

Ficha Técnica

Ordem dos
REVISITA **Medicos**

Ano 26 – N.º 111 – Julho/Agosto 2010

PROPRIEDADE:



CELOM

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

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

Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa

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

Director:

Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:

José Moreira da Silva
José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:

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

Redactores Principais:

José Ávila Costa,
João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:

Miguel Reis

Dep. Comercial:

Helena Pereira

Dep. Financeiro:

Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:

CELOM

Impressão:

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

Depósito Legal: 7421/85

Preço Avulso: 1,60 Euros

Periodicidade: Mensal

Tiragem: 40.500 exemplares
(11 números anuais)

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

S U M Á R I O

- 04 EDITORIAL**
- 08 ACTUALIDADE**
XV Congresso Nacional de Medicina/VI Congresso Nacional do Médico Interno: A Ordem dos Médicos no Século XXI
- 18 Envolvimento dos médicos na gestão hospitalar**
- 26 Congresso Europeu de Cuidados Paliativos em Lisboa**
- 28 Defensor Moura quis apresentar candidatura ao mais alto dirigente da sua Ordem – Bastonário recebeu candidato a Presidente da República**
- 30 INFORMAÇÃO**
Departamento Jurídico: Aulas Particulares durante o Internato
- 31 ERC alerta para a necessidade de manter a ética jornalística**
- 32 Idoneidade e Capacidade Formativa – Pediatria**
- 35 Calendário Eleitoral**
- 36 Declaração de Princípios Equipa de Anestesiologia no Serviço de Urgência**
- 38 OPINIÃO**
Os Génios do Ambíguo por João Miguel Nunes «Rocha»
- 40 A gripe quando nasce é para todos por Fátima Maria Raposo Amaral**
- 44 A inevitável hegemonia médica da Rede Pública Hospitalar por F.M. Fonseca Ferreira**
- 46 Reflexões para um novo paradigma das Carreiras Médicas Hospitalares por F.M. Fonseca Ferreira**
- 47 Quantum mutatus ab illo! por Jorge Cabral Araújo**
- 48 Respondendo ao desafio de Nietzsche: Que Valores abraçar num Mundo sem Deus? (2 de 3) por Nuno Sanches de Almeida Machado**
- 52 Saibam quantos por José Manuel Pavão**
- 52 CULTURA**
A célula original e a neonatologia
- 53 SOPEAM tem nova direcção**
- 54 Livros**
- 56 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA**
Um olhar sobre a evolução da urologia – Visão sintética do seu passado, presente e futuro
- 58 Os reis Ozias da Primeira Dinastia**
- 62 CONSULTORIA FISCAL**
IRS: Abatimentos e deduções aos rendimentos de 2010

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.

DESPEDIDA

Este é o último editorial que vos escrevo enquanto titular do cargo que me deram a honra de exercer nos últimos seis anos. Durante estes fiz questão de ser eu próprio a escrever sempre esta página da Revista, analisando a actualidade política da Saúde ou as questões que nos dizem respeito.

Não o fiz por qualquer processo de autoemulação ou porque o departamento de comunicação da Ordem não tenha jornalistas capazes de traduzir por palavras aquilo que a Direcção ou o Bastonário entendem dever ser dito. Assumir fazê-lo pessoalmente foi uma decisão que tem a ver com a análise que faço do cargo, com a relação de confiança pessoal que entendo dever criar com todo e qualquer médico, com o dar oportunidade da crítica directa e pessoal a que qualquer um de vós tem direito sobre quem vos representa.

Hoje chegou ao fim. Vamos interromper para férias de Agosto e a partir daí estaremos em pleno período eleitoral (as eleições serão a 15 de Dezembro) pelo que tudo o que pudesse escrever poderia ser lido, com ou sem razão, como privilegiando uma ou outra candidatura.

Como gosto de transparência, não admito a coartação de direitos (mesmo os meus), mas exijo rigor e verticalidade, não me exporei a tal tipo de crítica porque seria injusta mas eventualmente credível.

Como dever de função garantirei a isenção do processo eleitoral no que o Estatuto me confere e obriga, mas tal não me impediu ou me impedirá de, estritamente como médico e com os meios que qualquer médico tem ao seu dispor, apoiar um candidato a Bastonário ou uma lista na

minha região. Não estou obrigado ao segredo sobre em quem vou votar, estou obrigado a não utilizar as prerrogativas do cargo para beneficiar seja quem for.

Assim, despeço-me hoje e faço-o sem qualquer balanço ou análise do tempo decorrido. Considero os balanços e os livros escritos por políticos no ocaso dos cargos desempenhados como meros exercícios de narcisismo à custa do erário colectivo.

Balanços, a haver, só após alguns anos decorridos, e certamente mais justamente feitos por outros. Nós próprios, obviamente, fizemos sempre o que considerámos melhor, o que as circunstâncias ou os outros nos permitiram e temos sempre seguramente grande orgulho nas vitórias e imensas desculpas para as derrotas. Não o fazendo, este editorial poderia terminar aqui com um simples «adeus, foi uma honra» (e acreditem que o sinto como tal). Porque saio porque decidi fazê-lo e porque inúmeros colegas me têm manifestado, com sinceridade, a sua pena por eu não continuar, entendi que deveria dar-vos uma justificação para a decisão tomada e deixar-vos também um pouco do que é a minha análise do que deverá ser feito no futuro.

Após dezoito anos de trabalho na Ordem, os últimos seis em praticamente dedicação exclusiva, que nem os fins-de-semana poupou, não é fácil deixar de pensar na Instituição e deixar de querer vê-la cada vez mais perfeita.

Não saio cansado, nem farto ou com qualquer falta de ideias ou energia para continuar. Saio porque toda a vida defendi que cargos de direcção e exposição pública institucional devem

ser limitados no tempo para que não haja o risco de confundir a pessoa com a Instituição.

Se alguém se eterniza num cargo, mesmo que legitimado por sucessivos sufrágios eleitorais, a pouco e pouco as imagens pessoais e do cargo desfocam-se e confundem-se.

Alguém consegue imaginar certas autarquias ou regiões dissociadas de quem, longos anos, as tem representado? Foi necessário criar legislação que assegurasse a renovação, para que o simples efeito do hábito não criasse a ilusão da ausência de alternativas e a pessoa se confundisse com a coisa.

Na Ordem dos Médicos não há limite ao número de mandatos, mas é obrigação dos seus dirigentes autolimitarem-se e dois mandatos, num cargo desta relevância, é absolutamente adequado e não deve ser ultrapassado.

Se penso assim e sempre o disse, não poderia agora quando tal me diz respeito ter diferente opinião.

Acredito que ajudei a mudar a imagem da Ordem junto da opinião pública e na Sociedade Portuguesa. Sempre o coloquei como prioritário em todos os meus programas eleitorais e se mais não fiz nesse sentido foi por não ser capaz.

Procurei que a Ordem fosse vista aos olhos dos portugueses, dos mais humildes aos mais sábios, como uma estrutura dos médicos ao serviço dos seus concidadãos.

Sempre disse que defender os médicos era defender a qualidade do seu exercício, a sua liberdade, a sua dignidade, o seu direito a comportarem-se de acordo com a sua Ética de grupo e a ver reconhecida a sua dedicação à causa pública.

Neste contexto nunca confundi defender os médicos com defender interesses económicos dos médicos. Tal não me impediu de enfrentar críticas fáceis quando pus em causa a qualidade dos cursos experimentais de Medicina ou a importação de médicos da América Latina sem diferenciação, vendidas com a lógica populista e ganhadora de votos de se estar a lutar contra a escassez de médicos.

Mais que o reconhecimento de colegas, que felizmente tive e de que continuo a ter inúmeras manifestações, ficará o reconhecimento dos portugueses, principalmente dos mais humildes, como tal mais frágeis mas simultaneamente aqueles que nos poderão dar força para ver reconhecidos os nossos direitos. Foi, quando interpelado ao fim-de-semana, na bomba de gasolina, no metropolitano ou no aeroporto que mais senti ter cumprido o meu dever e os meus

objectivos.

Ao final de dezoito anos de participação na direcção da Ordem retomo agora os meus direitos de cidadão de escolher partido ou participar na vida política.

Até aqui procurei pautar toda e qualquer participação da minha parte por uma estreita e fria lógica de defesa dos valores do humanismo médico e da visão dos médicos sobre a Sociedade, não permitindo que a Ordem fosse a oposição de serviço a qualquer governo ou que apoiasse as opções políticas dos seus dirigentes.

Quando, recentemente, critiquei com veemência o projecto de revisão constitucional do PSD não foi porque entendesse ter qualquer direito de defender a componente social-democrata abandonada no programa do partido e a sua fixação ideológica num quadro liberal, matéria que só a



militantes diz respeito ou que como cidadão tenho o direito de avaliar. Fi-lo porque entendo, e entende a Ordem, que para a qualidade da medicina é exigível um serviço de saúde gratuito no momento da prestação (seja lá como for o seu financiamento prévio), universal e geral que não coloque escolhos de natureza económica no caminho dos médicos e dos

Escolher o Próximo Bastonário

Os médicos, com a sabedoria própria dos grandes colectivos, que segundo estudos recentes tomam decisões mais acertadas que peritos individuais, saberão escolher quem os representa bem.

Pela minha parte os critérios serão óbvios:

- Quero como meu Bastonário um médico comum, que tenha percorrido todos os passos de uma carreira normal qualquer que seja a sua especialidade – alguém que conhece, por vivê-los, os problemas da Classe em todos os seus aspectos, do médico do interior ao universitário de nome conhecido além fronteiras.
- De preferência quero alguém que tenha subido a vida a pulso, que saiba o que são dificuldades e como vencê-las. Quem pratique ou tenha praticado, para além da carreira pública, o exercício privado de iniciativa individual, de pequeno grupo ou como assalariado de grande empresa.

- Quero alguém com experiência das políticas da saúde e curriculum no associativismo médico. Alguém experiente nos debates de que se fazem as escolhas da política, quer por cá, quer na Europa onde se tomam tantas decisões que nos afectam. Alguém que igualmente saiba que não se sobrevive sozinho, ou fechado no seu pequeno mundo, e que o espaço Lusófono é o espaço do futuro onde Portugal poderá continuar a afirmar a sua originalidade e razão de existir.

- Quero alguém com coragem e com meios para a ter, tranquilo mas firme. Alguém que não tenho qualquer problema porque não tem qualquer servidão, em relação a qualquer poder desde o político ao económico, seja ele da indústria farmacêutica ou da poderosa Associação dos que se dedicam ao comércio dos medicamentos.

- Quero alguém que pratique e tenha praticado

Medicina, que acredite nesta como arte em que convergem todas as ciências, sem tergiversões ou cedências ao que não faz sentido. O Bastonário tem que acreditar na Medicina Científica sem cedência perante o canto da sereia com que nos querem pôr a colaborar no chorudo negócio das Medicinas ditas alternativas.

– Quero alguém que respeite os outros profissionais da saúde e todos os que conosco colaboram para exclusivo bem dos nossos doentes. Alguém que perceba que o respeito pela dignidade e pela autonomia própria das outras profissões não se compagina, contudo, com a cedência do papel de liderança dos médicos e da sua assumpção de responsabilidade por tudo o que ocorre sob sua jurisdição.

– Quero, acima de tudo, alguém para quem ser Bastonário é servir os Colegas, os Doentes e a

Sociedade Portuguesa.

Não votarei em alguém para quem ser Presidente da Ordem dos Médicos é um passo de carreira, um degrau na escala social, o cumprimento de um sonho ou uma real ou imaginada obrigação perante alguém que o exija. Seja esse alguém a família, o grupo político ou apenas a vã vaidade do outro que há em cada um.

– Por último, e não menos determinante, olharei para o carácter, traduzido no passado. Não me peçam para votar em alguém que pelo seu percurso demonstre que não tem valores, que tudo aceita para atingir os seus fins, que o objectivo vale mais que os meios e a Ética é uma palavra para embelezar discursos.

As imediatas vitórias que personagens de tal teor por vezes obtêm, tornam-se, com o tempo que tudo esclarece, estrondosas, definitivas e irreparáveis derrotas.

doentes quando a doença ameaça. Igualmente quando critiquei o PS, então representado na Saúde por Correia de Campos, pela lógica gestonária imposta aos hospitais e o pragmatismo economicista que encerrou os serviços de atendimento permanente de Trás-os-Montes, não foi por ver perdida a matriz humanista que impregnou desde sempre o socialismo democrático do PS, matéria que só a militantes diz respeito ou que como cidadão tenho o direito de avaliar. Fi-lo porque abandonar populações do interior e aumentar a desigualdade entre este, desertificado, e o litoral, sobrepovoado, onde as economias de escala tudo facilitam, pôs em causa a universalidade e igualdade que a Ética Médica exige, tornou mais complexa a acção atempada da Medicina e provocou uma injusta e injustificável pressão sobre os médicos que ainda teimam em servir estas populações.

Igualmente quando defendi que o Código Deontológico era matéria dos médicos, e que para estes a vida após o seu início (qualquer que fosse a decisão individual sobre tal momento) era indisponível, não o fiz por birra ou para jogar qualquer tipo de poder contra o ministro, mas simplesmente porque a nossa liberdade não pode ter preço.

Poder-vos-ia referir inúmeros momentos mais ou menos conseguidos na perseguição deste objectivo de colocar a Ordem descentrada da luta política mas identificada pelos portugueses como ao seu serviço. Na questão das juntas médicas, onde infelizmente ainda não é possível ver claro onde começa e acaba a perspectiva médica e o simples pragmatismo económico e financeiro de sustentação da segurança social. No caso do cozinheiro infectado por VIH, condenado injustamente pela ignorância da mais basilar informa-

ção científica; igualmente no caso do cirurgião infectado pelo VIH, em que a Ordem produziu documentos de inegável pioneirismo e qualidade, hoje estudados por toda a Europa.

Foi assim quando me opus aos interesses económicos de quem se dedica ao comércio de medicamentos, não porque tivessem os médicos qualquer interesse ou inveja sobre os seus chorudos lucros nem sequer pela indignidade para os médicos de verem alteradas as suas receitas, mas unicamente pelo risco para os doentes e pelo aviltamento da farmacovigilância que a substituição pelos farmacêuticos configura.

Foi assim inúmeras vezes, que teria de agora ir rebuscar em dossiês ou nos recantos da memória de seis anos vividos num fôlego, intensamente, sob constante escrutínio da comunicação social, sabendo que mal ou bem é através desta que se constrói a imagem da Ordem e dos médicos

e que nas sociedades mediáticas em que hoje vivemos tal imagem é o real, apesar de limitado e menor, poder político.

Uma Ordem moderna deve saber lidar com isso. Explicar-se, usar os meios ao seu dispor, não se fechar em si mesma, mas sempre tendo em conta a dignidade que uma instituição desta dimensão exige.

Foi na obrigação a tal dever de criar a imagem de uma Ordem isenta, unicamente movida pelos interesses da Saúde e dos Doentes, sempre fiel à perspectiva da maioria dos médicos que fui de Lisboa ao Vimioso, ao Congresso Transmontano de Medicina Geral e Familiar, afirmar publicamente, perante os autarcas que tinham sido obrigados a subcrever protocolos e as populações desapossadas dos seus serviços de atendimento nocturno, que era crime tal abandono. Mas foi com igual espírito que fui de Lisboa a Alijó e a Vila Real acompanhar José Sócrates na inauguração do novo centro de saúde ou do serviço de oncologia. Penso que em grande medida consegui que esta nova imagem da Ordem impregnasse a opinião pública (claro que há sempre aqueles que nos insultarão nos blogs ou na mais insuspeita comunicação social). Se o consegui o futuro o dirá. E se o consegui será justo porque a Ordem foi efectivamente nestes últimos seis

anos essa Ordem. Profundamente não corporativa (ou melhor, profundamente corporativa no sentido saudável e elevado do termo – isto é, das corporações ao serviço da qualidade e da elevação de si próprias e do bem comum) e lealmente ao serviço dos Portugueses.

Gostaria que tal imagem não fosse a minha imagem e sim a imagem da Instituição. Por isso era meu dever ir-me embora e esperar que outra cara, com diferente forma de fazer mas com igual acreditar nesta forma essencial de ser Ordem, lhe dê o rosto. O que há para fazer é imenso. Se tiverem paciência de ler o meu discurso perante o Congresso Nacional de Medicina perceberão o que entendo politicamente ser imperativo. Também não nego neste momento de despedida que o faço com imensa pena de não continuar a dar o meu contributo.

Se fosse possível e útil continuaria mais seis anos sem remuneração, continuaria a perder fins-de-semana em Bruxelas para conseguir e consolidar a posição de liderança que a Ordem portuguesa hoje tem na Europa médica, continuaria envolvido no projecto da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, que foi pioneira nesta compreensão hoje já comum que o destino de Portugal, por mais europeu que seja, é indissociável do Brasil e dos países africanos em que se fala português.

Mas porque há princípios que não se ultrapassam e decisões que não devem ser tomadas emocionalmente que logo na tomada de posse afirmei que este seria o último mandato.

Acredito, permitam-me esta vaidade, ou ingenuidade, ou o que lhe queiram chamar, que se me apresentasse a sufrágio teria muitas hipóteses de manter a vossa confiança.

Mas entendo que não devo, que está na hora de sair, outra ou outro farão melhor. Porque o importante é que a Ordem dos Médicos continue a ser o referencial de qualidade, de ética e de valores de humanidade, numa sociedade cada vez mais materialista e despojada de valores de solidariedade.

Porque só enquanto a Ordem o for e possuir intrinsecamente o poder que só existe enquanto ela existir como referência na cabeça de cada um dos portugueses, cada um de nós, médicos, poderá continuar a sê-lo plenamente e não um mero executor de técnicas ao mando de um qualquer gestor.

Colegas, esta na hora do adeus... foi realmente um privilégio terem-me permitido representá-los e escrever-vos este texto.

Obrigado.



A Ordem dos Médicos no Século XXI

A mesa da sessão de abertura do XV Congresso Nacional de Medicina e do VI Congresso Nacional do Médico Interno, foi composta pela Ministra da Saúde, Ana Jorge, pelo presidente do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas, António Bensabat Rendas, pelo presidente da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, José Luiz Gomes do Amaral, pelo presidente da OM, Pedro Nunes, pelo presidente do Conselho Regional do Norte da OM, José Pedro Moreira da Silva, pela presidente do Conselho Regional do Sul da OM, Isabel Caixeiro, pelo vice-presidente do Conselho Regional do Centro da OM, José Ávila e por Inês Rosendo, presidente do Conselho Nacional do Médico Interno. Publicamos nesta edição os discursos do presidente da OM, do presidente da Secção Regional do Norte da OM e da Ministra da Saúde.



Discurso do presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, José Pedro Moreira da Silva

«Hoje temos quatro sessões em um só tempo.

A cerimónia de abertura do Congresso Nacional de Medicina e do Médico Interno, a comemoração do dia do médico, a entrega do prémio Daniel Serrão e a entrega de medalhas aos médicos que fazem 50 e 25 anos de inscrição na Ordem dos médicos.

Portanto procurarei dizer algumas pa-

lavras que sejam abrangentes a todos estes actos.

O debate sobre a organização da Ordem dos Médicos no Século XXI vai incidir e quais os principais desafios para os profissionais da saúde, bem como aquilo que devem esperar os portugueses. Iremos fazer um balanço sobre os novos desafios para os Colégios de Especialidade, as novas fronteiras da ética, a modernização e organização dos cuidados e modelos de saúde, a demografia médica, como avaliar os futuros especialistas e como

irão evoluir as carreiras médicas entre outras matérias.

O Congresso servirá para manter a chama acesa, proporcionando aos participantes um debate activo sobre o sector. Espera-se que, pelo menos, os intervenientes consigam perceber as mudanças que vão afectando todo o sector, apontando soluções alternativas às que, actualmente, vão sendo promovidas pelo Governo.

