

# Ficha Técnica

## Ordem dos Médicos

Ano 22 – N.º 68 – Maio 2006

PROPRIEDADE:



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

**Redacção, Produção  
e Serviços de Publicidade:**  
Av. Almirante Reis, 242 - 2.º Esq.º  
1000-057 LISBOA

E-mail: celom@omcne.pt  
Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

**Director:**  
Pedro Nunes

**Directores-Adjuntos:**  
José Moreira da Silva  
José Manuel Silva  
Isabel Caixeiro

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

**Redactores Principais:**  
Miguel Guimarães, José Ávila Costa,  
João de Deus e Paula Fortunato

**Secretariado:**  
Miguel Reis

**Dep. Comercial:**  
Helena Pereira

**Dep. Financeiro:**  
Maria João Pacheco

**Dep. Gráfico:**  
CELOM

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

**Inscrição no ICS:** 108374  
**Depósito Legal:** 7421/85  
**Preço Avulso:** 1,6 Euros  
**Periodicidade:** Mensal  
**Tiragem:** 32.000 exemplares  
(11 números anuais)

# S U M Á R I O

- 4 EDITORIAL**
- 7 EDITORIAL**  
Na Ordem do Dia
- 12 INFORMAÇÃO**  
Prova de acesso ao  
Internato Médico de 2006
- 15 Comunicado**
- 16 ACTUALIDADE**  
Trabalhar em conjunto  
para a saúde
- 18 III Congresso Nacional do  
Médico Interno**
- 22 Avaliação do grau de  
satisfação de Médicos  
espanhóis em formação em  
Portugal**
- 26 XII Congresso Nacional de  
Medicina  
Serviço Nacional de Saúde  
- Que grau de  
sustentabilidade?**
- 29 Três décadas do Serviço  
Nacional de Saúde - Onde  
estamos? para onde vamos?**
- 30 Medalhas de Honra**
- 34 Congresso de Cirurgia**
- 38 Reunião da Secção de  
Medical Biopathology da  
UEMS**
- 40 Prémios SOPEAM**
- 42 Na Ordem com...  
Luís Suspiro**
- 44 OPINIÃO**  
O que é errado hoje pode  
ser correcto amanhã  
(Proposta de reflexão)  
*por Paulo Costa*
- 48 Comentários ao  
ante-projecto de DL sobre  
a prevenção do tabagismo  
Um contributo para uma  
prevenção global e  
responsável**  
*por José Manuel Silva, Fernando  
Gomes, Ávila Costa, José Moreira  
da Silva e Miguel Guimarães*
- 52 Procriação medicamente  
assistida**  
*por Luis de Sena Esteves*
- 54 Das especialidades às  
competências: A evolução  
não se faz sem reflexão**  
*por Carlos Vasconcelos*
- 58 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA**  
O Hospital Centenário e o  
Camartelo  
Inquérito número III  
*por A. Coutinho de Miranda*
- 60 CULTURA**  
“As Palavras”  
*por Ofélia Bomba*
- 62 Música, Espectáculos  
e Livros**
- 64 CONSULTADORIA FISCAL**
- 66 AGENDA**

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

## A Reguladora

**D**o fundo das reminiscências da infância ouve-se um Tic-Tac pesado com que o relógio despertador de casa da avó pontuava as noites sem luz desses tempos.

O Tic-Tac em si era tranquilizador, fazia companhia, ligando sonoro à vida e aos adultos na escuridão de breu, em vez de perturbar convidava ao sono.

Outra coisa já não diria do estridente matraquear agudo e irritante com que impelia compulsivo ao levantar no Inverno e caminhar à chuva para apanhar o “13” a caminho do colégio.

Foi dessa época que me ficaram traumáticos sentimentos negativos a propósito de despertadores de lata e respectivos fabricantes.

Também, eterno lutador contra os minutos e o quarto de hora académico, o relógio na parede de Santa Apolónia com o seu imenso e arrastado ponteiro me incentivava sistemático a correr pelo cais para apanhar no último segundo o comboio das férias no Porto.

É dessa época despreocupada que me ficou a embirração pela “Reguladora”, marca real ou imaginária do fabricante dos torturantes instrumentos em causa.

É também, seguramente, essa a subliminar justificação para o telúrico instinto de repulsa que sinto por entidades de regulação, tão da simpatia de marxistas ortodoxos, convertidos em tempos recentes ao mais heterodoxo capitalismo. Na sociedade europeia, constituída sobre os escombros de duas guerras arrasadoras, a solidariedade social e a intervenção mitigada mas presente do Estado garantiu nos últimos sessenta anos a paz, o conforto económico e mental, enfim, a felicidade possível.

Tanto conforto e tamanha tranquilidade gerou, como não o podia deixar de ser, uma sociedade menos agressiva, mais envelhecida, mais centrada em torno do lazer que da procura a todo o custo dos bens materiais.

O impulso predador para a produção (a produção a todo o custo e viver a vida logo se vê), é bom em termos de filosofia para quem dela usufrui ou para levantar das cinzas sociedades feudais por fim libertadas. Não se adequa, estou certo, a quem já atingiu e pretende manter elevados níveis civilizacionais a quem o tempo para pensar e a segurança perante os imprevistos da doença são, em si mesmo, valores incontornáveis.

Numa sociedade deste tipo (Europa, última metade do séc. XX), o que se perde em produtividade ganha-se em qualidade de vida e tranquilidade perante os imprevistos - neste contexto os serviços de saúde, nomeadamente o Serviço Nacional de Saúde, não são, no plano dos princípios que não da organização, negociáveis.

Ao Estado, escrutinizável regularmente em eleições livres e democráticas, cabe o papel regulador.

O equilíbrio centra-se precisamente na capacidade, que se espera vir a aumentar com o tempo, dos cidadãos se libertarem do fogo fátuo do marketing social e virem a julgar os dirigentes pelas acções efectivamente desenvolvidas. Compreendo que em áreas de monopólio natural, como seja por exemplo o sector eléctrico, onde a tentação de utilizar tarifas com fins eleitoralistas é óbvia, se tenha enveredado por criar entidades unicamente subordinadas a regras do jogo económico. Tais reguladoras independentes têm o único e exclusivo objectivo de permitir fluxos financeiros de grande monta, geridos por fundos de pensões ou outros, ao garantir alguma transparência económica e menor enviesamento por decisões com origem em meros pragmatismos políticos imediatistas.

Mas o que é válido para sectores de economia especiais não é válido seguramente para o sector da Saúde.

Nesta área, a transferência do Ministério da Saúde para um regulador independente tem como única, inevitável e infeliz consequência tornar irresponsabilizáveis as decisões tomadas. Ficarão assim justificados eventuais constrangimentos financeiros, inviabilizadores do direito à saúde mas claramente entendidos como necessários para a competitividade no mercado global.

Se é discutível que tal competitividade global destrua as classes médias alargando o fosso entre os mais ricos e os outros, a todos nivelando pelos índices salariais da Índia ou da China, já não me parecem discutíveis as razões que originaram a criação da Autoridade da Concorrência e da mais moderna Entidade Reguladora da Saúde.

Quanto à primeira e, desde logo, a ilegal intervenção sobre as Ordens profissionais, entidades públicas consolidadas constitucionalmente como muito bem advoga o Professor Jorge Miranda, demonstra quais os seus objectivos.

Destruindo as Ordens, impedindo a fixação de valores máximos das prestações médicas, preconizando a liberdade

de publicidade e a aleatoriedade dos títulos com argumentos duma pseudo liberdade de concorrência, a Autoridade da Concorrência conduz:

- À entrada no mercado da saúde de grandes empresas capazes de destruir os prestadores médicos individuais, ganhando no esmagamento das margens e nas economias de escala.

- À fragilização dos doentes obrigados à escolha entre um serviço público descapitalizado e ineficiente, e um serviço privado economicamente inoportável em todas as zonas de “nicho”.

- Ao consumo de cuidados de saúde, mesmo os mais desnecessários, unicamente determinados pela capacidade de publicitação das empresas com mais capacidade predadora.

O reconhecimento destes factos, que me parecem óbvios, pode levar-nos a uma qualquer apreciação favorável ou desfavorável, conforme até a cultura política que nos subjaza, não pode é levar-nos a esconder a cabeça na areia e tentar ignorar o que está em marcha.

**E o que está em marcha é indubitavelmente, a tentativa de destruição das Ordens profissionais, da autoregulação, das normas da sã convivência, em última análise da contenção baseada na ética e na deontologia.**

Atento o Estatuto e o que ele nos obriga a defender ninguém poderá ignorar qual será o determinante das acções da Ordem dos Médicos.

Já o mesmo não acontece tão claramente com a Entidade Reguladora da Saúde. Neste caso o que está em causa é um alijar de responsabilidade do Ministério da Saúde, com o qual não concordamos mas que, se gerido com inteligência e articulado com a Ordem poderá ser útil.

Todos sabem a nossa posição sobre esta entidade. Não o pode ignorar o Senhor Ministro da Saúde a quem em simultâneo com a Ordem dos Farmacêuticos, a Ordem dos Médicos Dentistas e a Ordem dos Enfermeiros, tivemos o cuidado de esclarecer em audiência solicitada para o efeito.

No caso da Entidade Reguladora da Saúde o que está em causa é a necessidade de bem clarificar qual é o seu campo de acção e o campo de acção das Ordens.

O que está em causa é também encontrar formas equilibradas de financiamento que não o sejam à custa de mais um imposto ilegal a incidir sobre os médicos com prática liberal.

Nesta discussão que hoje está activamente no terreno em torno do Decreto-Lei 309/2003, de 10 de Dezembro (actualmente em revisão), temos uma vantagem clara – a de que a ERS não conseguirá desempenhar a sua acção sem o apoio do saber e da informação na posse da Ordem dos Médicos e tal colaboração tem obviamente um elevado preço – o preço da justiça para com os médicos.

Seremos firmes nesta determinação, não partilharemos a atitude de um colega que já teve responsabilidades dirigentes, que invectivou a ERS até ao dia em que lhe foi fixada a sede no Porto. A partir desse dia nunca mais se ouviu, vindo-se mesmo a saber que teria dado o seu discreto apoio, sendo o autor da recomendação de que todos os médicos e empresas médicas, mesmo as mais pequenas, deveriam pagar taxa de registo.

Poderão os colegas estar certos que a actual direcção da Ordem, quaisquer que sejam as contrapartidas, não os trairá.

(continua na página seguinte)



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pedro Nunes', written in a cursive style.

## O Discurso

Decorreu nos dias 22 a 27 de Maio a Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde. Pela primeira vez o Bastonário da Ordem dos Médicos foi convidado, conjuntamente com a Bastonária da Ordem dos Enfermeiros a integrar a delegação portuguesa. Sem surpresa notámos, na grande sala do Palácio das Nações em Génève, que outras Associações Médicas igualmente integravam as respectivas delegações nacionais, como o caso da Suécia, da Noruega, da Finlândia, do Reino Unido e de Israel.

Portugal alinhou assim entre os países em que a independência e autonomia não se confunde nem é impeditiva da necessidade de colaborar a favor do interesse nacional e da defesa da saúde e dos doentes.

Também Portugal foi o único país em que o Dia Mundial da Saúde foi comemorado numa sessão pública conjunta entre as quatro Ordens da Saúde (Médicos, Médicos Dentistas, Enfermeiros e Farmacêuticos). Tal facto, comunicado pelo Ministro da Saúde em discurso proferido perante a Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, foi comentado, registado e aplaudido. A política também se faz por sinais e conseguir os nossos objectivos implica coerência, determinação e perceber que não estamos sozinhos no Mundo nem somos detentores da totalidade da verdade.

Foi esse caminho que desde Janeiro de 2005 a Ordem dos Médicos empreendeu.

Os resultados estão à vista.

**Foi por esta postura, e não por termos colocado bandeiras a meia haste ou termos empreendido acções mediáticas de rua, que foi reconhecida a nossa razão e que o Ministro da Saúde anunciou no Congresso Nacional de Medicina que a prescrição pertencia exclusivamente aos médicos.**

Foi por esta postura e não por qualquer outra que a Ordem dos Médicos assumiu a responsabilidade plena pela condução e regulação dos Internatos Médicos como decorre da já publicada Portaria n.º 183/2006.

Caberá aos médicos no futuro decidir que postura pretendem para a sua Ordem.

## A Revista e o Candidato

A revista Nortemédico, curiosamente uma publicação da Ordem dos Médicos, paga pela Ordem dos Médicos, tem sido incedível nos ataques ao Bastonário e em divulgar entrevistas, posições e cartas diversas do Exmº Senhor Dr. Miguel Leão, Presidente da Mesa da respectiva Assembleia Regional.

Simultaneamente o referido colega, numa atitude totalmente lícita e louvável porque clarificadora, tem telefonado a inúmeros médicos, dirigindo múltiplos convites para integrar listas candidatas e agora visitado alguns serviços hospitalares. Em Lisboa, acompanhado pelo Dr. Canas Mendes, Presidente do Conselho de Administração do Hospital Curry Cabral, visitou hospitais apresentando-se como candidato a Bastonário nas eleições que decorrerão no fim do ano de 2007.

**Louva-se a atitude do colega que assim torna claro que todas as notícias, acusações e cartas tinham o objectivo que agora se torna óbvio.**

Dado que considero que todos devemos poder exprimir livremente a nossa opinião ignoro deliberadamente o facto bizarro de uma revista propriedade da Ordem dos Médicos atacar sistematicamente o Presidente que os médicos elegeram para dirigir a sua Instituição.

Igualmente ignoro que o “candidato” agora na qualidade de coordenador de uma eventual “comissão regional consultiva” tenha enviado uma carta e um inquérito a um leque alargado de médicos de todo o país. O facto de o papel timbrado, os envelopes, os selos e o RSF pertencerem à Secção Regional do Norte só traduz um conceito de gestão financeira da dita que se regista.

Penso que os médicos da cidade do Porto e de toda a Região Norte não pretendem isolar-se dos seus colegas das Regiões Centro, Sul e Autónomas da Madeira e Açores, pelo que naturalmente o que estará em confronto nas eleições de Dezembro de 2007 serão programas, estratégias e capacidades e não o facto irrelevante de trabalhar no Porto, em Lisboa ou no Entroncamento. Os médicos portugueses merecem mais que regionalismos redutores e saberão na altura própria distinguir os programas, os “curricula” e a trajectória dos candidatos. Como falta mais de um ano e meio não vou, obviamente, deixar perturbar o mandato que os médicos me outorgaram com campanhas eleitorais, pelo que aqui se encerra este capítulo.

As eleições são circunstanciais e devem ser decididas na altura própria.

Se em Julho de 2007 tiver saúde, força, vontade e apoios, recandidato-me.

Se não eu, outro colega se candidatará para defender o programa que hoje milhares de médicos partilham e é claramente diferente das posições do passado que nada de útil trouxeram à Ordem.

Pela minha parte, não tenho qualquer dúvida de qual a melhor opção para os médicos e qual será, na altura própria, a escolha dos colegas.



### TSF 26

Começou no São João mas não demorou muito que o Santa Maria e aquela estranha junção de hospitais diferentes que dá pelo nome de Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental lhe seguissem o exemplo. Não se pode dizer que fosse de estranhar ou que não estivesse inscrito na própria natureza das coisas. Desde a invenção dos SA que sabia que iria acontecer. Refiro-me, está bem de ver, à nomeação dos directores de serviço e departamentos hospitalares.

A coisa não tem dado muito barulho na comunicação social e mesmo nos corredores da caserna as águas vão relativamente mansas. O sururu ainda poderá aumentar já que na boa tradição do jardim à beira mar só se acredita em Santa Bárbara quando troveja.

O súbito quebrar de uma longa tradição nem sempre é sede de desconforto, principalmente quando a tradição, à força de ser longa, já gerou em si própria os mecanismos que desvirtuam as suas iniciais potencialidades.

De facto, à boa maneira da função pública, ser director de um serviço hospitalar adquiria carácter vitalício por vezes estranhamente hereditário. Assumia-se como se se tratasse do coroar de um percurso, de um último degrau de uma escala, de onde só a morte ou a reforma compulsiva por limite de idade poderia desalojar.

É particularmente evidente que em tempos de embaçamento gestor tal estado de coisas não podia durar.

Não poderia durar de qualquer forma em tempos de democracia em que se dessacralizou os mitos e cada um vale enquanto vale e enquanto para tal lhe dão crédito

Parece pois que estamos perante uma evolução positiva só merecedora de encómios e justificativa do aplauso que tantos pensadores - entre aspas - não regateiam às versões de gerir SA ou EPE, que é a mesma coisa com outro nome.

Ter-se-á assim passado um tempo de um carreirismo quantas vezes ínvio, gerador de tiques de subserviência nefastos a uma profissão que exige autonomia e capacidade de decisão para lugares atribuídos conforme o mérito.

Pois é precisamente neste ponto que está o busílis da questão. Até prova em contrário ainda não se descobriu o teste milagroso que identifica a competência. Excepto nos sistemas electivos, que em universos tão micro não funcionam por evidentes razões, as escolhas de dirigentes dependem muito menos de características pessoais que de adequação à função. A questão passa assim a colocar-se em quem exerce o poder de escolher e com que critérios o faz.

Todos nós conhecemos os desvios e desvarios assinalados no universo das empresas com ineptos hábeis a levar a banca à glória enquanto fazem crescer para assombrosos limites a sua fortuna pessoal e aí será sempre mais fácil de aferir da qualidade já que auditorias de resultados têm a obrigação de expor a real eficácia das decisões tomadas.

Em última análise, tudo se resume a dinheiro e este tem a inegável vantagem de ser contável.

Em matérias como a saúde em que a avaliação de resultados clínicos é tão difícil e tão exclusiva do grupo profissional dos médicos não antevejo como se distinguirá o bom director de serviço do amigalhaço, do sócio ou do rapaz lá do partido que o gestor decidiu premiar. É que no actual sistema os dirigentes máximos das organizações são em si mesmo fruto de escolhas nem sempre transparentes e a única certeza é que cada partido da área do governo tem a sua carteira de crónicos que renascem das cinzas em cada volta do ciclo.

É de esperar que o futuro nos reserve um multiplicar em cascata desta situação com as consequências que me escuso de explicar.

Se não houver vigilância substitui-se um sistema de subserviência heráldica num sistema de



subserviência político-partidária. Se assim for ficamos claramente a perder porque o antigo regime pelo menos garantia uma hierarquia médica que perdurava no tempo e assegurava consistência perante os disparates dos gestores de circunstância e instabilidade da sua curta sobrevivência.

Isto para não falar no estímulo ao estudo e ao progresso que era a base das carreiras médicas que, mal ou bem, garantiram na saúde uma qualidade que outras áreas do Estado perderam clamorosamente

É caso para dizer vamos a ver e oxalá eu me engane.

### **TSF 27**

A revista “Economist” desta semana tem um artigo particularmente interessante.

Segundo o seu autor o aumento do emprego feminino no mundo desenvolvido foi a força motora mais importante do crescimento nas duas décadas passadas. Neste contexto, afirma peremptório que o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho contribuiu mais para o crescimento global do PIB do que as novas tecnologias ou os novos gigantes como a China ou a Índia.

É bom de ver que não se pode falar de uma entrada da mulher no mercado do trabalho. Unicamente se pode falar nos países desenvolvidos da Europa e da América do Norte de uma transferência do trabalho doméstico para o trabalho externo remunerado.

O aumento da qualificação aliado às capacidades específicas femininas para o trabalho intelectual são razões substantivas do desenvolvimento económico.

No entanto, como qualquer gestor sabe, nenhuma vantagem pode ser contabilizada unicamente do lado dos activos do balanço.

A diminuição do número de trabalhadores no lado informal da economia, no trabalho doméstico, tem

acarretado por um lado um aumento da imigração e por outro acrescidas dificuldades na educação dos mais jovens e no apoio aos mais velhos.

O impacto sobre a educação dos mais jovens é conhecido e resulta na transferência para as escolas, isto é para o Estado, de encargos até aqui assumidos pelas famílias.

Não é de admirar que a falta de apoio aos mais velhos também se faça sentir não agora na factura do Ministério da Educação mas de forma óbvia na factura do Ministério da Saúde.

Quando hoje se lançam programas de cuidados continuados ou de cuidados paliativos o que se está a fazer é transferir para local mais adequado os velhos e desamparados que as famílias abandonavam nos hospitais.

É uma realidade conhecida de todos os que trabalham nas grandes cidades o número crescente de doentes que após clinicamente controlado um episódio de doença aguda, ficam residentes na instituição de saúde porque simplesmente não têm ou ninguém quer que tenham, lugar para onde ir.

Está pois na altura de perceber sem hipocrisia que muitos dos ditos “ custos da má gestão do Sistema de Saúde” são simplesmente facturas não contabilizados no balanço do crescimento do PIB.

Mais uma vez a Saúde assume-se como parte da economia e não como uma despesa ou custo a abater a bem da bendita competitividade.

Como o mais intratável dos cegos, só não vê quem não quer...

### **TSF 28**

A política é a arte do possível como é sabido.

Se assim é, no entanto, em termos de política de Saúde o Dia da Mãe de 2006 parece demonstrar que não será possível racionalizar o sector materno-infantil.



Nascido e criado em Lisboa, filho como todos os lisboetas de emigrantes internos, tenho a maior dificuldade em perceber a diferença de nascer na Alfredo da Costa ou na Júlio Dinis. Mais do que a cidade ou a cor do edifício tendo a privilegiar o número de médicos e de enfermeiros, o respectivo treino e os equipamentos instalados.

