

- A aquisição de competências específicas.
- Possíveis recertificações.
- As creditações só deverão ser atribuídas aos médicos que se encontram no exercício da sua actividade profissional.

A estrutura de creditação da Ordem dos Médicos terá o apoio consultivo dos Colégios das Especialidades para:

- Definir os critérios de creditação específicos.
- O número de créditos recomendáveis num determinado período de tempo, a fim de se manter um desempenho actualizado.
- Incentivar acções de formação específica a desenvolver pelas instituições vocacionadas para tal.

A necessidade de frequência de acções de formação não invalida o reconhecimento que a formação contínua depende em grande medida de motivação individual, do trabalho diário em equipa.

É no desenvolvimento das condições de auto-avaliação e estruturação da formação em serviço que se poderá garantir no futuro uma formação contínua plenamente assumida.

O sistema de creditação deverá ponderar a prática clínica diária como elemento chave da formação, nomeadamente para efeitos da recertificação.

A seguir passou-se ao debate com a assistência

Dr. Alberto Queirós - Em representação do Senhor Bastonário muito obrigado às pessoas que aqui representam a assistência e os vários grupos, que agora quererão começar a discutir estes assuntos. Esta é uma reunião Nacional e não do Conselho Regional, embora como disse tratásemos da organização e da parte logística. Posto isto, naturalmente que é a primeira abordagem as questões do Ensino Médico; assunto extremamente complexo como poderão ver. Podemos apontar muitas coisas com as quais não estamos de acordo, mas o que é certo é que, se

estes assuntos se não se debatem no meio da classe, é sempre muito difícil depois virmos num determinado instante, quando se impõe uma determinada metodologia ou acção a executar, chegarmos a um acordo. Este primeiro tipo de abordagem é o mais simples, penso eu, mas isto não acaba nela, e outras se irão fazer. É de acordo com este princípio que estamos hoje reunidos para uma primeira abordagem de uma questão extremamente complexa, que envolve médicos de várias estruturas, que envolve determinados sectores como as Faculdades e os Hospitais. Penso que encontraremos com toda a certeza um modo de vivermos em conjunto, sem grandes atritos, em favor do ensino correcto da medicina em Portugal e da forma como ele se vai executar. Neste instante não vou pôr questão nenhuma e passo a palavra para todos os possíveis intervenientes que estão aqui na assistência, para alguns dos participantes que estão também aqui e peço o favor de começarem a pôr questões ou interpellar todos aqueles que participaram nos grupos. Será esta a parte mais interessante desta reunião.

Dr. Moreira Pires - A ideia que eu tenho dos testes é que são perfeitamente aleatórios; vemos muitas vezes alunos que não têm uma grande capacidade junto de outros que são realmente fora de série e que nos testes as posições são inversas. Por aquilo que todos já conhecemos, há muitos anos que pedagogicamente os testes tradicionais e os métodos de avaliação tradicionais, estão desaconselhados. Os hospitais de um certo nível devem ter condições pedagógicas para que o ensino pós-graduado se faça.

Dr. António Craveiro - Nós chegámos a um consenso sobre a realização do teste que deve ter duas finalidades. Em primeiro lugar pensamos que o ensino pré-graduado tenha cinco anos, dois de ciências básicas, o terceiro propedêutico e os dois últimos de prática. O 4º e 5º anos deverão ter uma nova orientação e como já foi aqui afirmado, devem ser

ensinados os princípios básicos para se exercer uma actividade médica.

Prof. Doutor Carmona da

Mota - Estou aqui assim na dupla qualidade de médico e professor e vou achando graça à atitude que nós temos como médicos, quando pensamos analisar os problemas da Faculdade. Criticamos, todos nós criticamos. Aqui não há divergências, mas quando queremos solucionar os problemas da universidade utilizamos os métodos mais criticáveis: primeiro estamos a centrar a discussão num teste, segundo estamos a tentar imaginar se o teste servirá para colmatar as falhas do ensino na universidade, sabendo nós que todo o teste é mau. O teste foi utilizado em determinadas situações históricas como um mal menor. Temos que nos convencer que todo o teste, por muito bem feito que esteja, é sempre extremamente limitado e não podemos pedir ao teste mais do que aquilo que ele dá. Lembramos que foi utilizado aqui em Portugal e em muitos locais para hierarquizar os alunos sem grandes contestações, fazer a discriminação dos que ficam de fora e os que entram e não peçam mais ao teste do que isso. Em segundo lugar a Ordem dos Médicos também (e isto é a minha opinião pessoal) deve fugir como o diabo da cruz, como diz Miguel Torga, de substituir as outras instituições. A meu ver a função da Ordem, que somos todos nós, é de apoiar, estimular e criticar as instituições que falham e nesta perspectiva, eu proponha que:

1 - Numa classificação, todas as vezes que estamos a defender um teste nacional, estamos a defender a hierarquia paralizadora de um ministério que não funciona, que é o Ministério da Saúde, delegando em burocratas responsabilidades que são nossas. A minha proposta é: se nós estamos a avaliar conhecimentos, temos que arranjar qualquer sistema que permita que os alunos mais qualificados possam escolher a especialidade que quiserem e para isso, temos nós já feita uma avaliação na Faculdade. Então utilizemos o teste para aquilo que ele

pode servir. A Ordem e as diversas Faculdades que se reunam, sob o patrocínio da Ordem e criem sistemas que sirvam apenas para evitar grandes assimetrias entre as várias instituições.

2 - O ensino médico sempre foi e teve uma grande carência na formação prática; é mais fácil dar uma aula teórica do que dar uma aula prática. Uma aula teórica dá-se a muitos e a prática não; para evitar e compensar a deficiência prática criou-se há uns anos o estágio, completando de alguma maneira a deficiência da prática anterior. Nós professores, de alguma maneira, já estávamos pouco motivados para a formação prática, mas a formação é contínua e não pode haver um ensino teórico sem haver um ensino prático. A formação tem que ser contínua obviamente. Eu vejo sempre com grande preocupação os esquemas rígidos que paralisam as experiências; por outro lado, a separação dos cinco anos teóricos de um teste teórico, seguindo-se assim a um ano de prática, parece-me uma contradição.