Como sabem o Dia do Médico está consagrado no Regulamento Geral da Ordem dos Médicos como o dia come-

morativo da publicação do Estatuto desta Ordem.

Comemora-se, não apenas como mera formalidade, mas com o sentido de reforçar os símbolos desta Instituição. Na figura do Prof. Doutor Daniel Serrão elogiamos todos os médicos portugueses, na da licenciada Ana Filipa Bastos Pedrosa, elogiamos todos os jovens licenciados que se aprestam para começar verdadeiramente a sua vida profissional e também as Faculdades de Medicina que os licenciaram.

Nas figuras dos médicos que este ano completam os 25 e 50 anos de inscrição na Ordem, elogiamos as suas carreiras individuais e também, as carreiras médicas, como trajecto profissional.

Por este conjunto de razões o Dia do Médico deve ser aproveitado para analisar o estado da medicina no País. Por parte do Ministério da Saúde existe vontade de criar uma rede de cuidados continuados que seja efectiva. Temos de perceber que o hospital não é o fim da linha para todos os doentes. Existem doentes que em virtude da doença que têm e da medicação a que estão sujeitos, podem ter outro tipo de cuidados, evitando assim o superlotar dos hospitais de agudos. Falta então, criar mais estruturas que tornem este objectivo numa realidade.

Poderemos dizer que desde há anos que temos vindo a assistir a algumas mudanças no sector da saúde, mudanças que, todos entendíamos por necessárias, uma vez que o sector atravessa uma crise, não de prestação de cuidados, mas quais os cuidados a prestar e qual o modo de os melhorar, rentabilizar e contabilizar.

Penso que neste momento o Governo terá que ter a coragem de nos dizer que tipo de saúde nos pode prometer para os próximos anos com base no orçamento previsto e pago por todos nós através dos impostos.

Não podemos continuar a prestar todos os cuidados de saúde, utilizando tecnologias de ponta, a todos os doentes com o orçamento que temos, sem tentar concentrar essas mesmas tecnologias em Centros de excelência, com rentabilização de custos e pessoal



de modo a mantermos uma prestação de cuidados adequados, com técnicos competentes e em número compatível com a boa prática médica.

O encerramento de unidades que não cumpram os requisitos mínimos é talvez necessário, este tem de ser conduzido em articulação com as autoridades locais de saúde e com as autarquias, nomeadamente a informação e diálogo com as populações, que se encontram pouco ou nada informadas.

O encerramento dos Serviços de Atendimento Permanente deverá ser articulado com o processo de reestruturação da rede das urgências devendo os dados demográficos, como os tempos reais de deslocação, bem como as necessidades específicas em cuidados de saúde em cada local serem acauteladas, como compreenderão, não é igual ficar equidistante de uma urgência básica, médico-cirúrgica ou polivalente.

As carreiras médicas têm sido ao longo de vários anos a espinha dorsal do SNS. O acordo alcançado entre o Ministério da Saúde e os Sindicatos médicos resultou em dois documentos que estabelecem as Carreiras Médicas para os médicos com contrato de trabalho em funções públicas e os médicos com contratos individuais de trabalho.

Posteriormente, foram negociados e publicados em dois documentos, os acordos colectivos de trabalho e de carreira especial médica que se aplicam

apenas aos médicos sindicalizados.

Esta negociação global para poder ser consequente e aportar para todos os médicos uma mais-valia continua órfã de dois aspectos que considero essenciais: O primeiro é a publicação da portaria de extensão por parte do Ministério da Saúde, para que os referidos acordos se possam aplicar a todos os médicos, e o segundo é a negociação da avaliação do desempenho, da regulamentação do concurso de progressão nos graus e categorias da carreira médica e as remunerações e respectivas posições remuneratórias, isto é a grelha salarial.

É que sem estas matérias, todos os acordos alcançados não fazem exactamente o mesmo sentido. E já agora, não posso deixar de relevar a posição da Ordem dos Médicos que deveria por imposição estatutária participar de forma activa em toda a matéria que tenha relação com a qualificação profissional. O Ministério tem a obrigação de ouvir mais a Ordem dos Médicos nesta matéria, para o que estamos disponíveis. Temos ainda o problema dos internatos médicos, porque não queremos os médicos internos transformados em médicos para todo o serviço, isto é, sem alma, sem auto-estima e sem autonomia. Queremos internatos médicos em locais de formação idóneos, com vagas adequadas mas com programas modernos e revistos que aguardam

publicação há vários anos.

As Unidades de Saúde Familiares são outro problema. São um projecto inovador, com diferente regime jurídico, de organização e funcionamento, bem como regime de incentivos aos profissionais envolvidos, mas como se trata de uma adesão voluntária gostaríamos de ver salvaguardados os direitos e o regime de trabalho dos médicos não aderentes, com especial atenção à manutenção dos locais de trabalho, horários e lista de utentes.

Tenho observado, por um lado médicos aderentes ao regime satisfeitos, com locais de trabalho renovados e boa organização de espaços, por outro, médicos não aderentes, alguns com listas de utentes mais reduzidas por concorrência das Unidades de Saúde Familiares criadas, problemas reais de partilha de espaços e outras questões logísticas que não obtêm resposta atempada e satisfatória das autoridades de saúde locais.

Não posso deixar de vos dirigir uma palavra sobre o já famoso PEC para a saúde anunciado recentemente. É que todas as medidas apontadas pelo Ministério da Saúde podem parecer fazer algum sentido, e evidentemente, sem prejuízo na qualidade do tratamento dos doentes.

Como médico e como cidadão fico naturalmente preocupado. É que, ou diminui a qualidade dos serviços prestados aos nossos doentes ou andamos todos durante vários anos a gastar dinheiro indevidamente por má gestão das instituições dos Serviços de saúde públicos. Isto preocupa qualquer cidadão que paga os seus impostos e não quer ver desperdiçados os magros recursos existentes. De qualquer forma, e se o Estado não tem efectivamente dinheiro há que repensar quais são as áreas estratégicas em que o Governo deve apostar.

Ou será que qualquer TGV ou novo aeroporto ou mais uma auto-estrada ou outra qualquer grande obra pública, serão mais importantes que a saúde, a educação ou a justiça?

Pois bem, ser médico hoje em dia é uma profissão com alguns riscos. Conciliar o interesse dos doentes, com a pressão que sobre nós é exercida em termos economicistas, tem que ser bem ponderada, devendo colocar sempre o estado da arte, acima de qualquer pressão ou orientação menos clara, como aliás todos temos vindo a fazer. Para terminar peço-vos que continuem a trabalhar com dignidade, qualidade e perseverança.

Acredito que a medicina portuguesa

pode ombrear com a medicina de qualquer país desenvolvido do mundo, por isso a nossa aposta tem de ser na qualidade.

Portugal possui avanços significativos nesta área e, apesar das dificuldades reais que atravessamos, e que aqui enumerei algumas, continuo a acreditar que com a dignidade e qualidade que todos os dias emprestamos ao nosso trabalho, poderemos continuar a sair de cabeça erguida ao termos o único serviço público que ombreia com os melhores em todo o mundo.

Por favor não o estraguem.»

Discurso do bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes

«Começa agora mais um Congresso Nacional de Medicina da Ordem dos Médicos. Mais uma vez os médicos portugueses reúnem-se para discutir as questões transversais à profissão. Aquilo que os preocupa, os motiva, ou os une porque a todos afecta independentemente da área particular do saber que professam.

Mais uma vez fomos honrados com a presença entre nós dos representantes da profissões que conosco partilham a responsabilidade de se auto-regularem e os mais altos dirigentes das Ordens



e Associações dos países que se exprimem nesta bela língua que Pessoa disse ser a nossa pátria comum.

Pela última vez assumo a privilégio de presidir a esta cerimónia inaugural e poder dirigir-vos uma palavra em nome de todos os médicos.

Por ser a última esperar-se-ia que me detivesse em balanço, na matemática do deve e haver do que foi feito e do que há para fazer.

Não o farei.

Sou por natureza avesso a balanços quando tais actos traduzem um acto introspectivo de um responsável que analisa o caminho que ele próprio percorreu, os êxitos e os inêxitos a que a si próprio de devam.

Sou avesso a tais exercícios porque humanamente mais não são que formas que variam do despidorado ao subentendido do auto elogio.

Quero que o balanço seja feito por outros quando o distanciamento que só o tempo que traz, permitir medir os factos na sua incontornável verdade e as vitórias e as derrotas possam ser contextualizadas.

A Ordem dos Médicos encerra hoje o ciclo de Congressos sob a minha presidência como encerrará dentro de meses o ciclo de acção sob minha influência. Nesta como naquela, fui um entre um grupo muito grande, sairei apenas com a consciência tranquila de fiz tudo o que pude, que saí porque quero e porque entendo que é assim o melhor para a Instituição.

Com a consciência bem presente do muito que devo a todos os que me apoiaram e ajudaram no caminho.

Tenho a certeza que os médicos saberão escolher um Presidente que continue o trabalho de credibilização da Ordem no tecido social, alguém que consiga manter presente na Sociedade Portuguesa a ideia de que os médicos estão ao serviço desta, de todos os seus concidadãos, portadores de uma ética humanista que os disponibiliza e os mantém intransigentes quanto aos valores se refere.

Alguém que perceba que a força dos médicos não radica nos privilégios concedidos, outorgados ou desejados



mas sim na tranquilidade do dever cumprido, na certeza de ter feito o melhor e no reconhecimento social que só conferem os privilegiados que são identificados por tudo darem às suas comunidades.

Estou certo que o futuro, ou futura, Presidente continuará a lutar por esta casa que desde 93 é de todos os médicos, que testemunhará com o seu passado, o seu trajecto profissional de um «primum inter pares». Alguém que ao brilho dos títulos académicos, da posição social ou da capacidade de ganhar, oponha o rigor do cumprimento da sua ética, a intransigência da defesa dos seus doentes, o acreditar na Medicina e nos médicos.

Não é possível presidir a esta Ordem na ambição da auto emulação, da vaidade do cargo que atingido, da exposição pública que fatuamente a comunicação social diariamente não regateia.

Não é possível porque é vã e transitória a glória no Mundo. Não é possível porque 10 milhões de portugueses nos observam e nos exigem. Porque não é possível enganar todos sempre e quando se trai a confiança o caminho que resta é o do ridículo.

Não temos, como médicos direito de percorrer tal estrada.

Porque a Ordem, meus caros Colegas, é uma peça imprescindível e cada vez mais relevante na estabilidade no tecido social.

No Portugal democrático em que vivemos, neste mundo para o bem para o mal globalizado que nos calhou na contemporaneidade, a descrença nas Instituições corrói o edifício da sociedade de abundância e paz em que nos julgamos eternamente refugiados.

Num tempo em que se crê que tudo é público, se sacraliza os mediadores de tal publicação, e se lança o anátema sobre quem defende a reserva, o confidencial o segredo que a cada homem individual é outorgado pelo simples facto de ter nascido e ser «pessoa», nesse tempo a nossa consciência é vista como ameaça e a reserva imprescindível à nossa acção como afronta.

Nos tempos em que o facilitismo impera, porque mais importante que a sã competição que privilegia os melhores e igualiza as classes sociais é a estatística vazia de conteúdos mas que como imagem perfaz a função. Num tempo, dizia, defender o saber e a ciência é visto como passadista e elitista e numa afronta à sociedade igualitária, ser Ordem é conseguir testemunhar que a Sociedade igualitária do nivelamento pelo menor denominador, é a Sociedade da injustiça que privilegia os arrivistas, os destituídos de pudor e de ética que aceitam usufruir do privilégio sem nada contribuírem para a Sociedade que os obsequia.

Ser Ordem é difícil porque é um permanente combate contra o lugar

comum, contra o mediatismo de ideias apelativas porque fáceis de comunicar e pouco exigentes no que concerne à necessidade de maturação e aprofundamento.

Ser Ordem é um permanente combate pela regulação social, pela protecção dos mais fracos, pela igualdade de oportunidades, pela defesa do saber, pelo combate à fraude, às pseudo ciências ao facilitismo.

Ser Ordem como ser médico é ser de esquerda na luta pela igualdade de cada homem, pelo seu direito inalienável à solidariedade dos seus concidadãos quando a doença traiçoeiramente o abate. Ser Ordem é perceber que a defesa da saúde dos portugueses passa pela defesa de um Serviço Nacional de Saúde, público, universal, geral e gratuito no momento da prestação.

Mas ser médico e ser Ordem é igualmente ser liberal no defender o direito dos médicos à livre iniciativa, perceber que a sua auto organização e capacidade de implementar e dirigir estruturas complexas de saúde é chave para o sucesso de um sistema que queremos global, que procure cada português onde ele se encontre, que não permita a subordinação do interior escassamente povoado ao litoral onde as economias de escola convidam o pragmatismo económico a aí tudo apostar.

Ser médico e estar na Ordem é, enfim e por tudo isto estar sozinho. Estar sozinho por não poder ter partido, não poder ter grupo, não poder ter amigos e adversários na espuma dos dias.

Mas é um estar só particular porque é estar solitário perante o seu dever; é estar acompanhado por todos e cada um naqueles a que um passado já longínquo se jurou defender. É esta postura que

eu tenha confiança que os médicos não quererão deixar de ter na Ordem do futuro e é por ela, pela capacidade de atingir que um dia querei ser julgado pelos meus pares.

É por essa postura que devemos defender a necessidade dos médicos ocuparem os cargos de gestão e direcção para os quais só eles possuem as adequadas ferramentas. É por ela que o dever de participar na vida social impede essa forma de estar tão fácil da indiferença e da equidistância.

Não tomar partido no jogo do poder não é abdicar da influência ou refugiar-se no conforto fácil de tratar da sua própria «vidinha».

É pelo contrario estar disponível para enfrentar todas as incompreensões, lutar contra todas as demagogias e resistir a todas as calúnias pela fidelidade à ciência, aos valores, e aos objectivos sem os quais uma profissão não se compreende.

É por isso que este Congresso é tão importante.

Porque não pretende desenvolver a aptidão para executar melhor uma técnica, apurar uma capacidade diagnóstica ou discutir uma estratégia para melhor defender os nossos pequenos e particulares interesses.

Este Congresso é importante na medida em que contribui para sermos melhores homens e mulheres, para sermos melhores médicos, na dimensão da capacidade para criticar e para aplaudir, para aceitar e para resistir.

Para que este Congresso tenha sucesso é necessário que contribua para a nossa compreensão dos desafios dos tempos. Tal percepção só advirá da troca de informações no diálogo franco, frontal e transparente entre todos nós, irmãdos pela qualidade de ser médico,

independentemente das responsabilidades que cada um transitório assumir. Queremos perceber onde nos conduz a crise económica e a inexorável e inevitável diminuição do financiamento do sistema de saúde. Temos de estar preparados para definir as linhas de fronteira não ultrapassáveis.

Há que equacionar as formas organizacionais que permitam evitar a armadilha da injeção permanente de tecnologias inovadoras e encontrar os mecanismos que permitam as escolhas substantivamente apoiadas que levam à sua adopção ou recusa.

Neste contexto há que perguntar ao poder político para quando a extinção da inútil, ineficaz e cara Entidade Reguladora da Saúde, que nos últimos tempos se tem caracterizado pela iniciativas ridículas ou absurdas que resultam da sua sôfrega procura de uma razão de existir. Para quando a sua substituição por uma Agência de Avaliação de Tecnologia à semelhança das que vão existindo por outros países da Europa, que proceda à análise desapassionada, baseada na melhor evidência científica existente e necessariamente distante dos casos e doentes concretos como tal permitindo tomadas de decisão política e economicamente racionais.

É que como médicos está na altura de nos recusarmos a colaborar no jogo do faz-de-conta que consiste na maior parte das ocasiões numa casuística e inútil disputa entre Instituições do mesmo dono, sobre a quem é atribuído registar o pagamento da factura. Está na altura de nos recusarmos a ser agentes colaborantes no verdadeiro roubo de direitos constitucionais que é ajudar a pilotar os doentes na sua navegação entre os escolhos que uns e outros vão procurando colocar no seu



caminho até à obtenção da terapêutica ou do exame complementar de diagnóstico que lhes são devidos.

Tomar decisões claras e transparentes pode parecer difícil e politicamente penalizador mas o médio prazo é sempre compensador e promove verdadeiramente uma Sociedade solidária onde não haja lugar para o chico espertismo, a encapotada cunha ou mesmo a pequena ou grande corrupção. (Neste particular é importante lembrar que corrupção nada tem a ver com os médicos trabalharem na actividade liberal nas horas de descanso após ter cumprido os seus deveres para com o empregador público.)

Há ainda que perguntar ao poder político para quando uma relação potenciadora das virtualidades próprias de cada Instituição e das suas finalidades traduzidas numa leal, verdadeira e honesta relação.

Nesta mesma sala, há cinco anos, quando pela primeira vez presidia ao Congresso Nacional de Medicina, O Ministro à época veio aqui, perante todos, sem que nada lhe tivesse sido exigido prometer terminar com o inqualificável modelo de receita médica e as suas barras de cruzinhas num permanente desafio à inviolabilidade da prescrição e à relação Médico doente. Se no Estatuto do Medicamento as promessas foram cumpridas e continuamos ainda hoje a poder prescrever associando à designação comum internacional o nome da patente ou o fabricante ou o detentor de AIM. O modelo de receita médica continua acintosamente imutável.

Tal realidade, única que permitiu garantir aos doentes uma Farmacovigilância adequada, ao médicos o respeito pela sua dignidade e ao Estado a promoção dos medicamentos economicamente mais vantajosos, continua de tempos a tempos a ser posta em causa pelos pingues interesses daqueles que se dedicam ao comércio de fármacos e para quem não há limite quando se trata na promoção dos seus lucros.

Cinco anos passados cabe perguntar para quando o cumprimento da promessa? Quando veremos alterado o



ofensivo modelo da receita com que somos confrontados diariamente?

Para quando igualmente a garantia que só a assinatura electrónica do médico, associada ao seu pessoal e intransmissível cartão profissional, poderá fornecer em todos os procedimentos desmaterializados electrónicos para que tendem os fluxos de informação nos nossos modernos sistemas de saúde.

E porque nunca é demais lembrar que a credibilidade dos governos e a sua pública aceitação dependerem da verdade com que se relacionam com os cidadãos cabe perguntar por uma outra matéria em que foi conseguido um relevante acordo com a Ordem dos Médicos.

Referimo-nos à definição da trajectória profissional dos médicos em termos de qualificação, matéria da exclusiva competência da Ordem quando do seu reconhecimento se trata. Tal trajectória identificada por patamares de desenvolvimento profissional contínuo, denominados de graus. Foi definida em trabalho conjunto entre a Ordem e o Ministério da Saúde e consubstanciada num projecto de diploma legal enviado pelo governo à Ordem durante o último Congresso.

Mais de um ano passado continuamos a espera da sua promulgação. Não queremos acreditar que a utilização da palavra carreiras que por facilidade

de expressão se usa simultaneamente para a trajectória de qualificação e para a evolução em termos laborais, matéria de competência dos sindicatos, tenha dado azo ao significativo e incompreensível atraso na promulgação do diploma que nos foi proposto.

Se a Ordem não interfere, como tem sido público e notório. Ao longo dos últimos seis anos, em matérias de natureza sindical, também não aceita que os sindicatos com a representatividade limitada aos que voluntariamente a eles aderem, possam interferir em matéria que diz respeito a todos os médicos e ao seu mais inalienável direito.

O direito de ver reconhecido ao longo da vida a sua evolução profissional, o seu cada vez maior aperfeiçoamento a sua cada vez maior capacidade de tornar as adequadas e boas decisões.