Reconheço, no entanto que tal despojamento afectivo é fruto da insensibilidade cidadina e necessito com urgência de umas férias na serra para criar raízes à sombra das carvalhas e perceber a lógica incontornável deste País em que insisto em gostar de viver.

O mesmo Portugal profundo que ainda há pouco tempo não hesitaria em invectivar a falta de condições, reais ou pressupostas, da maternidade da área, mobiliza-se agora determinado em defesa do seu doméstico bloco de partos...

Por todo o país as manifestações, vigílias, protestos e marchas rivalizam na imaginação, número de mobilizados e atenção conseguida nos canais de televisão generalistas.

A racionalidade técnica há muito que se perdeu e relatórios e comissões de peritos já ninguém quer sequer ouvir falar. Com a emoção a fazer chamar a lágrima ao canto do olho luta-se convictamente pela sala mais ou menos arranjada em que já os avós viram a luz.

Da profundidade dos tempos voltam à superfície velhas rivalidades, sentidos de injustiça telúrica, a comezinha e sempre presente questão de qual galinha tem enxundia mais amarela, se a minha se a da vizinha.

Num momento esquecem-se queixas, perdoam-se suspeitadas negligências e num assomo de solidariedade regionalista marcha-se a Lisboa de autocarro, Barcelos contra Braga, Crestuma contra Lever, o meu pedaço de chão contra a hegemonia da cidade do vizinho.

A guerra das maternidades, a que autarcas de todos

os partidos e locais forças vivas dão o seu empenhado e sobrevivencial contributo, inscreve-se assim na mais genuína tradição da Pátria.

É um exemplo da mesma força anímica e modo de estar que nos garantiu a independência face a Castela mas também não deixou de nos outorgar o significativo número de decisões desconectadas da mais elementar racionalidade e os costumeiros lugares no “ranking” dos povos.

Pergunto-me se este preço a pagar não será a contrapartida exigida pela justiça celeste do belo Sol, bons vinhos e apetitosos petiscos de que desfrutámos séculos afora.

Optimista que sou, prefiro acreditar que tudo não passa de uma questão de confiança e que quando a política deixar de ser simplesmente o exercício de pequenos truques e espertezas saloias, as pessoas voltarão a acreditar e respeitar quem governa dando o benefício da dúvida e sentando-se para conversar.

De momento resta observar entre o espantado, o indignado e o divertido como se desenrolarão os próximos episódios da novela agora levada à cena.

### **TSF 29**

Começou hoje em Geneve a 59.<sup>a</sup> Assembleia Geral da OMS.

Duzentos países, milhares de delegados e observadores, reuniões laterais, política de corredor, diplomatas e ministros da Saúde em concentrações acima de qualquer sensatez.

Enfim o acontecimento anual mais importante da área, garantido por esta sociedade mediática e de voos baratos.

Para além do espectáculo impressionante da grande sala do Palácio das Nações, o fervilhar do lobby, a procura da visibilidade de um tema, o trabalho de múltiplos meses e inúmeras reuniões para conseguir virar os holofotes da comunicação social



e garantir a visibilidade de uma temática.

Apresentam-se projectos, afinam-se compromissos proclamam-se boas intenções.

Fala-se do que preocupa, da SIDA e do seu curso devastador nos países em desenvolvimento, da ressurgente tuberculose, da ainda não erradicada polio.

Mas este ano fala-se também de um tema inesperado nestas latitudes – dos profissionais de Saúde da sua escassez e da sua instabilidade.

Fala-se de políticas de contracção de muitos países ricos que agora, em desespero de causa vão abastecer-se de médicos e enfermeiros aos países pobres que deles desesperadamente carecem. Fala-se de políticas de formação que não promovam migrações, fala-se da enorme importância deste capital humano frágil mas imprescindível com facilidade devastado por pandemias actuais ou imaginadas.

Pela primeira vez fala-se de um fenómeno inexplicável até há poucos anos inimaginável – a falta de interesse e consequente procura dos cursos universitários da área da Saúde.

Perdido o prestígio em muitos países fruto da tentativa sistemática de políticos de fazer outros espiar culpas próprias. Tensa a prática porque sujeita a permanente escrutínio e sucessivas acções na justiça na busca de obter compensações financeiras para as desgraças acontecidas. Mal remunerada em quase todo o lado, as artes de curar e tratar estão em baixa na bolsa dos desejos de quase todo o mundo.

Portugal, uma ilha relativamente tranquila em que a péssima remuneração é compensada por uma ainda relativamente favorável recompensa social, está aparentemente ao abrigo de tais tormentos. Todos os anos os melhores estudantes do secundário digladiam-se a golpes de décimas para escolher medicina, farmácia, medicina dentária e enfermagem.

Esta tranquilidade é, no entanto, uma falsa ilusão. Os próximos dez anos serão terríveis em termos de recursos humanos pondo em causa a formação pós-graduada das fornadas que dentro de cinco anos começarão a sair das faculdades em número suficiente.

Já hoje se encerram maternidades porque simplesmente não há gente em número suficiente para garantir o seu funcionamento nas condições técnicas mínimas esperáveis num país civilizado integrante do espaço Europeu.

Está bem de ver, espero que todos o tenham percebido, que encerrar não pode ser um fim em si mesmo mas unicamente um recurso perante circunstâncias particularmente desfavoráveis. É que fechar é sempre um retrocesso e os caminhos fazem-se para a frente e não às arrecuas.

Fechar maternidades pode ser imprescindível tecnicamente num dado momento. Não pode, porém, ser feito se em si mesmo não comportar o objectivo de investir rapidamente em melhores condições e logo que possível dotar-se dos meios humanos necessários a uma política de segurança no parto e período neo-natal.

Fechar para ir comprar fora ou com qualquer insinuação de que os profissionais não dão todos os dias o seu melhor nas condições difíceis que os decisores políticos lhes destinaram, seria um caminho fácil mas muito perigoso que espero ninguém tenha a tentação de percorrer.

Estou seguro que muitos dos dissabores das últimas semanas ter-se-iam evitado com um diálogo olhos nos olhos e um obrigado a todos os médicos, enfermeiras e parteiras que têm garantido o lugar honroso e excepcional que Portugal ocupa nestas matérias.

Como um ministro da Saúde de um país africano dizia numa reunião satélite à Assembleia Geral da OMS – “os profissionais de saúde são gente bem intencionada mas também se cansam se forem maltratados”



## Prova de Acesso ao Internato Médico de 2006

### Mapa de Vagas

O Aviso n.º 5106/2006 (2ª série), publicado do Diário da República, II série, n.º 82, de 27 de Abril de 2006, que abriu o período de inscrição para a prova de acesso ao Internato Médico de 2006, a realizar no próximo dia 20 de Junho, com vista ao ingresso no período de formação específica, não define as vagas por área profissional de especialização e por estabelecimento e serviço de saúde, em desrespeito dos art.º 40º e 42º, na Portaria n.º 183/2006, de 22 de Fevereiro, que aprovou o Regulamento do Internato Médico (RIM), e o Decreto-Lei n.º 203/2004,

de 18 de Agosto.

Tal facto tem levantado alguma legítima ansiedade e naturais dúvidas sobre as razões subjacentes a este incumprimento e relativamente à possibilidade do exame ser juridicamente impugnado.

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos partilha estas preocupações mas também compreende os fundamentos do incumprimento legislativo. Para que a seriedade e a legalidade de todo o processo não sejam postas em causa e se consiga recuperar a tranquilidade que o importantíssimo momento

de preparação e realização da prova de acesso exigem, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos compromete-se a recolher as capacidades formativas no mais curto espaço de tempo para que seja materialmente possível ao Ministério da Saúde divulgar o mapa de vagas antes do próximo dia 20 de Junho de 2006.

Lisboa, 16 de Maio de 2006

O Presidente  
*Dr. Pedro M. H. Nunes*

## Critérios de admissão à Competência de Medicina Farmacêutica

Foram aprovados em Conselho Nacional Executivo de 7 de Março de 2006 os seguintes critérios de admissão na Competência de Medicina Farmacêutica:

- a) Médicos inscritos na OM;
- b) Experiência mínima de dois anos

em pelo menos uma das seguintes vertentes: I&D, Farmacovigilância e Assuntos Regulamentares;

- c) Diploma em Medicina Farmacêutica obtido em Curso de Pós-Graduação e/ou mestrado em

Medicina Farmacêutica, cujos conteúdos estejam de acordo com os enunciados pelo CEPM (Council for Education in Pharmaceutical Medicine);

- d) Discussão curricular.»

## Homenagem ao Professor Manuel Machado Macedo

Realizou-se no dia 25 de Maio, na Fundação Calouste Gulbenkian, uma sessão de homenagem ao professor Manuel Machado Macedo (1922 – 2000), numa organização do CEMMM - Centro de Estudos Professor Manuel Machado Macedo. Esta homenagem teve lugar pelo 6º aniversário do falecimento do ex-bastonário da Ordem dos Médicos. O elogio da figura ímpar do homenageado - pioneiro da Cirurgia Cárdio-Torácica em Portugal, que soube cultivar e merecer o respeito, a estima e a admiração de todos, mas especialmente

dos doentes a quem sempre serviu como ser humano, como médico e como presidente da Ordem dos Médicos - foi proferido por João Lobo Antunes. Pedro Nunes, presidente da Ordem dos Médicos e Eduardo Marçal Grilo, da Fundação Calouste Gulbenkian, presidiram à sessão cuja abertura ficou a cargo de Marcelo Rebelo de Sousa. Amigos, discípulos, alunos, correligionários, colaboradores, adversários e doentes do Professor Manuel Machado Macedo estiveram presentes nesta sentida homenagem ao 9º presidente da OM.



## Comunicado

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é um organismo de génese e desenvolvimento assaz polémico e objecto de fundamentadas e pertinentes dúvidas e críticas por parte da Ordem dos Médicos (OM), prevalecendo uma profunda imprecisão jurídica quanto ao seu futuro âmbito de intervenção e respectivas implicações.

Em face desta indefinição, sem previsão temporal para a sua resolução definitiva, não faz sentido manter o prazo de 30 de Junho como limite para o registo das entidades que a isso estão obrigadas, conforme a Portaria n.º 38/2006 de 6 de Janeiro, pelo que a Ordem considera normalmente expectável e inquestionavelmente curial que seja suspenso o prazo de inscrição.

Entretanto, enquanto não for publicado pelo Governo o enquadramento jurídico final, o Conselho Nacional Executivo da OM, conforme já anteriormente anunciara, reitera a recomendação pública a todos os seus associados que exerçam profissão liberal para que não se registem na ERS até ao último dia do prazo.

Lisboa, 31 de Maio de 2006

O Presidente  
*Dr. Pedro M. H. Nunes*

## Informação ERS

A Ordem dos Médicos solicitou a Sua Excelência o Ministro da Saúde a prorrogação do prazo para registo na Entidade Reguladora da Saúde.

Havendo muitas dúvidas sobre o enquadramento legal e constitucional deste processo e estando em revisão o Decreto-Lei enquadrador, a Ordem dos Médicos reitera

a sua recomendação para que ninguém proceda ao registo antes do último dia do prazo legal.

A Ordem dos Médicos envidará todos os esforços e desencadeará todas as acções necessárias para que esta injustiça e ilegalidade cometidas sobre os médicos portugueses não surtam efeito.

## Trabalhar em conjunto para a saúde

**Pela primeira vez o Dia Mundial da Saúde reuniu em iniciativa conjunta as quatro ordens profissionais da área: médicos, enfermeiros, farmacêuticos e dentistas debateram os contributos de cada profissão sob o lema «trabalhar em conjunto para a saúde».**

A sede principal das celebrações do Dia Mundial da Saúde, no passado 7

de Abril de 2006 foi em Lusaka, Zambia, no continente africano, onde o Director Geral da OMS, Lee Jong-wook, apresentou o 'Relatório sobre a Saúde no Mundo' 2006. Outra importante celebração realizou-se em Londres e foi estabelecida uma ligação em vídeo via satélite, mostrando os países desenvolvidos e em desenvolvimento a trabalhar juntos para a saúde.

Em Portugal a iniciativa foi inédita: celebrado a 7 de Abril, o Dia Mundial da Saúde reuniu, numa cerimónia no Centro Cultural de Belém, as quatro ordens profissionais do sector da saúde. O tema da comemoração escolhido pela Organização Mundial de Saúde foi o papel dos profissionais de saúde na efectiva melhoria das condições de saúde das populações o que se traduziu na divisa: trabalhar em conjunto para a saúde.

António Correia de Campos, Ministro da Saúde, presidiu à cerimónia cujo objectivo foi reforçar uma mensagem positiva relativamente à prestação de cuidados de saúde: afirmando as quatro Ordens em conjunto o empenho e disponibilidade dos profissionais de saúde em procurar continuamente melhores respostas para as necessidades das populações. Correia de Campos salientou o trabalho de «todos os que têm dedicado a sua vida profissional ao Serviço Nacional de Saúde

A sessão iniciou-se com a conferência de Christine Hancock, representante da World Health Professionals Alliance (WHPA) subordinada precisamente ao tema «O Trabalho Conjunto dos Profissionais de Saúde». A WHPA nasceu em 1999 quando a International Council of Nurses, a World Medical Association e a Pharmaceutical Federation decidiram unir-se numa aliança que viria a fortalecer-se em 2005 com a adesão da World Dental Federation. Christine Hancock falou, nomeadamente, sobre as carências de recursos humanos em saúde a nível mundial tendo felicitado as Ordens portuguesas por esta iniciativa em comum.

Seguiram-se as intervenções dos Bastonários das Ordens dos Médicos (Pedro Nunes), Enfermeiros (Maria Augusta Sousa), Farmacêuticos (Aranda da Silva) e Médicos Dentistas (Orlando Monteiro), sendo que cada um referiu-se ao contributo da sua área profissional para os objectivos comuns, tendo sempre em conta o interesse dos doentes e da sociedade.

Na sua intervenção, Pedro Nunes salientou a necessidade de união de todas as profissões desta área para a



melhoria da saúde da população: «não basta ter uma esperança média de vida longa, é preciso que a mesma corresponda a anos de vida saudável». O bastonário da Ordem dos Médicos enfatizou a importância do 12º lugar que foi atribuído pela OMS ao nosso Sistema Nacional de Saúde: «O nosso Sistema Nacional de Saúde foi classificado pela OMS como um dos mais eficazes do mundo» algo que, tendo em conta que Portugal é um dos países da União Europeia que gasta menos em saúde, só pode ser demonstrativo de que «têm na vossa frente profissionais habituados a sustentar um sistema de elite baseado em salários baixos», concluiu.

Na cerimónia foi feita a apresentação pública do **'Certificado Português de Estatuto Profissional'**, documento comum às quatro profissões, que suportará a mobilidade europeia de profissionais de saúde. Através da concertação entre as ordens profissionais do nosso país, foi possível emitir um documento com um formato comum, ressalvadas as especificidades de cada profissão, documento esse que assume importância vital para os profissionais de saúde portugueses que se deslocam para outros países comunitários. O que se pretende com tal documento é estabelecer um modelo de comunicação reconhecido por todas as autoridades da União Europeia, com a identificação do profissional de saúde, informações sobre as suas habilitações e competências e quaisquer eventuais restrições à prática da profissão.

O Dia Mundial da Saúde celebra-se a 7 de Abril desde 1950, data em que foi criada a Organização Mundial da Saúde. Este ano o tema das celebrações foram os profissionais de saúde, os problemas que enfrentam e o papel que desempenham nos sistemas de saúde em todo o mundo. A escolha desta temática deve-se ao facto da OMS considerar que «os



Fotos de: Paulo Jorge Neto – Fotografia

profissionais de saúde estão em crise – uma crise para a qual nenhum país se encontra inteiramente imune. Os resultados estão à vista: clínicas sem profissionais de saúde, hospitais que não conseguem recrutar ou conservar o pessoal essencial, etc.». Segundo a OMS esta situação de dificuldade de gestão dos recursos humanos é o resultado «de décadas de sub-investimento na educação, formação, remuneração, ambiente de trabalho e gestão desses profissionais».



# Debates e Cursos de elevado nível

**Realizou-se no Porto, entre os dias 29 de Abril e 1 de Maio, o III Congresso Nacional do Médico Interno, decorrendo na mesma altura a assembleia plenária do PWG – Permanent Working Group of European Doctors, organização cujo comité executivo é actualmente presidido por Portugal. Rui Guimarães, presidente do Conselho Nacional do Médico Interno, fez-nos uma avaliação destes dois encontros.**



O programa do III Congresso Nacional do Médico Interno era vasto e incluía nomeadamente mesas redondas sobre doenças transmissíveis no séc. XXI, as migrações médicas, medicina geral e familiar, investigação pós-graduada, as novas tecnologias na medicina e a reforma do Internato Médico. Deste vasto programa, o último tema referido foi, naturalmente, um dos que suscitou debate mais amplo. Tema incontornável do III Congresso Nacional do Médico Interno, a reforma do Internato Médico está ainda rodeada de algumas incertezas e continua a provocar ansiedades nos jovens médicos. Entre as principais preocupações referidas durante o Congresso por Rui Guimarães, presidente do Conselho Nacional do Médico Interno (CNIM), destaca-se o regime de transição, fase em que será necessário analisar e minimizar eventuais efeitos menos positivos da reforma. Uma problemática levantada durante a troca de ideias foi a clarificação da data para reconhecimento do exercício autónomo da medicina. Esta questão, colocada por Rita Rapazote, presidente da Associação Nacional de Estudantes de Medicina, foi dilucidada pelo bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes que referiu que a falta de autonomia se traduz no facto de um médico, numa primeira fase, não dever trabalhar sozinho «mas em equipa» e acrescentou: «a não autonomia é uma defesa do interno. Um interno não pode estar, em nenhuma circunstância, sozinho, nem tomar decisões», situação aliás contemplada nas directivas da União Europeia.

Para Rui Guimarães, quaisquer pon-

tos menos conseguidos podem ainda ser analisados pois este «é um processo que não está fechado». Uma análise que será feita à medida que a reforma for sendo posta em prática, e que se reflecte na necessidade de uma vigilância quanto à forma como a mesma é implantada, continuando assim o processo de participação dos médicos internos na implementação do novo regulamento, processo em que o CNMI fez sempre questão de auscultar a opinião dos principais visados: os jovens médicos.

### **Um duplo balanço (muito) positivo**

**Revista da Ordem dos Médicos** - Qual o balanço da reunião do PWG? Que pontos destaca?

**Rui Guimarães** – É um balanço muito positivo. Tivemos um recorde absoluto de participação com mais de 60 colegas de 25 diferentes países! Destaco a participação de novos países como República Checa e Bulgária e a forte organização a cargo do Dr. Carlos Magalhães e sua equipa que não deixou nenhum pormenor ao acaso. Desde que a reunião terminou recebemos mensagens de agradecimento e reconhecimento de todos os países participantes tendo unanimemente catalogado a nossa reunião como uma das melhores dos 30 anos de existência do PWG.

**ROM** – Que importância atribui a este intercâmbio de experiências?

**RG** - É vital que os médicos de diferentes países possuam estes canais de comunicação por dois motivos: preparação para ameaças glo-



bais e para partilha de problemas e sobretudo de soluções que constroem alguns países. Portugal já deu no passado e continua a dar provas de uma boa organização interna capaz de assumir grandes desafios como este de receber uma reunião do PWG. Esta reunião foi proposta em plenário há mais de um ano, ainda junto da presidência Finlandesa. De salientar que houve até outro país, a Alemanha que retirou a sua proposta quando soube da candidatura portuguesa. De qualquer forma estas reuniões são o mais rotativas possíveis no sentido de poderem dar a oportunidade a vários países de experimentar a sua organização.

**ROM** - Como pode ser avaliado o III Congresso Nacional do Médico Interno em termos de adesão e dos temas debatidos?

**RG** - Sou muito suspeito para esta avaliação... Vários foram os colegas que ficaram surpreendidos por termos conseguido concentrar oradores de tão elevado nível. A par deste ingrediente penso que as condições oferecidas pelo centro de congres-

so, os apoiantes de renome que se quiseram associar aos jovens médicos e os cursos pré e pós congresso organizados foram de facto os condimentos que permitiram fazer deste III Congresso mais um êxito.

**ROM** – Qual o papel dos cursos no âmbito do Congresso?

**RG** - Os cursos associados ao congresso foram uma aposta da organização, na pessoa do Dr. Carlos Magalhães. A Ordem dos Médicos assume aqui um dos seus importantes desígnios: a forma-

ção de excelência aos seus mais jovens membros. Os diferentes cursos propostos atraíram colegas de todo o país (houve colegas que viajaram da Madeira de propósito!) e o resultado final não podia ser melhor: muitos cursos tiveram lotação esgotada e o grau de satisfação era bem visível, logo à saída das salas! Uma palavra de reconhecimento à Dra. Cátia Gradil responsável que foi por coordenar tão bem todo o processo e permitir tantos aos colegas como aos formadores tão elevados índices de satisfação.

# Um Congresso muito

**O Conselho Nacional do Médico Interno – CNMI - (órgão consultivo da Ordem dos Médicos eleito por períodos de 3 anos) que representa todos os jovens médicos em fase de formação organizou de 29 de Abril a 1 de Maio, o III Congresso Nacional do Médico Interno, que decorreu no Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, na cidade do Porto.**

Com a recente aprovação do Regulamento do novo modelo do Internato Médico em Portugal e numa fase em que as políticas orientadoras da saúde em Portugal e a nível europeu, atravessam períodos de grandes decisões e mudanças, este seria assim um espaço que se esperava fosse de amplo debate para a discussão e definição das grandes questões que envolvem, directa ou indirectamente, o futuro dos jovens médicos.