Prof. Doutor António Braga

A grande parte do que eu ia para dizer está dito, pelo Sr. Prof. Carmona da Mota, e o que me preocupa extraordinariamente é a falta de possibilidade de escolha da especialidade. Foi uma lacuna que ficou sempre por preencher e é absolutamente importante, porque os factores que levam a essa escolha, estão longe de serem vocacionais. A segunda situação é que, embora princípios gerais possam ser definidos sobretudo para o ensino pré-graduado, é preciso não esquecer que, neste momento, as universidades são instituições autónomas, locais que podem definir os seus programas, é importante que os definam. É importante que a análise do produto que de lá sai possa levar a uma auto-correcção, de preferência exterior, que pode ser de aconselhamento, pode ser de chamada de atenção, não pode e como o Prof. Carmona da Mota disse muito bem, não pode ser substituído, que pode levar a situações de ruptura que não

favorecem ninguém. Em terceiro lugar eu queria de dizer que estamos todos aqui a fazer um exame de consciência, a dizer que somos todos muito maus, mas sobre este assunto vou citar uma das respostas de um colega nosso francês, quando lhe foi posto o problema sobre o que ele pensava dos nossos médicos; ele disse: "sobre o aspecto profissional são óptimos, sobre o aspecto de organização, o pior que tenho visto". Assim, vamos-nos organizar nos Hospitais, vamos-nos organizar nas Faculdades, vamos efectivamente criar pontos de controlo para todas estas coisas, não com um fim político mas com um fim pedagógico e este é o processo a meu ver de levar as coisas.

Dr. Pedro Nunes - Penso que o teste não tem que avaliar a formação prática de ninguém, porque as nossas Faculdades formam médicos suficientes e capazes e não há que haver nenhum tipo de avaliação daquilo que as Faculdades fazem ou não fazem. São os médicos que temos, formados no país que temos, pelas Faculdades que temos. São os nossos médicos. Simplesmente, e nisso também estou contra, há um princípio de seriação que tem que se executar, porque infelizmente nem todas as pessoas podem adquirir a especialidade que pretendiam adquirir ou, porque talvez exista um princípio de planificação económica que não permita ao país dizer, por exemplo, que todos façam a formação que quiserem e no fim logo se vê quantos é que conseguem ter a profissionalização correspondente a essa formação. Não é possível separar profissionalização de formação. No modelo ideal qualquer ser humano faria a formação que entendesse e depois se se não pudesse profissionalizar ficaria sem fazer nada, mas ficava formado. Seria um princípio idealista que não é possível; ora, sendo necessário, por motivos de planificação económica, repito, seriar, então deve-se procurar um método de seriar que permita às pessoas serem seriadas em situação de igualdade e que seja prático. Nesse aspecto penso que o teste é defensável e a ponderação do teste

de 50% não penso que seja exagerada. É um facto que este teste existe há 10 anos, e vale 100% na seriação há mais de 10 anos, é um sistema que coloca os candidatos, mal ou bem, em igualdade, perante o mesmo tipo de dificuldades, dificuldades eventualmente absurdas, com um modelo de teste igualmente absurdo, mas coloca os candidatos perante situação de igualdade e que faz com que as sucessivas vagas e gerações de candidatos aceitassem ser seriados desta forma. Se avançarmos para que isto, que valia 100%, passe a valer 60%, 70%, ou 50%. Fazer com que outros factores comecem a ter mais importância, ou que comecem a ter a importância que não têm tido, colmatando uma injustiça para as próprias Faculdades que não podem avaliar em trinta e tal cadeiras os alunos e depois no fim dizer-se que isso não serve para nada, senão unicamente para desempatar duas notas iguais no teste. Penso que temos que encontrar um método que seja eficaz e nesse aspecto e sempre nesta perspectiva de seriação de candidatos, a localização do teste no início do internato da prática clínica, tem a grande vantagem de libertar o interno da preocupação desse teste para se dedicar ao trabalho efectivo clínico. Enquanto aluno da Faculdade ele foi tutelado, há uma tutela, mais directa, há um ensino e, quando ele entra nesta fase de profissionalização, ele não é, tão directamente tutelado, ele tem uma actividade profissional que é vigiada permanentemente e a seguir entra numa formação complementar em que ele é autónomo, orientado em termos daquela especialidade. Esta fase do Internato Geral mesmo que eventualmente mais tarde venha a ser considerada prescindível e deixe de existir, esta fase, de maturação psicológica do médico, irá sempre existir em termos práticos, libertando-o das preocupações de um exame teórico, para que ele possa de facto assumi-lo nesta fase. Sou totalmente favorável à posição do teste nestes termos no início do internato.

Dr. Reis Marques - Eu ia referir os argumentos do grupo que

foram também, sem ele lá estar presente, os do Dr. Pedro Nunes. O grupo quando pensou em pôr o teste depois de um período de três meses de uma formação teórica-prática, era para focar matérias que não têm a ver já e ainda com o Internato Geral. Lembramo-nos e falamos de um curso teórico-prático de medicina legal, de um curso teórico-prático de medicina intensiva de assuntos e matérias que no Internato Geral não vão ser ministradas na prática e que poderão complementar o ensino feito na Faculdade. A perspectiva é dar com estes três meses de formação, seminários, cursos e dar também esses três meses para o médico ter uma perspectiva global daquilo que aprendeu e que lhe foi leccionado nas Faculdades, nunca mas por nunca, ser uma avaliação da Faculdade. A perspectiva foi de arranjar um critério mais objectivo para além da avaliação do Internato Geral com 20%, que tem algo subjectivo, porque existem as emoções, o gostar mais de um que é mais simpático, e provavelmente tender-se-á a favorecê-lo, somos humanos. O teste é realmente valorizado em 50% nesta perspectiva, é um critério objectivo que faz uma avaliação de um somatório de conhecimentos que o aluno sedimentou na Faculdade. No fundo avaliar o que é que ficou, não à procura daquilo que ele não sabe, como se está a fazer nos testes actuais. É também necessário valorizar de alguma maneira o Internato Geral, deixando de ser esta bagunça que é, com as pessoas a chegarem ao serviço e estarem lá só para assinar, ou ir a uma reunião porque está lá o chefe. Eu penso que é boa altura fazer o teste no início do Internato Geral e julgo também, mantendo a nossa moleirinha aberta, isto é, susceptível a cada momento de nos irmos adaptando às realidades que forem surgindo, de tal modo que daqui a cinco anos possamos defender a abolição do teste, sei lá, ou até um reforço do teste, não faço ideia, mas avaliando os resultados, nesta perspectiva de nos irmos adaptando às situações. Penso que é de manter esta valorização de 50% no teste, porque é um critério apesar de tudo