É que as carreiras tomadas literalmente no sentido laboral, que foram negociadas exclusivamente entre os sindicatos e o ministério fizeram tábua rasa dos acordos com a Ordem dos Médicos levando a uma situação bloqueada em que nada de novo se conseguiu para os médicos, em que foi inutilmente perturbada a sua unidade com ataques inaceitáveis desencadeadas contra a Ordem e que por último a ausência de uma postura de extensão parece querer tornar o Ministério no promotor activo de sindicalização que se tornaria obrigatória se as ditas carreiras vierem

a ter qualquer substância.

É que enquanto se aguarda a publicação do diploma que nos foi proposto e aceite há mais de um ano, continuam as sucessivas gerações de médicos recém especializados a não ver qualquer interesse na sua manutenção no Serviço Nacional de Saúde, e a optar pelas oportunidades economicamente mais favoráveis mesmo quando associadas a uma absoluta ausência de evolução ou formação.

Manter tal situação é pôr em risco o Serviço Nacional de Saúde mas é igualmente pôr em risco a medicina portuguesa com o avanço e qualidade que hoje lhe reconhecemos.

O cada vez em maior número de médicos que nos próximos anos as Faculdades farão fluir para a sociedade poderão ser desperdiçadas se o actual quadro não tiver entretanto evoluído. Se tal aconteceu a saúde que hoje conhecemos tornar-se á apenas uma amarga recordação.

Muitos outros temas poderiam ser

quer elencados merecendo um particular destaque a nossa preocupação com a forma como o estado português parece querer aceitar a qualidade de médico, quer quando promove estranhas experiências pedagógicas em Faculdades sem tradição no ensino de Medicina quer quando concede o grau de licenciatura mediante reconhecimento burocrático a quem não conseguiu obter equivalência por universidade portuguesa.

O tempo vai contudo longo e para resumir uma última palavra para o que penso ser trabalho a desencadear os temas internos.

A Ordem continua a aguardar pela revisão do seu Estatuto que permite torná-la um organismo com capacidade de intervenção na Sociedade e coesão nacional. Tal Estatuto que renova o hoje obsoleto documento legal com mais de trinta anos é um atributo da Assembleia da República.

Dizer aos médicos que enquanto dirigentes da Ordem o vamos renovar é

de uma absoluta desonestidade. Mas é tempo de se fazer perceber que a falta de vontade da Assembleia da República em empreender esta tarefa é, na prática, impedir a eficácia de acção de uma Instituição imprescindível no ordenamento jurídico nacional.

O mesmo se diga para o obsoleto Estatuto Disciplinar não compaginável com a actual necessidade de rapidez, transparência e verdade duma análise das reais ou supostas avaliações deontológicas por parte dos médicos.

A sua actualização e a materialização das penas disciplinares seriam de uma óbvia utilidade e certamente defendidas por todos aqueles que verdadeiramente estejam interessados numa eficaz acção reguladora autónoma da Medicina. Igualmente não poderão mais ser proteladas a reorganização das especialidades médicas, com as óbvias fusões, reestruturações e extinções que todos conhecemos. A evolução da ciência e da prática médica não se compaginam com a atitude confortável de estar



acomodado a uma realidade conhecida. As futuras gerações exigem de nós este esforço que mais não é, que aquele que outros antes de nós fizeram para que a nossa vida profissional tivesse decorrido com sucesso.

Uma tarefa exigente aguarda os futuros dirigentes da Ordem. Estou certo que como até aqui, tais tarefas serão encaradas com espírito de bem-fazer, dinamismo e capacidade.

Os congressos nacionais de medicina serão assim, anualmente, os momentos adequados para em nossa casa detectarmos e lançarmos as bases para a resolução dos problemas que mais que nossos são da sociedade que nos acolhe. É como uma grande viagem, começa num pequeno passo.

Está na hora de começarmos este XVI Congresso Nacional de Medicina para o qual convido todos a participar activamente.»

Discurso da Ministra da Saúde, Ana Jorge

«Começo por saudar a realização do XV Congresso Nacional de Medicina. Saúdo, em especial, o Senhor Bastonário e, nele, todas e todos os médicos que participam neste congresso.

Para mim é, naturalmente, um gosto especial estar entre colegas.

E quero saudar a oportunidade da reflexão que é proposta para este ano e que se traduz no questionar do papel da Ordem dos Médicos no Século XXI. Sem querer, naturalmente, condicionar a discussão que aqui vai ser feita sobre o assunto, quero, no entanto, recordar que o Estado delegou na Ordem dos Médicos a responsabilidade da defesa do direito dos portugueses a cuidados de saúde de qualidade.

Esta defesa é feita pela acção da Ordem na aferição da qualidade da medicina e do rigor e exigência da formação dos médicos.

É evidente que este núcleo central de atribuições não esgota a imensa actividade da Ordem dos Médicos mas, no entanto, resume bem o seu papel: o papel de, no quadro de um Serviço Nacional de Saúde universal público, ser uma garantia de aferição da qualidade



dos cuidados de saúde prestados.

E a Ordem fá-lo com total independência e isenção. E esse é um aspecto da maior importância no quadro de um País democrático.

E fá-lo, também, com inegável rigor e exigência.

Quero, por isso, prestar homenagem a todos os que, nos Colégios de Especialidade, nas Secções Regionais e nos órgãos centrais, diariamente contribuem para que a prática da medicina atinja, em Portugal, níveis reconhecidamente de excelência, uma realidade que é reconhecida pelos cidadãos através dos altos níveis de confiança que têm nos seus profissionais de saúde.

Minhas Senhoras e Meus Senhores, pensar e reflectir sobre a 'Ordem dos Médicos no Século XXI' é pensar nos desafios da própria medicina e da organização dos cuidados de saúde.

Nos trabalhos deste congresso serão debatidas em detalhe as diversas perspectivas destes desafios.

Mas gostaria de deixar aqui uma mensagem de confiança no que se refere à organização dos cuidados de saúde.

E os cuidados de saúde têm de se organizar na perspectiva de resposta aos novos desafios que hoje se colocam ao Serviço Nacional de Saúde, que passam pela adaptação aos novos padrões de doença, pelo alargamento do leque de respostas, tornando mais efectiva a generalidade, e pelo combate às desigualdades no acesso que ainda

persistem.

E a actuação tem de ser feita, cada vez mais, de forma integrada.

Apostando, com igual nível de prioridade, nos cuidados de saúde primários, nos cuidados hospitalares e nos cuidados continuados.

E um dos grandes desafios na organização dos serviços é a sua articulação. É fundamental melhorar a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares. E isso passa muito por conseguirmos melhorar a referenciação clínica, tornando mais racional o uso do sistema de saúde.

E a referenciação para os cuidados continuados terá de ser mais efectiva, o que certamente acontecerá, cada vez mais, à medida que as respostas da Rede aumentem, como esperamos que continue a acontecer nos próximos anos. Minhas Senhoras e Meus Senhores, A qualidade dos cuidados de saúde tem hoje novos desafios.

Temos de continuar a apostar na investigação e na inovação tecnológica. Novos equipamentos, novos medicamentos, novas técnicas, conduzem sempre a melhor qualidade na prestação de serviços. E é apostando na formação e inovação que continuamos a garantir ter profissionais à altura do melhor que há no Mundo.

Temos de continuar a apostar na melhoria do acesso dos portugueses a cuidados de saúde. Temos de continuar

a diminuir os tempos de espera para consulta e para intervenções cirúrgicas, diminuir o preço dos medicamentos para os utentes e apostar, cada vez mais, na relação inter-pessoal entre os profissionais de saúde e os doentes.

E temos de ser capazes de melhorar a eficiência de gestão do Serviço Nacional de Saúde. Uma eficiência de gestão que não é sinónimo de cortes cegos. Uma eficiência de gestão que não coloca em causa a quantidade e a qualidade da actividade assistencial.

E são ganhos de eficiência que decorrem não apenas de medidas de gestão, mas também de combate ao desperdício.

E os profissionais têm aqui um papel muito importante, em particular os médicos, através do acto de prescrição, seja de medicamentos, seja de meios complementares de diagnóstico, ou no contributo que devem dar para, através de uma melhor referência clínica, mudarmos o paradigma das consultas e combater o hiper-consumo de consultas da especialidade.

Senhor Bastonário, Minhas Senhoras e Meus Senhores,

Deixei aqui o meu testemunho, mas



quero também deixar uma palavra de confiança. Iho.»

Confiança no papel da Ordem dos Médicos e confiança no papel dos médicos portugueses.

Espero, por isso, que os trabalhos deste congresso possam decorrer da melhor forma. Estarei atenta às suas conclusões.

Desejo-vos, por isso, um bom traba-



Envolvimento dos médicos na gestão hospitalar

Decorreu no dia 6 de Maio em Lisboa a reunião da AEMH – Associação Europeia dos Médicos Hospitalares, organização que é presidida por João de Deus, vice-presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos. Esta reunião teve como tema ‘o envolvimento dos médicos na gestão hospitalar’.

João de Deus, presidente da AEMH, iniciou esta reunião realçando a interligação crucial que existe entre decisões que envolvem a segurança dos doentes e as decisões relativas à alocação de recursos, interligação essa que está no cerne da questão do envolvimento dos médicos na gestão hospitalar. «As decisões estratégicas podem influenciar tanto a qualidade do atendimento ao doente, como a gestão». O excesso de tempo de trabalho, equipas insuficientes, médicos não especializados a efectuar trabalho especializado, equipas mal pagas, política de quantidade em detrimento da qualidade, foram alguns dos problemas enumerados pelo presidente desta importante organização que tem como principal objectivo melhorar todos os aspectos da vida hospitalar na Europa.

Pascal Garel, CEO do European Hospital and Healthcare Federation (HOPE), falou sobre a diversidade que se verifica na Europa em termos de gestão hospitalar e classificou essa mesma diversidade como sendo um desafio. O trabalho apresentado por Pascal Garel baseou-se em diversos estudos, nomeadamente: Hospital Governance Survey (HOPE/EAHM, 2005), Enhancing Engagement in Medical Leadership (NHS Institute, 2008), Hospitals in the EU 27 (HOPE, 2008) e Novos Modelos de Gestão Hospitalar (Observatório da Organização Mundial de Saúde/HOPE, estudo ainda a decorrer). Quando se fala em gestão hospitalar é preciso definir se nos referimos ao gestor de topo ou à equipa de gestão, se estamos a englobar a gestão central ou a gestão por departamentos/unidades, explici-

to, defendendo que a descentralização é algo muito importante que influencia a estrutura e o financiamento. Sabendo que os recursos alocados à saúde variam de país para país, Pascal Garel realçou diferenças significativas que invalidam estudos efectuados com base em médias europeias: «há países onde há um médico para seis enfermeiros, noutros há um médico para cada enfermeiro». Também existem diferenças em relação aos vínculos laborais dos médicos (trabalhadores por conta de outrem, no quadro central, regional ou local, profissionais liberais, etc.). O mesmo sucedendo quanto às estruturas e investimentos: quem planeia e constrói os hospitais (público, privado, auto-financiamento?). A propriedade tem naturalmente consequências na gestão: há países em que os hospitais são públicos porque a propriedade é pública mas a gestão é mais próxima da privada, noutros são instituições totalmente públicas. Estas variantes mudam completamente o que um gestor hospitalar tem que fazer. Não se gerem 300 camas da mesma forma que se gerem 30». Os objectivos da gestão passam pelo equilíbrio orçamental e pelos resultados que se inferem dos indicadores de qualidade e segurança dos doentes. Autonomia (quer em termos de recursos humanos, definição de objectivos, planeamento e gestão) e transparência (para médicos e doentes) foram factores apontados como essenciais nesta complexa realidade. No que se refere à transparência Pascal Garel salientou a vantagem de existirem



relatórios dos corpos gestores, especificações orçamentais, dados sobre o trabalho hospitalar desenvolvido, etc.

Godfrey Perera, secretário geral da European Hospitals and Healthcare Employers Association (HOSPEEM), falou sobre «médicos gestores de serviços de saúde no séc. XXI», tendo começado por referir que considera que «é difícil fazer mudanças quando se trata de médicos» porque «os médicos mais antigos sentem a mudança como sendo uma ameaça». «Há muitos obstáculos a ser removidos. Médicos-gestores têm que gerir equipas e recursos, algo em que não são diferentes dos outros gestores». «Os médicos viam os gestores como inimigos e os gestores viam os médicos como empecilhos». Referindo que honestidade, espírito de liderança e confiança são características essenciais a um gestor, Godfrey Perera não hesitou em explicitar que são, simultaneamente, características que os médicos possuem e reconhecem na sua prática diária. Sobre o que é um bom gestor, o secretário geral da HOSPEEM referiu ser essencial ser alguém que sabe gerir uma equipa, comunica com clareza, identifica e estabelece objetivos, sabe quando procurar ajuda, é capaz de demonstrar capacidades de liderança nomeadamente, liderando pelo exemplo. «Isto são coisas que os médicos já fazem no seu dia a dia. O que sucede é que, por vezes, não identificam que as fazem», referiu, salientando que os médicos estão sub-representados nas equipas de gestão. Uma das preocupações dos médicos gestores, que foi analisada, é a de tentar manter a prática clínica. Contudo, não é um equilíbrio fácil pois «as exigências da gestão são muito grandes», mas é algo que Godfrey Perera considera primordial: «sem médicos na gestão diária dos hospitais, não acredito que a gestão seja bem feita». Defendeu a implementação de medidas que atraiam os médicos para as posições de gestão, nomeadamente ideias que clarifiquem as expectativas destes profissionais e que lhes proporcionem o apoio necessário, pois a experiência



demonstra que a existência de médicos em cargos de gestão proporciona uma qualidade superior dos cuidados prestados. «Temos que assegurar que, em tempos de crise, o dinheiro disponível é bem gerido, e os médicos sabem como o fazer».

Manuel Delgado, vice-presidente da European Association of Hospital Managers (EAHM) e ex-presidente do

conselho de administração do Hospital Curry Cabral, apresentou a perspectiva dos gestores hospitalares referindo-se aos desafios que considera que os mesmos têm que enfrentar: sustentabilidade, no sentido do equilíbrio a longo prazo entre rendimento e despesas; proporcionar, com critério e objectividade, a correcta utilização dos recursos disponíveis; promover a qualidade dos



cuidados e uma eficiência crescente; criar uma 'linguagem comum' para avaliar indicadores de qualidade e segurança e, conseqüentemente, potenciar sinergias e aprendizagem tirando partido da experiência comprovada dos vários parceiros; capacidade de resposta às expectativas dos doentes no que se refere a acessibilidade, eficácia dos cuidados e conforto; necessidade de inovação, absorvendo e disponibilizando aos doentes os mais adequados avanços tecnológicos, através da escolha de novas tecnologias apropriadas às necessidades de saúde da população, etc. Para responder a esses desafios, Manuel Delgado considera que os sistemas de saúde precisam de mais e melhor organização (tendo o orador exemplificado com a necessidade de resolver o recurso indevido às urgências que ocorre em Portugal), de uma abordagem integrada (com estratégias integradas de saúde e mais e melhor informação para profissionais e doentes), acessibilidade a tecnologias de saúde, qualidade de acesso aos serviços de saúde, etc. Todos estes factores, conforme foi referido, implicam «uma boa interrelação entre médicos e gestores e mais autonomia para os níveis operacionais». Como exemplos de áreas fundamentais de colaboração entre médicos e gestores foram referidas: o envolvimento dos profissionais nos



processos de decisão nomeadamente na definição do número de médicos e a distribuição do seu tempo de trabalho, políticas de prescrição de medicamentos e técnicas/tecnologias de tratamento, gestão de camas («é importante racionalizar o uso das camas. Esta é uma questão fundamental para o futuro dos sistemas de saúde»), política de tratamento em ambulatório e internamento, desempenho clínico (inclusão de novos medicamentos, análises de produtividade, melhoramento contínuo). Manuel Delgado destacou a necessidade de manter o foco no cliente, o que se traduz no melhoramento das listas de espera e dos tempos de espera, programas de segurança dos doentes (controlo de infecção, prevenção de quedas e outros acontecimentos adversos, consentimento informado, etc.), política de cuidados integrados, utilização de protocolos e *guidelines*, auditorias clínicas internas e externas, acreditação hospitalar, definição de prioridades (que doentes tratar em determinado hospital, quais transfe-

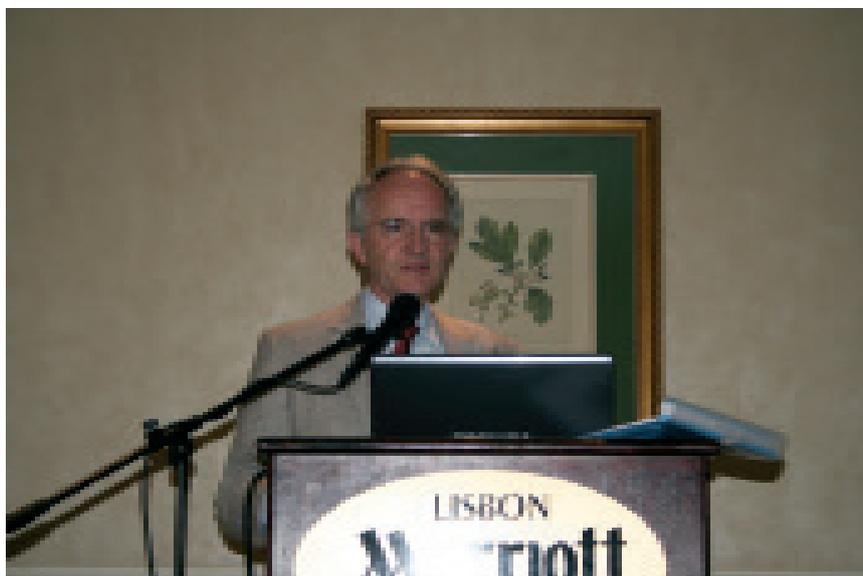
rir...), equipas multidisciplinares, etc. O vice-presidente da EAHM terminou a sua intervenção referindo que «as boas parcerias, tal como os bons casamentos, não funcionam na base do controlo ou propriedade. É preciso esforço, empenho e entusiasmo de ambas as partes».

Thomas Zilling, em substituição de Mike Durkin, falou nesta reunião da AEMH sobre cuidados de qualidade e liderança clínica para a qualidade, tendo apresentado o trabalho realizado por Mike Durkin, que incluía alguns dados estatísticos, nomeadamente quanto às prioridades dos doentes, as quais surgiam pela seguinte ordem (da mais importante para a menos relevante): período de espera para tratamento hospitalar, receber o tratamento e os medicamentos mais eficazes, conseguir consulta com o médico de família sempre que necessário, instalações limpas, ser tratado com dignidade e respeito, receber informações sobre os serviços disponíveis, ter tempo suficiente com a equipa médica. Esta intervenção teve

como base a abordagem que está a ser feita no NHS South West em Inglaterra, onde se estabeleceram ambiciosas metas para o desenvolvimento do sistema de saúde a cumprir até 2013: ter a esperança média de vida mais elevada da Europa, reduzir o número de fumadores nessa região até igualar os melhores do continente, inverter a tendência crescente no que se refere à obesidade infantil, reduzir significativamente os tempos de espera, reduzir as taxas de mortalidade em doenças cardíacas e cancro, atingir os mais elevados níveis de consumo de frutas e vegetais em Inglaterra, etc. As ambições desta região passam ainda por uma redução de 10% ao ano na taxa de recurso às emergências, um máximo de duas horas de espera nos serviços de emergência já em 2011, etc. Estes objectivos foram estabelecidos com a colaboração de mais de 2500 médicos e outros profissionais de saúde, tendo sido desenhado um sistema em que a ambição é estar ao nível das melhores práticas baseadas na evidência, quer a nível nacional quer internacional.