Nestes últimos três anos, com o lançamento para discussão do novo Regulamento do Internato Médico, que tinha por base a alteração substancial dos primeiros anos da fase de formação dos jovens médicos, obrigou e solicitou a participação deste grupo em todas as fases de discussão do processo. Houve desde o início uma questão fundamental em que se pretendeu que esta não fosse uma simples alteração que levasse apenas ao encurtamento de formação dos jovens médicos. A garantia de que o período de transição decorresse com as melhores adaptações possíveis e a garantia de qualidade de formação, com a necessária avaliação de

resultados após auscultação dos directamente envolvidos, foram desde o início bases de princípios que o CNMI apresentou e dos quais não iria abdicar de defender junto das entidades envolvidas.

A versão final deste projecto afastou-se imenso da sua versão original e aproximou-se no global das pretensões finais dos jovens médicos (continuando ainda a existir situações que não foram de encontro às nossas pretensões e sugestões). Caberá agora aos jovens médicos deixarem as suas contribuições, para que as necessárias alterações possam colmatar as presentes falhas deste Regulamento. Esta deverá ser uma participação activa, pois a posição de simples crítica será sempre mais fácil do que aquela de contribuição e participação nas diferentes fases de discussão.

No ano em que se comemora o Ano Europeu da Mobilidade Profissional, o CNMI decidiu realizar o seu III Congresso Nacional do Médico Interno, associando esta iniciativa e aproveitando a Presidência Portuguesa do Comité Executivo do PWG – Permanent Working Group of European Junior Doctors – à realização da Assembleia Plenária da Primavera deste organismo (representante de 600.000 jovens médicos), que contou com a presença de representantes provenientes de quase toda a Europa.

No seu programa geral foram incluídas as principais questões relacionadas com a formação médica, sendo o seu Presidente de Honra, o Senhor Professor Doutor Nuno Grande:

- “A Reforma do Internato Médico” – mesa redonda que contou com a presença de todas as estruturas envolvidas nesta questão (estudantes e faculdades incluídos);

- “Doenças Transmissíveis no séc. XXI”



# participado



Carlos Magalhães

– mesa redonda que pretendeu essencialmente apresentar as novas doenças emergentes do século;

- “*As Migrações Médicas*” – mesa redonda que apresentou diferentes perspectivas pessoais, tendo sido um dos temas principais de discussão ao nível da reunião do PWG;

- “*Medicina Geral e Familiar – uma área em mudança*” – mesa que cumpriu o objectivo de apresentar a real situação desta área assim como as principais alterações previstas para o seu futuro;

- “*Investigação pós-graduada e as novas tecnologias na Medicina*” – mesa que teve por objectivo a discussão da investigação pós-graduada e do espaço que esta vertente, deverá ter obrigatoriamente na definição dos planos curriculares do Internato Médico;

- “*Que perspectivas para o futuro dos Jovens Médicos*” – mesa final que objectivou os principais problemas com que os jovens médicos se vão debater num futuro mais ou menos próximo.

Do programa constaram vários Cursos Básicos Pré-congresso que tentaram transmitir conhecimentos essenciais para a prática médica em diferentes áreas e o Concurso de Posters Científicos /Comunicações Livres, com uma sessão final de apresentação, dedicada aos seleccionados pelo Júri deste concurso.

A avaliação final desta iniciativa foi rotulada de grande sucesso dado o elevado nível qualitativo dos palestrantes e elevado nível de participação (300 participantes).

No final fica o desafio para que aqueles que terão a responsabilidade de liderar a representatividade dos destinos dos jovens médicos em Portugal, o façam de uma forma séria e construtiva, sem procura de protagonismos fáceis, permitindo que o

principal pressuposto seja assegurado – a garantia de qualidade de formação pós-graduada, numa área tão importante como é a Medicina.

PWG - Permanent Working Group of European Junior Doctors  
Nos dias 27 a 29 de Abril de 2006, decorreu no Porto a Spring Meeting of PWG (Permanent Working Group of European Junior Doctors).

Numa altura em que, as alterações dos diferentes sistemas nacionais de saúde a nível Europeu, as alterações das condições de trabalho e de formação dos jovens médicos e as situações de migrações ao nível da União Europeia, são assuntos de discussão, esta iniciativa desempenhou um espaço importante de discussão podendo ser um marco importante nas políticas e decisões orientadoras para o futuro dos jovens médicos em Portugal e na Europa.

Com a presença de 23 países (foram admitidos como membros ainda a Bulgária e a República Checa, ficando ainda como possibilidade a presença em futuras reuniões da

Roménia) esta foi uma iniciativa onde os temas centrais foram a discussão dos principais problemas com que se debatem os jovens médicos europeus, na sua formação pré e pós graduada, assim como as principais dificuldades na sua actividade laboral. A questão das Migrações Médicas a nível Europeu foi um dos seus temas centrais, sendo definido como uma das prioridades de discussão em futuros encontros.

No final todos os participantes (70 no total) realçaram o elevado nível de participação e discussão, elogiando a hospitalidade e encanto da cidade do Porto e das suas gentes, tendo aproveitado para conhecer o grande património cultural que a caracterizam.

Os desafios para as próximas reuniões ficaram lançados e a realidade portuguesa, por vezes tão facilmente criticada internamente tem servido de orientação para alguns países, que estão a passar pelo mesmo processo de reestruturação da formação médica.





## Avaliação do grau de satisfação de médicos espanhóis em formação em Portugal

**Francisca Martorell Sampol**

Interna Complementar de Medicina Interna – Hospital Santarém

**Fausto Roxo**

Assistente Hospitalar de Medicina Interna – Hospital Santarém

### Introdução

De ano para ano o número de médicos espanhóis a fazer formação pós graduada em Portugal é mais significativo.

A luta por um objectivo, que por motivos conjunturais ou estruturais não pode ser atingido no próprio país, leva a emigração se é que ainda se pode aplicar esta expressão dentro das fronteiras da União Europeia.

### Objectivos

Foi objectivo dos autores conhecer a opinião dos colegas espanhóis que estão a frequentar o Internato Complementar em Portugal, saber qual o seu grau de satisfação perante a sua formação e perante o convívio com os seus formadores e com outros profissionais da saúde assim como os obstáculos que encontram para poder concluir o Internato Complementar.

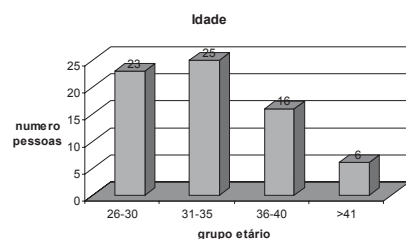
### Material e Métodos

Procurou-se fazer chegar um inquérito a todos os médicos espanhóis a frequentar internato complementar em Portugal. Para isso, foi contactado o Departamento de Recursos Humanos em Lisboa, que forneceu uma listagem com os nomes dos médicos nestas condições assim como os hospitais e centros de saúde onde estavam. Foram enviados 500 inquéritos, sendo contemplados apenas os internos com mais de um ano em Portugal, por tanto em condições de emitir opiniões ou fazer juízos de valor. De todos os inquéritos 150 foram devolvidos por

ausência dos destinatários por terem mudado de especialidade ou por terem abandonado a sua formação em Portugal. Dos 350 inquéritos restantes, só obtivemos a resposta de 70 colegas. Embora sendo uma amostra reduzida em relação ao esperado, consideramos que poderão ser tiradas algumas conclusões.

### Resultados e Comentários

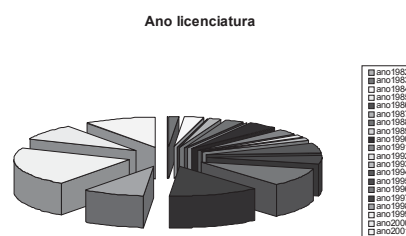
No início do inquérito tentámos ver o perfil etário do médico espanhol que procura alternativas na sua formação.



Vemos que o grupo etário que prevalece é o situado entre os 31 e os 35 anos de idade. Provavelmente, após diferentes tentativas de procurar saídas profissionais em Espanha ter-se-ão decidido pela formação em Portugal.

Estado civil- Solteiros- 59% / Casados- 41%. É mais difícil mobilizar um agregado familiar que uma pessoa individual.

### 70% não tem filhos



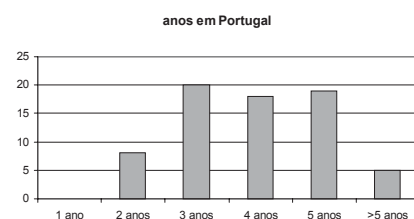
Podemos concluir que 1999, 1997 e

2000, com ligeiras diferenças, são os anos em que mais espanhóis que estão a tirar o Internato Complementar acabaram o curso.

A questão seguinte relaciona-se com a tentativa ou não de entrar em formação de especialidade em Espanha pela única via actual, a denominada via MIR (Medico Interno Residente), antes da sua vinda para Portugal.

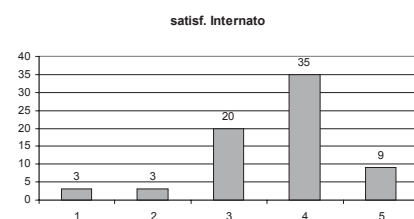
41% Tentaram entrar no equivalente em Espanha ao Internato Complementar. Há aqui uma diferença importante: por ano podem sair das faculdades portuguesas cerca de 900 médicos enquanto em Espanha saem das faculdades uma média de 5000. Aliás, em Espanha não se faz o Internato Geral, obrigatório em Portugal, na altura deste inquérito agora substituído pelo ano comum.

A cada ano é frequente apresentarem-se 12.000 médicos para 4000 vagas



do MIR.

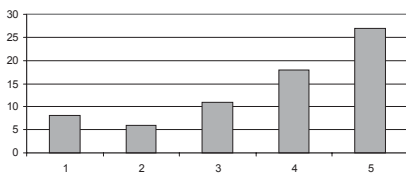
Satisfação com o Internato Complementar em geral (1 o mais baixo grau de satisfação, 5 o maior)



A maioria apresenta um bom grau de satisfação, com 44% dos colegas com um grau de satisfação muito alto.

Alguém de grande importancia no período de formação é o Orientador, tantas vezes apoio noutros vertentes além

Satisf. Orientador

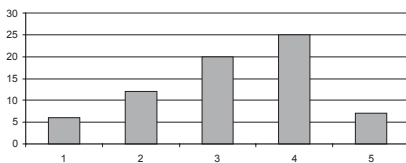


do estritamente profissional.

A maioria (>50%) dos colegas têm uma boa/ muito boa relação com os seus orientadores.

A satisfação com a direcção do serviço também alcança números positivos, embora de forma menos conclusiva que o parâmetro anterior

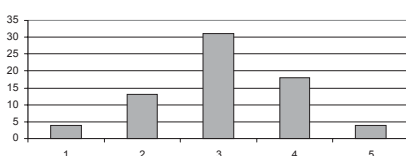
Satisf. Director Serviço



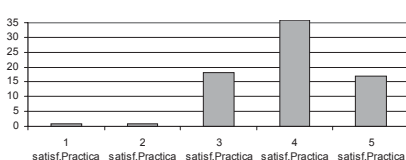
## Formação teórica e prática

A formação prática é melhor avaliada que a teórica. Provavelmente pelo excesso de actividade assistencial em re-

Satisf. Teoria



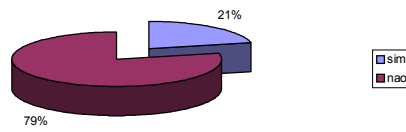
Satisf. Prática



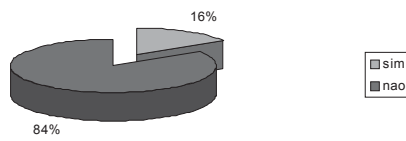
lação à científica.

## Motivos de Queixas em relação a

Queixas Colegas

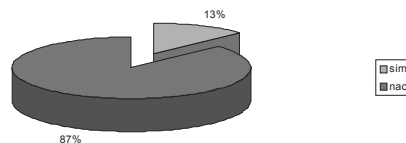


Queixas Enfermeiros



## outros profissionais de saúde

A maioria não tem motivos de queixas em relação a outros profissionais, atingindo números mais significativos as queixas em relação outros colegas. Só 4% têm queixas com auxiliares de acção médica



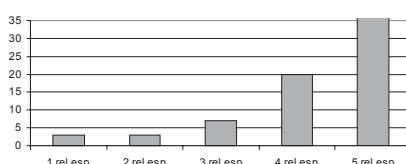
Queixa de Integração



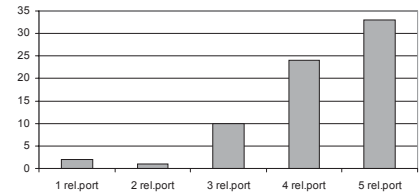
Satisfação com o ordenado

Verifica-se globalmente, em comparação com um interno em Espanha, um acréscimo de ordenado sobretudo em relação com o trabalho extraordinário.

Contra o que se poderia esperar verificamos que a satisfação na relação diária com colegas da mesma nacionalidade é sobreponível com os colegas portugueses.



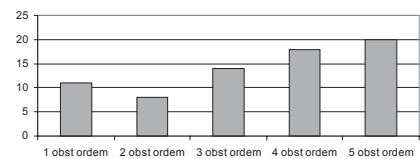
Relação com Espanhóis



Relação com Portugueses

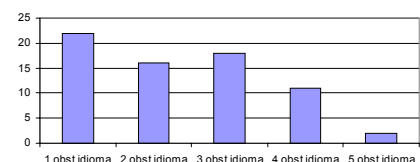
Na altura de proceder à inscrição para o Internato têm surgido problemas relacionados, principalmente com aspectos burocráticos e de linguagem. Aqui I indica poucos problemas e 5 muitos problemas.

Obstaculos na Ordem dos Medicos



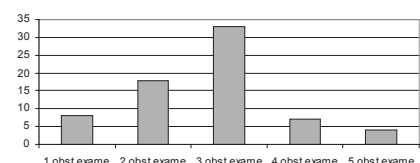
Nem sempre o Consulado de Espanha dá o apoio necessário.37% tiveram problemas com o Consulado

Obstáculos com o Idioma



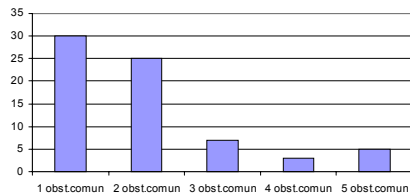
Mesmo assim, os obstáculos com o idioma são poucos.

Obstáculos Exame de acesso ao internato



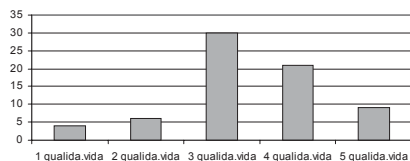
Mesmo assim, com todas as complicações, o grau de dificuldade é como qualquer outro exame, aspecto este sobreponível na prova de comunicação.

Obstáculos prova comunicação



A qualidade de vida é diferente para cada um, segundo a cidade onde se esteja a tirar a formação.

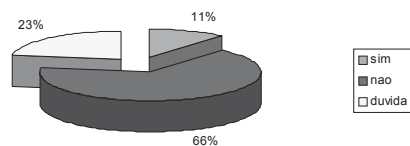
Qualidade Vida



53% comprou casa, enquanto 46% mora numa habitação alugada.

Perante a questão do futuro, a primeira pergunta foi se só veio a Portugal para obter a formação pretendida ou se permanecerá no país após a conclusão do internato.

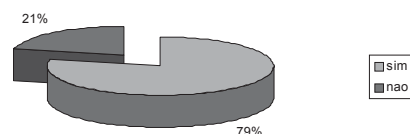
Só para Formação ?



Só 23% duvida quanto ao seu futuro e 66% está disposto a mais do que a formação.

Perante a pergunta se ficariam em Portugal se tivessem trabalho, a resposta foi:

Ficar si tiver Trabalho

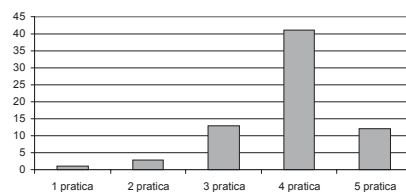


Existe uma grande diferença: 79% ficaria se tivesse um trabalho estável.

No final do inquérito fez-se uma última avaliação da situação quanto à formação.

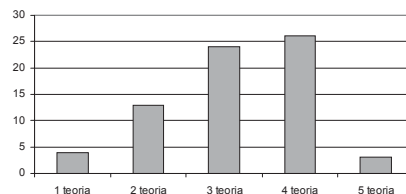
## Nível prático

Satisfação Prática



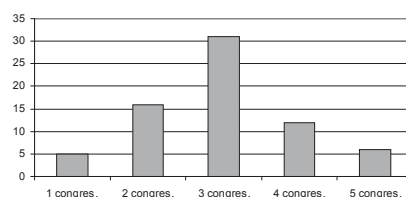
O grau de satisfação é muito bom.

Satisfação Teórica



Há muita diversidade de opiniões quanto à formação teórica.

Satisfação com o nível Congressos



A participação nos congressos é uma tarefa obrigatória na formação de qualquer interno.

A todos os internos que ajudaram a fazer o trabalho com as suas opiniões foi perguntado, qual e origem dentro de Espanha.

- Comunidade Valenciana 2
- Madrid 5
- Málaga 3
- Extremadura 4
- Cantábria 2

- Galiza 30
- Ciudad Real 1
- Maiorca 4
- Albacete 1
- Leão 4
- Andaluzia 8
- Catalunha 3
- País Basco 2

A maioria dos Espanhóis é da Galiza; provavelmente, a proximidade e a semelhança da língua faz com que muitos colegas galegos façam o Internato Complementar em Portugal.

Para a Prova de Comunicação, também foram escolhidos os hospitais mais próximos da fronteira.

Este trabalho foi realizado com a ajuda de muitas pessoas, tanto do nosso Hospital como de fora dele, assim como todos os internos que participaram no inquérito, a quem os autores expressam o sincero agradecimento.

## Conclusões

Uma tentativa de elaborar um perfil do médico espanhol em formação em Portugal conduziu-nos a um clínico jovem, sem filhos e prática clínica variável. Encontra-se do modo geral satisfeito com o internato que realiza, valorizando sobretudo a sua vertente prática.

Relaciona-se bem com os colegas independentemente de sua nacionalidade e perspectiva a permanência futura no nosso país.

O facto de apenas 20% dos inquiridos que chegaram efectivamente aos destinatários terem sido respondidos poderá levantar questões tais como uma menor motivação para a participação em estudos ou até eventualmente na vida comunitária e hospitalar portuguesa.

O presente estudo fornecer-nos-á assim tendências, podendo a resposta a algumas questões motivar reflexões sobre a estrutura dos internatos aos quais provavelmente acederão cada vez mais clínicos de outros países da União Europeia que não Portugal.

# Serviço Nacional de Saúde - Que grau de sustentabilidade?

**O debate «Serviço Nacional de Saúde - Que grau de sustentabilidade?» que teve lugar no âmbito do XII Congresso Nacional de Medicina foi moderado por Henrique Carmona da Mota, professor da Faculdade de Medicina de Coimbra. Pedro Ferreira, professor da Faculdade de Economia, João Oliveira, do IPO de Lisboa e Eugénio Rosa, economista foram os palestrantes que debateram esta problemática.**

«O SNS, concebido por um poeta algo utópico, pressupunha que os médicos eram anjos, os utentes comedidos e a tutela justa» - foi desta forma que Carmona da Mota introduziu a temática sobre a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, explicando em seguida que, em termos de desempenho, o SNS português tem a «capacidade do transformar os recursos existentes em resultados». Em seguida, o moderador apresentou alguns dados estatísticos – sobre o posicionamento do nosso SNS em 12º lugar a nível mundial segundo o The World Health Report 2000 Health Systems, o facto de 85% da população considerar satisfatórios os cuidados nos serviços públicos, conforme indicado no relatório de 2002 «Saúde e Doença

em Portugal», de Villaverde Cabral, a taxa de mortalidade infantil que em 2003 era a quarta melhor da União Europeia, etc. – acabando por concluir que «o SNS, com os seus enormes defeitos - listas de espera, urgências, ineficiência, desperdício, empirismo, pouca consideração e demasiada incúria - é o melhor serviço público português» e que «um SNS é um sistema coerente; o enxerto avulso de regras liberais desvirtua o sistema e perverte a situação».

- formulação da política de saúde;
- definição da visão;
- regulação activa;
- capacidade de entendimento e compreensão;
- avaliação do desempenho;
- partilha da informação.