Pátio das Escolas · Universidade de Coimbra

objectivo. Por outro lado há um problema discutível, que é se este ano de prática clínica deve ser inserido ou não nas Faculdades, e este é o problema base subjacente a esta discussão. A nossa ideia realmente é que este ano é um ano fundamentalmente de profissionalização, da aquisição das competências, das pequenas técnicas, das atitudes, do comportamento e deve ser o ano em que o médico já tem uma pré inscrição na Ordem, porque psicologicamente, e todos nós conhecemos os Hospitais, os Centros de Saúde, é diferente ser um aluno ou ser um médico já licenciado. O estatuto é diferente. Sendo médico é já um par que está a ser tutelado, e penso que isto é extremamente importante. Os professores são os directores de serviço ou são chefes de clínica dos Hospitais Centrais, têm uma responsabilidade no serviço que de maneira nenhuma vamos menosprezar, são pessoas que têm um papel determinante, são os dinamizadores, são os responsáveis pela dinâmica intro-

duzida nos serviços. Penso que o papel das Faculdades é importante neste nível, porque os professores vão ter a sua quota parte de responsabilidade, senão a maior, neste estágio. Defendo também e foi unânime no grupo, que este ano não poderia ser de maneira nenhuma um ano só passado nos Hospitais Centrais. É uma prática completamente diferente e todos nós tivemos de alguma maneira, uns na tropa, outros no serviço médico à periferia, a experiência de uma medicina fora dos grandes centros, fora dos serviços super-especializados, que têm a última técnica de ponta, que se vocacionam para isso, onde há a tendência natural de desvalorizar a pequena patologia. Acho que até é algo de desvalorizante de pessoas que tem conhecimentos super-especializados, estar a "perder" o seu tempo a ensinar a palpar, a entrevistar, quando temos, na hierarquia das equipas, pessoas que até poderão estar mais vocacionadas para isso, é evidente, com o responsável a mode-

lar as práticas. É nesta perspectiva que o grupo defendeu este Internato Geral nesta noção de complementaridade de um curso de medicina, uma via profissionalizante.

Dr. Reis Pereira - Em primeiro lugar algumas das coisas que eu queria dizer já foram ditas, fico muito contente por termos sido um grupo que está a ser polémico e a ser contestado e como tal isso dá-me muito gozo. Disse-se aqui, que o teste tem muitos defeitos, existe há dez anos. Tem efectivamente um peso de 100%. Nós achamos que isso é imoral e por ser imoral fizemos uma proposta. Uma proposta que não é uma revolução definitiva e por isso estamos aqui para discutir. Eu pessoalmente no grupo defendi que 50% eram demais, mas foram números que ali pusemos e que podem ser discutíveis e discutidos. O teste nunca poderá ser feito nos moldes actuais, até pelo curto intervalo de tempo que há entre o fim de licenciatura e a realização do teste. Não

se pode exigir que o aluno vá fazer uma preparação para responder a perguntas do tipo que têm sido feitas nestes últimos anos. Evidentemente que não é isso que se pretende e por isso a elaboração do teste terá que ser entregue a uma comissão que se debruce muito seriamente sobre isso. Terá que ponderar em que termos é que se deve realizar, embora nós tenhamos defendido, no grupo, que poderia ser sobre matérias básicas. Há uma outra questão também para que o teste seja feito na altura que preconizamos e essa razão liga-se à necessidade de não haverem hiatos na formação. Se o aluno do 5º ano de medicina termina em Julho ou Setembro, inicia os seminários em Outubro, faz o teste em Dezembro, inicia o Internato em Janeiro e inicia o Internato complementar em Janeiro do ano seguinte, logo não há quebras nem interrupções. É evidente que a seriação tem que ser feita e todos estamos de acordo. Estamos a fazer propostas para a reforma do ensino, é evidente que aquilo que decidirmos ou aquilo que viermos a concluir, a muito curto prazo, só será realidade daqui a 6 ou 7 anos e é lógico que neste intervalo de tempo muitas coisas podem modificar-se. Daqui a alguns anos podemos ter outras opiniões, muito diferentes das que estamos aqui a defender hoje. Não estamos a discutir coisas para o imediato, mas estamos a discutir coisas para o futuro.

Prof. Doutor Agostinho A. Santos - Como elemento da Faculdade eu até acho que deveriam haver mais testes que avaliassem as próprias Faculdades, era bom, era a maneira de a Faculdade saber se estava a cumprir bem os seus objectivos e a preparar bem os seus profissionais. Isso não me preocupa grandemente e julgo que o teste deverá ser feito assim ao acaso. O que me preocupa muito é que nós estamos a viver um momento de grande revolução no ensino médico em Portugal e a prova disso é que estamos aqui reunidos para analisarmos a Reforma do Ensino Médico. Uma delas já está em marcha neste momento, temos uma reforma do

ensino pós graduado, a forma como se faz a pós-graduação, a própria avaliação dos formandos por modelos que são diferentes dos clássicos; é uma revolução que está a fazer um caminho e que será também objecto de uma avaliação dentro de algum tempo. Os primeiros sintomas não são indiciadores de grande qualidade, seja como for, o que se verifica é que há também um aspecto revolucionário que é a forma como que avaliam aqueles que terminaram a sua fase de pós-graduação. Assistimos neste momento a um modelo que é útil, que é aceite e é um modelo que está também a fazer a sua prova, ou seja a Titulação Única. Com as avaliações que se foram fazendo ao longo dos tempos, através dos esquemas legais já montados, é uma fase que eu consideraria uma fase de transição, uma fase de grande bulício, de grande convulsão. Mas a grande convulsão está para vir e esta é a reforma do ensino pré-graduado. Talvez tenha sido esse o elemento catapultador para a reunião de hoje, em que se tem de definir efectivamente uma modificação radical do ensino médico, desde logo pela diminuição do número de anos, depois por uma redução do Internato Médico. Vão haver anos, que eu diria extremamente preocupantes, porque há cursos nas Faculdades segundo uma determinada metodologia, com 6 anos de leccionação mais 2 anos de Internato Geral e que ao fim de oito anos de estudos pré-graduados, irão entrar no mercado de trabalho. A partir do momento que uma reforma entre com 5 anos de ensino universitário mais um ano de internato médico, então há indivíduos que vão entrar no mercado de trabalho (gostaria que considerassem este mercado de trabalho sempre entre aspas), vão entrar dois anos antes daqueles que entraram anteriormente na Faculdade, que estão a fazer o seu curso e que só daqui a dois anos é que vão chegar ao tal dito mercado de trabalho. Isto vai-se passar durante três ou quatro anos e eu pergunto-me se estivesse numa situação destas, de entrar este ano na reforma como é que me veria