Pedro Nunes, presidente da Ordem dos Médicos, falou sobre formação pós-graduada em gestão de unidades de saúde tendo explicado os contornos do curso que foi criado em Portugal. Foi referido o papel fundamental da ex-ministra da saúde e economista, Manuela Arcanjo, na elaboração da grelha de formação específica para médicos dessa pós-graduação. Sistemas e políticas de saúde, liderança, noções básicas de estatística, economia da saúde, sistemas de informação, ética, comunicação, gestão de recursos humanos e marketing são algumas das valências que fazem parte da estrutura do programa dessa pós-graduação. Pedro Nunes sublinhou que, com este programa, pretende-se formar médicos-gestores, que não se esqueçam da sua cultura ética e deontológica.

Considerando que é problemática a forma como, hoje me dia, as pessoas olham para os médicos como «prestadores de um determinado serviço», Pedro Nunes explicou que essa é uma



visão que inquina, nomeadamente, a abordagem de alguns gestores ao exigirem, por exemplo, que um médico pratique determinado acto em 10 minutos, como se tudo fosse uma questão de produtividade por parte de prestadores. «Os médicos não se podem esquecer que são agentes e que, o que fazem, fazem-no em nome dos doentes», referiu, explicando que mais importante do que um médico proceder a uma determinada operação cirúrgica é o papel desse mesmo médico enquanto decisor quanto à necessidade/possibilidade de determinado doente ser, ou não, operado. «Geralmente o gestor não é um médico e o seu papel é hipertrofiado», «se continuamos a aumentar o número de gestores que não têm incorporados

os conceitos éticos dos médicos o resultado não será com certeza nada positivo», concluiu.

Raymond Lies, administrador do Kirchberg Hospital no Luxemburgo, explicou como essa instituição contou com o envolvimento dos médicos em termos de gestão, desde o momento da concepção e construção. Um dos desafios que tiveram que enfrentar foi precisamente a harmonização dos interesses dos médicos com os interesses do hospital. Considerando o envolvimento de médicos, enfermeiros e doentes é crucial, Raymond Lies explicou que, quando, nos anos 90, chegou ao hospital existiam três poderes completamente distintos: administradores, médicos e enfermeiros. Esta divisão estanque de



poderes era extremamente prejudicial para todas as partes e só uma solução em que cada profissional procure as suas especificidades, também no que se refere a tomada de decisões, é que poderá ser positiva. «Se um médico chega ao hospital de manhã e faz o seu trabalho como um qualquer fornecedor de serviços, não tem, naturalmente, ligação com o que se passa no hospital. Neste caso, não poderá interferir nas decisões nem na gestão do *budget*. A interferência e a participação são a chave de uma boa gestão em cuidados hospitalares». O Kirchberg Hospital é uma entidade privada mas que adminis-



tra dinheiros públicos. Nesta instituição, os médicos são profissionais liberais e os enfermeiros e administração são trabalhadores por conta de outrem o que pode, igualmente, consubstanciar um desafio. Esta questão é ultrapassada através de uma profunda colaboração entre profissionais. Depois de 7 anos a gerir este hospital, Raymond Lies apresentou como conclusões o crescente envolvimento dos médicos, a melhoria constante da qualidade dos cuidados prestados e maior interação entre os vários departamentos, concluindo que a colaboração entre gestores, médicos e enfermeiros é uma realidade que tem que se manter e ser incentivada e desenvolvida.

Marie Wedin, presidente da Associação Sueca de Médicos Hospitalares, analisou os vários tipos de gestão em saúde: na gestão por economistas há uma 'economização' da saúde fazendo o foco da acção recair sobre aspectos contabilísticos em vez de incidir sobre a qualidade dos cuidados prestados; outra tendência é a gestão por políticos sendo que esta classe parece ter dificuldade em aceitar que os médicos tenham poder na gestão diária do hospital, acabando por prejudicar a efectividade dos profissionais e dando como garantida a qualidade médica; na gestão por enfermeiros, tendência que aumentou nos últimos 15 anos, muitas vezes o que acontece é uma escolha de gestores mediante lealdades políticas demonstradas. «Aumentando o vencimento dos enfermeiros, os políticos captam-nos facilmente para cargos de gestão, enquanto que aos médicos não é assim tão fácil pois estes profissionais exigem poder continuar a exercer medicina, o que faz com que não sejam tão facilmente 'manipuláveis' pois po-

dem sempre deixar o cargo de gestão e voltar apenas à sua prática clínica». Explicitando que o argumento utilizado é que «os enfermeiros são líderes de equipas», Marie Wedin não desmentiu que uma enfermeira possa ser uma boa gestora mas recusa qualquer implicação de que o façam melhor do que os médicos. A última tendência nesta área, na Suécia, é a gestão por consultores contratados porque essas empresas estão disponíveis para elaborar estudos que justificam uma política de fusões de instituições hospitalares que os políticos não conseguem explicar em face da falta de camas que se verifica nos hospitais suecos. Marie Wedin falou de uma «gestão do medo», de lideranças despóticas em que os profissionais ou estão a favor da direcção ou são excluídos, etc. A Ordem dos Médicos sueca está a tentar que os médicos compreendam como é importante desenvolverem as suas competências em liderança para a defesa da qualidade dos cuidados de saúde, defendendo o ensino de competências em liderança a todos os médicos e em gestão aos profissionais que demonstrem interesse por essa área.

Fernando Regateiro, presidente do Conselho de Administração dos Hospitais Universitários de Coimbra, falou sobre a relevância da presença de médicos na administração hospitalar. Este orador começou por explicar que os HUC, enquanto instituição, possuem uma cultura própria, e, citando Tom Tierney, que «é a cultura de uma instituição que determina como é que as pessoas se comportam quando não estão a ser observadas». Afirmando sem hesitações que sabe que os HUC funcionam bem, o presidente do Conselho de Administração, não deixa

de referir que «o que funciona bem numa cultura poderá não funcionar bem noutra». «Gerimos os HUC com base em princípios que os funcionários conhecem bem: não provocar dano, melhorar continuamente, manter os doentes no centro do processo e os profissionais no centro da mudança». Conforme foi explicado, a liderança é essencial e um líder tem que ter «um optimismo contagioso, determinação, perseverança perante as dificuldades e ser capaz de transmitir confiança mesmo quanto tenha dúvidas». Segundo Fernando Regateiro um administrador é um profissional treinado para comunicar que sabe que é impossível prestar cuidados excelentes a todas as pessoas a toda a hora, que conhece o papel e os direitos de doentes e profissionais, com desenvoltura na resolução de conflitos, etc. A imagem estereotipada que os gestores têm dos médicos hospitalares é a de profissionais que estão sempre a fazer exigências impossíveis de satisfazer, querem sempre mais espaço, equipas maiores e maiores vencimentos, que chantageiam os administradores e que parecem ser impossíveis de satisfazer. «Os médicos têm que tratar os doentes e alguém deve preparar as condições para que eles o façam», sendo que a identificação de necessidades é, conforme referiu, mais do que um processo técnico, um processo político. Perante a pergunta: «pode um médico gerir um hospital?», Fernando Regateiro não hesita em responder afirmativamente referindo que para um médico poder exercer essa função tem que ser «ensinado» no que se refere a competências como liderança, planeamento estratégico, modelos organizacionais, comunicação e gestão de equipas, etc. Os médicos têm cada



vez melhor noção do «enquadramento geral» e das restrições orçamentais. Médicos com conhecimentos na área de gestão juntam o melhor de dois mundos: administração e dimensão técnica «e apresentam vantagens quando comparados com os administradores não médicos», acrescentou. O facto desses gestores-médicos partilharem os interesses de outros médicos, poderem contribuir para racionalizar os serviços definindo prioridades, têm um nível elevado de confiança e podem interagir com os outros médicos para estabelecerem métodos *standard*, foram alguns dos exemplos dessas vantagens. O presidente do Conselho de Administração dos HUC considera que, ao desempenhar funções de gestão, os médicos devem trabalhar com profissionais de outras áreas. «A direcção dos HUC tem dois médicos, um enfermeiro e dois administradores», concluiu.

Romuald Krajewski, vice-presidente da Ordem dos Médicos e Dentistas polaca

e vice-presidente da UEMS – União Europeia dos Médicos Especialistas, explicou a realidade na Polónia, nomeadamente no que se refere ao papel dos médicos na gestão hospitalar. O representante da Ordem polaca começou por referir que, no seu país, os médicos estão muito envolvidos na gestão de instituições de saúde. Existem 130.000 médicos registados na Polónia, 44.000 dos quais trabalham em hospitais. Existem neste país 748 hospitais, sendo 578 deles públicos. Mais de 80% dos directores de hospitais são médicos e quase todos têm formação em gestão (MBA/Pós-graduação). Quase todos esses profissionais acumulam as funções de gestão com a prática clínica. Devido aos baixos orçamentos para a saúde, gerir com sucesso um hospital na Polónia é «uma missão impossível». Os vencimentos são baixos e os profissionais têm duplo ou mesmo triplo emprego. Há uma grande pressão para aumentar os salários e uma grande interferência política na gestão hospitalar. Apesar dos incentivos financeiros para



médicos gestores não serem muito aliciantes e apesar de todas as dificuldades que têm que enfrentar nesses cargos, Romuald Krajewski considera que é impreterível que os médicos continuem a aceitar desempenhar tais funções pois uma gestão estritamente económica iria pôr em perigo os doentes e prejudicar os profissionais.

Rui Guimarães, anterior presidente do PWG (organismo que representa os jovens médicos europeus), trouxe a esta reunião a perspectiva dos jovens começando por referir a existência de uma espécie de novo paradigma que estabelece que «para se ser um bom médico tem que se ter sensibilidade para a gestão». Considerando que, para «sobreviverem hoje em dia», os jovens médicos têm que ter este tipo de valências, o PWG defende que deve existir desde a faculdade de medicina formação obrigatória em gestão e liderança. «Nem todos os médicos serão bons gestores, mas todos devem ter a oportunidade de aprender» e devem envidar-se esforços para identificar os que têm potencial para ser bons líderes e gestores e proporcionar-lhes a oportunidade de obter ensinamentos mais profundos neste campo. Uma competência que inclui gestão de equipas, objectivos, tempo e recursos, comunicação, conhecimentos que, segundo alguns autores (Firth-Cozens



2003), ajudam a prevenir e reduzir o stress nos médicos.



Jornal Português de Gastroenterologia

Órgão Oficial da SPG, SPED e APEF | gejornal@mail.telepac.pt



Sociedade Portuguesa
de Gastroenterologia

www.spg.pt



www.sped.pt



www.apecf.com.pt

Decisões estratégicas podem influenciar a segurança dos doentes



Revista da ordem dos Médicos – Que vantagens destaca no envolvimento dos médicos na gestão hospitalar?

João de Deus – Todas as decisões que envolvem um julgamento clínico e alocação de recursos e que se prendem com a segurança dos doentes e questões de gestão de risco beneficiam da presença de um médico no

centro decisor. O que sucede é que, muitas vezes, certas decisões são tomadas sem ter em conta o âmago da questão: a segurança e o bem estar dos doentes. Isto sucede precisamente porque os gestores, não sendo profissionais de saúde, não têm qualquer conhecimento ou contacto com a realidade hospitalar. Não podemos permitir que se desvie a atenção do que é importante – o doente – para questões acessórias como sejam a quantidade. Não podemos aceitar que as decisões se tomem com base em indicadores de quantidade – tipo de abordagem que acarreta mais riscos para o doente – em vez de serem usados como referência os indicadores de qualidade. Também em termos de organização e condições de trabalho a existência de um médico nos corpos gestores facilita o bom desempenho pois, enquanto profissionais habituados a estar no terreno, têm uma melhor compreensão dos problemas provocados, por exemplo, pelo subdimensionamento das equipas ou pelo excesso de horas de trabalho.

ROM – Quais as principais desvantagens para um médico na possibilidade de assumir um cargo de gestão?

JD – A maior desvantagem será o afastamento da prática clínica. No entanto, muitos colegas mantêm a actividade clínica, por exemplo, reservando um dia para consulta. Além disso, acontece por vezes os cargos de gestão não terem o devido reconhecimento dos pares. Há decisões que não são fáceis de tomar e nem todos os colegas reconhecem o empenho e dedicação que um médico demonstra ao aceitar assumir um cargo de gestão e com isso tentar assegurar que as decisões estratégicas são tomadas tendo em conta que o centro da actividade hospitalar é o doente e que deve ser ele a razão de ser todas as decisões.

ROM – Então considera possível um médico manter a prática clínica e equilibrá-la com tarefas de gestão?

JD – É difícil, mas naturalmente que é possível. Até porque entendo que os médicos para assumirem estes cargos devem estar numa fase da sua carreira em que a actividade clínica já não é tão intensa o que torna mais fácil esse equilíbrio.

ROM – Em que medida é que a acção da AEMH pode ser decisiva neste processo?

JD – A acção da AEMH faz-se sobretudo ao nível das organizações médicas nacionais, através das quais tentamos sensibilizar os colegas para a necessidade de envolver os médicos nas actividades de gestão de instituições de saúde. Além disso, procuramos que desenvolvam o ensino nestas áreas pois um médico não pode assumir este tipo de cargo sem ter a devida formação. Em Portugal, através de um protocolo com a Universidade Católica, desenvolvemos a pós-graduação em gestão. Através da AEMH pretendemos que todas as organizações compreendam a importância da formação e implementem programas idênticos, permitindo, aos médicos que assim o entenderem, o acesso ao conhecimento em gestão e liderança.

Hospital Privado de Braga recebeu prémio GreenBuilding

A placa de Edifício GreenBuilding foi entregue ao futuro Hospital Privado de Braga, desenvolvido pela Britalar – Sociedade de Construções, S.A., para o Grupo Trofa Saúde, com o apoio da Magnetic Fieds.

A Agência para a Energia (ADENE), entidade responsável pela gestão do Programa GreenBuilding em Portugal, presidiu à cerimónia de entrega da distinção, atribuída pela primeira vez a uma unidade hospitalar.

A poupança anual estimada em 84,5 toneladas de CO₂ é um dos objectivos traçados pela Britalar, que concebeu e construiu o edifício. O edifício foi alvo de diversas transformações durante a fase de construção. Foram implementadas medidas de sustentabilidade energética e de garantia de qualidade do ar interior que constituíram factores distintivos premiados com o galardão Parceiro GreenBuilding.

Congresso Europeu de Cuidados Paliativos em Lisboa

Vai ter lugar em Lisboa, no Centro de Congressos, o **12º Congresso Europeu de Cuidados Paliativos, de 18 a 21 de Maio de 2011**. A organização estará a cargo da EAPC (European Association for Palliative Care) e da APCP (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos) – informação em www.eapc-2011.org. Esta será uma iniciativa multiprofissional, sob o lema «*Reaching out*», cujos principais objectivos se prendem com a ideia central de troca e aprofundamento de teorias e práticas em torno dos Cuidados Paliativos. Queremos através deste congresso estreitar laços entre profissionais – nomeadamente, aproveitando os nossos contactos privilegiados com a comunidade lusófona internacional –, ampliar conhecimentos e superar desafios que todos os dias se nos colocam na prática clínica. Esperamos cerca de 2500 participantes e **queremos fazer deste o maior congresso europeu de Cuidados Paliativos de sempre!** Para tal, esperamos

contar com a presença de todos os médicos portugueses interessados nesta área, desafiando-os a apresentar trabalhos científicos, a revelar os resultados da sua prática e a participar activamente nas inúmeras sessões que constam do programa científico.

Para nós, este congresso representa também um privilégio para a nossa Associação e para a comunidade científica portuguesa e, sobretudo, uma enorme oportunidade para credibilizar e desenvolver ainda mais e melhor os Cuidados Paliativos no nosso país, a

bem dos doentes que deles carecem. E hoje continua a fazer sentido esclarecer e demonstrar de que, quando falamos de Cuidados e Medicina Paliativa, estamos a falar de Ciência no seu melhor. Quarenta anos volvidos sobre a fundação do St. Christopher's Hospice em Londres por Cicely Saunders, ainda há quem pense, de forma lamentável e reveladora de um desconhecimento não aceitável a um nível de profissionais de saúde, que os Cuidados Paliativos são cuidados de saúde que intervêm

e aos seus familiares. Estes cuidados rigorosos e científicos, na sua vertente médica, assumem-se como uma verdadeira especialidade – a Medicina Paliativa –, já reconhecida há décadas em países como a Grã Bretanha, e mais recentemente no Canadá, nos EUA, na Austrália e na Nova Zelândia. Nesta linha, um grupo de médicos que trabalha nesta área no nosso país, apoiados pela APCP, submeteu recentemente à Ordem dos Médicos um pedido para que a Medicina Paliativa seja considerada uma área de competência em Portugal.

Estes Cuidados destinam-se a doentes de todas as idades – incluindo a pediátrica – e diferentes patologias, oncológicas e não oncológicas, e são prestados ao longo de meses, semanas, e até anos. Chamamos a atenção para o facto de um doente terminal ser definido como aquele que tem, em média, um prognóstico de 3 a 6 meses, e é no caso dos doentes moribundos que o prognóstico será de dias ou horas. Um doente a

carecer de cuidados paliativos não será necessariamente um doente terminal ou moribundo. Ignorar este facto é retirar a muitas pessoas a possibilidade de períodos mais prolongados sem sofrimento intolerável na fase final da sua vida.

Para prestar cuidados a estes doentes, exige-se hoje uma preparação técnico-científica rigorosa em diferentes âmbitos, e nunca poderemos falar deles como uma área em que se dispensa preparação científica adequada, específica e devidamente diferenciada. Esta não é, de todo, uma área de indiferenciação; será necessário deter



«quando já não há nada a fazer» e se reduzem a «mimos e carinhos». Colam-se, desta forma, aos Cuidados Paliativos, ideias e práticas de menorização e de cuidados de saúde de segunda, que efectivamente não são.

Os Cuidados Paliativos são consensualmente entendidos como cuidados de saúde estruturados, interdisciplinares, conjugando o melhor das competências técnico-científicas e os valores do Humanismo no tratamento que oferecem aos doentes em sofrimento decorrente de doença grave e/ou incurável, avançada e progressiva

Defensor Moura quis apresentar candidatura ao mais alto dirigente da sua Ordem

Bastonário recebeu candidato a Presidente da República

Defensor Moura, que apresentou a sua candidatura à Presidência da República no passado dia 28 de Julho, foi recebido pelo Bastonário da Ordem dos Médicos no dia seguinte. A audiência foi solicitada pelo candidato, que é médico e quis fazer dela o seu primeiro acto de campanha.

Pedro Nunes recebeu o candidato e, na ocasião, manifestou a sua disponibilidade, enquanto Bastonário, para receber todos os candidatos que o solicitem, quer sejam médicos ou não, mas admitiu a sua simpatia pela candidatura de um médico, que já foi, inclusivamente, dirigente da Ordem dos Médicos. Defensor Moura, um militante socialista

que foi presidente da Câmara de Viana do Castelo em quatro mandatos consecutivos (1994/2009), disse, por seu turno, que esta foi a primeira audiência que solicitou, «por ser médico», mas também por considerar que «o problema do Serviço Nacional de Saúde é um assunto prioritário para qualquer Presidente da República».

O ex-autarca explicou à ROM, no final da audiência, que «quis avaliar com o Bastonário a situação da classe médica e os problemas do SNS», considerando que «o grande problema que se coloca aos médicos é a escassez de profissionais e as carreiras». De resto, Defensor Moura assinalou a necessidade de «manter o SNS de





acordo com o que a Constituição prevê, isto é, universal e tendencialmente gratuito», posição que tem sido igualmente defendida pelo Bastonário da Ordem dos Médicos.

«Quem está doente, fragilizado pela doença, e obrigado a fazer tantas outras despesas não pode ser obrigado a pagar os cuidados de saúde», sublinhou, a propósito, o candidato à Presidência da República.

Defensor Moura orgulha-se do seu currículo como autarca e da sua actividade cívica, mas recorda também que, como

médico, fez «toda a carreira por concursos até chefe de serviço hospitalar e, também, por eleição, uma vez que foi o primeiro Director Clínico eleito do novo Hospital de Viana do Castelo».