Deixando no ar algumas questões - «será que a governação que temos tido na saúde, e em especial no SNS, permite-lhe a sua sustentabilidade? Com este tipo de governação poderemos confiar no futuro?» - o professor da

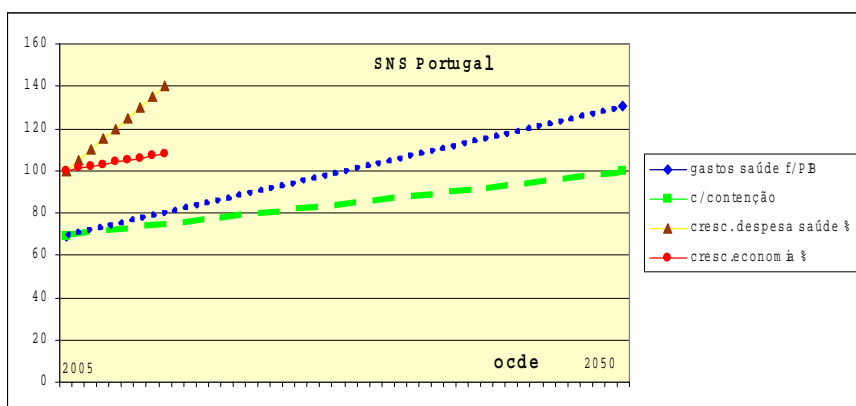


Fig. 1

Segundo Pedro Lopes Ferreira, a sustentabilidade financeira traduz-se pela «capacidade do financiador em assegurar, de forma continuada, os fundos necessários ao seu funcionamento». Mais do que isso: «um SNS sustentável é aquele que tem um bom desempenho em termos de satisfação dos cidadãos, ganhos em saúde, eficiência, acesso e equidade financeira». Realçando que ainda existem falhas ao nível da orientação do SNS para o utilizador e da estabilidade da governação em saúde, Pedro Lopes Ferreira explicou que uma «boa governação em saúde» implica:

Faculdade de Economia concluiu: «Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. O direito à protecção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito e pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável»



Inscrição por cima da porta do Departamento de Saúde Pública em Southwark, sul de Londres

No âmbito desta mesa redonda, João Oliveira falou sobre a responsabilidade dos profissionais, tendo começado por citar Archibald Cochrane: «All effective treatment must be free» «... To get the 'optimum' results from our national expenditure on the NHS we must finally be able to express the results in the form of the benefit and the cost to the population...». Referindo-se especificamente ao nosso Serviço Nacional de Saúde, recorrendo ao estatuído na própria Constituição da República e à Lei do SNS, explicou algumas das suas características: autonomia, direcção centralizada, hierarquização, actuação em rede, sinergismos («aos órgãos do SNS compete ... assegurar a distribuição racional, a hierarquização técnica e o funcionamento coordenado dos serviços, definir a complementaridade das valências»), etc. Na sua intervenção, João Oliveira realçou que «por trás de cada acto médico há uma factura para a sociedade» e que os médicos são os agentes dos doentes e do sistema que estiver em vigor mas apenas na medida em que existe para satisfazer as necessidades dos doentes. Quanto ao que é preciso fazer e melhorar, este palestrante foi claro ao referir, entre outras questões, a necessidade de actuar com atenção crítica, de concentração dos cuidados nas necessidades dos doentes, na recolha de dados para auditoria, implementação efectiva de comunicação multidisciplinar, planeamento de cuidados, decisão criteriosa dos avanços a incorporar, optimização dos circuitos dos doentes, gestão dos tempos de espera, a quantificação dos custos, a interacção com outros estabelecimentos de saúde, «em suma: medicalizar a gestão dos serviços de saúde».

Segundo João Oliveira, o «pecado original» é que «a motivação para a melhoria da gestão foi (é) a necessidade de dominar e controlar o crescimento da despesa pública e não a elevação da qualidade dos serviços». Com a «profissionalização da gestão», conseguiu-se uma rápida melhoria inicial, mas conseguiu-se igualmente «clínicos desinteressados da gestão e atribuindo-lhe todas as culpas do mau funcionamento». À guisa de conclusão, o palestrante deixou a seguinte reflexão: «Se não o fizermos nós, alguém o fará por nós...E não forçosamente para nós nem para os nossos doentes».

Eugénio Rosa, economista, director executivo do IBJC, membro do Gabinete de Estudos da CGTP, destrinçou na sua apresentação a sustentabilidade das empresas e a sustentabilidade do SNS:

Se para a sustentabilidade em gestão privada, cujo objectivo principal é o lucro, a sustentabilidade económica revê-se nos proveitos, para a sustentabilidade no SNS, cujo objectivo não é o lucro, os parâmetros a ter em conta são a eficácia (universalidade e melhorias da saúde da população), a eficiência (equilíbrio de contas) e a responsabilização (cumprimento dos objectivos). Procedendo a uma análise comparati-

va, Eugénio Rosa explicou que em Portugal a despesa pública com a saúde é inferior à de outros países e que «a participação pública nas despesas da saúde é baixa e está a diminuir» - as transferências do Orçamento de Estado para o SNS quer em percentagem do PIB quer por habitante têm diminuído. Por outro lado, a «despesa com medicamentos por habitante em Portugal é superior em 55% à da Dinamarca e temos mais 43% de médicos por 1000 habitantes»

### Diferentes sistemas de gestão

Segundo a análise de Eugénio Rosa, as diferenças entre os sistemas de gestão são notórias:

- Gestão pública administrativa da saúde - tem perdido eficiência porque é «uma gestão baseada na técnica do orçamento incremental, e não orientada pelos princípios da eficácia, da eficiência e da responsabilização; é um sistema que permite a promiscuidade público-privado; é um sistema baseado numa medicina essencialmente curativa em prejuízo da promoção da saúde; há grandes assimetrias regionais no campo da saúde; é uma gestão pouco rigorosa e passiva o que têm como consequência observar-se



António Pinto – Fotografia

- o esgotamento e importantes ineficiências neste sistema de gestão».
- Gestão privada da saúde com equipamentos pagos com fundos públicos e com um mercado financiado fundamentalmente pelo OE (Gestão privada das Unidades Saúde e PPP) – implica «custos acrescidos para o estado e para os utentes com eventual degradação do serviço prestado e destruição do SNS»:
  - Lei 48/90 – Lei de Bases da Saúde: «Pode ser autorizado a entrega, através de contratos de gestão, de Hospitais e de Centros de Saúde do SNS a outras entidades (portanto, inclui entidades privadas com fins lucrativos) ou, em regime de convenção, a grupos de médicos» (Base XXXVI)
  - Lei 27/2002 – Nova Lei de Gestão Hospitalar: «cessão ou exploração de um centro de responsabilidade ou serviço de acção médica a grupos de profissionais de saúde ou entidades públicas ou privadas que demonstrem capacidade e competência técnica» (artº 10)
  - DL 185/2002 – Hospitais PPP: contrato de gestão a uma sociedade comercial que tem como objecto assegurar as prestações de saúde e «a concepção, construção, financiamento e exploração dos novos hospitais» (artº 8). No OE 2006, até 2019, está já previsto

- 4.663 milhões de euros.
- Resolução 9/2006: USF: Permite, no 5º NIVEL, a criação de USF, no âmbito dos Centros de Saúde, com gestão e exploração privada, que o governo pretende implementar já como afirmou o ministro Correia Campos.
  - Empresarialização ou gestão economicista da saúde (Hospitais SA e Hospitais EPE)
- O economista deu dois exemplos que mostram «que os objectivos economicistas são mais importantes que os do SNS»:
- «Contratos Programas com os Hospitais dominados por objectivos economicistas. Nos contratos com os Hospitais SA pagava-se mais para não fazer (abaixo da meta) do que por prestar mais serviços à população (acima da meta). Nos contratos com os Hospitais EPE, segundo os média, os Hospitais não receberão nada pelas prestações de saúde que ultrapassarem 10% a meta do contrato programa».
  - «A Proposta de ACT para os Hospitais SA (agora EPE) apresentado aos Sindicatos pelo Ministério da Saúde que destrói as carreiras dos profissionais de saúde, aumenta o horário de trabalho e reduz o valor nominal pago por cada hora de trabalho aos profissionais de saúde (entre 30% e 10%).

- Gestão pública da saúde orientada por critérios de eficiência, eficácia e pela definição de objectivos claros e pela responsabilização
- «Só a gestão pública do SNS é que poderá garantir que os objectivos do SNS sejam alcançados, mas exige para que os recursos sejam utilizados com eficiência:
- A separação entre o público e o privado, a nível de equipamentos e meios humanos;
  - A valorização/criação de carreiras motivadoras e compensadoras para os profissionais de saúde;
  - Investir mais e melhor na promoção da saúde (cuidados de saúde primários e continuados), não a sacrificando à medicina curativa
  - A introdução do “benchmarking” não só entre unidades de saúde, mas também no interior de cada uma delas, e a divulgação das “boas práticas”;
  - A contratualização e definição clara dos objectivos quer a nível de cada unidade de saúde quer a nível de cada serviço/centro de responsabilidade, quer para cada profissional de saúde que assegure uma utilização eficiente e plena dos meios disponíveis, com responsabilização associada à compensação/penalização pela forma como os objectivos são alcançados».

## SNS – que grau de sustentabilidade?

Segundo Eugénio Rosa, O SNS é sustentável se respeitar os seguintes pressupostos: «a sustentabilidade do SNS não passa por aumentar a parte das despesas de saúde pagas pelos utentes como defende o ministro Correia Campos e o Prof. Manuel Antunes ( DN de 19.3.2006) porque isso limitaria o acesso a um bem fundamental que é a saúde; Portugal é já um dos países da U.E. onde os utentes pagam maior % das despesas totais com saúde – mais de 40% - quando, por ex., na Alemanha pagam 22% e na Dinamarca apenas 17%. A sustentabilidade do SNS passa por uma gestão pública eficiente, eficaz e que responsabilize pelos incumprimentos dos objectivos e pela ineficiência. O Tribunal de Contas estimou que se podia fazer o mesmo com menos 25% dos recursos o que corresponde, em 2005, a menos 2.400 milhões de euros; O acesso

efectivo ao SNS depende do seu financiamento. O aumento, a preços correntes, da despesa em euros por habitante financiada pelo Estado é possível sem aumentar a despesa em % do PIB. E isto porque em euros por habitante as despesas de saúde em Portugal correspondem apenas a 48% da média dos países da UE15. Portanto, se o crescimento económico aproximar Portugal da média dos 15 países mais desenvolvidos da U.E., as despesas com saúde poderão, a preços correntes, mais que duplicar por habitante sem que aumente em % do PIB».

Os desafios futuros ao SNS em termos de sustentabilidade são «o aumento da esperança de vida e da população com mais de 64 anos». «Em Portugal, continua-se a gastar mais na medicina curativa do que na promoção da saúde», concluiu Eugénio Rosa.

# Três décadas do Serviço Nacional de Saúde - Onde estamos? Para onde vamos?

**No dia 23 de Março, Luís Portela, presidente da Fundação Bial, e Manuel Sobrinho Simões, do IPATIMUP - Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, trocaram ideias num colóquio sobre o futuro do Serviço Nacional de Saúde.**

Luís Portela iniciou a sua intervenção, fazendo referência ao facto da saúde em Portugal se ter aproximado da Europa, citando o aumento da esperança de vida à nascença e a classificação pela OMS do sistema de saúde português em 12º lugar, como indicadores dessa aproximação. O presidente da Fundação Bial considera que Portugal tem mais e melhores profissionais de saúde e tendência para menos e melhores estruturas e para melhor aproveitamento dos recursos. Adjectivando a indústria farmacêutica como «fortemente inovadora», apesar de a nível europeu se verificar uma situação em que a capacidade de investimento está reduzida o que implica perda de inovação das empresas farmacêuticas, demonstrou com dados estatísticos a tendência para essa perda de competitividade, face às empresas farmacêuticas americanas. Alguns perigos das medidas restritivas na Europa citados foram o facto do controlo das infra-estruturas da saúde limitar o acesso à inovação: «na Alemanha, mais de 2,5 milhões de asmáticos não recebem um tratamento adequado; apesar das doenças cardiovasculares serem a principal causa de morte na Europa, 74% dos doentes na Alemanha, 77% no Reino Unido e 83% em Itália não recebem um tratamento moderno para o colesterol elevado; Em França, menos de 50% dos doentes com esclerose múltipla com indicação para serem tratados com interferões beta recebem efectivamente esse tratamento; No Reino Unido, em 1997, só 1 em cada 14 doentes com cancro da mama, com indicação clínica para o mais recente tipo de medicação, o recebeu efectivamente». Luís Portela referiu igualmente que o baixo PIB português restringe a saúde e que há uma necessidade contínua de inovação, nomeadamente, no sector do medicamento, citando algumas recomendações de um estudo realizado para a Comissão Europeia em 2004 no qual se referia a necessidade de uma maior flexibili-

dade de preços para poder reflectir a inovação nos produtos já existentes; a necessidade de coordenação dos créditos fiscais à Investigação & Desenvolvimento para maximizar os benefícios para a Europa; a necessidade de facilitar o aumento da cooperação público-privada em investigação a nível europeu e de alterar os sistemas de comparticipação dado que estão a gerar preços que não promovem a inovação. O presidente da Fundação Bial concluiu que o caminho do SNS passa por um novo modelo de financiamento em que se aumente a participação do utente (desincentivar o desperdício), dos seguros e instituições privadas e promover a qualidade e a inovação. Definiu ainda como prioritária a necessidade de «racionalizar sem sufocar», incentivar a I&D, investir na prevenção, promover a informação integrada e a eficácia, remunerar e promover o mérito e a formação continuada dos técnicos e gestores, liberalizar a escolha do prestador e impor a simplificação administrativa.

Manuel Sobrinho Simões, o outro interlocutor deste colóquio, referiu aqueles que considera serem os problemas *major* da medicina do séc. XXI: a alteração da relação médico-doente, o aumento exponencial da informação (genómica e pós-genómica), a potenciação do conflito de interesses e o aumento inevitável do erro médico. Sobre a formação médica, Sobrinho Simões foi claro: «o ensino não deve ser de forma a que as chamadas 'ciências básicas' sejam ministradas em unidades independentes da instituição hospitalar onde é praticado o ensino clínico. A tendência actual é introduzir o ensino junto do doente em fase cada vez mais precoce da preparação do estudante, e integrar de forma vertical e horizontal o ensino». Concretizando a sua preocupação com a formação, referiu aqueles que considera serem os estrangulamentos *major* do ensino médico: «uma organização extremamente débil, do tipo 'burocracia profissional', tanto das faculdades de medicina como dos hospitais onde se faz o ensino pré e pós-graduado». As burocracias profissionais, conforme dilucidou, são uma modalidade de funcionamento que se caracteriza por «um poder extremamente diluído, autonomia profissional dos seus agentes e uma organização muito débil, sobretudo no plano da gestão estratégica». Como reflexão final, Manuel Sobrinho Simões referiu: «agora, temos também de prevenir e cuidar, num mundo globalizado, com novos paradigmas científico e profissional». A globalização é, portanto, também aplicável à medicina e implica a titulação internacional, a circulação de profissionais entre países diferentes e Portugal, enquanto destino do turismo da terceira idade e do turismo médico e conjugando amplas oportunidades além-mar (Brasil, PALOP's, etc.) pode desempenhar um papel privilegiado na globalização.

# Medalhas de Honra

**Na cerimónia de encerramento do XII Congresso Nacional de Medicina foram atribuídas vinte e sete medalhas de honra a médicos que se distinguiram entre os seus pares, quer pelo seu trajecto humano quer profissional.**

A Medalha de Honra da Ordem dos Médicos é concedida a médicos que no seu exercício técnico-científico tenham tido um trajecto profissional inovador e de mérito reconhecido inter-pares, que a nível da sua actividade social e política tenham desenvolvido actividades ou assumido funções de relevância que prestigiam a classe médica, que no mundo cultural tenham, pela sua acção prestigiado a classe, quer pelo desempenho, quer pela sua acção dinamizadora nestas áreas, que no seu exercício profissional tenham sido referenciados pela população como prestadores de reconhecida postura humanista, servindo de forma altruísta e dedicada a comunidade onde se inseriram, e/ou que na sua actividade profissional tenham desempenhado cargos nas estruturas representativas da classe médica e que com a sua acção tenham defendido e contribuído para o

prestígio dos seus pares.

Maria José Cardoso, Hernâni Vilaça, Cândida Azevedo, Marianela Vaz, A. Rocha Melo, M. Silva Araújo, A. Mendes Moreira, Aníbal Justiniano, J. Fleming Torrinha, M. Caetano Pereira, Mário Reis, Gabriel Tamagnini, Dinis de Freitas, H. Carmona da Mota, C. Jorge Mendes Leal, J. Guilherme Lopes Pereira Jordão, J. António Rebocho Esperança Pina, A Manuel da Silva Pereira e Coelho, Jorge Augusto Correia, Eduardo Paulo Sotto Maior Riçou, F. Manuel da Fonseca Ferreira, H. Teixeira de Sousa, F. Moura Pires, Samuel Allenby Bentes Ruah, N. Tornelli Cordeiro Ferreira, José Eduardo Pita Groz Dias e José Germano Rego de Sousa, foram os médicos merecidamente distinguidos nesta cerimónia.

Fotos: António Pinto - Fotografia





# ACTUALIDADE

XII Congresso Nacional de Medicina



## Congresso de Cirurgia

### **Palestra proferida pelo Presidente do conselho da região autónoma dos Açores na abertura do Congresso de Cirurgia no Hospital Santo Espírito – Angra do Heroísmo 11,12,13 de Maio 2006**

Habitualmente, nestas cerimónias, o CRAA-OM é representado pelos elementos locais da sua Direcção, não costumando usar da palavra, assumindo apenas a sua função representativa;

Faz-se hoje uma excepção por, na qualidade de Presidente em exercício deste Conselho Médico, considerar importante **reflectir convosco sobre algumas questões graves com que a Saúde na Região** se vem confrontando.

Mas, antes de mais, gostaria de felicitar e agradecer ao digníssimo Presidente deste Congresso, Sr. Dr. Adriano Paim, o amável convite para aqui estar presente, estendendo este agradecimento aos elementos da Comissão Organizadora, desejando a todos os maiores êxitos para esta Reunião.

Agradeço também ao Sr. Dr. José António Amaral de Sousa, Vice-Presidente da Mesa da Assembleia Geral do Conselho da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Médicos, a cedência deste lugar que agora ocupo nesta Mesa de Honra, que lhe pertenceria por norma deste Conselho.

Nos últimos tempos têm sido frequentes os sinais de que algo vai mal no Serviço Regional de Saúde. A comunicação social tem veiculado informações reveladoras de um descontentamento generalizado, noticiando com frequência acontecimentos que nada o dignificam.

A população, vem demonstrando o seu desagrado e cada

vez maior desconfiança neste serviço público de saúde, adoptando atitudes consonantes com estes sentimentos - toma-se crítica, exigente e por vezes intolerante.

Os médicos, em consequência disso, praticam cada vez mais uma medicina defensiva que concorre para uma ainda maior sobrecarga dos serviços e meios complementares de diagnóstico, aumentando ainda mais os custos da saúde.

Por outro lado, esta chamemos-lhe de dupla desconfiança, vem minando um dos pilares básicos do acto médico - a empatia e a relação de absoluta confiança mútuas que são essenciais para que este decorra da melhor forma.

Nas instituições de saúde do Serviço Regional de Saúde, agrava-se a conflitualidade, caminhando-se progressivamente para um progressivo desgaste da coesão interna e das normais vias hierárquicas de relacionamento institucional, comprometendo o respeito e a cooperação inter-pares e inter-carreiras.

São inúmeros os profissionais, com muitos anos de grande dedicação aos seus doentes e às suas instituições de saúde, que são levados a antecipar a sua reforma, abandonando precocemente o Serviço Regional de Saúde, tão carenciado em recursos humanos, sem qualquer sinal de reconhecimento pelo bom trabalho prestado, por vezes ainda envolvidos em qualquer infeliz crise interna, circunstancial, de menor importância, que tão injustamente vem manchar o seu final de carreira.

Mas, ainda mais grave que isso, são as possíveis repercussões negativas, desta situação crítica, sobre a qualidade dos cuidados assistenciais a prestar às populações. Todos compreenderão até onde este problema poderá chegar. Nas suas mais graves consequências, poderemos perceber que, numa vertente, sempre veremos uma pessoa penalizada na sua saúde e, na outra, encontraremos um médico assumindo a responsabilidade dos seus actos. Pergunta-se – no que respeita às deficientes condições assistenciais e de trabalho deste Serviço de Saúde tão carenciado e em profunda crise – onde, como e

quando os seus responsáveis assumirão também a sua quota parte de responsabilidade?

Mas não podemos falar apenas nos aspectos negativos deste serviço Regional de Saúde, não deve esquecer-se, nas suas diversas instituições de saúde espalhadas pelas nossas nove Ilhas, o quanto se faz diariamente na obtenção de ganhos de saúde das populações ( Veja-se, p.e., a evolução da mortalidade infantil ), não esquecer as vidas que são salvas – arrancadas às garras da doença e até da própria morte. Estes aspectos raramente são tidos em conta e ainda menos divulgados!

Estas fases agudas da crise na Saúde preocupam tudo e todos, particularmente os políticos, que são especialmente sensíveis às suas manifestações mediáticas, habitualmente exploradas até ao último pormenor. Mas, quando a pressão amaina, suspiram de alívio, partindo para outras prioridades governativas, esquecendo-se que aquelas crises são cíclicas, politópicas e polimórficas, mais tarde ou mais cedo, neste ou naquele sector, aqui ou algures no arquipélago, desta ou daquela forma, regressarão em força.