daqui a oito anos, quando tivesse sido ultrapassado por duas gerações mais novas que eu. Este problema naturalmente resolve-se através de adaptações da própria lei, através de modificações, mas isto é uma verdadeira revolução. Vai trazer conflitos seguramente, em que a Ordem dos Médicos não vai deixar de estar metida nesta problemática, tentando encontrar medidas para resolver estes problemas. É um alerta que deixava, mas há um outro alerta também que gostaria de pôr. Também formulei na reunião da manhã a pergunta sobre qual o tipo de médico que precisamos para Portugal neste momento? É que durante muitos anos concebeu-se o Clínico Geral. O Clínico Geral era capaz de fazer tudo em quaisquer circunstâncias, sabia nada acerca de tudo. Hoje é radicalmente diferente. Hoje as Faculdades já não preparam esses modelos, preparam indivíduos que são mais tarde todos especializados. Pergunto-me então, ao preparar esses indivíduos, que têm uma carreira diferenciada, será que os dois anos apenas de ensino prático hospitalar são suficientes? Põe-se uma questão; ou o aluno nos dois últimos anos se integra verdadeiramente na vida hospitalar ou está perdida a reforma. O aluno tem de fazer a vivência do hospital, porque senão acontece algum problema até de origem ética. Não sei se não existem neste momento conflitos éticos quando numa aula de ginecologia se põem treze ou catorze alunos numa turma prática, a observar uma paciente que está internada num serviço hospitalar. Se pedirmos o consentimento esclarecido à paciente, ela provavelmente que o recusa. Eu recorde-me que há anos, quando tínhamos aulas práticas nas consultas externas de ginecologia, havia aulas práticas, não haviam era doentes, porque assim que se sabia que havia uma aula prática, as doentes não se inscreviam nas consultas. É preciso também considerar todos estes problemas e não os deixar, numa situação de transitoriedade, porque depois ao chegar à realidade, aos problemas concretos, as coisas complicam-se. O que eu

quero dizer é que vamos ter problemas importantes, temos que os resolver através de uma integração efectiva das Faculdades nos meios hospitalares. A este propósito, eu gostaria de fazer uma pequenina referência, ao que há pouco aqui se disse, da valorização dos serviços hospitalares em tempo e idoneidade. Custa-me muito aceitar e devo dizer com muita mágoa, que os serviços hospitalares do hospital universitário não sejam considerados idóneos para formar especialistas, acho quase um atrevimento, é que se o hospital central não tem a capacidade de formação das coisas mais simples, às mais elementares, não serve dignamente os utentes que a ele se dirigem, porque o hospital central de Coimbra é um hospital distrital para a cidade de Coimbra. Eu deixaria alguns destes temas para análise porque me parece, apesar de tudo, ter de haver no futuro uma ligação muito estreita entre as Faculdades de Medicina e os Hospitais e o divórcio não pode mais existir.

Prof. Doutor Salvador Massano -

Fiquei um bocado confuso com o que foi dito aqui. A não ser que no último momento

tenha havido uma grande modificação do processo de reforma em curso, o curso de medicina não vai ser encurtado. O curso de medicina continua a ser de 6 anos, o que eu estava convencido é que o último ano do curso de medicina iria substituir o Internato Geral. Desta forma, quando os alunos saírem, já tinham capacidade profissionalizante, a par do que se passa nos outros países. Pelo que foi dito aqui, dá-me a sensação é que só é médico oficialmente depois do Internato Geral. Nesta perspectiva continua desfavorecido face aos colegas

comunitários. Afinal de contas como é que é, nós estamos a pautarmo-nos com comportamentos idênticos aos outros, no sentido de que os nossos alunos que saíam sejam credenciados a exercer a prática médica? Ou vamos continuar no mesmo estilo que temos vivido até agora? Nesta altura não sei porque é que há reforma, o que é que estamos aqui a fazer.

Dr. António Rodrigues - O problema que eu queria trazer aqui tem a ver no fundo, com a questão de



Sé Velha · Coimbra

equacionarmos o que estamos a fazer ou pretenderíamos estar. Perante um processo de grande transformação, a todos nveis, da formação médica temos que nos deslocar para todo este novo quadro de transformação. Temos que nos projectar muito pouco na realidade do que vai ser o amanhã de manhã, mas antes na realidade do que vai ser daqui a alguns anos. Nesta lógica tendencial de evolução, temos de definir os objectivos muito claramente em vez de se querer saber qual o remendo que eu vou fazer para o ensino para os próximos dias. Quero saber qual é

a estratégia global a que preside a reforma do ensino e é nesta lógica, que temos de enquadrar os problemas da avaliação do ensino em termos de processo da avaliação da aprendizagem, o resultado desse mesmo processo de ensino. E isto vem tudo a propósito de quê? Se considerarmos que nesta reforma se vai de facto fazer um processo que é a delimitação em termos muito mais profundos, do que tem sido feito até ao momento, de quais são os objectos pedagógicos a cumprir, se nós conseguirmos que ao nível de cada área sectorial de ensino ou de cada matéria que vai ser leccionada, se disser o que é pretendido com esta área, o que o futuro licenciado é capaz de executar, penso que finalmente estamos a inaugurar uma época nova na área da avaliação. Estaremos a sair de avaliações perfeitamente aleatórias que foram feitas até agora, seja em testes, seja em avaliações mais personalizadas, para estarmos a criar elementos de avaliação muito mais finos, muito mais rigorosos, ainda que residualmente subjectivos. E como servir os novos candidatos para a escolha das especialidades médicas?