O candidato licenciou-se em Medicina em 1971, fez o Internato Geral no Hospital Universitário de Luanda e o Internato Complementar de Medicina Interna no Hospital de S. João, onde foi admitido em 1979, por concurso público, como médico especialista em Medicina Interna, funções que desempenhou até 1981, data em que foi transferido, a seu pedido, para o Hospital de Viana do Castelo.

No hospital distrital da capital do Alto Minho exerceu até 1994 e aí foi membro da Comissão Instaladora, director clínico e director de serviço e, nesse período, foi presidente do Conselho Distrital da Ordem dos Médicos em dois mandatos consecutivos (1990/92 e 1993/95).

Actualmente, Defensor Moura é deputado à Assembleia da República, desde 2009, ano em que decidiu cessar as suas funções de autarca e não se recandidatar a presidente da Câmara de Viana do Castelo, funções parlamentares que, de resto, tinha já desempenhado em 1986/87.

Na sua actividade cívica destaca-se como membro fundador de duas organizações: Liga dos Amigos do Hospital de Viana do Castelo e Federação Portuguesa de

Dadores Benévolos de Sangue.

O candidato sublinha particularmente, a sua actividade como fundador da Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis e membro da representação portuguesa da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS, desde 2005, com participações sucessivas nas conferências de Turku (Finlândia), Rennes (França), Zagreb (Croácia), sendo conferencista convidado do Fórum Global de Urbanismo e Saúde, em Kobe (Japão).

Defensor Moura é Auditor de Defesa Nacional e foi, durante mais de um década, presidente da Fundação de Cultura Musical Maestro José Pedro e da Fundação Gil Eannes, que resgatou e reabilitou o histórico navio hospital da nossa frota bacalhoeira – navio que é hoje visitável nas docas de Viana do Castelo.

No seu discurso de candidatura, o médico defendeu «a regionalização e a reforma administrativa do país», por não querer resignar-se ao «centralismo e ao desperdício da administração pública», tal como «defendeu o mérito e a transparência», por «não se resignar com a ocupação da administração pública pelo clientelismo» e considerou que «na maturidade da vida, mais do que pela criatividade das ideias e das promessas eleitorais, os candidatos valem pelo que são e pelo que fizeram e onde, quando e como fizeram».

DEPARTAMENTO JURÍDICO AULAS PARTICULARES DURANTE O INTERNATO

Foi solicitado a este Departamento Jurídico que se pronunciasse quanto à possibilidade de uma médica interna poder dar aulas particulares de música durante o internato e, bem assim, de se colectar nas finanças com uma segunda actividade e de emitir recibos verdes.

Compulsada a legislação em vigor somos de dizer o seguinte:

Nos termos do artigo 16º, n.º 2 do Regime Jurídico da Formação Médica (DL 203/2004, de 18 de Agosto), «os internos do internato médico devem dedicar à formação teórica e prática a sua actividade profissional durante toda a semana de trabalho e **estão impedidos de acumular outras funções públicas**, salvo funções docentes, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 312/84, de 26 de Setembro, na sua redacção actual, e em escolas superiores, institutos públicos e outros estabelecimentos de ensino onde sejam ministrados cursos ou conferida formação na área da saúde, mediante autorização nos termos da lei».

Ora, sendo apenas excluída a prática de outras funções públicas, por maioria de razão, não fica excluída qualquer actividade a nível particular; pelo que, em nosso entender, é admissível a acumulação de ambas as actividades.

Tal situação é corroborada pela Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, que estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas.

O artigo 28º daquele normativo legal determina que «o exercício de funções pode ser acumulado com o de funções ou actividades privadas» (n.º 1), excluindo contudo «funções ou actividades privadas concorrentes ou similares com funções públicas desempenhadas e que com estas sejam conflituantes» (n.º 2)¹ e, bem assim, funções ou actividades que sejam quer «legalmente consideradas incompatíveis com as funções públicas» (n.º 4, al. a)) quer «desenvolvidas em horário sobreposto, ainda que parcialmente, ao das funções públicas» (n.º 4, al. b)), que «comprometam a isenção e a imparcialidade exigidas» (n.º 4, al. c)) ou que «provocuem algum prejuízo para o interesse público ou para os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos» (n.º 4, al. d)).

Não obstante ser admitida a acumulação, nos termos supra expostos, convém frisar que sempre será necessário a autorização da entidade competente, conforme se determina no n.º 1 do artigo 29º do mesmo diploma legal.

Assim, será necessário apresentar um requerimento onde conste: o local onde a actividade irá ser exercida, o horário, a remuneração (quando exista), a natureza (autónoma ou subordinada) e seu conteúdo, as razões por que o requerente entende não existir conflito com as funções públicas desempenhadas e que a função/actividade a desempenhar é de interesse público ou que não provoca prejuízo quer para o interesse público quer para os direitos e interesses dos cidadãos, e o compromisso de cessar actividade no caso de vir a ocorrer um conflito (artigo 29º, n.º 2).

Concluindo, é admissível a leccionação de aulas de música a título particular, sem prejuízo de ser necessário requerer autorização para o efeito à entidade competente, em conformidade com o supra referidos.

Do mesmo modo, sendo possível a prática de outras actividades, é também admissível colectar-se nas finanças e emitir os respectivos recibos de profissional liberal.

A Consultora Jurídica
Raquel de Castro Martins
2010-04-19

1. Ou seja, aquelas que, «tendo conteúdo idêntico ao das funções públicas desempenhadas, sejam desenvolvidas de forma permanente ou habitual e se dirijam ao mesmo círculo de destinatários» (n.º 3).

ERC alerta para a necessidade de manter a ética jornalística

Um cidadão de nome Pedro Lopes apresentou uma queixa junto da Entidade Reguladora para a Comunicação Social. Curiosamente a queixa apresentada por alguém que é, para a Ordem dos Médicos, totalmente desconhecido, refere-se à forma como declarações do Bastonário foram tratadas no programa «Nós por cá» da estação de televisão SIC.

Em Dezembro de 2009, a ERC – Entidade Reguladora para a Comunicação Social recebeu uma queixa contra o programa «Nós por Cá», apresentada pelo cidadão Pedro Lopes, a propósito de uma alegada falta de rigor informativo e sensacionalismo numa peça relativa à abertura da Faculdade de Medicina da Universidade de Aveiro, transmitida na edição de 15 de Dezembro de 2009 desse programa. Nesse programa foi referido o anúncio feito pelo Governo da criação de um novo curso de Medicina na Universidade de Aveiro, tema que foi enquadrado pela apresentadora da seguinte forma: «O Governo anunciou hoje a criação de mais um curso de Medicina, agora na Universidade de Aveiro. Este novo curso é só para licenciados e tem apenas quatro anos em vez dos seis anos dos cursos convencionais. Trata-se de um modelo importado dos países anglo-saxónicos. É o segundo com estas características criado em Portugal, depois do exemplo do Algarve.» De seguida foram exibidas quatro declarações de Pedro Nunes, Bastonário da Ordem dos Médicos sobre o mesmo tema, intercaladas por comentários da própria apresentadora, comentários esses que excederam, no entendimento da ERC o rigor da separação entre informação e opinião. No dia 26 de Maio de 2010 o Conselho Regulador da ERC pronunciou-se sobre esta queixa considerando que «na análise da peça foram identificados vários elementos que atestam o tom irónico que caracteriza discursivamente a peça.

Essa ironia é visível, antes de mais, no estilo e no tom da pivot na apresentação do tema, perceptível na ênfase colocada em certas palavras, nas pausas e na linguagem não-verbal. Há também ironia em enunciados como: “Ouvii bem! Poderá haver interesse em dar emprego a professores desempregados...”; “Os doentes agora que esperem até chegar a vez deles, com a garantia da Ordem de que temos poucos médicos mas bons”; ou “Não se fazem mais cursos de medicina porque os que temos até já são demais”.» Foi considerado que «os elementos de ironia presentes na peça» traduziam «um subtil ajuizamento do depoimento do entrevistado, no sentido da sua desvalorização e mesmo ridicularização». ajuizamento esse que não respeita o dever de separação entre factos e opiniões. A ERC realçou ainda no seu parecer que «pela forma como as declarações do Bastonário da Ordem dos Médicos são editadas na peça, não lhe é assegurada a possibilidade de apresentar o seu ponto de vista em condições de igualdade, nomeadamente, realizando o contraditório à forma como as suas declarações são enquadradas». Consequentemente, a ERC considerou que essa reportagem do

programa Nós Por Cá «não observou cabalmente os princípios do rigor e da isenção que devem pautar a actividade jornalística», e «que o recurso à ironia em diversas passagens da referida peça expressa um ajuizamento em relação às declarações do Bastonário da Ordem dos Médicos, o que se integra já no domínio do comentário, em desrespeito pelo princípio da separação entre factos e opiniões». O Conselho Regulador da ERC determinou que a peça jornalística em causa não logrou «demarcar o domínio dos factos do domínio da opinião» e deliberou «sensibilizar a SIC para a necessidade de promover a observância dos princípios ético-legais em matéria de rigor e de isenção jornalísticos».

FERROGRAD® FÓLICO

Ferro elementar
Ácido fólico



Titular da A.I.M.:
TEOFARMA s.r.l.
Viale Certosa, 8/A - I-27100 PAVIA
Via Elli Cervi, 8 - I-27010 VALLE SALIMBENE (PV)
Fax 0039 0382 525845
e-mail: servizioclienti@teofarma.it

Idoneidade e Capacidade Formativa –

O Conselho Nacional Executivo aprovou em reunião de dia 1 de Junho de 2010 os critérios de idoneidade e capacidade formativa para a especialidade de Pediatria. Passamos a transcrever os critérios aprovados:

Critérios de Idoneidade e Capacidade Formativa

Introdução

O reconhecimento da idoneidade dos estabelecimentos de saúde para a formação pediátrica é feito por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta técnica do Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos.

O internato de Pediatria deve ser realizado em serviços e estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, reconhecidos como idóneos para o efeito e de acordo com a sua capacidade formativa.

A publicitação dos Critérios de Idoneidade, representa um passo fundamental e é um importante factor de transparência neste processo, ao permitir aos serviços e às administrações hospitalares conhecer as condições que têm de cumprir para lhes poder ser confiada a formação de futuros pediatras.

A anterior Direcção do Colégio de Pediatria, num trabalho meritório, definiu Critérios de Idoneidade em função do programa de formação vigente (Portaria n.º 616/96 de 30 de Outubro), que à data da sua publicação há mais de 13 anos, constituiu uma inovação e factor de progresso para a Pediatria nacional. Este programa, está actualmente em processo de revisão, para que se adeque aos novos desafios da Pediatria, à evolução do sistema de saúde português e à nova legislação do Internato (Portaria n.º 183/2006 de 22 de Fevereiro). Enquanto não temos um programa novo aprovado, continuaremos a reger-nos pelo antigo e a definir os Critérios de Idoneidade pelos seus objectivos. Não querendo, nesta fase transitória, alterar muito os critérios até agora adoptados, que consideramos globalmente muito válidos, decidimos, no entanto, revê-los e melhorá-los, adaptando-os à evolução da nossa realidade hospitalar e à experiência adquirida com os modelos anteriores.

Como muito bem se refere no documento da anterior Direcção do Colégio, a observação destes critérios é condição necessária mas não suficiente para a atribuição da capacidade formativa dos serviços, dado que esta inclui outros aspectos, como visitas para avaliação das instalações, e funcionamento, audição dos orientadores de formação e entrevistas com os médicos internos actuais, ou médicos formados recentemente nos respectivos Serviços.

A Direcção do Colégio de Pediatria

José Manuel de Azevedo Lopes dos Santos

Manuel Jorge Fontoura Pinheiro Magalhães
José Manuel Gonçalves Oliveira
Ana Maria Oliveira Ribeiro Silva
Guiomar Gonçalves de Oliveira
Valdemar Cardoso Carvalho Martins
Maria Helena Oliveira Carreiro
Ana Maria Vieira Câmara Carvalho Marques
Isabel Maria Almeida Oliveira Rodrigues
Ana Margarida Sameiro Moutinho Neves

Abreviaturas:

SA = Serviço de Acolhimento
PGII = Pediatria Geral II

Recursos médicos SA:

- De acordo com a tabela:

Número de especialistas	Internos que pode receber
7 10 13 16 19 21 ou +	1 2 3 4 5 6

- Pediatra em presença física 24 h na urgência
- Director de internato

Pediatria Geral II

Número de especialistas	Internos que pode receber
7 10 ou +	1 2

- Pediatra em presença física 24 h na urgência
- Director de internato

Instalações e Serviços de Apoio

SA:

- Instalações condignas para prática da Pediatria, com condições para prestar assistência e cuidados humanizados aos doentes de todos os grupos etários pediátricos
- Urgência autónoma, ou participação com equipe(s) própria(s) num Serviço de Urgência Pediátrico único integrando vários hospitais numa dada área geográfica
- SO/UICD/OBS autónoma (pode ser no Serviço de Urgência Pediátrica único da respectiva área geográfica, se for o caso)

PGII:

- Instalações condignas para prática da Pediatria, com condições para prestar assistência e cuidados humanizados aos doentes de todos os grupos etários pediátricos
- Urgência com área reservada para a Pediatria ou participação com equipe(s) própria(s) num Serviço de Urgência Pediátrica único integrando vários hospitais numa dada área geográfica
- SO/UICD/OBS com área reservada para a Pediatria

SA e PGII

	SA	
PGII		
Patologia Clínica 24 h	Sim	Sim
Imuno-Hemoterapia 24 h	Sim	Sim
Anestesia 24 h	Sim	Sim
Cirurgia 24 h	Sim	Sim
Ortopedia 24 h	Sim	
Radiologia convencional 24 h	Sim	Sim
Ecografia	Sim/Externo	Sim / Externo
TC		Sim/Externo
Ressonância magnética	Sim/Externo	

Actividade assistencial

- Idade de atendimento até aos 17 anos de idade (inclusive)

• Deve cumprir todos os critérios seguintes:

	SA	
PGII		
• Camas/interno/ano*	5	5
• Internamentos de pediatria médica/interno/ano*	300	
150		
• Urgências/interno/ano**	5.000	2.500
• Internamentos em SO/UICD/OBS/interno/ano**	300	
150		
• I ^{as} consultas de Pediatria Geral/interno/ano	300	
200		

* Não inclui camas de Neonatologia ou SO/UICD/OBS

** Em caso de Serviço de Urgência Pediátrica único integrando vários hospitais numa dada área geográfica, deve dividir-se o número de Episódios de Urgência ou Internamentos em SO/UICD/OBS, pelo número total de internos de todos os hospitais integrados no sistema

Organização do Internato*

SA:

- Orientadores de formação inscritos no Colégio de Pediatria (cada um apenas poderá orientar no máximo 2 internos)
- Planos de formação individuais bem definidos e de acordo com o plano de formação nacional vigente (portaria n.º 616/96 de 30 de Outubro)
- Avaliação contínua em dia e segundo as regras definidas na legislação
- Horários de trabalho de acordo com a legislação laboral vigente
- Trabalho dos internos devidamente tutelado, em função do grau de autonomia

PGII:

- Orientadores de formação inscritos no Colégio de Pediatria (cada um apenas poderá orientar no máximo 2 internos)
- Avaliação contínua em dia e segundo as regras definidas
- Horários de trabalho de acordo com a legislação laboral vigente
- Trabalho dos internos devidamente tutelado, em função do

grau de autonomia

* Poderá ser retirada a idoneidade aos serviços que não tenham o plano de formação devidamente organizado, designadamente com uma separação clara entre os estágios básicos e especializados, que não cumpram regularmente a avaliação contínua, que imponham horários de trabalho com sobrecarga indevida dos médicos internos ou que não lhes proporcionem o devido apoio, atribuindo-lhes responsabilidades e autonomia excessiva em fases precoces da sua formação.

Formação e Actividade científica

SA e PGII

- Processo clínico organizado
- Arquivo clínico
- Biblioteca própria ou com secção pediátrica. Assinatura (em papel ou *on line*) de três revistas Pediátricas de língua estrangeira indexadas e duas de língua portuguesa
- Acesso à Internet
- Sessões clínicas teóricas/temáticas: 12 por ano com plano
- Reunião de discussão de casos clínicos: semanal
- Protocolos actualizados e disponíveis 24 h
- Pelo menos 3 artigos científicos publicados nos últimos 3 anos (excluindo «abstracts») em revistas de mérito reconhecido
- Pelo menos quinze comunicações orais ou *posters* apresentadas fora do Serviço nos últimos 3 anos.

Neonatologia/Perinatologia

- Realização de pelo menos 1.200 partos/ano
- Existência de Unidade de cuidados especiais

- Pediatra com competência em Neonatologia 24 horas (presença física ou prevenção)

- Anestesia e Obstetrícia em presença física 24 horas

Cuidados Intensivos Neonatais

- Pelo menos 5 especialistas com competência em Neonatologia, com 100% do seu horário dedicado a esta valência
- Em cada ano, pelo menos 50 recém-nascidos com peso inferior a 1.500 g e/ou idade gestacional inferior a 32 semanas
- Apoio organizado de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Consulta de Neurodesenvolvimento

Opção de cuidados intensivos pediátricos

- Unidade com pelo menos 5 camas destinadas em exclusivo a cuidados intensivos pediátricos
- Pelo menos 5 especialistas com competência em Cuidados Intensivos Pediátricos e com 100% do seu horário dedicados à valência
- Pelo menos 50 crianças submetidas a ventilação/ano

Outras opções

- Nas valências já oficialmente instituídas, pelo menos 2 especialistas com qualificação reconhecida na área, inscritos no respectivo Colégio de Especialidade ou Sub-especialidade, com pelo menos 75% do seu horário dedicado a esta valência (excluindo as 12 horas de Serviço de Urgência)
- Nas valências ainda sem reconhecimento oficial, pelo menos 2 especialistas com competência na área (aprovação em Ciclo de Estudos Especiais ou sua equivalência, ou qualificação reconhecida internacionalmente, ou pelo menos 5 anos de reconhecida actividade clínica e científica nesta valência) com pelo menos 75% do seu horário a ela dedicado

Comunicação comercial de alimentos e bebidas a crianças

Foi aprovado pelo ICAP – Instituto Civil da Autodisciplina da Comunicação Comercial, o novo Código de Auto-Regulação em Matéria de Comunicação Comercial de Alimentos e Bebidas dirigida a Crianças. Publicámos o referido código no site da Ordem dos Médicos em www.ordemdosmedicos.pt onde pode ser consultado.

Associação de bevacizumab a reacções de hipersensibilidade e à perfusão

Actualização à informação de segurança relacionada com a utilização de bevacizumab: o risco de os doentes tratados com bevacizumab (Avastin) desenvolverem reacções de hipersensibilidade/reacções à perfusão foi identificado em até 5 % dos doentes. Não é necessária pré-medicação sistemática. A maioria das reacções foi ligeira a moderada. Em 0,2 % dos doentes foram observadas reacções mais graves. Os doentes deverão ser cuidadosamente monitorizados durante e após a perfusão deste fármaco. Se ocorrer uma reacção, a perfusão deverá ser interrompida e administradas as terapêuticas apropriadas. A decisão de re-administrar bevacizumab a estes doentes deve ser baseada nos objectivos terapêuticos individuais do doente e numa avaliação precisa da gravidade da reacção de hipersensibilidade/reacções à perfusão. A comunicação desta informação foi acordada com o INFARMED e com a Agência Europeia de Medicamentos.



CALENDÁRIO ELEITORAL

– TRIÉNIO 2011/2013 –



2010

Setembro 1

Prazo limite para o anúncio da data das eleições (art.º 5, R.E.)

Data limite para afixação dos cadernos eleitorais (art.º 7, R.E.)

Setembro 16

Data limite para a aceitação das reclamações aos cadernos eleitorais (art.º 8, n.º 1, R.E.)