Por isso, face à actual situação da Saúde nos Açores, que consideramos crítica, e perante esta distinta assembleia, gostaríamos de lançar um alerta. Um alerta para que, em primeiro lugar, se passe a equacionar tais manifestações – não são mais que manifestações, manifestações de uma grave crise subjacente às mesmas - na sua verdadeira dimensão e no real contexto em que se inserem – não nos fiquemos pelas aparências, pelas superficialidades, apenas avaliando a ponta, às vezes fracamente visível, do enorme e perigoso iceberg que a todos nos ameaça. Em segundo lugar, que se compreenda, de uma vez por todas, que é absolutamente necessária a rápida e definitiva resolução da actual crise do Serviço Regional de Saúde. Em terceiro lugar que, para tal, é urgente lançar-se, o mais rapidamente possível, as

bases para uma profunda reflexão sobre a Saúde na Região, envolvendo todos os seus intervenientes, de modo a equacionar-se a criação de medidas de fundo que venham ajudar a ultrapassar esta crise.

S. E. Sr. Secretário Regional dos Assuntos Sociais, confiantes, contamos convosco para esta tão importante quanto difícil missão. Temos a noção da sua complexidade.

Os médicos, pelo seu lado, saberão, na altura certa, cerrar fileiras, ultrapassar divergências, e disponibilizar-se para participar e colaborar nela, desde que ofereça garantias de dinâmica, rigor e eficácia, face a objectivos a alcançar. Até porque são os primeiros e mais directos interessados em que este processo decorra na sua melhor forma e chegue a bom termo.

A comprová-lo está a aposta que diariamente fazem, com esforço e tenacidade, ultrapassando dificuldades e constrangimentos, em manter o Serviço Regional de Saúde a funcionar, com as portas abertas aos utentes que dele possam necessitar.

Prova disso é também a sua inegável dinâmica e capacidade de permanente aperfeiçoamento e actualização técnico-científica, que é apanágio desta classe profissional, e de que esta reunião é a sua cabal demonstração.

Não se pretende desviar a atenção das importantes questões anteriormente abordadas e dos interessantes temas que seguidamente virão a debate.

Quis-se apenas deixar no ar, como tema de reflexão, estas resumidas palavras sobre a crise da Saúde nos Açores. Brevemente, este Conselho Médico voltará a este assunto por ora nada mais haverá a acrescentar.

Muito obrigado.

## Reunião da Secção de Medical Biopathology da UEMS

**Realizou-se na Ordem dos Médicos em Lisboa, nos dias 5 e 6 de Maio, a Reunião de Primavera da Secção de Medical Biopathology da União Europeia de Médicos Especialistas (UEMS), sob a organização de António Robalo Nunes (delegado do Colégio de Imunohemoterapia) e do Departamento**

A Secção de Medical Biopathology congrega no âmbito da UEMS as especialidades cuja prática inclui de forma mais ou menos significativa um componente laboratorial. Por isso é constituída por cinco diferentes comissões especializadas – Hematologia e Medicina Transfusional (reconhecida com esta designação desde Maio de 2002), Microbiologia Clínica, Química Clínica, Imunologia e Polivalente. O componente laboratorial do exercício de todas estas áreas constitui o denominador comum, facto que não invalida a existência de questões específicas a cada uma das áreas.

Estiveram presentes na reunião 28 delegados em representação de 16 países, sendo que nesta Secção estão representados dois colégios de especialidade nacionais – Imunohemoterapia (António Robalo Nunes) e Patologia Clínica (Augusto Machado).

A agenda do plenário incluiu a discussão de temas prementes de âmbito generalista como a articulação europeia da atribuição de créditos a eventos científicos e acções de formação e a eventual participação da Secção na Guidelines International Network. Outro tema de vital importância foi a questão relativa à penetração de profissões não médicas (farmacêuticos, biólogos, bioquímicos, microbiologistas) na rede laboral europeia, aparentemente sufragada por directivas comunitárias, o que pode pôr em risco a qualidade do exercício numa área claramente requisitante de integração médica. Foi ainda discutida a questão relativa à candidatura ao título de Fellow em áreas monovalentes, daqueles candidatos que apesar de terem uma formação polivalente, têm exercício monovalente continuado de longa duração.





Foi efectuado um importante avanço na reformulação dos termos curriculares da área da Medicina Transfusional em sede da respectiva Comissão, trabalho esse que será apresentado na reunião de Outono, agendada para Outubro próximo, que decorrerá em Zagreb.



Foram por último discutidas e aprovadas as candidaturas ao título de Fellow entre as quais as de cerca de uma dezena de colegas portugueses.



Como balanço geral a reunião revelou-se bastante profícua, tendo-se avançado na discussão de temas cuja complexidade reclama um processo de tranquila maturação e, portanto, não é compatível com decisões de carácter imediatista.



## Prémios SOPEAM 2005

**Teve lugar no dia 6 de Maio de 2006, na Biblioteca da Ordem dos Médicos, a entrega dos Prémios SOPEAM 2005. No mesmo dia realizou-se a Assembleia Geral dessa Sociedade, durante a qual foi apresentado e discutido o relatório de actividades e contas do ano passado e foram eleitos os corpos gerentes para o biénio 2006/2008.**



Após a Assembleia Geral da SOPEAM na qual foram eleitos os novos corpos gerentes, teve lugar a cerimónia de atribuição dos prémios SERPIS, SOPEAM 2005, durante a qual foi proferida por Matos Rodrigues proferiu uma palestra em homenagem aos fundadores da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos – Barahona Fernandes, Fernando Namora, Mário Cardia, Alexandre Sarmento, Taborda de Vasconcelos e Lopes Dias.

O Prémio Abel Salazar (ensaio) distinguiu Carlos Vieira Reis, presidente da União Mundial de Médicos Escritores, pela sua obra «História da Medicina Militar Portuguesa», enquanto o livro «Ó Mar de Túrpidas Vagas» de Henrique Teixeira de Sousa, foi a obra galardoada com o Prémio Fialho de Almeida (ficção), o qual foi recebido pelo filho do autor, em virtude do recente falecimento do mesmo. O médico Henrique Teixeira de Sousa nasceu na Ilha do Fogo, em Cabo Verde, origem que, tal como foi referido pelo filho no momento da entrega deste prémio, influenciou profundamente a sua escrita. «Contra Mar e Vento», «Capitão de Mar e Terra» e «Entre Duas Bandeiras», são algumas das obras que Henrique Teixeira de Sousa deixou. Relativamente ao Prémio Mário Botas (pintura) o júri decidiu não atribuí-lo, tendo, contudo, sido distinguida a obra «Infância de um suicida», de Leonor Duarte, com uma menção honrosa. O bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, esteve presente na cerimónia e felicitou a SOPEAM pelo seu trabalho meritório desejando que a Sociedade continue sempre a distinguir os médicos que transformam a sua vivência em obras de arte e literárias.

### **Corpos Gerentes da SOPEAM 2006/2008**

#### **Assembleia Geral**

Presidente – Fernando de Matos Rodrigues  
Vice-presidente – Maria Ofélia Bomba  
Secretário – Maria Manuel Açafrão  
Secretário – Maria Teresa de Sousa Fernandes

#### **Conselho Fiscal**

Presidente – Henrique Correia de Pinho  
Vogal – Joaquim Pinto Serra  
Vogal – Carlos Bandeira Duarte

#### **Direcção**

Presidente – Luís Esperança Lourenço  
Vice-presidente – Baltazar de Matos Caeiro  
Secretário Geral – Maria das Dores Borges de Sousa  
Secretário Adjunto – Maria José Leal  
Tesoureiro – Leonor Duarte  
Vogal – Júlio Cartaxeiro Pego  
Vogal – Carlos Cruz Oliveira



## Site da SOPEAM já online em [www.sopeam.pt](http://www.sopeam.pt)

A SOPEAM – Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos, que realizou de 7 a 10 de Abril a sua Reunião de Primavera, em Leiria, com um programa aliciente e de bastante sucesso, já tem o seu Site, Blog e E-mail próprios. O acesso ao site faz-se através de [www.sopeam.pt](http://www.sopeam.pt) e por meio deste se acede, facilmente, ao Blog, pelo respectivo link.

O endereço do e-mail é [sopeam@gmail.com](mailto:sopeam@gmail.com). Aproveitamos para incentivar os colegas que escrevem ou se dedicam a actividades artísticas, e que já tenham obra feita, a inscreverem-se na SOPEAM. Podem contactar-nos através do e-mail, ou telefonar às terças e quintas-feiras para o número 218427131 e falar com o Senhor Jaime de Azevedo.

## Na Ordem com...

**Numa clara aposta na qualidade, a Ordem dos Médicos criou o espaço 'Na Ordem com Luís Suspiro'. Trata-se do novo restaurante da Secção Regional do Sul da OM, onde o prazer da degustação implica o uso dos cinco sentidos...**

Apreciador confesso da boa culinária, o presidente da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes explica a opção por esta parceria com Luís Suspiro como sendo: «uma aposta na qualidade. Espero que daqui a pouco tempo sejamos contemplados com uma ou duas estrelas no Guia Vermelho Michelin pois estou convicto que a breve trecho este será um dos melhores, se não o melhor, restaurante de Lisboa. Luís Suspiro é um dos melhores cozinheiros da Europa». O espaço é aberto a todas as pessoas, mas pretende, naturalmente, servir com primazia os médicos. «Os médicos terão um tratamento especial quer em termos de preço quer em termos de prioridade de atendimento». Na altura em que foi convidado para esta parceria, Luís Suspiro pediu algum tempo para pensar, mas quando aceitou foi sem a mínima hesitação, seguro de que esta será uma parceria de grande

## Luís Suspiro

sucesso: «em Dezembro fui convidado pela direcção da OM na sequência de vários serviços que já tinha feito para a Ordem e porque o Senhor Bastonário conhece bem o meu trabalho. Acedi com muita honra e tenho agora a oportunidade de estar em Lisboa num espaço privilegiado, com uns jardins maravilhosos. O Senhor Bastonário é uma pessoa muito delicada e muito sensível à mesa, aliás a classe que mais frequenta a minha casa são os médicos e neles revejo pessoas de fino trato, pessoas que vão ao meu restaurante para se divertirem». É desta forma que Luís Suspiro vê a sua cozinha, como um divertimento para todos os sentidos: «cozinhar para mim é seduzir. A cozinha não é nutrição, é emoção. É uma arte e cada prato tem a sua estética própria. Aqui não existe *nouvelle cuisine*. Amo demasiado a minha pátria para confeccionar outro tipo de pratos que não a cozinha tradicional portuguesa. Defendo a nossa cultura gastronómica pois considero que a gastronomia é a oitava arte e neste restaurante será tratada como merece: pura arte». As palavras com que Luís Suspiro define a sua cozinha não deixam margens para dúvidas: «surpresa, emoção, dignidade, qualidade, estética, técnica apuradíssima, criatividade, rústico requintado...». «Exaltar sabores de memórias gustativas, comunicar emoções, estados de alma, às vezes apetece-me aplicar uma ironia brejeira, outras vezes um humor cáustico que também me caracteriza. Tudo isso se reflecte nos pratos que confecciono e no nome dos pratos».

Factor incontornável para o prazer de estar à mesa, a carta de vinhos foi seleccionada por Luís Suspiro com todo o cuidado. «Selecionei os melhores vinhos de Portugal e do mundo. Temos uma carta de vinhos com cerca de 500 vinhos. Temos um serviço próprio de vinhos, armários com temperaturas controladas quer para brancos quer para tintos, os melhores copos de cristal do mercado, um serviço de escanção».

Uma equipa altamente profissional e qualificada de nove funcionários fixos garante um atendimento perfeito: serviço de escanção e ao mesmo tempo chefe de sala, funções asseguradas por Miguel Suspiro – filho primogénito de Luís Suspiro – cozinheiros e empregados de mesa todos formados em escolas de hotelaria.

### Um menu eclético e abrangente

«Aqui haverá uma óptima relação qualidade/preço. Teremos três menus: menu à carta, Menu Executivo Medici (composto por três pratos, docinhos, vinho, café) para quem faz um almoço de negócios e tem que ir laborar em seguida. Teremos ainda um menu que se vai chamar 'O Portugal de Ontem. O Portugal de Hoje. O Portugal de Sempre'. Será um menu alargado com dez pratos, entradas com cozinha em miniatura e depois sopa, peixe, carne, sorvetes entre os pratos de peixe e carne, sobremesas, colheitas seleccionadas de vinhos brancos e tintos. Quere-





mos ter um menu eclético e abrangente com opções que satisfaçam as expectativas de qualquer público. Teremos opções para almoços ou jantares de negócios, jantares de degustação... Iremos investir na organização de eventos nestes belíssimos jardins, funcionaremos sempre com reserva – que pode ser feita no próprio dia - porque temos uma cozinha trabalhada prato a prato que exige planeamento».

O Chefe faz questão de frisar que Na Ordem com Luís Suspiro não é um contrato de exploração mas sim uma parceria: «não estou aqui como explorador de um bar de colectividade, para começar porque a Ordem dos Médicos não é uma colectividade, é uma instituição com dignidade e porque não seria outra a minha posição. As pessoas que frequentam esta casa merecem ser tratadas com toda a dignidade por isso irei dar o meu melhor e tentar estar à altura de quem entra nesta casa».

O restaurante sofreu várias intervenções para se tornar um espaço moderno, funcional e agradável – as obras abrangeram a cozinha e a própria área do restaurante – e a sua inauguração oficial será no dia 28 de Junho.

Na Ordem com Luís Suspiro poderá encontrar cozinha portuguesa de altíssima qualidade, confeccionada com produtos sempre frescos, num espaço em que todos os detalhes são devidamente pensados – desde os copos do melhor cristal que existe no mercado, ao serviço desenhado pelo próprio Chefe, à colecção de azeites e vinagres do próprio, a carta de vinhos seleccionados, salientando-se, naturalmente, o requinte gastronómico. «A minha cozinha é baseada no património culinário português onde me inspiro e a partir do qual crio pratos utilizando produtos sempre de muita qualidade. 80% do sucesso de um prato reside na qualidade dos produtos utilizados». Sobre o futuro deste espaço, Luís Suspiro é peremptório: «Dentro de poucos meses, este restaurante será uma grande referência nacional. Para o ano que vem afianço-lhe que vou ganhar o prémio de melhor restaurante português».

## «Queremos que as pessoas se sintam bem na Ordem»

A Secção Regional do Sul tem mantido um restaurante da Ordem dos Médicos, na Avenida Almirante Gago Coutinho. Decidiu a ter um Chefe



de Cozinha de acordo com a dignidade e a qualidade que os médicos merecem, a SRSul escolheu Luís Suspiro, desafiou-o e congratula-se agora com o facto do Chefe, de méritos largamente reconhecidos a nível nacional e internacional, ter aceite 'instalar-se na OM'. Conforme explicou Isabel Caixeiro, presidente da Secção Regional do Sul da OM, este será mais um serviço que a Ordem prestará aos médicos e defende que a divulgação deste restaurante e da qualidade da sua cozinha será mais uma forma de aproximação aos associados, à semelhança de outro tipo de iniciativas: «as exposições, as noites de música, as conferências, enfim tudo aquilo que a Ordem pode e deve proporcionar aos seus membros. Queremos que os médicos sintam que a Ordem é a casa deles e que se sintam bem aqui. Naturalmente que a área gastronómica é importante pois os portugueses têm uma tradição de almoços e jantares como um espaço de convívio em que se resolvem muitos problemas».

Questionada quanto às expectativas para este espaço gastronómico, Isabel Caixeiro não nega que considera que este poderá ser muito em breve um dos restaurantes mais conceituados de Lisboa, mas salienta: «basicamente o que pretendemos é que os médicos e seus convidados e quaisquer outros clientes se sintam bem na Ordem, que sejam bem atendidos, que reconheçam a qualidade da cozinha e das instalações. Que reconheçam que a OM tem uma hospitalidade e uma capacidade de bem receber com a qualidade que se espera de uma instituição como a nossa».



## O que é errado hoje pode ser correcto amanhã (Proposta de reflexão)

Cuidar da permanente actualização científica e preparação técnica não é apenas um bom princípio, é, acima de tudo, obrigação deontológica do Médico (Art.º 11.º do Código Deontológico). Neste contexto, reveste-se de grande importância a participação em congressos, jornadas, encontros, simpósios e demais eventos científicos que têm por objectivo primordial constituir um espaço para a exposição de inovações, debater abordagens, discutir casos clínicos, rever conceitos, aproximando os médicos, enquanto comunidade científica.

Com demasiada frequência, porém, tenho assistido a eventos que, na verdade, pouco têm de científico, porque transformados numa espécie de “feira de vaidades”, onde algumas pessoas comparecem aparentemente atraídas pela oportunidade de exibição pública de “credenciais”. Não consigo conter um sorriso, discreto, sempre que ouço desproporcionados comentários, laudatórios, de moderadores ou participantes, atribuídos a comunicações que, apesar de “medianas”, sejam protagonizadas por médicos de elevada graduação clínica ou académica. Digamos, faz parte do “protocolo”. Pode ser desonesto, mas “fica bem”. Sinto-me incomodado, isso sim, enquanto adepto da Medicina e da Ciência, assistir a excelentes comunicações orais e vê-las depois fustigadas com críticas pelos aspectos mais preciosistas, quando o que está em causa, nitidamente, é o facto dos seus autores serem médicos menos graduados. Tal conduta, para além de pouco séria, é contrária ao espírito científico.

Outro aspecto que me choca deveras, e que receio se esteja a tornar “moda”, é a omissão de referências bibliográficas nos suportes multimédia das comunicações

orais. Longe de ser um pomenor, representa, em meu entender, uma clara usurpação de conhecimento e um obstáculo ao aprofundamento e análise crítica por parte dos receptores da informação. Se, na proposta de artigos para publicação em revistas científicas, a indicação de bibliografia é não só obrigatória, como tem de cumprir critérios estabelecidos, como pode aceitar-se que as comunicações, também elas uma forma de apresentação científica, não se submetam a quaisquer regras?

Por falar em “modas”, não posso deixar de me referir aos simpósios patrocinados pela indústria farmacêutica (IF). Estes insinua-se e por tantas vezes se confundem com o programa científico propriamente dito, perdendo a denominação de “satélites”. Foi nalguns desses simpósios e sessões clínicas com “líderes de opinião”, que entretanto deixei de frequentar, que ouvi algumas das maiores desonestidades científicas até à data, proferidas por quem, noutra fórum, mais credível, pode assumir algo diferente ou até o contrário. Muitas vezes é como se existisse uma espécie de acordo tácito(?). Os participantes, pressupondo que o orador estará comprometido na promoção de um determinado produto, limitam-se a um silêncio cúmplice, como se fossem espectadores de uma peça de teatro.

É também comum, nas organizações aqui tratadas, assistir a intervenções de colegas que, por terem lido umas *guidelines*, nem pestanejam no questionamento da sua própria ignorância e, céleres, classificam de “errado” tudo o que desconhecem. Tal postura é a antítese da própria Ciência. Faz lembrar os que, ao longo da história da Humanidade, criticaram as figuras que, ousando defender ideias con-

tra a corrente de pensamento dominante, contribuíram para que hoje todos sejamos beneficiários do conhecimento científico.

Considero uma insensatez ser-se fundamentalista, sobretudo quando se abraça uma ciência não exacta. O meu percurso profissional é ainda curto, mas bem cedo aprendi que a verdade em Medicina não é estanque, muito menos absoluta. Direi até que, em Medicina, não há verdade, há evidência.

Não esqueço a quantidade de verdades que me ensinaram ao longo da minha formação pré-graduada e que viriam a não subsistir volvida meia-dúzia de anos. Não querendo ser fastidioso, sobre a utilização de beta-bloqueantes na insuficiência cardíaca e da terapêutica hormonal de substituição na mulher menopáusicas e sobre o tratamento do cancro da próstata, o que está escrito há uma década é bem diferente do que hoje se escreve em harmonia com a actual evidência.

Não sou um obsessivo “seguidista” de *guidelines*. Considero-as úteis ferramentas de trabalho, pois agilizam e dão alguma segurança à acção médica. Estou convencido, todavia, de que no dia em que as *guidelines* forem tratadas como normas absolutas e fontes de verdade científica, será o princípio do fim da Medicina tal como a conhecemos. Estarão então reunidas as condições para a emergência de uma Medicina virtual, exercida por computadores dotados de aplicações informáticas que integram algoritmos clínicos.

“Médicos e investigadores que elaboram *guidelines* sobre a prescrição de medicamentos têm relações com a indústria farmacêutica”, revelou uma investigação conduzida pela *Nature*, em 2005. Este tra-

balho, que terá sido o maior do género, revelou que dentre as *guidelines* cujos autores se referiam a “conflitos de interesse”, mais de um terço dos autores assumiam relações com a IF, o que envolvia quase 70 % do total de *guidelines*. Alguns alegam que as relações com a IF não afectam necessariamente a objectividade dos autores, mas essa é para mim, uma perspectiva pouco razoável. Um grupo de trabalho responsável pela elaboração de uma *guideline* é como um júri e não me parece moralmente aceitável que este integre pessoas comprometidas financeiramente com partes interessadas no resultado.

O cenário nas *guidelines* que não fazem menção a conflitos de interesse pode ser bem pior. De facto, o *Center for Science in the Public Interest (CSPI)*, dos Estados Unidos, analisou, em 2004, um conjunto de *guidelines* sobre Hipertensão Arterial seleccionadas de forma aleatória. Apesar de apenas um autor declarar “conflitos de interesse”, o CSPI veio a descobrir que quatro dos autores já tinham anteriormente recebido fundos de companhias farmacêuticas para efeitos de investigação. Este cenário é preocupante se considerarmos que as *guidelines* são escritas com vista a influenciar a prática dos médicos, sendo razoável admitir que estas possam estar subtil ou subliminarmente “viciadas”. É por estas e por outras que sinto um calafrio percorrer-me a espinha quando vejo pareceres elaborados por colégios de especialidade, em contexto de procedimentos disciplinares, fundamentados em *guidelines*...