Seriem-se os alunos pelo que fizeram até ao 5º ano, utilizando por exemplo cadernetas de aptidões, e depois, se há diferenças provadas entre as diferentes escolas de Lisboa, Porto e Coimbra, criem-se mecanismos estatísticos viáveis, que hoje existem, e poupemos a um teste que parece que para seriar serve, mas para pouco mais do que isso..

Dr. Carlos Guardado - Queria dizer que estou inteiramente de acordo com o Senhor Prof. Doutor Almeida Santos, com o que acabou dizer, em relação à prática clínica e

ao problema que põe de estarem grupos grandes, no ciclo clínico, junto do doente. Achamos que já tivemos alguma experiência nessa área nos anos 74-75 e seguintes e que realmente podemos subdividir os alunos em sub-grupos com o mesmo orientador, ou por vários orientadores. Também queria dizer uma coisa em relação à aquilo que o Senhor Prof. Doutor Salvador Massano disse, do Internato Geral estar contido no 6º ano de medicina, logo no último ano. Aquilo que o grupo discutiu, foi que é diferente a atitude do aluno na prática clínica, da atitude de um médico na prática clínica. Pensamos que sendo um médico a fazer prática clínica, é obviamente considerado de outra maneira, empenha-se de outro modo, enquanto ao aluno não se deixa fazer nada, praticamente só observa, não treina gestos, não treina aptidões. Outra coisa que foi falada entre o grupo é que o Internato Geral devia ser remunerado, é uma via profissionalizante, devia estar sob a alçada do Ministério da Saúde, onde realmente já estará a praticar e a fazer alguma coisa, a criar alguns gestos e atitudes. O certo é que não estou tão preocupado com o número de anos em que decorre o curso de medicina, estou mais preocupado com o número de horas lectivas de cada cadeira. Se formos ver uma cadeira semestral, é capaz de ter 30 horas lectivas, que é um curso teórico-prático que nós fazemos numa semana, portanto, numa semana podem-se dar 30 horas de aulas enquanto que o aluno na faculdade anda 6 meses para cumprir essa carga horária e se calhar, cumpre-o melhor, quando o curso é teórico-prático, desenvolvendo outras aptidões. Essa é uma das razões porque nós achamos que deveria ser encurtado e o encurtamento implica a redução de algumas cadeiras, que poderão não ter aquele interesse para a formação do médico de clínica geral no seu todo. Pensamos que há uma multiplicidade de cadeiras que nos últimos anos têm aparecido nas Faculdades de Medicina, que poderiam estar condensadas numa cadeira anual. Quanto à seriação das notas e à implementação de uma

reforma eu acho, que uma reforma tem que se fazer não no meio de um curso, não no meio de um ciclo clínico, mas sim a partir de um primeiro ano, a reforma tem que ser aplicada desde o princípio até ao fim.

Prof. Doutor Carmona da Mota - Quero começar por dizer que ia sendo quase uma frustração. Vim para aqui predisposto a falar e analisar o caso dos Internatos. Fiquei num grupo em que gostei imenso de trabalhar, mas passamos muito tempo, a discutir o ensino pré-graduado. Mas eu gostava e eventualmente alguém do vosso grupo, que é representado pelo Dr. Guardado, disse o que é que foi discutido sobre o Internato Complementar. A mim preocupa-me de facto o Internato Complementar. Penso que há muitas coisas no Internato Complementar que não estão bem e penso que terão discutido isso durante algum tempo, nomeadamente os estágios parcelares. É o acumular de muitos internos nos serviços. Penso que existem, neste contexto, problemas que têm de ser resolvidos a curto prazo, porque senão estamos com um internato de 5 ou de 6 anos e que acaba por se resumir a 3 ou a 4, porque algum tempo foi desperdiçado.

Dr. Machado Cândido - Penso que algumas coisas não estão claras para mim. A primeira questão são as Directivas. Penso que primeiro devemos questionar o que são as Directivas. Não digo que as directivas não são para cumprir, mas penso que existe uma grande flexibilidade nas directivas. O argumento das directivas não deve ser colocado. Também não nos vamos agarrar a uma série de Directivas que saíram sobre a homeopatia e outras práticas de cuidados, não as vamos traduzir e introduzir à letra, inclusivamente quando se fazem traduções do inglês para o português, mal feitas e erradas, e são essas que são publicadas. Qual é o papel da Ordem dos Médicos?

A Ordem dos Médicos ao fazer esta reunião e mais reuniões como esta o que é que pretende? Pretende que haja uma posição única dos médicos portugueses. É evidente que enquanto

não houver reforma, naturalmente que a Ordem tem que defender o Internato Geral. Não aceitamos factos consumados e estamos a tentar chegar a pontos exequíveis e adaptados às nossas realidades.

Dr. Reis Pereira - O problema que se põe aqui e é preciso deixar as coisas claras, é se o Internato Geral é feito na licenciatura ou fora da licenciatura. É evidente que o Dr. Guardado apresenta uma proposta que é do grupo, e eu posso não estar de acordo com algumas coisas que ali estão, mas como participante do grupo subscrevo-as. Quando dizemos que a licenciatura é de 5 anos, não dizemos que é de 6, e por isso fomos convidados a participar nesta sessão e para isso estivemos todo o dia a trabalhar. No final a conclusão de que a licenciatura seria de 5 anos mais 15 meses de estágio foi aceite. Não concordamos com alguns estágios parcelares que estão a ser feitos neste momento, estágios parcelares de dois meses, onde muitas vezes o interno ao fim dos dois meses conhece os corredores e alguns gabinetes, e ao fim dos dois meses é avaliado por isso. Isto é uma fraude, tenho internos a fazerem isso e no fim aparecem com notas em serviços onde nem conhecem os médicos que lá trabalham. Em vez desses estágios achamos que é preferível fazerem os tais seminários, os tais cursos teórico-práticos em regime intensivo, virados para a formação específica daquela área. Em relação ao Internato Complementar, os colégios das especialidades têm uma palavra importante a dizer, eles estão a trabalhar nessa área, é aos colégios das especialidades que compete decidir quais os curricula dos internatos e é à Ordem dos Médicos que compete avaliar a idoneidade dos serviços e a idoneidade dos fornecedores.