Outubro 1

Decisão das reclamações e afixação definitiva dos cadernos eleitorais (art.º 8, n.º 2, R.E.)

Outubro 26

Prazo limite para apresentação das candidaturas aos Órgãos Regionais e Órgãos Distritais (art.º 10, n.º 1, R.E.)

Novembro 2

Prazo limite para a verificação da regularidade das candidaturas e a elegibilidade dos candidatos aos Órgãos Regionais e Órgãos Distritais (art.º 16, n.º 1, R.E.)

Sem data fixa

O prazo limite para a **regularização das candidaturas** aos **Órgãos Regionais e Órgãos Distritais** é de **3 dias** úteis a contar da notificação do respectivo mandatário (art.º 16, n.º 3, R.E.)

O **sorteio** das listas será feito até **5 dias** após a aceitação definitiva das candidaturas (art.º 17, R.E.)

Novembro 10

Prazo limite para a apresentação das candidaturas a Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 12, n.º 1, R.E.)

Novembro 15

Prazo limite para a verificação das condições de elegibilidade das candidaturas a Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 16, n.º 1, R.E.)

Sem data fixa

O prazo limite para a **regularização das candidaturas** a **Presidente da Ordem dos Médicos** é de **3 dias** úteis a contar da notificação do respectivo mandatário (art.º 16, n.º 3, R.E.)

Novembro 26

Prazo limite para o envio dos boletins de voto, carta explicativa sobre o processo eleitoral, exemplar das listas concorrentes (art.º 19, R.E.)

Dezembro 15

Constituição das Assembleias e Secções de voto e acto eleitoral (art.º 5 e 29, R.E.)

Dezembro 20

Prazo limite para as reuniões das Comissões Eleitorais Regionais e Comissão Eleitoral Nacional para o apuramento final dos resultados (art.º 34, R.E.)

Sem data fixa

O prazo limite para a **impugnação dos Actos Eleitorais** para o Presidente e para os Órgãos Regionais é de **7 dias** a contar da data do apuramento final dos resultados eleitorais (art.º 35, n.º 1, R.E.)

Prazo limite para anúncio da realização da 2ª volta para Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 32, n.º 5, R.E.)

Prazo limite para o envio dos boletins de voto, carta explicativa sobre o processo eleitoral, identificação dos concorrentes, tudo relativo à 2ª volta da eleição do Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 32, n.º 6, R.E.)

2011

Janeiro 19

Constituição das Assembleias e Secções de voto e acto eleitoral (art.º 32, n.º 3, R.E.)

Janeiro 24

Prazo limite para a reunião da Comissão Eleitoral Nacional para o apuramento final dos resultados (art.º 34, R.E.)

Sem data fixa

O prazo limite para a **impugnação do Acto Eleitoral** para o Presidente é de **7 dias** a contar da data do apuramento final dos resultados eleitorais da 2ª volta (art.º 35, n.º 1)



ORDEM DOS MÉDICOS
Conselho Nacional Executivo

Declaração de Princípios Equipa de Anestesiologia no Serviço de

A Anestesiologia, fruto da diversidade e complexidade das suas competências, constitui uma especialidade fundamental na abordagem do doente urgente e emergente.

Verificando-se a redefinição de conceitos organizativos e a reestruturação da rede de urgências em curso, é pertinente que a Ordem dos Médicos assuma uma posição clara sobre a organização das equipas médicas no contexto do Serviço de Urgência.

Assim, considerando o Despacho n.º 18459/2006, publicado em D.R. em 12 de Setembro, e o Despacho n.º 727/2007, publicado em D.R. em 15 de Janeiro, que definem os tipos de Serviços de Urgência e as especialidades consideradas em cada nível de diferenciação, e o Despacho n.º 5414/2008, publicado em D.R. em 28 de Fevereiro, que determina os pontos de rede de urgências, o Colégio de Especialidade de Anestesiologia propõe o seguinte:

1. Sem prejuízo das competências reconhecidas pela Ordem dos Médicos, são áreas de intervenção da Anestesiologia a Medicina Peri-Operatória, a Medicina da Dor, a Medicina de Emergência e a Medicina Intensiva.

2. No contexto do Serviço de Urgência, consoante o nível de diferenciação e a capacidade assistencial desse Serviço, a Anestesiologia assume responsabilidades em todas as suas áreas de competência.

3. Especificamente, no contexto da actividade assistencial própria de cada Serviço de Urgência, a Anestesiologia assume um papel relevante na actividade do Bloco Operatório, na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (Recobro), na Sedação e Analgesia em apoio à realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, no tratamento da Dor Aguda e na Analgesia de Parto.

4. Independentemente da responsabilidade funcional pela resposta à emergência em determinado Hospital, a Aneste-

siologia assume um papel relevante na Medicina de Emergência e deve intervir na mesma.

5. Dependendo da organização interna do Hospital, a Anestesiologia assume um papel relevante na Medicina Intensiva – sem essa circunstância nunca significar a acumulação de funções e tarefas.

6. Dependendo da organização interna do Hospital, a Anestesiologia assume um papel relevante no acompanhamento do transporte do doente crítico.

7. A intervenção da Anestesiologia é relevante no contexto da missão do Serviço de Urgência Polivalente e do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico.

8. No Serviço de Urgência Básico, tipologia de Serviço de Urgência onde, por definição, não existe actividade cirúrgica para além da pequena cirúrgica no Serviço de Urgência, a intervenção da Anestesiologia poderá ser relevante no contexto da Medicina de Emergência, consoante a organização local. Considera-se obrigatório que em qualquer tipo de Serviço de Urgência tem de haver resposta qualificada às situações emergentes, implicando formação e treino adequado, assegurado por médico qualificado.

9. No caso do Hospital com Serviço de Urgência Básico em que existe internamento de doentes operados, é relevante a disponibilidade permanente da Anestesiologia em apoio ao período pós-operatório, no tratamento da dor, na eventual intervenção cirúrgica não programada e na resposta à emergência. Considera-se obrigatório que em qualquer unidade de saúde onde existe internamento de doentes operados tem de estar prevista a resposta de Anestesiologia em apoio permanente.

10. Em todas as circunstâncias, no Serviço de Urgência Polivalente e no Serviço de Urgência Médico-cirúrgico,

independentemente do volume de trabalho inerente ao seu funcionamento, é critério de segurança fundamental a equipa mínima de dois (2) Anestesiologistas (Especialistas).

11. Por indicação do Director de Serviço de Anestesiologia, o Interno Complementar do quarto ano do Internato Médico poderá, sob tutela, assumir funções equiparadas a Especialista e assumir as inerentes tarefas assistenciais, de acordo com o seu nível de preparação e desde de que não haja interferência com o cumprimento do programa de formação do Internato, desde de que exista Especialista em permanência física no Hospital em apoio contínuo.

12. A dimensão da equipa de Anestesiologia, considerando o nº de Especialistas e Internos Complementares, bem como o esquema organizativo da cobertura global do apoio assistencial nas 24 horas, dependerá da análise do nº de postos de trabalho e da exigência técnica específica dos mesmos, sob proposta do Director de Serviço de Anestesiologia. Compete a este, respeitando os princípios enunciados pelo Colégio de Especialidade, propor a solução tecnicamente julgada adequada e assumir a responsabilidade inerente ao funcionamento da equipa de Anestesiologia no Serviço de Urgência. A eventual redistribuição de elementos na equipa de urgência de acordo com as exigências e prioridades pontuais do Serviço de Urgência, que deve respeitar as especificidades das especialidades, é da responsabilidade do Chefe de Equipa do Serviço de Urgência.

13. Tendo em conta o descrito, é obrigatório considerar o seguinte:

a. Um Especialista em presença física por cada Sala de Operações em funcionamento.

b. Apoio contínuo e imediato de um médico de Anestesiologia à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. O Recobro exige médico Anestesta em presença física (se o movimento assim o justificar) ou, no mínimo, em grande proximidade. A Unidade que funciona igualmente com estadia prolongada de doentes, de nível intensivo e/ou intermédio, exige a permanência física contínua de médico Anestesta.

c. Tutela permanente de Especialista, em presença física no Hospital, a toda a actividade da Anestesiologia efectuada fora do Bloco Operatório.

d. O destacamento de um Especialista para qualquer e toda outra função (por exemplo, no acompanhamento de transporte de doente crítico ou para o apoio à realização de meio complementar e de diagnóstico) implica a cessação de funções numa das Salas Operatórias.

e. A responsabilidade pela liderança da resposta na Sala de Emergência implica disponibilidade imediata e permanente,

não acumulável com a prestação de serviço noutras áreas sem possibilidade das mesmas serem de imediato asseguradas de acordo com as normas de segurança aqui enunciadas.

f. Em todas as circunstâncias no contexto do Serviço de Urgência Polivalente e do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico ou, noutras realidades, quando a Anestesiologia é responsável pelo apoio à Medicina de Emergência e/ou Medicina Intensiva, é obrigatória a manutenção do apoio constante e imediato de Especialista em presença física no Hospital.

g. A existência de uma Unidade de Obstetrícia pressupõe a presença de um Anestesiologista em caso de actividade anual inferior a 2.000 partos por ano, se enquadrado em unidade de saúde com equipa de urgência que dispõe de outros Anestesiologista(s). No caso de Unidade de Obstetrícia com menos de 2.000 partos por ano em unidade de saúde sem Serviço de Urgência, onde estão presentes outros Anestesiologista(s), é obrigatória a existência no mínimo de 2 Anestesiologistas em presença física. A partir de 2.000 partos por ano deverão estar alocados em permanência 2 Anestesiologistas.

14. Por norma, se aplicável, o Interno Complementar deve ser colocado na equipa do Serviço de Urgência do seu Orientador de Formação.

15. Para além da intervenção intra-hospitalar e, eventualmente, inter-hospitalar supracitada, a título individual e consoante a disponibilidade pessoal demonstrada para o efeito, reconhece-se a importância da participação da Anestesiologia na emergência pré-hospitalar, nomeadamente na Viatura Médica de Emergência e Reanimação e no Serviço de Helicópteros de Emergência Médica.

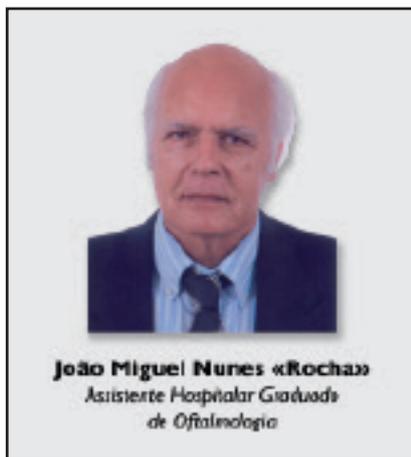
16. Considerando a amplitude das funções assumidas, bem como o carácter crucial das mesmas na abordagem precoce do doente crítico, a Anestesiologia possui ainda um papel relevante na Medicina de Catástrofes, nas vertentes pré, inter e intra-hospitalares.

17. Pela abrangência do conhecimento funcional do Serviço de Urgência, em função da experiência de gestão assistencial inter-disciplinar e pela necessária capacidade de inter-relacionamento pessoal na equipa de trabalho, o Especialista de Anestesiologia enquadra-se no grupo de médicos potencialmente mais aptos a exercer o cargo de Chefe de Equipa do Serviço de Urgência, ou mesmo de Direcção do Serviço de Urgência, consoante a organização local. O exercício da função de Chefe de Equipa do Serviço de Urgência constitui uma actividade de grande responsabilidade que exige dedicação à função, não sendo recomendável a acumulação de funções assistenciais.

Parecer aprovado em Reunião do Conselho Nacional Executivo de 30 de Dezembro de 2008

OS GÊNIOS DO AMBÍGUO

Eram quatro e tal da madrugada, hora em que os poderes malignos que nos espreitam da penumbra se tornam quase reais, hora em que nos hospitais e nos lares os moribundos capitulam e se deixam levar pela morte, hora enfim a que detesto acordar, porque a essa hora, o labor físico-químico do cérebro só gera pensamentos melancólicos, e, em que a própria alegria, se presente, parece dúbia e densa, como se acarretasse presságios de desgraça.



Sabendo por experiência própria que a essa hora, é preciso um rebanho infindo de carneiros para afugentar a espertina, comecei como quem os conta, a remoer o que sonhara. Fora com uma parábola de Jesus Cristo em que ele diz: – Em verdade, em verdade vos digo, que é mais fácil a um camelo passar pelo buraco de uma agulha do que a um rico entrar no reino dos Céus. – Por capricho do fluxo sinuoso do pensamento onírico, associei (embora não haja nenhuma relação) política com riqueza, e de repente percebi, que na outra vida em que irei para o Céu quando sonho, porque quando acordado sou ateu, não iria encontrar políticos ou só políticos pobres e farrupilhas... Pensando que iria detestar esse Céu carente da eloquência dos nossos tribunos, presidentes de câmara e ministros... cheio de maltrapilhos e pés descalços, acordei banhado no suor gelado dos pesadelos piores, às quatro e tal da madrugada, hora em que os

defuntos nos vêm assombrar e pé, ante pé, produzem crepitações e estalidos no madeirame do sobrados antigos ... como em criança acreditava e agora gostava de acreditar ... porque o pior de tudo, é o fim absoluto, o nunca mais ser, dos que não crêem...

Na minha recapitulação e interpretação do sonho, recordei a catequese que frequentara em garoto e nos evangelhos que mais tarde lera, e fiquei com quase a certeza que o espírito divino que inspirara os quatro evangelistas nas suas versões, não inspirara à menção do tamanho da agulha e do respectivo buraco, nem a uma especificação concreta e mensurável da riqueza no tempo e no espaço e que havia no omissio, um toque de génio, que criando uma ambiguidade permitia múltiplas arguições, inclusive o escancarar das portas do Céu aos mais ricos e opulentos, mesmo aos que adquiriram a riqueza (haverá muitos outros modos?) de forma facinora e rapace. Sem raciocínios profundos basta atermo-nos às regras da tabuada e ao conceito de saldo médio, para ver que todos chegamos ao limiar do além pobres como Job ...ou mais ainda...

Voltando e limitando-me às coisas terrenas há também por cá, um génio do ambíguo que é contratado pelas seguradoras na sua redacção das apólices, fazendo os segurados crer que andam a pagar a sua saúde, até perceberem que de facto andaram, no dia em que adoecerem; ou segurar a casa contra a gatunagem ou o fogo posto... Eu próprio já fui vítima dele; tem olhos de

lupa na cara de Satanás onde assoma um resquício de malícia. Impingiu-me um seguro para navegação no veleiro com cláusulas múltiplas contra piratas, sendo-me posteriormente explicado pela seguradora num litígio, que no conceito deles, o último pirata fora um inglês enforcado há cerca de dois séculos.

Nos tempos tenebrosos de escuridão não democrática os decretos-lei só regulavam para o futuro. Era o tempo dos governantes sovinas com as botas e com o erário público, que não recorriam aos génios que são «carotes». É por isso que as alterações que andam a fazer às nossas reformas tresandam a marosca ... porque o decreto-lei 498 de 72, que as estabelece e regula, não é de forma alguma ambíguo...

Penso que a contratação de génios do ambíguo para interpretar ou redigir decretos começou no princípio da última década do século passado.

Eram tempos de abundância. Formarase um rio de dinheiro em Bruxelas que desaguava directamente cá, numa foz de mil braços e quinhentos deltas. Todos os «iniciados», que tinham conhecimentos ou contrataram um génio, tiveram a sua oportunidade de encher os cofres e reforçar a continha na Suíça...

Fizeram-se obras de muita monta e pouca serventia. Impermeabilizou-se o litoral do país, agredindo-se a natureza e mudando-se o clima. Criaram-se licenciaturas em áreas tão extraordinárias que se um dia tiverem aplicação, já o licenciado, há muito se finou...

Houve quem se deitasse pobre e acor-

dasse mais rico que o rei Salomão, e, as respostas atabalhoadas e tartamudeantes que alguns deram geraram desconfiças mesquinhas... Mas eu que estudei lógica na filosofia do 3º ciclo do liceu sei a resposta: – Todos eles têm amigos, logo ali, fora do sistema solar; mas dentro da Via Láctea... Trouxeram-lhes a fortuna em naves espaciais, o que explica a frequência dos OVNI; Mas os extraterrestres pediram-lhes segredo; São os melhores de entre nós, porque as suas respostas balbuciantes e ambíguas se devem afinal à sua nobreza de carácter, ao respeito pelo segredo a que sob palavra de honra se vincularam... É lamentável o modo como se podem deturpar as coisas animados pela inveja que entre nós campeia!

Nesse tempo de vacas com obesidade mórbida, com úberes das tetas a roçarem os calhaus dos pastos planos, não havia necessidade, pelo que é duplamente miserável, uma autêntica vilania, o que então fizeram aos ex-combatentes milicianos da guerra do Ultramar, que foram esbulhados da contagem do tempo (dada pelo ditador) em que arrancados à sua vida civil foram usados, como alvo e detonadores de minas na guerra... Foram-no pela Lei 30-C...

De toda a nossa classe política apenas uma voz protestou contra esta extorsão e injustiça... Terá sempre a minha gratidão e o meu apreço apesar das várias recomendações que fez aos governantes, não terem sido acatadas.

Fizeram-se também umas alterações nas interpretações das carreiras médicas privando-se os colegas do acréscimo de contagem de tempo para efeitos de aposentação inerente ao regime de trabalho de 45 horas semanais, nos internatos geral e complementar.

Nasceu-me então o interesse pelas coisas políticas, que ultimamente se tornou uma paixão exaltada, muito imprópria da minha dignidade e vetustez. Sinto a «máxima» subir e dilatar-se, abalroando-me o endotélio das artérias, que sopram e latejam em protesto. Qualquer dia se insisto nesta minha mania de assistir à eloquência dos deba-

tes políticos do telejornal, rebenta-me alguma das intra-cranianas esguichando hemorragias, semeando-me o córtex de ilhas de estupidez entre os neurónios pensantes, já de si escassos e com uns danozitos isquémicos...

O sorriso ambíguo que uma mulher bem educada, pelo génio delas, sabe fazer quando o amado, com expressão basbaque, lhe exhibe os redos abdominais, os psóas ilíacos e outras circunvizinhanças, merecia por si só, uma sub-especialidade de psiquiatria... É tão ambíguo, tão ambíguo, que pode ter o efeito devastador de uma arrojada fronto-temporal, ou paradoxalmente, prender mais do que um nó direito ou um lais de guia.

Muitos venderíamos a alma ao diabo (se o houvesse) para voltar atrás... mas a vida é efémera e o tempo só passa uma vez, numa voragem avassaladora que se perde na imensidão do espaço, lá longe, a milhões de anos-luz, numa explosão sublime e incomensurável de energia e luz.

É triste admitir a queda do nosso ídolo científico, pela inexorável evidência das coisas actuais. Ninguém no mundo da ciência me fascinava mais do que Albert Einstein. Servindo-se apenas de umas folhitas de papel, com o prodígio do seu génio, foi garatujando uns cálculos, formando umas equações e produziu a teoria que relativiza, relaciona e interliga, a massa e a energia, o espaço e o tempo ($E = mc^2$).

Constato porém consternado que sobre o tempo tinha conhecimentos apenas razoáveis. Onde estão: – o tempo completo, o tempo completo prolongado de 45 e o de 42 horas, o tempo que conta para a aposentação em quantidade igual a si mesmo, o tempo que cresce o tempo em 25% e contou até princípios de noventa e depois deixou de contar, o tempo que ainda cresce se se fizerem duas vezes os descontos para a C.G.A., e enfim para abreviar esta lista fastidiosa de enumerações, o tempo dos que já pagaram o tempo e tornaram a pagar o acréscimo de 25% do tempo e que nunca beneficiarão deles, pelas alterações das regras da

aposentação...?