O editorial da versão portuguesa da revista *Postgraduate Medicine*, de Dezembro de 2005, de Edmundo Bragança de Sá, deu destaque a uma comunicação premiada

de Iona Heath, intitulada a “Promoção da doença e a corrosão da medicina”, a qual aborda, nomeadamente, a “industrialização dos cuidados de saúde”. Pode ler-se: “Em 2003, a Sociedade Europeia de Cardiologia sugeriu uma pressão arterial acima de 140/90 mmHg independentemente da idade e um colesterol sérico acima de 190 mg/dl, como limites a partir dos quais deveriam ser delineadas intervenções (...). Mas, se estes limites fossem aplicados a toda a população norueguesa, que detém a maior esperança de vida do mundo, metade da população seria considerada em risco aos 24 anos e aos 49 anos esta proporção de população de risco subiria para os 90%. Deste modo, 76% da população adulta seria considerada de alto risco e mercado potencial para terapêutica farmacológica preventiva. Os novos limites de perímetro abdominal definidos para inclusão na síndrome metabólica (...) são outro exemplo desta estratégia”. Não há dúvida de que, à medida que vão apertando os valores dos parâmetros que integram o síndrome metabólico nas *guidelines*, mais pessoas terão indicação para intervenção farmacológica, o que agrada de sobremaneira à IF.

Está neste momento em curso um estudo pioneiro que tem por objectivo determinar a prevalência de síndrome metabólica em Portugal, o qual, para além dos insuspeitos patrocínios da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e da própria Direcção-Geral de Saúde, recebe também o apoio de uma grande empresa farmacêutica (que, refira-se, possui um anti-hipertensor e uma estatina como alguns dos seus produtos mais relevantes). Estaria tudo bem, não fosse o facto do protocolo de investigação deste estudo conter alguns erros de concep-



**Paulo Costa**

Médico Interno de Medicina Geral e Familiar

ção grosseiros, sobretudo ao nível da amostragem (a amostra é de conveniência, não probabilística). O inevitável enviesamento, para o qual já alertei as entidades envolvidas, determinará um pronunciado inflacionamento na prevalência de síndrome metabólica, o que, por acaso, poderá revelar-se vantajoso para o negócio dos medicamentos. É de prever que os resultados de um estudo como este, de âmbito nacional, com a dimensão que tem e com os patrocínios que reuniu, venha, com toda a probabilidade, a servir de base à elaboração de uma *guideline* ou a um programa estratégico de Saúde. Impõe-se, portanto, um entusiasmo moderado na interpretação dos resultados e prudência nas suas conclusões. Para já, estou em expectativa.

Um estudo publicado na revista *The Lancet*<sup>1</sup>, em Outubro de 2005, conduzido por um proeminente investigador norueguês e que terá sido patrocinado pela *Norwegian Cancer Society* e pelo *U.S. National Cancer Institute*, veio agora provar-se ter sido realizado a partir de uma base de dados fictícia, como noticiam múltiplos órgãos de imprensa médica. “Mas porquê?” e “como foi possível?”, são perguntas que, de imediato, saltam como pipo-

cas no interior da nossa cabeça. Este caso acontece pouco tempo depois de se ter descoberto que o trabalho de um especialista sul-coreano em clonagem, publicado na *Science*, se tratava afinal de uma fraude. Naturalmente, os casos descobertos são uma fina ponta de iceberg. Os crivos dos revisores das publicações científicas não são suficientemente estreitos para garantirem a validade dos estudos e não existem praticamente outros mecanismos de controlo. *Richard Horton*, editor da *The Lancet* comentou à *BBC News* que “*Tal como em sociedade não é sempre possível impedir o crime, também em ciência não é sempre possível impedir a fraude*”.

Em 2004, o mesmo *Richard Horton* escrevia que “*as publicações passaram a ser operadores de lavagem de informação para a indústria farmacêutica*”<sup>2</sup>. A generalidade das revistas médicas encontra-se numa situação de dependência das receitas de publicidade, para além de que a publicação de estudos favoráveis a um determinado fármaco decerto levará a companhia interessada na sua exploração a adquirir numerosos exemplares para que sejam amplamente distribuídos aos médicos, para quem o nome sonante de uma revista é carimbo de credibilidade.

*Richard Smith*, durante 25 anos editor do *British Medical Journal*, fez recentemente uma comunicação que intitulou: “*As publicações médicas são uma extensão do braço comercial das companhias farmacêuticas*”, reproduzida na *PLoS Medicine*. Citando *Marcia Angell*, também com experiência editorial (no *New England Journal of Medicine*), referiu que (a IF) “*se afastou da sua missão grandiosa de descobrir e produzir novos e importantes fármacos. Agora, primariamente uma máquina de marketing para vender fármacos de benefício duvidoso, esta indústria usa a sua riqueza e poder para persuadir todas as instituições que se atravessarem no seu caminho, incluindo (...) a própria profissão médica.*” *R. Smith* realçou que as companhias farmacêuticas (nos EUA), desde 1995, reduziram os recursos humanos afectos à investigação em 2%, aumentando paralelamente no *marketing* em 59%. O *marketing* empregará agora cerca do dobro das pessoas, em relação ao sector de investigação. Existem elementos que sugerem que as

farmacêuticas conseguem que os estudos que patrocinam forneçam os resultados pretendidos<sup>3</sup>. Em 1994, um conjunto de autores avaliaram 56 ensaios clínicos patrocinados pela indústria sobre a utilização de AINEs na artrose<sup>4</sup>. Nenhum apresentou resultados desfavoráveis ao medicamento da companhia patrocinadora, que era sempre tão bom ou melhor do que o medicamento comparativo. O cenário é diferente nos estudos que receberam financiamentos alternativos. Isto é preocupante, na medida em que os ensaios publicados pelas principais revistas médicas são, na sua esmagadora maioria, financiados pela IF. Não será por acaso que o nosso código deontológico, no seu art. 65º, salvaguarda que: “*o Médico responsável por experimentação ou ensaio terapêutico no homem deve ter total independência económica relativamente a qualquer entidade com interesse comercial na promoção de novos tratamentos ou novas técnicas*”, princípio que receio se tenha tornado “obsoleto”. Se os ensaios financiados são sempre favoráveis à companhia patrocinadora, não será por manipulação de resultados. *Richard Smith* denuncia variadas estratégias: comparar o fármaco com outro reconhecido como menos eficaz ou contra dose inferior; realizar um ensaio multicêntrico e seleccionar para publicação apenas os centros mais favoráveis, ou ainda, por exemplo, dar ênfase à redução de risco relativo que poderá impressionar mais do que o risco absoluto, entre outras. É por isso que continuo a considerar os ensaios duplamente cegos muito “convenientes” para quem os patrocina...

Uma edição do *Esculápio*<sup>5</sup> de 2000, deu destaque a um estudo muito curioso promovido pela revista *Annals of Emergency Medicine*. Este trabalho pretendia avaliar a possibilidade de um artigo fictício, no qual foram deliberadamente introduzidos vários erros, conseguir passar o “crivo” dos revisores da própria revista. Para isso, foi redigido um artigo fictício que relatava um ensaio duplamente cego, controlado com placebo, que avaliava o efeito do propranolol intravenoso no alívio da dor em 100 doentes admitidos num serviço de urgência devido a enxaqueca. Os erros introduzidos eram múltiplos, desde a ausência de definição de enxaqueca ou

de quaisquer critérios de inclusão e exclusão, uso de uma escala de avaliação de dor “inventada”, dados incoerentes, até menores erros gramaticais e ortográficos. Em mais de 200 revisores a quem foi proposta a avaliação do artigo, cerca de 7% recomendaram a sua publicação e 33% recomendaram a sua revisão. Somente 58% rejeitaram o artigo, embora não tenham identificado todos os erros. Não viriam a ser identificados mais de 39,1% dos erros considerados graves e 25,2% dos erros menores. Só três revisores detectaram que as referências bibliográficas eram falsas. Só dois revisores desconfiaram que o artigo poderia ser fictício.

Não se podendo fazer generalizações, o estudo chegou a algumas conclusões interessantes: os erros detectados pelos revisores ficaram aquém do esperado e curiosamente foram os revisores academicamente mais diferenciados que fizeram as piores revisões.

Em jeito de conclusão:

Não creio que possamos confiar cegamente na literatura médica que consumimos. Apesar das *guidelines*, dos artigos publicados e dos tratados, os médicos não deverão abdicar do seu espírito crítico, indispensável a quem está, de facto, ao serviço da Ciência. Também a experiência clínica é uma fonte de conhecimento e representa uma mais-valia que não pode ser menosprezada.

## (Footnotes)

<sup>1</sup> J. Sudbo, et al, “Non-steroidal anti-inflammatory drugs and the risk of oral cancer: a nested case-control study,” *The Lancet*, October 15, 2005.

<sup>2</sup> Horton R (2004) *The dawn of McScience*. *New York Rev Books* 51 (4): 7–9.

<sup>3</sup> Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 2003; 326: 1167–70.

<sup>4</sup> Rochon PA, Gurwitz JH, Simms RV, Fortin PR, Felson DT, et al. (1994) A study of manufacturer-supported trials of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of arthritis. *Arch Intern Med* 154: 157–16

\* Boletim do Sindicato dos Médicos da Zona Centro

## Comentários ao ante-projecto de DL sobre a prevenção do tabagismo

### Um contributo para uma prevenção global e responsável

José Manuel Silva<sup>1</sup>, Fernando Gomes<sup>1</sup>, Ávila Costa<sup>1</sup>, José Moreira da Silva<sup>2</sup>, Miguel Guimarães<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Secção Regional do Centro e <sup>2</sup>Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Talvez fosse expectável uma Ordem dos Médicos unânime e totalmente favorável e apoiante entusiástica do ante-projecto de Decreto-Lei sobre a prevenção do tabagismo. Porém, como já se pode depreender, de certa forma não o é. A introdução técnica ao ante-projecto de Decreto-Lei é cientificamente inatacável. De tal forma que, perante a grandeza e crueza dos malefícios do tabaco, não podemos deixar de nos questionar sobre quais as razões que impedem o Governo de, pura e simplesmente, proibir o consumo e a venda de tabaco. A resposta é simples e tem duas frentes; o tabaco é um enorme negócio, inclusivamente para o Governo, e a solução para o tabagismo talvez não esteja no austero, cego e avassalador proibicionismo.

Será o tabaco a primeira causa de morte evitável? É um conceito discutível, porque depende do limiar com que são estatisticamente tratados os outros factores de risco de doença, mas não é essencial questionar o conceito. O tabaco é um dos mais importantes factores de risco e deve ser activamente combatido. Mas porquê tanta ênfase quase exclusivamente sobre o tabaco?

Quantos fumadores irão deixar de fumar por se proibir o fumo em restaurantes? Provavelmente 'meia dúzia'. Será mais provável deixarem de ir aos pequenos restaurantes, privilegiando os maiores, com espaço próprio para o vício.

Quantos jovens evitarão começar a fumar por ser proibido fumar em pequenos restaurantes? Provavelmente nenhum. Não é nos pequenos restaurantes que os jovens começam a fumar.

Quantos cancros serão devidos ao fumo passivo dos restaurantes? Ninguém sabe. Mas deverão ser menos do que os devidos ao fumo nos locais de trabalho ou na própria casa dos fumadores!

Então, porque é que, sem o anterior Decreto-Lei ser devidamente aplicado e sem ser sequer capaz de impedir o fumo nos organismos públicos e locais de trabalho, o Governo pretende proibir o fumo nos pequenos restaurantes, onde ninguém é obrigado a ir? Nos Hospitais até os doentes fumam! Mas é mais fácil ditar leis para a casa dos outros!...

Não é possível resolver o problema do fumo passivo nos pequenos restaurantes? Sim, com um bom sistema de

exaustão de fumos. Então porquê proibir?

Qual a fundamentação técnica, que não é referida, para o limiar dos 100 m<sup>2</sup>? Porque não 90? Ou 80? Ou 150? O problema não deverá estar no tamanho mas sim na qualidade do sistema de ventilação.

E um restaurante com duas pequenas salas, porque não pode reservar uma para fumadores e outra para não fumadores?

O tabaco é o único factor de risco de doença em restaurantes? Não! Porque não proibir o álcool? Porque não proibir o sal? Porque não proibir os fritos? Porque não proibir as gorduras saturadas? Porque não proibir os açúcares refinados? Porque não proibir as cadeiras sem um sistema de pedais que combata a falta de exercício físico? Porque não proibir os restaurantes a todos os obesos? Porque não proibir os restaurantes (com excepção dos macrobióticos e vegetarianos) a todos os doentes em prevenção secundária de doença cardiovascular?

Proibir, proibir, proibir. Será a solução? Quais os objectivos? Por mero acaso tropeçámos no seguinte texto, que merece profunda e aturada reflexão:

"...Os poderosos descobriram que o reforço positivo é a única maneira de provocar, nas pessoas a que é aplicado, o comportamento desejado, sem ressentimentos nem rebeldia, e de uma forma estável. O reforço positivo está a ser aplicado ao estilo dos conhecidos livros Admirável Mundo Novo, de Aldous Huxley, e Walden Two, de B.F. Skinner: dar qualquer coisa positiva às pessoas quando cumprem as normas impostas pelo Clube, mas impedindo qualquer possibilidade de essas normas serem analisadas ou questionadas. Os senhores do mundo tentam fazer com que as pessoas se sintam "boas" e "responsáveis" quando fazem o que eles determinam; **durante os últimos 30 anos, a população tornou-se cada vez mais obediente e submissa** (por exemplo, ultimamente vemos como se está a promover o voluntariado, a elogiar e "glorificar" os que a ele aderem, embora o seu fim último seja reduzir o mal-estar provocado na sociedade pelo desemprego e, assim, evitar as "convulsões sociais"). **Para saberem até onde podem ir sem que a população se subleve, estão a realizar múltiplas experiências, como a actual campanha contra o tabaco.** Que as pessoas fumem ou não, não é uma coisa tão importante como parece para os governos. Muito mais nefastos para a saúde pública são os gases que os automó-

veis libertam e contra os quais não se faz nada. **Embora os técnicos que aplicam as campanhas antitabaco acreditem fervorosamente na sua necessidade, para as cúpulas é apenas mais uma experiência de submissão da população e com cujos resultados devem estar muito contentes:** vejam o que acontece no metropolitano ou no TGV se um “louco” se lembrar de acender um cigarro. Será olhado de imediato como se se tratasse de um leproso e alguém irá aproximar-se dele para lhe dizer, educadamente, que é proibido fumar. Observem também a cara de satisfação de quem faz o comentário: a mesma quando obtinha uma boa nota, na escola, ou quando ajuda alguém; a satisfação de ter cumprido o seu dever e de se sentir “adequado” a fazer parte do sistema. Será que os leitores se lembram de esta atitude ser habitual há vinte ou trinta anos ?” (in **“Clube Bilderberg: Os Senhores do Mundo”, por Daniel Estulin, Ed. Circulo dos Leitores, 2005, pag.13 e 14**)

Não obstante todas estas e outras questões filosóficas, concorda-se com a proibição de venda de tabaco até aos 18 anos, a fim de dificultar o início precoce do vício por razões de grupo e numa altura em que ainda se processa o desenvolvimento da maturidade. Mas será a medida efectiva? Virá criar um novo tráfico? E o que farão as autoridades quando virem um menor a fumar??

Também se concorda que os restaurantes sejam obrigados a apresentar um letreiro à entrada a dizer se são exclusivamente para não fumadores, ou não. O cidadão optará livremente e, espera-se, esclarecida e conscientemente.

Bom, talvez o caminho ideal não seja proibir, mas formar e informar cidadãos críticos e atentos (terão nisso algum interesse, os Senhores do mundo e da política?)!

O caminho mais inteligente e democrático é, de facto, a educação da população para a saúde, começando pelas escolas e utilizando o poderoso meio de comunicação que é a televisão. Efectivamente, existe um grande desconhecimento na população sobre as implicações directas do estilo de vida na saúde. A quem interessa manter este nível de ignorância?...

Saberá a população que o encurtamento na esperança de vida a que se sujeitam os fumadores é de cerca de 8 anos, em média?

Saberá a população que, com base num estudo em médicos britânicos, e reconhecendo a delicadeza dos cálculos, Shaw *et al* (2000) admitiram que os fumadores do sexo masculino perdem 11 minutos de vida por cada cigarro consumido?

Quem sabe que o consumo diário de um simples biscoito ( $\pm 50$  Cal) pode representar um ganho ponderal de 2,5 Kg ao fim de um ano e que, para compensar este efeito, é necessário andar 1 Km a pé por dia?

Quem sabe que consumir um refrigerante ‘a mais’ por dia pode representar um aumento ponderal de 50 Kg em dez anos?

Quem sabe que a inactividade física é tão ou mais potente que a obesidade no aumento do risco de desenvolvimento

de diabetes ou doença cardiovascular?

Etc., etc.

A doença vascular aterosclerótica representa a principal causa de morte em Portugal. Não deveria o Governo investir mais neste campo, atendendo a que, em Portugal, nos homens, o tabaco apenas foi responsável por 9% das mortes cardiovasculares?

Pela modificação do estilo de vida é possível evitar 70% dos AVC, 80% da DCI e 90% da DM tipo 2 (Willett W C. Science, 2002). Não deveria o Governo empenhar-se neste item global?

A obesidade infantil em Portugal está a atingir proporções epidémicas que terão um profundo reflexo no futuro do estado de saúde da população e nos custos em saúde (Padez C *et al*, Am J Human Biol, 2004).

Por cada euro investido em actividade física calcula-se uma redução dos custos do absentismo em 4,9 euros e dos custos em saúde de 3,4 euros (Instituto Desporto de Portugal, 2003). Mas andar de bicicleta nas cidades e estradas de Portugal é correr risco de morte!...

Mesmo com recursos modestos, as intervenções na comunidade têm um efeito rapidamente positivo na redução dos factores de risco de doença cardiovascular (Brownson R *et al*, Am J Public Health, 1996).

As intervenções na comunidade são a melhor maneira de abordar os grandes riscos populacionais atribuíveis a alterações ligeiras de múltiplos factores de risco e de se conseguirem os benefícios potenciais de programas em grande escala, não limitados ao sistema nacional de saúde (Fortmann S *et al*. Am J Epidemiol, 1995).

Uma diminuição de 10% na média do colesterol total da população evitaria 30% de todos os acidentes coronários, enquanto que o tratamento com uma estatina (com uma redução do colesterol em 20 a 25%), para toda a vida, de todos os indivíduos com uma colesterolemia acima do percentil 90, apenas preveniria 15 a 20% de todos os aci-

dentes coronaries (Yusuf S et al. *Circulation*, 1996).

Estima-se que descendo a distribuição da pressão arterial na população em 2 a 3 mmHg, pela redução do consumo de sal, seria tão eficaz na diminuição dos riscos globais da hipertensão como a prescrição de terapêutica antihipertensiva a todos os doentes hipertensos (Kaplan N, 1998).

Com base nestas dúvidas e premissas, somos da opinião que:

- O projecto de Decreto-Lei contém muitos aspectos positivos e clarificadores e representa um progresso em sentido positivo.

- Saudamos a promessa de generalização das consultas de cessação tabágica.

- Porém, é profundamente negativo e até contraproducente produzir leis que sejam de difícil aplicação e fiscalização.

- O proibicionismo é uma solução simplista e desresponsabilizadora das sociedades actuais.

- Concordamos e subscrevemos a implementação de medidas que protejam o direito dos não fumadores a espaços desprovidos de fumo.

- É necessário pormenorizar algumas dúvidas do artº 14. Por exemplo, uma papelaria no átrio de entrada principal de um Hospital fica proibida de vender tabaco?

- A grande aposta do Governo, com benefícios incalculáveis, deveria ser a educação global e efectiva da população para a saúde.

- Um dos meios mais poderosos para a educação global da população para a saúde é a televisão.

- Utilizar ídolos da juventude em campanhas de marketing de um estilo de vida saudável.

- Devem introduzir-se nos currícula escolares programas de efectiva educação para a saúde. Na prática e não apenas na letra da Lei. Portugal está farto de leis que são feitas para não serem cumpridas.

- Proibir as máquinas de vending de produtos não saudáveis nas escolas e instituições de saúde.

- Introduzir "... legislation that would regulate advertising to children, prohibit snack food and soft drink sales in schools, and tax fast foods and other unhealthy items" (Editorial. *Lancet*, 2002). Mas é claro que os adversários serão muitos: "... Even modest steps such as limiting advertising of unhealthy food during children's television programming or placing small taxes on unhealthy foods are met with seemingly insurmountable resistance from the food industry and others. (*JAMA*, 2006)"

- À semelhança do que já existe para o tabaco, implementar um Imposto para a Saúde sobre todos os alimentos não saudáveis, incluindo o álcool, com parâmetros a definir em conjunto com as Sociedades Científicas e a Ordem dos Médicos. São um absurdo criminoso os baixos preços de produtos como os gelados, refrigerantes, batatas fritas de pacote, etc., etc. Poder-se-ia chamar de "Imposto sobre o Lixo Alimentar", que reverteria directamente para financiar o Serviço Nacional de Saúde.

- Criar um imposto sobre o sal, cujo resultado deve reverter para campanhas de intervenção na comunidade sobre promoção de estilos de vida saudável.