Prof. Doutor António Braga - É só para corrigir uma ligeira assimetria que estamos a notar dizendo-se que são 5 anos de ensino teórico; é evidente que não, porque aquilo que as Faculdades querem nesta altura é acabar com o ensino teórico, criar ensino de blocos, onde possa haver vivência no serviço, embora essa



Cidade de Coimbra

vivência tenha de ser tutelada, e a dificuldade é saber quem vai tutelar. Nos E.U.A. fez-se o estudo das condições de ensino e acabou-se por verificar que o ensino prejudicava a investigação e a clínica, a clínica prejudicava cada uma das outras duas coisas, a investigação prejudica as outras duas. É preciso criar nos serviços uma dinâmica que permita que isto seja feito. Quanto ao problema dos Internatos Complementares começa logo porque se isso é assim, a Ordem dos Médicos devia simplesmente cortar os estágios de certas especialidades que sabem que não podem ser feitos. Quando se diz que o interno de Cirurgia Geral tem de percorrer serviços de Cirurgia Vasculuar, eu pergunto, e é só uma questão de contatos, quais são os serviços de Cirurgia Vasculuar que podem resolver este problema? É claro que o Dr. Queirós está a rir-se porque dois dele foram para o Porto oriundos de Coimbra.

Dr. Alberto Queirós - Há serviços que aceitam 30 internos, eu

só aceito 2 ou 3 no máximo para dar formação. Se a Ordem tem culpa, então os Colégios da Especialidade também a têm porque não foram capazes de coordenar convenientemente os estágios parcelares, os obrigatórios e os facultativos. Isso é culpa exclusiva da Ordem dos Médicos e eu me penitencio por esse facto e critiquei-o na altura. Não houve coordenação de cada grupo de colégios, fez-se primeiro um currículo chamado mínimo que era o máximo, depois não foram capazes de entender que além do colégio deles há mais 40 colégios, que é preciso estabelecer o equilíbrio entre o desejável e o possível.

Dr. Reis Marques - Foi levantada a pergunta de como tínhamos discutido o Internato Complementar. Foi entendimento do grupo de que se estão a passar no Internato Complementar modificações que de alguma maneira nos dão alguma garantia de seriedade de processos. Em relação à elaboração dos currículos mínimos,

eles estão a ser feitos; no entanto, a Ordem porque detectou que existiam estágios que de alguma maneira não se justificavam, ou não eram viáveis na prática, nomeou uma comissão que vai examinar todos os currículos e tentar ver se é possível harmonizar as 40 especialidades e os estágios que são preconizados nesses currículos mínimos. Vamos estar atentos, coisa que não foi feita há 4 ou 5 anos e penso, que nesta perspectiva, estamos a trabalhar correctamente. No método de avaliação penso que se deu um salto qualitativo e pese embora alguma resistência, julgo que o actual exame final de internato só valoriza o Internato Complementar. Por outro lado, estes exames vão permitir também aos serviços receberem um feedback, está lá o director de serviços, está lá o formador, estão 3 colegas do júri nomeados pela Ordem, que de alguma maneira vão fazer a avaliação da formação que foi feita naquele serviço, àquele interno. É óbvio que há uma avaliação dos serviços e da formação que esses

serviços estão a fazer. Por último eu penso que há uma tendência cada vez maior de os colégios terem um papel determinante nesta formação e eu penso que o método de eleição da direcção dos colégios vai permitir escolher os mais motivados para estes assuntos, facilitando o trabalho, credibilizando a estratégia, aumentando a discussão destas problemáticas, descentralizando as decisões, adequando cada vez mais as soluções.

Dr. Pedro Nunes - Disse-se aqui que a Ordem estava atrasada neste tipo de discussão da Reforma do Ensino Médico. Era só para esclarecer, a Ordem não tem que interferir directamente na Reforma do Ensino Médico, tem que avaliar as consequências, não tem que interferir. A Ordem inscreve por lei nos seus quadros os médicos licenciados pelas faculdades portuguesas, e as faculdades portuguesas têm autonomia de mandar à Ordem dos Médicos os médicos que entendem, como entendem e a Ordem aceita-os. Penso que foi nesse sentido que a Ordem inicialmente contribuiu na primeira comissão que estudou a reforma do Ensino Médico. Depois, no grupo de trabalho, a Ordem não esteve representada. Penso que foi um pouco nesse sentido que posteriormente o Ministério da Saúde entendeu criar uma comissão conjunta com a Ordem, para avaliar não o ensino médico, mas as consequências sobre os Internatos Médicos das alterações que o ensino médico iria produzir. O grupo de trabalho teve uma acção meritória que foi propôr uma determinada formulação no ensino médico em 5 anos. Disse que não estou de acordo. Acho que as faculdades devem continuar com o ensino de 6 anos e se eventualmente a Ordem entendesse que os colegas, os novos médicos que entravam e se inscreviam vindos desse ensino de 6 anos, não necessitavam de mais nenhuma forma de profissionalização para terem a carteira profissional, que lhes dá a autonomia profissional, o Internato Geral era tendencialmente extinto nesse momento. Enquanto a Ordem entender que deve haver um período pós-formação

universitária, para ter a livre circulação interna em termos profissionais, a tal carteira profissional completa, e essa sim, é a missão da Ordem, então a Ordem deve discutir esta interface, este Internato Geral e tentar descobrir as formas mais adequadas.

Dr. António Craveiro - A finalidade dos cursos teórico-práticos não são mais do que aproveitar a exclusão de várias cadeiras, que não vão ser integradas nos tais ciclos clínicos e vão ter o seu número de horas, penso eu, substancialmente reduzido e ministrá-los nesses cursos, teria em vista que o aluno para entrar no último ano do Internato Geral ter de obter uma creditação, optar por aprofundar voluntariamente qualquer uma área então teria de obter créditos ou qualquer coisa parecido com isto. Quanto ao problema que foi colocado em relação a um certo desinteresse do aluno, parece-me menor, na medida em que é um acto voluntário, a escolha dele por determinadas áreas que mais lhe interessem. Quanto à recertificação e aos critérios de qualidade dos serviços, em toda a parte é aceite e vem nas directivas, são todos voluntários, ninguém obriga ninguém. O que podem é dizer para determinada situação é preciso isto ou aquilo, mas ninguém obriga ninguém a pedir os critérios de qualidade, a recertificação.