Quem percebia mesmo de tempo era o senhor João de Deus, não o colega, nem o poeta, mas um funcionário da secretaria dos H.C.L., que por isso mesmo, penso eu, foi estrategicamente promovido e colocado na A.R.S. de Lisboa, de onde já deve ter fugido para a aposentação, para não ser penalizado no seu próprio tempo... Teve sorte; há quem por tanto saber tenha ido parar à cova escura de onde só se sai no Juízo-Final, segundo o dogma, e, um pouco mais tarde, na minha opinião...

Há dias vi um documentário: – Algures em África um campo de refugiados com centenas de crianças, esqueletozinhos ainda vivos, com ascite e olhos esbugalhados de espanto e de horror, parecendo enormes ovos estrelados de gema escura, que se não fecham à invasão das moscas, nos rostozinhos já encaveirados pela morte próxima.

Confesso que a seguir fui almoçar, talvez houvesse no meu subconsciente um desejo masoquista de auto-punição e quizesse danificar o endotélio e estreitar o lúmen da canalização arterial, com a enxurrada das LDL do bifinho, frito em colesterol, com que me fui empanturrar ... Penso que não... É a besta ambígua que há na natureza humana e que passei três décadas e tal, a ver na clínica, que desmesura e acrescenta tudo o que conosco se relaciona, e, mingua ou anula, tudo o que só aos outros dói...

Talvez por isso cada vez gosto mais dos meus três cães e dos outros animais, incluindo os pequenos animais, que me hão-de (espero que daqui a muitos anos) tratar do cadáver e polir a ossatura, já que não pretendo subir ao céu por vias da cremação.

A gripe quando nasce é para todos

A gripe é um flagelo em bola de neve. É-o, e reitero-o! Deixar a natureza da minha opinião na luta contra a gripe, nesta praça pública.



Equacionar o problema em face de vários sinais cardinais

Numa publicação, creditada a nível internacional, o preâmbulo supra escrito afigura-se pouco avisado? Talvez não. Tanto há ainda a descobrir no foro do domínio médico...

Veja-se o sistema celular enquadrado num universo de outros sistemas e que, tal como o conceito de infinito nos ultrapassa. Isto porque efectivamente são um universo de universos. Um conjunto deles, todos integrados desde um ponto de vista sapiente até uma interferência aleatória, motivo de saúde ou de doença. E, aí estão para confirmar a nossa realidade à superfície do globo num (ou noutros) universo(s) tão vasto(s).

Certo dia, falava eu com o Professor Brad, num curso de Radioterapia, que tal como em todas as suas excelsas palestras a nível mundial abarcam o domínio da oncologia para além das fronteiras literárias e com um acérrimo e saudável juízo crítico da contra-informação de carácter não científico acessível a todos.

Perguntava-lhe eu: Professor, porque insiste no dogma da biologia molecular vendo o cancro sistematicamente do ponto de vista dos ácidos nucleicos e afins? Ou concretamente, porque

motivo a ciência obriga a célula numa manobra «artificial» a depender sistematicamente do núcleo seja no seu aspecto seja na sua função?

Perante uma afirmação demasiado fácil e falível que também poderá ter lugar, segundo a qual o genótipo faz o fenótipo, reformulei com teimosia a pergunta contumaz e directa, sabendo como Galileu girou sobre os calcanhares proferindo ele:

– E no entanto, ela move-se!

Então lancei perante o olhar céptico e abismado do meu excelente colega:

– Professor, e os prions? – Insisti no quadro clínico que as horríveis patologias que lhes são adstritas apresentam na grande maioria dos poucos casos estudados (quantos não sei por reportar), e no suposto *modus operandi* das proteínas que, por aquilo que se me oferecia dizer ao colega, e infelizmente assim se mantém, é até ao momento uma pedra no sapato da Medicina.

Ousei efectivamente abalar os alicerces de um dogma que vem radicado de base, que nasce nas escolas e passou por todos nós. Naturalmente continua a passar, tal como o peso de todas as certezas, e, de que maneira!

Este prelúdio em que muito mais poderia ser dito, serviu para nortear os leitores para o sentido da tamanha afirmação com que os bombardeei na linha de frente deste texto.

Idade

A luta pela saúde deve beneficiar qualquer escalão etário.

Em todos nós, mas fundamentalmente entre idosos, crianças e adultos menos imunocompetentes a questão é fulcral atendendo ao risco mortal da gripe.

E, se hoje não somos crianças... reparem numa coisa simples:

Com informação de qualidade, bom sen-

so, bons ecossistemas, um bom mosaico genético, adequados jogos imunitários, uma elasticidade com aceleração moldável na visão do ser humano enquanto um ser que se transforma, um bom emprego (stress?), e com sorte para reunir toda esta lotaria, entre outros factores, chegaremos a uma linda idade.

Que tradução têm os critérios etários na prevenção da fuga e da agressividade viral?

Num estado de alerta a melhor vacina elaborada visando os mais desprotegidos e os mais expostos poderá de facto auxiliar o panorama epidemiológico numa leitura transversal.

Mas, sigamos a lógica seguinte até à próxima questão:

Se, afirmarmos desde já que, tal como em alguns países desenvolvidos ou até em certos locais considerados «menos desenvolvidos» (ver costa mediterrânica), a longevidade é louvável, então será justo pensar que à escala mundial, todos nós um dia poderemos ter a sorte (ou a desventura: cada um sabe de si) de pensar: «Neste ano em que saí a vacina X da gripe com os riscos W dizem-me que talvez deva tomá-la porque tenho esta idade...» (É um exemplo).

Nessa data existirá a tal vacina panaceia? E porque não fazê-la «hoje»?

Ou seja, os tais grupos de risco de hoje, seremos nós ou serão os nossos descendentes amanhã...

Ainda assim aposto numa vacina contra «todos» os riscos. Porquê?

Uma vacina contra «todos» os riscos?

Entretanto, por todos os colegas que ouvi discorrer nesta temática em vários locais sob vários pontos de vista, bem como pela opinião de outros

profissionais de saúde, reúno opinião para concluir que a aproximação mais razoável à questão de fundo, despertará alguma celeuma. Todavia, desafio qualquer colega a explicar-me o contrário: Qualquer das gripes que vão surgindo têm um potencial peculiar, que não lhes é restrito. Um elo.

Em certas circunstâncias, nomeadamente: em hospedeiros não vacinados, em circunstâncias em que o agente viral tenha índices replicativos e de agressividade excitados, em determinado substrato humano volúvel em relação à sua protecção de dados e/ou em face da intervenção de outros delatores criminais que em matéria de código têm penalizações diferentes da do vírus em acção; facilmente uma gripe da estirpe α se transforma numa gripe da estirpe β que há força de várias tentativas (desculpem-me a brutalidade da natureza), lá entrará em erupção para adoecer e até matar mais gente, em qualquer parte do globo. Acrescento, que mata até na residência do proprietário da informação nucleica do vírus estirpe α , para o qual o primeiro tem certamente memória e do vírus estirpe β de cujo desfecho apenas esse indivíduo poderá ser prova nesse contexto, após um pródromo altamente crítico, como compreendem. O somatório de reservatórios e hospedeiros sucessivos que este bingo gerou certamente não é negligenciável.

Posto isto, numa primeira análise urge saber porque motivo se gastam rios de dinheiro e inteligência, anualmente, com novas vacinas, para um agente que tal como diz uma Lei Fundamental da Física, não se ganhou, nem se perderá, mas sem dúvida, transformar-se-á?

O intuito deste acto médico, pois escrevo em consciência, não é gerar o pânico, mas tão somente oferecer uma opinião que penso poderá ser uma solução para esta desastrosa bola de neve gripal [sejam quais forem os vectores que a natureza lhe atribua desta vez ou da(s) próxima(s)].

Nota: O vector não é o criminoso nem

é a vítima...

Na minha opinião, a vacina deveria ser instituída à escala mundial por um determinado período de tempo, tão longo quanto for considerado pertinente com base em estudos epidemiológicos adequados (até *ab aeterno?*).

A posteriori este ponto é desenvolvido.

E se a opinião no que toca à vacinação for fragmentada e aleatória?

Em caso contrário ao da vacinação à escala global, vejam-se possíveis desfechos na sequência...

Evidentemente que tratar a gripe ou transformá-la numa planta de estufa, depende de uma vacinação à escala mundial senão vejamos:

A vacinação de dois ou três indivíduos, independentemente da qualidade da vacina, jamais impedirá que o vírus XYW se desenvolva no nosso vizinho a quem foi aconselhado por alguém não tomar a vacina... E, naturalmente que o nosso infeliz vizinho pode espirrar num autocarro com dezenas de idosos, ou num hospital com imunodeficientes, ou num metro com centenas de mosaicos genéticos. De facto, pode viajar e contrair um ou mais factores que incrementem exponencialmente a virulência do agente, seja ela do ponto de vista da capacidade replicativa, seja ela na arte de enganar, sejam ambas, (basta um pequeno toque no vírus), com o drama daí decorrente.

Se temos a simplicidade, o tempo e os meios para vacinar crianças (e não só) por todo o mundo, conquistando a várias doenças um universo de pessoas vacinadas, porque não olhamos para o exemplo que essas crianças (e não só) nos dão quando tomam as ditas vacinas?

Receita para a vacina

Inventar uma vacina não é uma utopia. Escrevo este artigo à luz de uma simples lâmpada que quase todos compramos em qualquer supermercado. Penso que conhecem a lição que o seu descobridor nos transmitiu com tanta honra.

Posto isto, em traços muito gerais proponho a seguinte receita para a gripe: Façamos um joguinho de computador com as probabilidades dos irrisórios mapas e «chuvas» genéticas virusais à luz do nosso (já identificado) comboio genético. Está disponível comercialmente o sistema que permite identificar em traços gerais naquela amostra em que é feito o teste, quem vai ou de forma mais exacta quem parece ir, em cada vagão no complexo comboio de cada um de nós. Digo «quem parece ir» por um motivo simples de identidade (assim por exemplo, nem dois médicos diferentes, nem o mesmo médico conseguem por duas vezes reproduzir o mesmo acto médico, porque o fariam as células? Ou mais especificamente porque o fariam as complexas sops intracelulares/transmembranares/ex-tracelulares enraizadas também num fundo genético-somático/germinativo? É muito importante entender: factos e descobertas de vacinas aspiram ao mais curto trajecto que seja eficaz e exequível.

Descubram as «sete diferençazinhas»

comparando os criminosos com bom senso (suponhamos estirpes de vírus da gripe: H1N1, α , β , γ , δ , θ , λ , ...). Não é adequado especular, é urgente e sensato pensar.

Coloquem tudo no computador, sem esquecer que são pessoas que decidem a resposta (ainda bem).

Selecione as equipas que serão pagas para trabalhar na vacina e fazer do dinheiro o que entenderem em bases a declarar como «legais» cientificamente, quando for ajuizada a qualidade do protótipo apresentado a entidades idóneas, previamente às adequadas fases de teste. Deve ser desenvolvido por convidados à escala mundial (quantas mais cabeças experientes, trabalhadoras e inteligentes melhor). Acredito que isso já acontece.

Cumpra-se dizer que as equipas científicas seleccionadas certamente utilizarão os fundos monetários num investimento adequado. Citem-se por exemplo coisas tão simples como um reagente, ou o recurso à tecnologia necessária e apropriada. Esta, sem dúvida, já existente, provavelmente mais do que suficiente para este efeito e tão complexa de disponibilizar na era actual em todo o mundo, estranhamente uma vez que, como sabemos, jamais se irá esgotar a sua utilidade.

Quando conseguirem o negativo (aproximação eficaz ao «antídoto») cruzem-no com um mosaico humano mundial (não é difícil, há exemplos de vacinas diversificadas em todo o mundo, apesar dos «epitopos» genéticos e do *melting* cultural). Ou seja, são de esperar diferentes respostas perante o agente viral e portanto variáveis índices de resposta perante a vacina em diferentes topografias, nunca menosprezando o *melting* cultural e as migrações...

Finalmente discutam com qualidade a vacina, antes de a oferecer, em última análise a todas as potenciais vítimas de gripe, com o objectivo de esclarecer, sem melindrar ninguém, a humanidade. Felizmente ninguém ainda teve «pudor» das vítimas mortais que dizimou, dizima e não sei quantas continuará

a dizimar a gripe. Há que enfrentar em consciência, pensar um pouco neste problema global e enobrecer a medicina.

Todos nós cometemos erros. Não conheço alguém que o não tenha feito. Errar é humano e a ciência nasce dos homens, mas não podemos esquecer o número assustador de vítimas de gripe por todo o mundo!

Aborto da vacina?

Cumpra-se acrescentar alguns aspectos no que concerne ao alarmismo desencadeado por eventuais abortos «associados» à vacinação contra os vírus da gripe ou à eventual acção teratogénica da mesma.

Tais efeitos de uma vacina certamente não serão imputáveis numa mulher grávida e saudável, aos excipientes usualmente empregues na vacinação, nem mesmo ao agente viral no caso de este (tal como na vacina contra o vírus H1N1 que eu já tomei) ser um vírus morto.

Assim deverá ser evitado na formulação da tal vacina, criteriosamente seleccionada, o recurso a substâncias que propiciem tais factos (aborto e efeitos teratogénicos) apesar de eventualmente esses excipientes estabilizarem a vacina. Naturalmente que este ponto deverá ser apurado na resolução do quebra-cabeças (vacina).

Recursos económicos, tecnológicos e outros

Se efectivamente há dinheiro para importar a globalização seja ela benéfica ou perniciosa, também há dinheiro para comprar uma simples vacina no lugar de um simples fritinho (um pacotinho de batatas fritas em vez de uma saborosa sardinha) ou de um carrinho qualquer (que ainda mande no petróleo e na nossa saúde – entenda-se por exemplo: poluição atmosférica)...

Se não vejam colegas, qual de vós com filhos, perante este texto, assumiria negar a vacina que praticamente anulou a varíola a um vosso filho? Isto, perante a esmagadora maioria dos cidadãos

informados do sucedido na transição de uma varíola, que felizmente já faz pouca história, para uma varicela que engoliu o papão.

Conclusão

A gripe é um flagelo universal e transmissível entre seres humanos.

A vacinação humana é possível e desejável à escala global.

Post scriptum

Honra-me conhecer os colegas que escolhem informação e ajuizam o seu carácter científico.

A Medicina pode tocar no fundo deste grave problema de saúde.

Conforme me parece, é urgente fazê-lo.

Bibliografia

Não ousou apontar toda a bibliografia que me faculta tomar a decisão em consciência de escrever o que atrás fica dito, sendo que nesta matéria sou altamente crítica.

Adquiri juízo científico e reuni as informações que me permitem às custas de uma aprendizagem contínua, de uma actualização permanente e dedicada bebendo informação junto a fontes idóneas.

Sem dúvida que o peso da informação mais poderosa que aqui veiculo aprendi às custas de uma educação científica e médica em que perante palestras, cursos intensivos nomeadamente de bases moleculares, de bases sistemáticas, de evidência em Medicina etc., em diversos locais do mundo, dirigi frontalmente, vezes sem conta, dúvidas suscitadas pelo confronto da minha prática médica e autodidatismo, com as palavras dos experientes e sábios professores de ciência. Deixei apenas um testemunho honrado, sem prejuízo de todos aqueles que igualmente me ensinaram e a quem honro.

A inevitável hegemonia médica da Rede Pública Hospitalar



Bases da superioridade médica da Rede Pública Hospitalar

Durante muito tempo, as carreiras médicas, estruturadas através de provas de competência, só existiam em Hospitais Centrais Escolares ou Assistenciais, conferindo-lhes uma qualidade clínica muito acima dos restantes sectores da Medicina Nacional.

A excelência clínica destes Hospitais resultava não só da organização médica hierárquica, das suas funções formativas e do trabalho de equipa, como da pureza dos seus objectivos rigorosamente científicos e totalmente independente de condicionalismos financeiros.

De facto, nessa época, os salários dos médicos hospitalares eram apenas simbólicos, tendo como principal motivação o prestígio pessoal aí adquirido, evidentemente com apreciáveis reflexos na clínica privada.

Por essa altura, sendo o clássico ensino das Faculdades de Medicina de tipo completamente abstracto e destituído de formação clínica profissionalizada, os médicos recém-licenciados, não admitidos oficialmente nos concursos hospitalares, recorriam frequentemente, para completar a sua formação, aos Hospitais Centrais, como Internos Voluntários não remunerados.

Contudo, os Internos Voluntários eram também submetidos a um regulamen-

to especial, sendo responsáveis por uma grande parte dos desempenhos práticos dos Serviços. Por exemplo, na década de 50, os Hospitais Cívicos de Lisboa, com cerca de 4.000 camas, admitiam por concurso, em cerca de 100 concorrentes, apenas 30 internos por ano, conjunto nitidamente insuficiente, sem a colaboração dos colegas Internos Voluntários.

Com o desenvolvimento das Especialidades Clínicas, os Médicos Voluntários, depois de concluídos os respectivos estágios, podiam titular-se Especialistas por concurso na Ordem dos Médicos, ao passo que os Internos Graduados de carreira ou os Assistentes da Faculdade, com idênticos estágios, eram dispensados desta prova para obtenção do respectivo título.

As Carreiras Médicas do Serviço Nacional de Saúde, a funcionar desde 1974, alargadas aos Hospitais Distritais, uniformizaram, modernizaram, dignificaram e expandiram todas estas estruturas e metodologias hospitalares, conferindo à Medicina Nacional um alto grau de competência, reconhecido internacionalmente.

Infelizmente este regime, de extraordinária influência na elevação da qualidade da nossa Medicina, foi abolido, em 2002, de forma inesperada e incompreensível, pela gestão dos Hospitais Empresariais com consequente extinção das Carreiras Médicas criadas pela Ordem dos Médicos, só explicável por uma deplorável e irresponsável iliteracia dos autores dessas medidas legislativas, nesta área da Saúde, ou por uma espécie de animosidade despeitada contra a classe médica hospitalar.

Não terá, portanto, qualquer sentido manter os Hospitais Públicos no actual estado de degradação assistencial, impedindo-os da missão que sempre desempenharam, de actuação clínica de superior qualidade, extensiva à for-

mação e à qualificação dos restantes sectores médicos nacionais.

O papel dos Hospitais Privados

As péssimas instalações e outras deficiências dos antigos Hospitais Públicos faziam com que se destinassem, praticamente apenas, às populações com extrema deficiência económica. Os doentes com maiores possibilidades recorriam quase sempre ao internamento nos seus Quartos Particulares ou em Clínicas Privadas.

A Clínica Particular sempre representou uma parte complementar importante da nossa assistência, quer pelo internamento nos Hospitais Privados das classes economicamente favorecidas, quer através da clínica como único vencimento dos antigos médicos da província, ou como suplemento remuneratório dos médicos da função pública.

Contudo, tendo todos estes sectores o lucro como principal objectivo, chegava a atingir frequentemente, sobretudo no que respeita aos Hospitais Privados, proporções eticamente discutíveis e de duvidosa legitimidade, em consequência de exploração financeira exagerada da doença.

Por outro lado, a escassez de Hierarquias Médicas estruturadas e a ausência de Formação Clínica regulamentada, obrigam estes Hospitais a uma acentuada subsidiariedade em relação aos Hospitais Públicos, sobretudo na composição dos seus quadros médicos.

Parcerias de Saúde Público-Privadas

Por tudo atrás exposto, parece claro que a colaboração em termos institucionais e orçamentais, entre Hospitais Públicos e Privados, não é conveniente nem talvez viável, visto que corresponderia a uma instrumentalização de estruturas de elevada eficácia e integridade pertencentes ao Estado social, em benefício de

organizações empresariais dominadas pelas exigências do mercado.

Tanto mais que a óptima modernização dos Hospitais Públicos em instalações e condições hoteleiras, juntamente com a conjecturável superioridade da sua qualidade médica, já não justifica a sua rejeição pelas classes mais abastadas, antes devia estimular a sua preferência, condicionando ajustamentos de honorários, talvez dependentes apenas de medidas adequadas de gestão financeira.