- Impor níveis máximos de sal no pão, produtos enlatados e outros, com dolorosas penalizações para os não cumpridores.

- Criar condições e espaços públicos que incentivem e facilitem a prática de exercício físico. Por exemplo, circuitos pedonais e de ciclo-turismo em condições de segurança, em locais aprazíveis e em todos os novos arruamentos.

- Melhorar e estimular a utilização de transportes públicos, que normalmente implicam a realização de pequenos percursos a pé.

- Ponderar a indexação de benefícios fiscais ao perímetro da cinta.

- Acrescentar ao Imposto sobre Produtos Petrolíferos uma pequena percentagem destinada à saúde, em geral, e à prevenção cardiovascular, em particular.

- A cirurgia bariátrica de carácter definitivo deve ser uma prioridade e não um luxo (Buchwald H et al. *JAMA*, 2004).

- A proibição de fumar em pequenos restaurantes é uma decisão essencialmente política, na medida em que existem alternativas exequíveis.

- A quantidade de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono por cigarro deveria baixar.

- Etc., etc.

Preocupa-nos essencialmente a educação individual e colectiva para a saúde, pelo que, nesta questão, a Ordem dos Médicos estará totalmente disponível para colaborar com o Governo. Está demonstrado que o conselho médico é mais eficaz para induzir os fumadores a deixar de fumar do que as campanhas publicitárias (que normalmente também são poucas e muito mal feitas). No 27º Congresso Português de Cardiologia, o Ministro da Saúde afirmou que Portugal falhou na prevenção. Não foi Portugal que falhou, foram os responsáveis políticos do país. Não será altura de apostar seriamente na prevenção global e não limitarmos-nos a avançar com medidas mediáticas e limitadas?

Considerando os escassos e insuficientes recursos económicos do país para fazer face a necessidades primordiais, não advogamos a comparticipação dos medicamentos para combate à dependência do tabaco. Os fumadores gastam uma fortuna para fumarem e poupam uma fortuna se deixarem de fumar, além dos ganhos em saúde e em qualidade de vida, pelo que nenhum fumador poderá dizer, de boa-fé, que não deixa de fumar devido ao preço dos medicamentos.

Só quando se apostar na prevenção de forma global, com seriedade e consistência, será o Governo merecedor do nosso aplauso.

E os gases de escape dos automóveis?...

E a poluição agro-química? E a incineração de resíduos? E o aquecimento do planeta? E a uniformização genética dos alimentos? E o uso encapotado de substâncias cancerígenas em produtos de utilização corrente? E a destruição da biodiversidade?...

## Procriação medicamente assistida

**Ex. mo Sr. Dr. Pedro Nunes, Bastonário da Ordem dos Médicos:**

A Informação sobre Procriação Medicamente assistida, de sua autoria, publicada no número 62 da Revista da O.M. de Janeiro de 2006, merece-me alguns comentários que lhe peço o favor de publicar.

Depois do grande prólogo que antecedeu a resposta a perguntas concretas que foram feitas à Ordem dos Médicos, fiquei com uma dúvida, se foi ou não ouvido o Órgão competente da Ordem dos Médicos e qual a resposta deste Órgão no caso de ter sido consultado.

A primeira resposta de V.<sup>a</sup> Exc., com um **sim** sem reservas à Procriação medicamente assistida merece considerações e consequentes reservas que não podem aceitar esse sim.

Tanto quanto sei como médico, põe-se aqui dois problemas diferentes: um que é a actuação médica após um acto conjugal para facilitar a concepção e outro a utilização e manipulação de óvulos ou espermatozoides para o mesmo efeito, independentemente do acto conjugal.

Se tivesse havido dúvidas no passado sobre o começo da vida humana, dúvidas que o próprio Hipócrates não teve, quando liminarmente se opôs ao aborto, hoje, dados os conhecimentos técnicos, em particular sobre o ADN, as dúvidas deixaram de existir. A vida começa com o embrião. Quanto a isto não me parecem legítimas as dúvidas que V.<sup>a</sup> Exc. coloca no fim da sua exposição ao afirmar que se trata de uma convenção humana situar aí o início da vida<sup>(1)</sup>.

Perdoe-me mas não se trata de uma convenção. Sem qualquer dúvida que o embrião tem em si mesmo todas as características potenciais do ser adulto. É um ser, embora minúsculo, com uma individualidade própria, bem definida, que segue um programa predeterminado em direcção à idade adulta. Como uma criança acabada de nascer.

O direito à vida, próprio da criança acabada de nascer será assim idêntico ao do embrião, a menos que não queiramos até reconhecer as últimas conquistas da ciência,

numa atitude, essa verdadeiramente obscurantista.

Por essa razão antes do direito dos pais, no caso presente da infertilidade, está o direito do ser humano ainda que inicial ou embrionário.

O embrião certamente não pensa, não sente etc. Muito embora se chegue hoje à conclusão que já dentro do ventre materno e muito precocemente, há sensibilidade, possivelmente pensamento e até memória. Estamos assim, sobretudo à luz dos conhecimentos mais recentes muito longe de simples convenções.

Parece pois à luz da própria tradição hipocrática que a manipulação externa de células germinais não parece poder ser aceite, dados os riscos que isso pode acarretar para a própria pessoa humana, mormente quando chega ao seu total desenvolvimento. É um direito do ser humano não ser artificialmente manipulado, ou até destruído, como sucederá aos embriões excedentários ou com alguma anomalia. E isto tanto vale para a fertilização homóloga como heteróloga.

Hoje parece ser um dado adquirido do Direito que os pais não tem um poder absoluto sobre os filhos. Chega-se até ao caso de os tribunais tirarem a tutela parental de uma criança em determinada circunstâncias.

Sendo assim temos que considerar como prioritário o direito do nascituro, exactamente como o direito do que já nasceu.

As manipulações com células germinais independentemente da relação propriamente dita conjugal, constituem um tal risco para o ser humano nascituro que parece deverem ser totalmente postas de lado. O mesmo se diga dos embriões excedentários, repito-o, pelo tremendo abuso que isso representa sobre uma vida humana. Estes tremendos abusos próprios da fertilização externa mais parecem próprios, não de Estados de Direito, mas de Estados totalitários com as suas políticas eugenistas.

No caso da fertilização artificial heteróloga acresce um outro factor, com uma gravidade acrescida. Na realidade esse ser, embora criado e educado por pretensos pais, simplesmente não é filho deles. Há aqui

um direito indiscutível que foi simplesmente desconhecido, em favor de um direito não prioritário de um casal infértil.

Na realidade a postura de V.<sup>a</sup> Exc. nesta informação deveria ter considerado unicamente o que se lhe pedia: o que diz a ética médica sobre o assunto. Porque o que quer que o legislador pensa ou queira, a resolução prática deste assunto passa pela mão dos médicos (e também pela mão de outros profissionais), cuja ética há que respeitar. A lei tem que respeitar a ética dos profissionais da saúde. Como V.<sup>a</sup> Exc. diz a respeito da pena de morte, em cuja execução um médico não pode participar de modo algum.

Quero referir para terminar, um assunto que quase não foi referido pelos meios de comunicação social, extremamente selectivo na defesa de uns interesses e no desconhecimento de outros.

Deve saber que há relativamente pouco tempo, houve na Itália um referendo para alargar uma legislação extremamente restritiva. Por indicação expressa do Papa Bento XVI, o Episcopado Italiano aconselhou o eleitorado católico a abster-se da votação, com o argumento de que, numa questão moral tão sagrada e fundamental como é a referente à origem da vida humana não é sequer legítimo pôr essa questão a votos. O resultado do referendo foi uma abstenção de 74 por cento<sup>(2)</sup>. E a Lei ficou como estava.

Não teria ficado mal a V.<sup>a</sup> Exc. ter feito referência a este facto, dada a grande categoria das personalidades envolvidas e que tanto peso tiveram na consciência dos italianos, que não me parecem mais atrasados que os portugueses.

### Notas

1) Revista citada pag. 12, 3<sup>a</sup> coluna, 2<sup>o</sup> parágrafo.

2) Ver Correio da Manhã, 14 de Junho de 2005, pag. 16.

Monforte, 13 de Fevereiro de 2006

Com os cumprimentos do colega

*Luis de Sena Esteves*



## Das especialidades às competências: A evolução não se faz sem reflexão

Em primeiro lugar quero saudar o artigo do Dr Luís Cunha Miranda na revista de Janeiro do ano corrente em resposta ao que publiquei anteriormente sobre as competências. De facto, apesar de alguns parágrafos confusos e que, certamente por tal, me parecem rasar a deselegância, é de saudar o artigo porque contribui para a discussão, no local apropriado, sobre um importante assunto. Está aberta a polémica que se deseja saudável, plena e construtiva. Que ninguém, com algo para dizer, se abstenha de contribuir. No final poderemos ter andado para a frente. A evolução não se faz sem reflexão e sem questionar o *status quo*.

Fique bem claro que o artigo que escrevi é sobre conceitos e não para defender esta ou aquela especialidade, como se de clubes de futebol se tratasse: *in extremis* é dos doentes que se trata quando estamos a discutir estes conceitos.

Por esta razão não vou responder ponto a ponto ao artigo do colega, não porque não ache que alguns mereçam clara resposta – pode ser uma oportunidade para outros intervirem –, mas porque de facto sinto que o seu artigo não é uma resposta adequada ao que escrevi. Mas ensaio uma resposta global. E apetece-me começar por:

... *Preso por ter cão e por não ter...*! De facto, já no Congresso Nacional de Medicina Interna de 2003 a minha posição sobre a existência de competências no seio desta especialidade-mãe tinha sido derrotada – numa escala de intensidade de palmas – em desfavor da posição defensora de que a criação das competências seriam potenciais limitantes da actividade do Internista. Agora, quando eu esperava uma resposta dos Internistas defensores desta corrente, eis que surge esta posição de um médico de uma especialidade, nascida da medicina interna (MI), que, em suma, reflecte o pensamento de que as doenças autoimunes, um dos exemplos dados, devem ser deixadas aos Reumatologistas.

Dei como exemplos as doenças autoimunes e as imunodeficiências associadas ao HIV unicamente porque são as áreas onde mais tenho desenvolvido o meu trabalho desde há muitos anos – não existindo as especialidades de Reumatologia e Infecçologia no meu hospital são os internistas que as asseguram desde sempre –, mas o artigo que escrevi não tinha como objectivo específico estas áreas da medicina, nem pretendia de forma alguma dirigir-se a alguma especialidade em particular para além da própria MI. No entanto, o conceito das competências

pode aplicar-se a qualquer especialidade.

Retomando o discurso: ambas as posições são, na minha opinião, claramente conservadoras. Nem os Internistas por muito pluripotencial que seja a MI têm, no mesmo momento, a capacidade técnica profunda – ou seja, a competência – em todas as áreas da MI, nem, obviamente, nenhuma especialidade pode ter a veleidade de limitar a si exclusivamente o conhecimento da área em que se insere. Tal é especialmente verdade quando se refere à MI, especialidade que envolve todo o organismo e todos os potenciais mecanismos patogénicos. Por outro lado, socorrendo-me novamente dos exemplos que dei, mesmo nas especialidades como a Infecçologia e a Reumatologia é perfeitamente admissível a existência de médicos que não se dediquem ao HIV/SIDA ou às doenças autoimunes sistémicas, respectivamente.

Assim, entre o extremo de uma e outra posição, profundamente sabedor do pouco que sei e saudavelmente duvidoso de todas as certezas “certas”, mais ciente estou de que este é o caminho para o futuro, o das competências. Sei que estou apenas a falar de conceitos e que pô-los em prática pode ser muito mais difícil, mas algumas experiências nos USA podem-nos fornecer muitos ensinamentos.

Saliente-se que não estou a pôr em causa a existência das especialidades clássicas, mas sim o conceito de que um título dado em determinado tempo assegura definitivamente competência a essa pessoa, seja qual for a especialidade. O aparecimento destas foi, sem dúvida, útil e traduziram a diferenciação do conhecimento levada a cabo três a quatro décadas atrás pelos *grandes senhores* Internistas. Estou simplesmente a dizer que é necessário evoluir e acompanhar movimentos nesse sentido já em curso noutros países. Dei o exemplo do que se passa com a doença HIV/SIDA que não pode ser mais claro: é a própria sociedade americana de doenças infecciosas que pugna pelas competências, definindo os requisitos básicos, e admitindo a possibilidade de outros especialistas a terem! Esta é uma posição evoluída e que pensa nos interesses dos doentes e se antecipa às mais que certas avaliações externas de qualidade a que iremos cada vez mais ser sujeitos.

Este é um tempo de mudança em muitas áreas, a tendência é para cada vez maior aprofundamento dos conhecimentos, o especialista molecular antevê-se e da interacção de várias disciplinas, aparentemente distantes da medi-



Carlos Vasconcelos

cina, o engenheiro clínico está aí a aparecer! Assim este é um tempo em que a OM ao lutar acima de tudo pelo bem dos doentes, deve pugnar por uma formação pós-graduada básica, global em medicina – o tronco comum – que garanta que o médico cada vez mais especialista nunca se esqueça que o órgão, a molécula pertencem a um todo que é o doente. É aqui que a MI terá sempre o seu lugar.

Evolução não me parece que seja a criação de subespecialidades. Não vejo que vantagens tenham estas sobre as competências. A própria denominação parece traduzir, se é que não é isso mesmo, uma clássica delimitação de conhecimento, uma especialidade dentro de uma especialidade, com carácter definitivo. Pelo contrário, as competências podem traduzir o conceito de transversalidade a diversas especialidades e de transitoriedade. Penso que claramente se adequam melhor ao tempo actual, o da sobreposição de conhecimentos entre as especialidades, o de rápido aprofundamento de conhecimentos em áreas específicas, o de novas áreas na medicina, características que obrigam a títulos menos rígidos e definitivos que os títulos clássicos. Recentemente assistimos à criação da subespecialidade de hepatologia dentro da gastroenterologia. O que vão fazer os internistas que, com muito valor, se têm dedicado a esta área?

*Preso por ter cão e por não ter...* curioso o argumento utilizado pelo colega reumatologista e igualmente já afloreado por alguns Internistas, o de que é que haveria por trás da pretensão para a criação de competências?!

Não sei o que é que a mente de cada um pode julgar como possível, mas seguramente no meu entender - médico há 30 anos e em exclusividade de funções hospitalares – e de muitos outros, é o interesse da sociedade e dos doentes, obviamente! Apenas para citar um aspecto direi que os custos associados a potencial incorrecta prescrição médica em muitas áreas em crescimento na medicina, se associam a consequências importantes para a sociedade, nomeadamente em termos económicos, e individualmente para o doente.

## OM organiza Fórum Europeu de Associações Médicas

Nos dias 13 e 14 de Abril de 2007, a Ordem dos Médicos irá receber o European Fórum of Medical Associations and World Health Organization (EFMA/WHO). Tratar-se-á de uma organização da OM em articulação com a presidência portuguesa da União Europeia. O presidente da Comissão Europeia, Durão Barroso, deslocar-se-á propositadamente a Portugal para estar presente no Fórum Europeu de Associações Médicas. Este encontro, cuja reunião de 2006 teve lugar em Budapeste, na Hungria, nos dias 21 e 22 de Abril, engloba todas as ordens dos médicos e associações congéneres dos cerca de cinquenta países da região Europa da Organização Mundial de Saúde. Apesar de se tratar, naturalmente, de um fórum restrito, a Ordem dos Médicos irá tentar possibilitar a participação do maior número de médicos portugueses. Divulgaremos outras informações úteis sobre o EFMA/WHO em breve.

## O Hospital Centenário e o Camartelo Inquérito número III

**O Hospital centenário está condenado ao camartelo? A sua evolução histórica acompanha os benefícios da ciência a partir do séc. 19 e, em ordem acelerada, a partir do séc. 20, com modernização técnica e melhoria das instalações – terão esgotado as suas possibilidades de reforma?**

**O teste apresenta 5 “cápsulas” de conhecimento – cada uma consta de uma afirmação e quatro propostas, sendo uma incompatível com a afirmação inicial, conforme a chave indicada no fim do texto. No conjunto podem facilitar a resposta à questão formulada.**

### **1. Alguns elementos do Hospital Real de Todos os Santos de Lisboa (1504-1755), o primeiro grande hospital português.**

- Tinha como funções: internar e cuidar do necessitado em água, alimento, agasalho e amparo; hospedar o viajante e o peregrino; ajudar o deficiente (físico, de visão e outras). Inspirava-se no evangelho de S. Mateus como era norma nos países cristãos e destinava-se aos «pobres e pessoas miseráveis (para) que tivessem algum mais certo Recolhimento e Remédio».
- O «Físico» fazia duas visitas diárias (nascer e pôr do sol) «começando da mão direita, como entrar» no que era acompanhado pelo Enfermeiro major da enfermaria, Farmacêutico e Veador que anotavam as recomendações.
- O «Físico» controlava as mesinhas, purgas e dietas e tinha ainda a função de «ver todolos enfermos que à porta do Espiritual vierem, e de aly à porta lhe ver as suas agoas e tomar seus pulsos, e dar todo o conselho e remédio».
- Outro hospital da época foi o de Arroios. Segundo a tese do camartelo este hospital com mais de 100 anos deveria ser demolido sem atender aos seus méritos como a assistência exemplar numa ampla zona da cidade, a arte dos seus azulejos e a contribuição (mundial) que trouxe à angiologia operatória.

### **2. O objectivo dos hospitais antigos (anteriores ao séc. 19) foi conseguido.**

- Constituir um refúgio para o necessitado e um exemplo de solidariedade.
- Por vezes (Inverno, epidemias, peste) as instalações ficavam sobrelotadas e as camas de 6 lugares ocupadas por

doentes com peste (no caso do Hospital S. Louis de Paris era esta a sua principal vocação) ou com patologias diferentes. O hospital parisiense é hoje um hospital público de referência no cancro e em imunologia e as velhas enfermarias deram lugar a quartos individuais cómodos.

- Outros hospitais medievais e também de referência são o Charité de Berlim e o Allgemeines Krankenhaus de Viena.
- A acção meritória do hospital medieval dependia em parte da ordem religiosa que o administrava.

### **3. A situação hospitalar europeia foi influenciada pelos movimentos da Reforma/Contra Reforma.**

- O Rei inglês Henrique VIII por razões pessoais (oposição papal ao seu divórcio de Catarina de Aragão) determinou a dissolução dos Mosteiros Católicos vendidos em benefício próprio e a separação entre o estado e da Igreja que passou a chefiar o que provocou uma quebra da assistência aos desfavorecidos.
- O Hotel – Dieu de Paris vem dos anos 651, viu nascer a Catedral de Notre Dame, precedeu de vários séculos a criação do estado francês de que foi o único hospital até ao Renascimento. É hoje um hospital público multissecular de excelência na Sida, Oftalmologia e Transplante de órgãos, e o internamento faz-se em quartos individuais com todas as comodidades, incluindo o apoio da religião praticada pelo interessado quando solicitado.
- Por tradição os hospitais eram designados pelo nome de um santo, um ilustre falecido da área assistencial ou um benemérito. Modernamente a designação dos hospitais adopta outros critérios, tais como privado versus público; geral versus de órgão ou de determinada patologia; de muitas ou poucas camas; de muitas ou uma única especialidade; ou com siglas do alfabeto de significado económico incompreensível. No mínimo a tendência actual poderá colidir com a ética médica mais elementar.
- Nos séc. 16-17-18 os hospitais destinavam-se aos pobres, tais como o «Hôpital General» de Paris e as suas dependências da Salpêtrière (mulheres), Bicêtre (homens) e Pitié (crianças); em Londres foram criados os «Five Royal Hospitals» – Westminster, Guy's, St. George, London e Middlesex; em países de língua alemã havia a Zuchhaus de designação equivalente à italiana Ospedale di Carita e o Allgemeines Krankenhaus de Viena adoptando o termo francês de Hôpital General. São inúmeros os exemplos estrangeiros de hospitais centenários, hoje de grande prestígio e intocáveis pelo camartelo.



**A. Coutinho de Miranda**

*Antigo Chefe de Serviço e Director Clínico do Hospital Curry Cabral*

**4. Antes do séc.19 não existia a profissão médica no sentido ético e sobretudo científico e deontológico actuais.**

- a) A cadeia de contágio ainda estava por identificar. O ar-água-ambiente eram objecto de suspeição embora não se conhecendo o «como» e o «porquê» das tragédias apocalípticas que se abatiam sobre as comunidades, da guerra e da fome, da peste e da morte (ver quadro).
- b) A pobreza era uma causa de internamento frequente nos cegos, deficientes e pessoas com hidropsia e por vezes associava-se a comportamento de violento desespero. Admitia-se então que os males da pobreza pudessem ser corrigidos por regimes de trabalho.
- c) Havia já interesse na limpeza de rua, canalização de água, esgotos, recolha do lixo e nas doenças periódicas e pestes adoptavam-se medidas de isolamento e ateavam-se fogueiras para purificação do ar. O médico Curry Cabral refere que nos fins do séc. 19, o lixo mais volumoso do Hospital de S. José era recolhido por uma carroça da Câmara que ao fim da tarde subia a encosta que da Baixa Pombalina conduz ao hospital; algum do lixo mais ligeiro, era queimado numa fogueira improvisada dentro da cerca do hospital, o que por vezes perturbava a vizinhança que vinha exhibir aos responsáveis do hospital compressas meio ardidas que tinham aterrado no terraço das suas casas. O «físico» encarregado das tarefas médicas, era em regra nomeado por um magistrado camarário e acumulava outras funções como credor, devedor, proprietário e podia mesmo ter uma vida religiosa.
- d) O «físico» podia assim ser gestor. O Gestor-Real também podia exercer as funções de «físico».