Em relação à creditação julgo que a concessão de créditos não foi muito polémica no grupo e será de facto uma forma de certo modo moralizar, digamos assim, a formação que se faz, dar crédito à própria formação. Em relação à recertificação foi um pouco mais polémico e aí haverá necessidade de haver um pouco mais de cuidado; foi aceite no grupo que a creditação ou mesmo a falta dela, não penalizava ninguém, isto é, as competências que fossem atribuídas deviam ser concedidas pelo menos no presente. Pode-se perspectivar para o futuro o facto dos médicos, com vista a uma recreditação, terem necessidade de adquirir determinados créditos. Julgo que, foi introduzida como um dos critérios, para a creditação de uma acção de formação, se ela obviamente tivesse

repercussões benéficas para os doentes.

Prof. Doutor Torres Pereira

A minha última intervenção vai para o comentário do Dr. Pedro Nunes ao dizer que, quando a Faculdade de Medicina lançar o novo licenciado com o novo 6º ano, com uma formação prática suficiente, a Ordem poderá prescindir do Internato Geral. Nessa altura eu temo que o problema, posto desta maneira, seja um bloqueio a esta tentativa de reforma da Faculdade, uma vez que para a maioria dos alunos das 5 Faculdades o local do ensino prático desse 6º ano é o mesmo local do Internato Geral. Há aqui uma duplicação que é o nosso 6º ano e mais o Internato Geral, que continua no mesmo hospital, por ex.: no nosso caso, seria no Hospital Stª Maria, o Internato Geral e o 6º ano na nova modalidade, por isso eu temo que isso seja um bloqueio, essa expectativa da Ordem prescindir do Internato Geral só quando e se a Faculdade, após esta experiência lançar esses licenciados profissionalizados no mercado. Temo que isso possa ser um bloqueio porque existe a possibilidade de nós utilizarmos o mesmo espaço e neste caso com duas gerações.

Dr. Alberto Queirós - Depois deste longo e interessante debate em que todos participamos, parece que já foi tudo dito, mas volto ao princípio. O que nos reuniu hoje aqui, médicos quer sejam hospitalares, clínicos gerais, professores, foi a figura do médico, e a forma como se processa o ensino a todos os níveis; uma garantia de que a saúde dos portugueses não corre perigo em nenhuma circunstância. Penso que hoje saímos daqui mais enriquecidos, os problemas são extremamente complexos, mas são um desafio. Penso que se continuarmos unidos nestes princípios, chegaremos a metas que são extremamente interessantes. A Ordem dos Médicos ao fim e ao cabo procura dinamizar e esclarecer, é a sua obrigação, não estamos a pôr em causa isto ou aquilo. Por tudo isto sobretudo para aqueles de longe aqui vieram quero dizer que, foi um grande prazer terem estado aqui connosco. Estamos extremamente agradecidos por este convívio.

União Europeia dos Médicos de Clínica Geral (UEMO)

No final do mês de Outubro de 1994 tiveram lugar em Copenhaga duas importantes reuniões da UEMO: A Conferência de Consenso sobre Formação Específica em Medicina Geral e a reunião de Outono de todas as Delegações nacionais.

A Conferência de Consenso reuniu cerca de 150 peritos e convidados de todos os países da União Europeia, países da EFTA e convidados de países da Europa central e de leste. Estiveram ainda presentes representantes da Comissão Europeia, da Organização Mundial de Saúde (OMS) da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) e de outras organizações médicas internacionais.

Foi aprovado um importante Documento de Consenso que, seguramente, servirá como "cartilha" para o desenvolvimento da formação específica em clínica geral na Europa, nos próximos anos. Estão disponíveis exemplares deste documento na Ordem dos Médicos (contactar a Secretária do Presidente Sr.ª D.ª Rosa Soares).

Na próxima revista transcrever-se-ão as principais recomendações contidas no Documento de Consenso.

A Ordem dos Médicos, enquanto membro da UEMO teve um papel relevante na preparação e durante esta Conferência, quer através de colaboração em aspectos organizativos quer de contributos para o conteúdo teórico e prático dos debates da Conferência e do Documento Final. Este protagonismo não pode desligar-se da situação relativamente desenvolvida em que se encontra o Internato Complementar de Clínica Geral no nosso país.

A Dr.ª Isabel Santos, Coordenadora do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul foi convidada a proferir durante a Conferência uma intervenção técnica sobre o tema "Avaliação formativa e sumativa". Esta intervenção foi muito apreciada e aplaudida quer pelo seu conteúdo, quer pela forma viva e cuidada da apresentação.



Nos dias seguintes à Conferência realizou-se a reunião de Outono de todas as delegações nacionais.

Os principais temas em debate foram:

- Sistema de informação e computadores em clínica geral;
- Garantia de qualidade em clínica geral;
- Formação permanente ou contínua em clínica geral;
- Relação entre os médicos de clínica geral e os médicos das outras especialidades;
- Orientações estratégicas para o futuro;
- Presidência futura da UEMO e outros assuntos internos.

A Delegação Portuguesa à UEMO (da esquerda para a direita):

Dr. J.M. Sampaio Duarte (Braga) - Representante da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG); Dr. Vítor Ramos (Lisboa) - Chefe da Delegação - CNE da Ordem dos Médicos; Dr. Jaime Correia de Sousa (Porto) - CNE da Ordem dos Médicos; Dr. António Manuel Rodrigues (Coimbra) - Representante do Colégio da Especialidade de Clínica Geral da Ordem dos Médicos.

**diga lá
outra vez...**

**“A Saúde?
Está muito bem
obrigado!”**

Paulo Mendo (Rev. DN 5/2/95)

**“O Sector Privado
será uma força e não
um encargo”**

Paulo Mendo (Rev. DN 5/2/95)

será?





Como conseguira ficar ali poisado, inteirinho, ninguém sabia. Com reflexos cinzentos foscos, o bojo um tanto amachucado e uma asa a rasar a água, parecia ao longe, avistado do cimo da serra, um belo brinquedo, a flutuar no mar.

Em nome do pai e do filho...