**5. Para um exercício de ponderação:**

- a) A «pobreza» como causa e condição de internamento hospitalar até meados do sec. 20. A afluência de outras pessoas ao hospital, é um fenómeno muito recente.
- b) A designação hospitalar «voluntários» é resultado da «vontade» de um benfeitor; a palavra envolve também um significado histórico filosófico complexo; e pode ainda caracterizar o trabalho medico livre e sem remuneração.
- c) A modernização médica hospitalar tem um dos seus melhores exemplos no aperfeiçoamento da assistência hospitalar e do país decorrente da carreira do «médico interno» instituída nos Hospitais Civis de Lisboa nos anos que se seguiram à implantação da Republica, à semelhança do que já sucedia em França donde o sistema irradiou para outros países, incluindo os Estados Unidos e em detrimento da designação inglesa correspondente de House Physician e Registrar. Hoje a designação de interno está adoptada noutras carreiras científicas de rigor e precisão como a dos políticos em início de carreira nos E.U.A. e na própria Casa Branca.
- d) O futuro definitivo dos hospitais centenários passa pela submissão ao camartelo e a supressão da carreira médica hospitalar.

**Chave do inquérito:** 1-d), 2-c), 3-a), 4-d), 5-d)

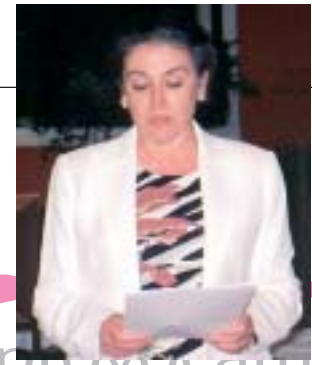


*Albrecht Dürer (1471-1528) – Os 4 cavaleiros do apocalipse*

**Foram difíceis os tempos do artista – os povos de língua alemã viviam em pequenos estados que se guerreavam e que viviam em hostilidade com os franceses a ocidente, os eslavos a leste os islâmicos a sul.**

**Os 3 cavaleiros do plano posterior da xilogravura, vestidos a rigor e em boas montadas, têm objectivos diferentes – um deles dissemina a Doença com a rapidez da flecha que se prepara para desfechar; o outro, com uma balança agrícola que não tem nada para medir, é a Fome; a Guerra é recordada pela espada pronta a ser desferida exibida pelo outro cavaleiro. A Morte é representada por um «cavaleiro» sem dignidade nas vestes ou no cavalo magríssimo e que com a gadanha nivela os mortos – o bispo com a sua mitra, a burguesa, entre outros.**

**Não é muito diferente da amostra que cada pessoa recebe em sua casa através da televisão – em «live», em «primetime» e nas «breaking news» das «0'clock news», a partir da hora do jantar.**



## AS PALAVRAS

*As palavras brincam, riem, provocam  
Torturam, magoam até sufocam  
Exigem que lhes prestem atenção  
Teimosas invadem a consciência  
Fazem mesmo perder a paciência  
Não querem ir a par da solidão!*

*Pedem que as escrevam e as rimem  
Que as entrelacem e aproximem  
Que caminhem, com elas, pela mão  
Lhes dêem vida e razão de ser  
Lhes dêem alma e amanhecer  
As frutifiquem na inspiração.*

*Tranquilizai palavras inquietas  
Deixai em paz a noite dos poetas  
Defendei seu repouso e seu ego  
- Que os embale o perfume das rosas -  
Recolhei-vos palavras ruidosas  
Ficai aí no reino do sossego!*

*Enquanto houver poetas e palavras  
Em todas as horas serão escravas  
As artes d'escrever e colorir.  
Benditos os momentos exaltantes  
Em que palavras quase alucinantes  
Traduzem, com rigor, o meu sentir!*

**Ofélia Bomba**

## LE PAROLE

*Le parole giocano, ridono, provocano  
Torturano, colpiscono, pur soffocano  
Esigono che gli si presti attenzione  
Ostinate invadono la coscienza  
Fanno anche perdere la pazienza!  
Non vogliono andare, come la solitudine!*

*Chiedono che si scrivano e si rimino  
Che si intreccino e si ravvicinino  
Che si vada, con loro, per la mano  
Che gli si dia vita e ragion d'essere  
Che gli si diano anima e mattino  
Che si fruttifichino all'ispirazione.*

*Assopitevi, inquiete parole  
Lasciate in pace la notte dei poeti  
Difendetene il sonno e il loro ego  
- Che li culli il profumo di rose -  
Dileguate, parole chiassose  
Restate là, dove regna il riposo!*

*Finche esisteranno poeti e parole  
A tutte le ore saranno asservite  
Le arti di scrivere e di colorare.  
Sian benedetti i momenti esaltanti  
Quando parole quasi allucinanti  
Traducono, precise, il mio sentire!*

**Ofélia Bomba,  
medico psiquiatra, Portugallo**

## Espectáculos

### Em Junho, no Auditório dos Oceanos

Linda Hopkins, Maxine Weldon e Mortonette Jenkins estão no Auditório dos Oceanos, no Casino Lisboa, até dia 11 de Junho com um espectáculo de homenagem a Ray Charles. Os blues e o gospel são ritmos com lugar reservado nesta homenagem a todos os cantores negros, e em particular a Ray Charles.

«Coçar onde é preciso» é o espectáculo que substituirá Wild Women Blues no Casino Lisboa onde permanecerá em cena duas semanas. Este espectáculo é inteiramente composto por textos da autoria de José Pedro Gomes, e, nas palavras do actor representa «o português e as suas manias». Sozinho em palco, tal como na peça «O Último a Rir», o actor convida o público à reflexão sobre tiques e manias tão portuguesas e a 'coçar onde é preciso'.



### Cats no Coliseu do Porto

O mais famoso musical do mundo regressa a Portugal para uma grande estreia no Porto. Depois de mais de 20 anos em cena no West End londrino e na Broadway, é a vez do Coliseu do Porto receber os Jellicle Cats e se juntar à legião de fãs que este grupo de 29 gatos tem por todo o mundo. O sucesso de Cats em Lisboa, há 2 anos, exigiu este regresso tão aguardado ao nosso país. Desta vez, a cidade invicta recebe em grande estreia o espectáculo, a 12 de Setembro, no Coliseu. Este musical tem assinatura de Andrew Lloyd Webber e conta a história da Gata Grizabella e do seu regresso à família que abandonou pela descoberta de outros mundos. CATS, em versão original com legendagem em português, um espectáculo mágico para ver e sonhar, no Coliseu do Porto de 12 de Setembro a 17 de Setembro.



## Música

### Expensive Soul Alma Cara

Depois de se terem dado a conhecer com o álbum de estreia 'B.I.', os Expensive Soul estão de regresso com um novo álbum de originais – 'Alma Cara'. Um álbum que promete afirmar definitivamente os autores de temas como 'Eu Não Sei' e 'Falas Disso' com uma das maiores certezas da nova música portuguesa. 'Alma Cara' é um disco onde o

grupo de Leça da Palmeira mantém bem presentes as raízes do hip-hop, não deixando de o misturar com outros elementos e estilos como o reggae, o soul, o funky e o jazz, o que resulta num som muito característico e que faz deles dos projectos que mais tem contribuído para o alargamento dos horizontes da cultura hip-hop.

### Richie Hawtin DE9: Transitions

Mais de 15 anos depois de iniciar a exploração das novas fronteiras da música electrónica, Richie Hawtin redefine a ideia do que deve ser um DJ. Desde as suas faixas techno na label Plus-8 ao minimalismo ácido das edições que se seguiram enquanto Plastikman, Hawtin sempre esteve, como o próprio diz, «à procura do próximo som». Agora um novo álbum de misturas, DE9: Transitions, no qual faz um salto gigante da imaginação. DE9: Transitions foi gravado em 5.1 surround, utilizando as mais novas tecnologias para criar uma imersão numa experiência sonora: 95 minutos de percepção alterada.

### Can Re-edições

CAN - Holger Czukay e Irmin Schmidt - dois estudantes que, levados pelos sons de Jimi Hendrix, Captain Beefheart e The Velvet Underground, abandonaram a academia para formar uma banda que iria usar e transcender todas as fronteiras da música étnica e da electrónica mais experimental. A sua influência é bem conhecida e o impacto que tiveram na música é sentido hoje tão fortemente como então. Os próprios têm dificuldade em definir a sua dimensão. O leque de artistas que, em anos recentes, têm citado os CAN como uma das suas maiores influências é variado. Agora, editam as versões remasterizadas de cinco dos seus álbuns clássicos - Flow Motion, Saw Delight, Can, Delay 1968 e Rite Time, restaurando assim a qualidade superior do seu som original.



### Sir Simon Rattle Shostakovich: Symphonies I & 14

Celebrando o centenário do nascimento de Shostakovich, Sir Simon Rattle e a Berliner Philharmoniker, com a participação da soprano Karita Mattila, interpretam magistralmente a arrebatadora 14ª Sinfonia. Para completar esta grande homenagem ao compositor, juntam a interpretação daquela que é considerada a obra prima do jovem Shostakovich, a 1ª Sinfonia.





Dicionário de Termos Médicos  
Porto Editora



O Manicómio  
Dr. Heribaldo Raposo  
Sopa de Letras



Emagreça! Perca gordura e ganhe saúde  
Editorial Presença



O Computador e o Cérebro  
Relógio D'Água

### Informação Colégios

## Septoplastia (operação isolada)

Apesar do Código de Nomenclatura estar suspenso, a Direcção do Colégio de Otorrinolaringologia emitiu um parecer técnico que transcrevemos em seguida.

Com o objectivo de evitar interpretações incorrectas em relação ao item 34.00.00.23 do Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos

«Septoplastia (operação isolada)», a Direcção do Colégio de Otorrinolaringologia emitiu o seguinte parecer: «O significado do termo isolado refere-se ao facto de neste procedimento cirúrgico só se actuar no septo nasal, estando excluída a pirâmide. Deste modo a septoplastia poderá ser associada a outros procedimentos cirúrgicos.»

## IRS

# Abatimentos e Deduções aos rendimentos de 2006

### I. ABATIMENTOS

- 1.1 – Dedução específica do trabalho dependente (Art.º 25.º do CIRS):  
72% de 12 vezes o salário mínimo mais elevado ou o valor das contribuições totais pagas efectivamente à Segurança Social quando superiores.  
Este limite é elevado em 50% para deficientes com grau de deficiência superior a 60%.
- 1.2 – Dedução Específica de Pensões (Art.º 53.º do CIRS):  
Tem o limite de € 7.500,00  
Porém, se o rendimento bruto da categoria H exceder € 40.000,00, este limite de € 7.500,00 será reduzido até à sua concorrência de 20% da Parte que exceder os € 40.000,00.  
Este limite é acrescido de 30% no caso de sujeitos passivos com grau de incapacidade superior a 60%
- 1.3 – Organizações Sindicais (Art.s 25.º e 53.º):  
Valor pago acrescido de 50% até ao limite de 1% do rendimento bruto de trabalho dependente ou de pensões.
- 1.4 – Pensão de Alimentos (Art.º 56.º):  
Totalidade dos encargos quando fixados na respectiva sentença judicial.
- 1.5 – Rendimentos profissionais (Recibos verdes) – Regime simplificado (Art.º 31.º):  
O rendimento bruto é abatido de

35% para despesas e encargos, não sendo necessários quaisquer documentos.  
Não poderá resultar um rendimento líquido global inferior a metade do valor anual do salário mínimo (€ 2.701,13).

- 1.6 – Rendimentos prediais (Prédios arrendados) (Art.º 41.º):  
As despesas de conservação e manutenção suportadas são abatidas, quando devidamente documentadas bem como o respectivo IMI (Imposto Municipal sobre Imóveis).

### 2. DEDUÇÕES À COLECTA

- 2.1 – Despesas de Saúde (Art.º 82.º)  
30% das despesas efectuadas com bens e serviços com IVA às taxas de 0% e 5%, sem limite.  
As despesas com bens e serviços com IVA à taxa de 21%, são limitadas a 2,5% daquelas despesas ou a € 59,00, desde que documentadas com receitas médicas (al. d) do Art.º 82.º):
- 2.2 – Despesas de educação e de formação profissional (Art.º 83.º):  
30% das despesas suportadas com o limite de 160% do Salário Mínimo Nacional Mensal (€ 617,44). Nos agregados com 3 ou mais dependentes o limite é elevado em 30% do Salário Mínimo Nacional Mensal por cada dependente (€ 733,21).
- 2.3 – Juros e amortizações de imóveis para habitação própria e permanente, rendas pagas pelos inquilinos (contratos posteriores a

15/10/91) e entregas para cooperativas de habitação (Art.º 85.º):  
30% dos encargos com o limite de € 562,00.

- 2.4 – Encargos com lares e outras instituições de apoio à terceira idade relativos a sujeitos passivos, seus ascendentes colaterais até ao 3.º grau que não possuam rendimentos superiores ao salário mínimo (Art.º 84.º):  
25% das despesas com o limite de € 323,00.  
O limite anteriormente imposto pelo n.º 5 do art.º 78.º do CIRS deixou de existir pelo facto do mesmo ter sido abolido pela Lei do Orçamento de 2005.-
- 2.5 – Prémios de seguros de vida, acidentes pessoais e fundos de pensões, 25% das despesas com o limite de (Art.º 86.º):  
Casados – € 128,00; não casados – € 59,00.
- 2.6 – Prémios de seguros de saúde (Art.º 86.º, n.º 3):  
30% dos encargos com os limites de:  
Casados – € 156,00; não casados – € 78,00  
Por cada dependente a seu cargo os limites são elevados em € 39,00.
- 2.7 – Custos com equipamentos novos para utilização de energias renováveis e equipamentos para produção de energia eléctrica ou térmica que consumam gás natural (Art.º 85.º, n.º 2):  
30 % das despesas com o limite



de € 745,00 €.

2.8 – Donativos à Administração Central, Regional e organismos estatais (Art.º 5.º, n.º 1, al. a) do Estatuto do Mecenato):  
25 % das importâncias atribuídas, sem limite.

2.9 – Donativos a outras entidades previstas no Estatuto do Mecenato (Art.º 5.º, al. b) do Estatuto):  
25% das quantias dispendidas com o limite de 15% da colecta.

2.10 – Donativos a igrejas e instituições que prossigam fins sociais, culturais, desportivos, científicos, etc. (Art.º 5.º, n.º 2 do Estatuto do Mecenato):  
25 % das quantias dispendidas com o limite de 15 % da colecta.  
São majorados em 30 %.

2.11 - Donativos para Mecenato Científico (Art.ºs 3.º e 9.º do Estatuto de Mecenato Científico):  
25% se as instituições forem do Estado (Art.º 9.º, al a)).  
25% com o limite de 15% da colecta se as instituições forem privadas (Art.º 9.º, al. B).

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

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

Devem ser declaradas tratando-se das seguintes aquisições:

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

## BENEFÍCIOS FISCAIS

8. DEFICIENTES (Art.º 16.º do EBF)  
Grau de deficiência igual ou superior a 60% ficam isentos em 50% os rendimentos da categoria A e B, com o limite de € 13.774,86.  
Ficam isentos em 30% os rendimentos da categoria H (Pensões) com o limite de € 7.778,74.

Se o grau de deficiência fôr igual ou superior a 80% os limites são majorados em 15%.

9. Computadores novos (art.º 64.º do EBF)  
50% das despesas de aquisição, com o limite de € 250,00.  
Este benefício só pode ser utilizado uma vez durante os anos de 2006 a 2008.

- É necessário ainda que o sujeito passivo ou qualquer dependente frequente qualquer nível de ensino.

- Que a factura tenha o número fiscal do adquirente e contenha a menção “uso pessoal”.

- Que a taxa de IRS seja inferior a 42%.

10. PPR (Art.º 21.º do EBF)  
São dedutíveis à colecta 20% dos valores aokicados em PPR até ao limite de :

€ 400,00 – se o sujeito passivo tiver menos de 35 anos.

€ 350,00 – se o sujeito passivo teiver entre 35 e 50 anos.

€ 300,00 – se o sujeito passivo tiver idade superior a 50 anos.

## TABELA DE IRS DE 2006.

RENDIMENTO COLCTÁVEL (euros)	TAXAS (%)	TAXAS (%)
	Normal	Média
Até 4 451	10,5	10,5000
> 4 451 a 6 732	13	11,3471
> 6 732 a 16 692	23,5	18,5985
> 16 692 a 38 391	34	27,3035
> 38 391 a 55 639	36,5	30,1544
> 55 639 a 60 000	40	30,8701
> 60 000	42	

## PAGAMENTOS POR CONTA

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

## NÚMERO FISCAL DE CONTRIBUINTE

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

O salário Mínimo Nacional para 2006 é de € 385,90.

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

## PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS - 2006

**EVENTO:** World Psychiatric Association

**LOCAL:** Istambul

**DATA:** 12 a 16 de Junho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Bio-Saúde; Tel: 21-722 61 10; Fax: 21 – 722 61 19

**EVENTO:** III Jornadas Iberoamericanas de reumatologia

**LOCAL:** Havana

**DATA:** 13 a 16 de Junho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Associação Médica de Cooperação Lusófona e Iberoamericana e Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 – 358 43 80; Fax: 21 – 358 43 89

**EVENTO:** III Congresso Nazionale Societa Italiana Dell' Obesita

**LOCAL:** Milão

**DATA:** 14 a 17 de Junho

**EVENTO:** 11<sup>th</sup> Congress of the European Hematology Association

**LOCAL:** Amesterdão

**DATA:** 15 a 18 de Junho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

**EVENTO:** XXX Jornadas de Actualização Pneumológica

**LOCAL:** Quinta das Lágrimas - Coimbra

**DATA:** 17 de Junho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Centro de Pneumologia da Universidade de Coimbra - HUC

**EVENTO:** Heart Failure 2006

**LOCAL:** Helsínquia

**DATA:** 17 a 20 de Junho

**EVENTO:** Ciclo de Estudos do Internato Médico

**LOCAL:** Hospital de Dona Estefânia

**DATA:** Junho e Outubro

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Direcção do Inter. Médico – HDE; Tel: 21 – 312 67 84; Email: internato@hdestefani.min-saude.pt

**EVENTO:** Abords vasculairs pour Hemodialyse

**LOCAL:** Lyon

**DATA:** 23 e 24 de Junho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** AmGen; Tel: 21 – 422 05 00; Fax: 21 – 422 05 55

**EVENTO:** 14th Congress for Bronchology and Bronchoesophagology

**LOCAL:** Buenos Aires

**DATA:** 25 a 28 de Junho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Bio-Saúde; Tel: 21-722 61 10; Fax: 21 – 722 61 19

**EVENTO:** XIII Jornadas Médicas Luso-Caboverdianas e II Jornadas de cardiologia e Medicina Familiar

**LOCAL:** Mindelo – Cabo verde

**DATA:** 27 a 29 de Junho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 358 43 80; Email: dmcongressos@mail.telepac.pt

**EVENTO:** 3rd World Congress of International Federation of Head & Neck Oncologic Societes

**LOCAL:** Praga

**DATA:** 27 de Junho a 1 de Julho

**EVENTO:** 8<sup>th</sup> World Congress on Gastrointestinal Cancer

**LOCAL:** Barcelona

**DATA:** 27 de Junho a 1 de Julho

**EVENTO:** IV Jornadas de Pneumologia em medicina Familiar dos Açores e Continente

**LOCAL:** Hotel Marina Atlântico – Açores

**DATA:** 6 e 7 de Julho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 358 43 80; Email: dmcongressos@mail.telepac.pt

**EVENTO:** XXVII Curso Pós Graduado de Endocrinologia e Andrologia

**LOCAL:** Anfiteatro da FML

**DATA:** 6 a 8 de Julho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo – Hospital de Santa Maria; Tel: 21 – 793 50 75; Fax: 21 – 795 15 85

**EVENTO:** UICC World Cancer Congress

**LOCAL:** Washington

**DATA:** 8 a 12 de Julho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

**EVENTO:** 13<sup>th</sup> World Conference on Tobacco or Health

**LOCAL:** Washington

**DATA:** 12 a 15 de Julho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

**EVENTO:** XLIII Congress of the ERA-EDTA

**LOCAL:** Glasgow

**DATA:** 15 a 18 de Julho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

**EVENTO:** World Transplant Congress 2006

**LOCAL:** Boston

**DATA:** 22 a 27 de Julho

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

**EVENTO:** 11<sup>th</sup> International Society for Peritoneal Dialysis

**LOCAL:** Hong Kong

**DATA:** 25 a 29 de agosto

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

**EVENTO:** World congress of Cardiology

**LOCAL:** Barcelona

**DATA:** 2 a 6 Setembro

**EVENTO:** 42<sup>ND</sup> Annual Meeting of EASD

**LOCAL:** Copenhaga

**DATA:** 14 a 17 de Setembro

**EVENTO:** I Jornadas de Urologia em medicina Familiar da Madeira, Açores e Continente

**LOCAL:** Hotel Crownw Plaza resort madeira

**DATA:** 21 a 23 de Setembro

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** DEPARTAMENTO MÉDICO DE CONGRESSOS;

TEL: 21 358 43 80; EMAIL: dmcongressos@mail.telepac.pt