Ireneu Cruz

Quando mestre Eugénio e o companheiro, a bordo da canoa de vela latina enfunada, no regresso da faina, viram aquilo, repararam que também lá estavam dois homens. Um deles deitado na areia, o outro de braços erguidos e agitados no ar. Aproximou-se da ponta do Cambalhão a bolinar pelo sul e a arriscar que o baixo era muito e podiam lá passar a noite se a quilha lavrasse.

A língua de areia onde aterraram de barriga, estava afastada da costa meia milha, ou mais, era um cabeço. A passagem a pé enxuto só raras vezes se conseguia, na baixa-mar, com maré muito viva. Um dos “camones”, o piloto que estava deitado, tinha as calças ensanguentadas e uma perna partida. Foi levado para bordo em braços, a custo. Era um gigante com mais de cem quilos que foi carregado pela areia mole. Mestre Eugénio zarpou direito à outra margem do Rio e encostou no cais perto do Sanatório dos ossos. Ficava ali mais à mão e o homem estava mal ferido.

Durante muito tempo, pelo cais das Fontainhas onde fundeavam as canoas, toda a gente falou dos “camones” que tinham saltado do

avião que caíra na praia e que por isso partiram as pernas. Dizia-se também que iam para o norte de África a caminho de El Alamein.

Se fosse vivo, mestre Eugénio teria mais de oitenta, talvez noventa anos. Deixou filhos. O mais novo, o de boa memória, ouviu contar o acontecimento, várias vezes, em rapaz. Com uma pontinha de orgulho deu e tornou a dar a sua versão do feito do pai aos colegas de turma. Tal ficou como um facto registado na história da escola. Foi por isso que há pouco tempo, quando um dos antigos lhe veio dizer que um dos “camones” que caíra com o avião no tempo da guerra, um tal John, chegara dos States e andava à procura de mestre Eugénio, ficou curiosíssimo. Chegaram à fala e reparou que as idades de ambos se aproximavam. John era um tamanhão com grandes mãos e candura. Parecia que já o tinha visto, que já o conhecia. Mas não, era a primeira vez que ele pisava este canteiro da beira-mar. Vinha de viagem, de regresso do extremo oriente do golfo de Tonkin onde, vinte anos antes lhe tocara também uma passagem noutra apocalíptica guerra. Ele era afinal, o filho do piloto que mestre Eugénio ajudara a salvar.

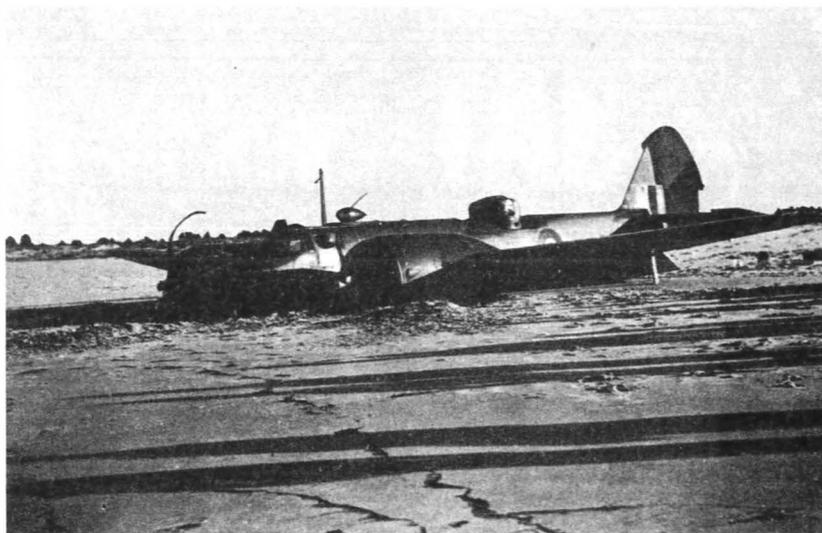
Partilharam uma refeição alegre e

John contou como o pai passara a vida a pilotar aviões de guerra, sempre mais rápidos. Passara pelo Cairo, Monte Cassino e depois pela Coreia. Mas lembrava, muitas vezes, uma ilhota onde caíra vindo de uma base inglesa. Contava também à família e aos amigos que foram os pescadores dum Rio Azul, que o tinham salvo, que o levaram num pequeno barco à vela para o Hospital nas faldas de uma Serra verde. Tinha sido um santuário romano e lá havia uma torre medieval sem sinos, mas com um farol vermelho. Havia frestas e seteiras e canhões centenários contra corsários. E caves, cisternas, arcos góticos e inscrições enigmáticas. Era uma fortaleza sobranceira ao mar, podia-se pescar à linha do terraço onde doentes nas macas se tratavam ao sol. Avistavam-se remoinhos da corrente na barra, uma baía imensa com a longa praia e a península com pinheiros, além de patos negros a subir Rio acima. Depois de lhe limparem as feridas e engessar a perna, antes das autoridades militares o levarem de regresso, teve tempo de comer peixe grelhado temperado com um molho divino dito do tempo dos imperadores romanos e de beber um nectar de deuses, que os ingleses já tinham gabado, a que



chamavam vinho. Aquela gente, aquele Hospital, eram do melhor do Mundo.

Os anos correram e o pai que prometera voltar, não o conseguiu fazer vitimado por um enfarte no Michigan. Por isso ali estava ele, John, em vez de seu pai. No fim da refeição, sem pressas, depois de saborear um Moscatel Roxo, puxou de um envelope amarelecido, dobrado e redobrado. Com gesto calmo, deixou-lho sobre a toalha, debaixo dos olhos : “Era de meu pai, dos anos 40, para o teu”. Envelope pesado. Continha uma medalha de cobre debruada a ouro velho: “Cruz de Guerra, 1ª classe”.



Da 714ª de Fuzileiros que combatera no lago Niassa e de que fez parte o filho de mestre Eugénio conseguiu reunir-se um esquadrão de uns cinquenta convivas num ruidoso almoço. Solenemente todos garantiram lá voltar em novas condições, em paz e progresso. Mas, de facto, nenhum deles lá voltou. Voltou sim, o neto do mestre Eugénio hoje professor, que ensina Português numa escola secundária do Maputo.

fotografias de AMÉRICO RIBEIRO

in “Um tesouro Guardado – Setúbal de outros tempos”