Assim, num Estado Social, independentemente das ideologias políticas, as classes com mais recursos não devem estar incluídas nos seus benefícios, antes devem contribuir para as despesas públicas em favor das classes mais desprotegidas, pelo que o Serviço Nacional de Saúde deveria ser considerado não tendencialmente gratuito, mas sim tendencialmente onerado.

A propósito, deve referir-se que os antigos Hospitais Públicos equilibravam

em grande parte os seus orçamentos com a contribuição das autarquias para o internamento dos doentes economicamente deficientes, juntamente com os proventos dos Quartos Particulares. Por seu lado, o intercâmbio médico de tipo individual entre os sectores hospitalares públicos e privados representa uma realidade inevitável, visto que o preenchimento dos cargos médicos dos Hospitais Privados é feito normalmente com elementos de topo da Carreira dos Hospitais Públicos, solicitados por melhores salários, a ponto de ultimamente se estarem a verificar verdadeiras sangrias dos seus quadros médicos.

Outro exemplo inaceitável deste desequilíbrio é a recente intenção expressa dos Hospitais Privados de possuírem Internatos médicos, não só por falta de ambiente de um escolaridade adequada, como pela indesejável sobrecarga orçamental que acarretaria.

Ora, este estado actual de deterioração do funcionamento dos Hospitais

Públicos só poderá vir a ser atenuado, para além da actualização da sua gestão financeira, pela reformulação das suas Carreiras Médicas, dignificando-as suficientemente em prestígio e remuneração, tendo em conta a responsabilidade inquestionável do Serviço Nacional de Saúde de velar pelo direito irrecusável dos doentes ao rigor científico dos cuidados médicos das suas instituições hospitalares.

Daqui resulta também a noção de que a qualidade do desempenho hospitalar não pode ser avaliada unicamente por critérios administrativos de tipo quantitativo, como número de doentes assistidos ou demoras médias de internamento, (tantas vezes falseados por condicionarem aumento do erro médico) mas sobretudo por avaliação da competência dos médicos, em provas de progressão hierárquica e por análise de registos de actos clínicos, conduzidas pelos seus pares.



- Exames Medicina Nuclear e Ecografia
- Neurologia
- Cardiologia
- Pneumologia
- Traumatologia
- Oncologia
- Urologia
- Endocrinologia e outros



Endereço: 151 (Calçada), 1500, PT-1501, LISBOA, SALOÃO, COMPLEXO 100000000 (PÁRAMO).

Teléfono: 217 944 700; **Fax:** 217 944 711 • **E-mail:** geral@atmedical.pt • www.atmedical.pt

Rua Helena Pêra, 110, 1600-111 LISBOA

Reflexões para um novo paradigma das Carreiras Médicas Hospitalares

F.M. Fonseca Ferreira

Ex-Director de Serviço de Medicina Interna do Hospital de Setúbal

Deficiências da Actual Formação Post-Graduada

O maior sucesso das extintas Carreiras Médicas do Serviço Nacional de Saúde, para além da avaliação através de provas de competência, foi a instauração de Internatos Médicos profissionalizados, como condição obrigatória para o licenciamento do exercício autónomo da Clínica Especializada.

De facto, a exigência de uma relação adequada do número de Internos/número de camas por Serviço, conduziu à necessidade imediata da sua colocação, não apenas nos Hospitais Escolares, mas também nos Hospitais Assistenciais do País, encarregando-os da formação profissionalizada pós-graduada, de que resultou uma acentuada elevação da qualidade médica da nossa rede hospitalar em geral.

Simplemente, embora estas medidas, tenham resultado num avanço extraordinário da qualidade da nossa Medicina, a sua estruturação continha ainda graves deficiências, susceptíveis de serem ultrapassadas numa futura reorganização das Carreiras Médicas hospitalares.

Assim, a distribuição dos Internos pelos Serviços de Especialidade, raramente obedeceu a uma conveniente relação do número de Internos/número de camas, sendo frequente existirem apenas 1 ou 2 Internos por Serviço, situação inadequada para um desempenho clínico e uma escolaridade post-graduada de grau apropriado.

Por outro lado, nunca se procurou assegurar que os Médicos com Internos a seu cargo possuíssem qualidade

profissional e científica nem vocação docente, suficientes para as funções de tutores clínicos e de orientadores de formação, deficiência agravada ao extremo após a extinção das Carreiras Médicas.

Outro aspecto precário da formação médica hospitalar actual é a completa desconexão temporal existente entre a fase de ensino teórico pré-graduado e a fase clínica post-graduada, tendo em conta que a aprendizagem teórica é indubitavelmente, muito mais absorvente e completa, se decorrer paralelamente com a prática clínica profissionalizada.

Condições para um novo Paradigma das Carreiras Médica dos Hospitais Assistenciais

A condição essencial para a motivação de uma mudança estrutural radical do cenário atrás exposto é a consideração de que o Internato representa a fase mais importante do Curso Médico, dado o início do contacto corrente com patologias da maior gravidade e dificuldade clínica, em que o Interno se confronta com a necessidade de conjugar um profundo conhecimento das bases teóricas da Medicina com complicados desempenhos práticos. Daí a pertinência da ideia de que para atingir estes objectivos, se torna imprescindível dotar os Serviços hospitalares com uma nova organização, em que sejam asseguradas, não só uma actuação clínica de excelente qualidade, como uma aptidão docente competente, combinação só viável através dos seguintes condicionalismos:

- Relação apropriada do número de Internos com o número de camas, visto incumbir aos Internos, apesar de opiniões em contrário, uma importante parcela da força de trabalho, indispensá-

vel para o bom funcionamento dos Serviços e para a sua própria valorização.

- Instituição, à semelhança dos Hospitais Escolares a par da Carreira Assistencial, de uma Carreira Docente, em que a progressão para graus e categorias seja baseada, essencialmente, em currículos de investigação clínica e de comunicação científica, incluindo a capacidade de leccionação oral.

- Regulamentação oficial de ensino teórico programado das matérias da respectiva patologia especializada, ministrado ao longo dos cursos de post-graduação, pelos elementos da Carreira Médica docente hospitalar.

- Dado ser impossível alargar este tipo de remodelação a todos os Hospitais Assistenciais, seriam seleccionados Hospitais com suficiente idoneidade que passariam a designar-se Hospitais Escolares Associados.

- Concluindo, a restauração das Carreiras Médicas, de acordo com a estruturação aqui proposta, baseada na coordenação adequada dos Internatos e na instituição de uma Carreira Docente, a par da Carreira Assistencial, elevaria a qualidade da nossa Formação Post-Graduada e da própria Medicina Nacional, a um grau de excelência sem receio de confrontos e à sua ascensão ao alto ranking internacional já anteriormente atingido.

Mas como o objectivo fundamental, de qualquer organização pública de saúde, deve ser, inquestionavelmente, a tendência para a máxima correcção possível da actuação médica científica, esse desígnio só pode ser alcançado pela capacidade de delineação de estratos médicos competentes e sob a liderança tradicional da Ordem dos Médicos, conscientes de que o alvo essencial da assistência deve ser a saúde dos doentes,

Aliás, as elites da Classe Médica ligadas à função pública assistencial e escolar portuguesa, sempre demonstraram uma extraordinária capacidade de colocarem a nossa Medicina a par da mais evoluída organização científica contemporânea, de que são exemplos as Escolas Médico-Cirúrgicas dos Hospitais de Todos-os-Santos, de S. José de Lisboa e de Sto. António do Porto, a Reforma Pombalina da Faculdade de Medicina de Coimbra, a criação das Faculdades

de Medicina de Lisboa e Porto, assim como a Carreira Médica dos Hospitais Civis de Lisboa e as Carreiras Médicas Nacionais após a revolução de 1974. Se alguém estiver interessado em conhecer o grau de excelência, atingido no passado pela Medicina portuguesa, tanto na investigação médica como no exercício da clínica hospitalar e na docência, aconselho-o a ler o livro editado, em 1999, pela Fundação Calouste Gulbenkian, com o título «O ensino

médico em Lisboa no início do século», em especial o capítulo «Origem, realização e destino» escrito pelo Professor Celestino da Costa.

Resta-nos esperar que este talento e autoridade, actualmente em estado de hibernação, voltem um dia a emergir de novo no seio da Classe Médica nacional. Apenas reflexões?

QUANTUM MUTATUS AB ILLO!

Virgílio, Eneida, II, 274



Como tudo está mudado!
Do meu penúltimo livro, editado em 2008, sobre casos reais da clínica diária, transcrevo a seguinte cronica:

Outros Tempos

Homem alto, direito como fio de prumo, setenta anos de idade.
Era segundo-sargento reformado.
Foi militar no tempo em que - como ele dizia -, a disciplina primava no Exército.
Perguntei-lhe de que se queixava.
- Saiba V.Ex.^a, senhor doutor...
Esbocei um sorriso de admiração por aquele homem e disse-lhe:
- O senhor ainda é do bom tempo.
- Porquê, senhor doutor?
- Ainda trata o médico por V.Ex.^a.
O homem levantou-se rapidamente e,

com voz enérgica, disse:
- Eu, senhor doutor... Eu sou do tempo em que havia educação!

!!

Isto fez-me pensar nos tempos vividos na actualidade.
Estamos numa época em que jogadores e treinadores de futebol são falados de manhã à noite nos órgãos da comunicação social.
Organizam-se festas para atribuir prémios ao melhor marcador do campeonato e ao guarda-redes que menos golos sofreu.
Na televisão, na rádio, nos jornais, cantores são idolatrados.
Pessoas que aparecem em todos os lugares públicos são colocadas em pedestais por méritos que nunca tiveram.
Locutores, jornalistas, políticos e escritores que, por vezes, atraíam a língua portuguesa são incompreensivelmente aplaudidos.
Etc...
Reconheço o mérito de quem nasceu com talento para o desporto e se esforça na sua preparação física e técnica.
Reconheço o mérito de um cantor (?) que aos pulos e aos gritos faz vibrar uma quantidade de jovens num epiléptico frenesim.
Reconheço que a impudência de certas pessoas é classificada como se de valor ético se tratasse.

Reconheço tudo isso.
Mas, fico triste quando penso nos médicos que salvam vidas humanas ao fazer operações ao coração, a aneurismas traiçoeiros, a tumores malignos..., e que são ignorados pelas pessoas, pelos órgãos da comunicação social, pelos governantes do país.
Eu fui há três anos operado ao coração no Hospital de Santa Maria, pelo Dr. Ângelo Nobre e a sua equipa.
Salvaram-me a vida!
E quantos médicos têm salvado a vida a outros tantos doentes!
Façam um inquérito.
Perguntem às pessoas que circulam na rua se sabem quem são esses médicos. Só sabe quem já recebeu os benefícios deles.
E, no entanto, esses profissionais da saúde não só nasceram com talento para a vida que abraçaram, mas também trabalharam e trabalham muito para fazer e aperfeiçoar essas maravilhosas operações.
Recordando o que disse o segundo-sargento, julgo poder traduzir assim:
«Eu, senhor doutor... Eu sou do tempo em que havia consideração pelos médicos.»
Já os meus avós diziam:
«Adeus mundo, cada vez a pior.»

Respondendo ao desafio de Nietzsche: Que Valores abraçar num Mundo sem

(parte 2 de 3)



QUE VALORES, QUE GUIA PARA A NOSSA VIDA?

PROBLEMAS DA CONCLUSÃO E DESAFIO DE NIETZSCHE

Axioma – Estamos na Terra para sermos Felizes!
(O somatório das sensações positivas é maior do que das sensações negativas – p. ex. no fim valeu a pena viver, foi uma vida boa, valeu nos seus próprios termos, o balanço global é positivo ou foi positivo. Estamos «presos» a procurar recompensas e a fugir de castigos. Faz parte da natureza humana! Quem «escolhe» em última análise é o nosso sistema emocional. Orientámo-nos a favor da gama positiva e evitámos a gama negativa do nosso sistema emocional.) Nietzsche diz que somos livres para escolher e criar quaisquer conjuntos de Valores que sejam do nosso interesse (cf. Magee B. 1999: 174). Assim, cada Homem escolhe o seu conjunto de Valores de forma a tirar o máximo proveito. Não surpreende, pois não existe nenhum sítio sólido onde apoiar o sistema de Valores de forma universalmente válida. Desta feita, cada indivíduo faz o seu sistema de Valores consoante

os seus interesses particulares. O interesse particular máximo é ser feliz.

Então, vamos criar um sistema de Valores individual, que permita que consigamos alcançar a felicidade. Cada um de nós terá que pensar e reflectir para descobrir qual o sistema de Valores que proporciona a felicidade na sua vida.

MAS nós não sabemos o que é verdadeiramente do nosso interesse. Claro que a felicidade é do nosso interesse, mas operacionalizando a felicidade, não sabemos concretamente o que serve o nosso interesse de sermos felizes. A nossa visão e razão são demasiadamente estreitas para perceber realmente aquilo que nos interessa, aquilo que nos fará realmente felizes. Não nos conhecemos assim tão bem! Não temos praticamente nenhuma percepção do que vamos sentir a médio, longo prazo (caso inventemos um sistema de valores «novo» para nós próprios). Assim, a nossa capacidade de inventar, pela reflexão e ponderação, um sistema de Valores Novo (diferente dos tradicionais ou vigentes), que nos traga a felicidade na nossa vida, é praticamente nulo.

Muitos de nós erraram, a fazer previsões a médio/longo prazo acerca do que sentiríamos no futuro, face a uma determinada escolha no presente. Isto só reforça a debilidade dos modelos explicativos de nós mesmos, dos nossos modelos de previsão e da nossa Razão. Mesmo tratando-se de escolhas feitas no seio dos tradicionais sistemas de Valores, aderindo a esses sistemas, e face a uma experiência acumulada importante que esses sistemas trazem, como sejam, por exemplo, sabermos os resultados de escolhas semelhantes feitas por outras pessoas nas mesmas condições e termos aprendido alguma

coisa de nós mesmos na nossa história passada no seio desse sistema de Valores. É impossível prever as consequências de um sistema totalmente novo, não experimentado ainda por ninguém, nem mesmo por nós, porque não temos o conhecimento necessário para fazer tais previsões com o mínimo de segurança. E existe uma infinidade de sistemas de Valores teoricamente possíveis... Quantos deles (sistemas de Valores) darão resposta ao anseio de felicidade humana? Quantos deles serão coerentes com a fisiologia, com a neurofisiologia, com a biologia Humana? Quantos se adequarão às condicionantes físicas da vida no planeta Terra? Quantos terão em atenção as circunstâncias ecológicas nas quais nos inserimos? Por cada pergunta, o número possível de sistemas de Valores diminui!

Existe uma outra linha de objecção ao desafio de Nietzsche:

Axioma: O interesse de cada um de nós é ser feliz!

Ora pensemos que cada um de nós desenvolve um sistema de Valores para o seu interesse individual (poderia ser o egoísmo puro e parasitismo virulento da sociedade, como o roubo ou outras formas), o que aconteceria? Muito simplesmente a sociedade como um todo (um todo com um determinado sistema de Valores) iria contrapor o seu sistema de Valores ao meu sistema de Valores, iria unir-se para me marginalizar, castigar e corrigir! Eu iria ser afastado da «mesa da distribuição» do fruto ou produto da sociedade. Ora, a lei, as prisões, as multas, a pena de morte, a tortura, etc, servem para isso. Mas reflectem-se, também, no dia-a-dia, no nosso circuito social. Seríamos afas-

tados como um corpo estranho e punidos, pois não seríamos, uma vez mais, chamados à «mesa de distribuição» do fruto proveniente do sinergismo colectivo, e não teríamos a aprovação do outro, o que também se constitui como castigo. Concordo, genericamente, com a afirmação de que o crime não compensa. Mesmo um egoísmo não parasitário do esforço dos outros não compensa, pois a recompensa que eu obtenho não dando nada aos outros é menor do que aquela que obtenho quando dou algo. Isto porque a interacção e esforço colectivo trazem consigo sinergismos e potenciações, que fazem multiplicar a produção, produção esta que depois de dividida pelos elementos resulta num maior ganho individual. O altruísmo é portanto egoísta! E é por isso que surgiu o altruísmo no decurso da Evolução na Natureza, tendo por base o egoísmo.

Assim a Sociedade «força-nos» (individualmente) a aceitar o sistema de Valores tradicional ou vigente. A Sociedade e o indivíduo «travam uma batalha», porém o indivíduo nada pode fazer perante a força enorme do grupo! O elemento vai ser «forçado» a «jogar pelas regras». Em média a Sociedade consegue punir o elemento transgressor.

Portanto, é do meu interesse alinhar-me com a sociedade, pois sozinho não consigo ser feliz e o mais provável é

que seja duramente punido e castigado pela sociedade!

Podia-se dar o caso de eu realmente acreditar que o sistema de Valores por mim inventado é o único que me faria feliz, tentaria então evitar o castigo da sociedade, o que seria ouro sobre azul! Como o fazer de forma segura e com probabilidade de êxito? A solução seria convencer a Sociedade da superioridade do meu sistema de Valores face ao sistema de Valores vigente, tradicional ou aceite pela Sociedade! Teriam que ser argumentos muito sólidos para convencer ou persuadir a maioria das pessoas. Dessa forma, o sistema de Valores da sociedade transformar-se-ia no sistema de Valores criado por mim e eu poderia aplicar o meu sistema de Valores na minha vida, sem me preocupar com o castigo da Sociedade. Desse modo, poderia provavelmente ser feliz (segundo a crença na minha invenção). Porém, surge aqui o grande problema, pois Nietzsche, os existencialistas depois dele (Jean-Paul Sartre entre outros) e a filosofia actual, não acreditam que existam esses argumentos sólidos que promovam um dado sistema de Valores em relação aos outros sistemas de Valores inventados, por exemplo, por um indivíduo (cf. Stewart R. 1998: 80, 81). Por isso é que Nietzsche cria o seu próprio sistema de Valores baseado na estética, no confronto, na repetição da história a largos intervalos de tempo,

no conflito, no egoísmo na sua forma pura (sem altruísmo), na necessidade de subjugação dos fracos pelos fortes, rompendo com o sistema de Valores vigente e tradicional (na sua época) (cf. Magee B. 1999: 173-175), e é também por isso que Jean-Paul Sartre diz que «agimos de má-fé» se aceitarmos o sistema de Valores tradicional e vigente na Sociedade em que estamos inseridos. Este filósofo afirma ainda que devemos criar o nosso próprio sistema de Valores e viver de acordo com este (cf. Magee B. 1999: 217).

Axioma: Cada um de nós quer ser feliz!

A evolução Darwinista «criou» o Homem para que este se reproduzisse. Esse é o nosso verdadeiro objectivo. A evolução «inventou» o prazer e a dor, a felicidade e a infelicidade, as sensações positivas e as negativas, para nos fazer querer reproduzir, pois inatamente procurámos o positivo e afastamo-nos do negativo. Assim temos prazer no sexo, temos prazer e satisfação com o Amor da nossa parceira, temos prazer e satisfação com o Amor dos filhos e a sua educação, gostamos de estar apaixonados, etc. Pelo contrário a solidão traz dor, inveja em relação a casais estabelecidos, etc.. Também a alimentação dá prazer e a segurança e o conforto providenciam sensações agradáveis. Da mesma forma que o frio, a fome, a

insegurança trazem consigo sensações negativas. A evolução fez-nos de modo a sentirmos sensações positivas em relação a tudo o que é necessário para a reprodução e negativas em relação a tudo o que contrariasse a reprodução. Quando nós dizemos que estamos na Terra para sermos felizes, a natureza (a evolução) «sabe» que realmente nós estamos na Terra para nos reproduzirmos, mas «ela» ligou os dois conceitos, de forma a ter uma equivalência!

O nosso sistema de Valores, assim como o resto da nossa cultura e tradições, chegaram até ao dia de hoje, porque este conjunto de sistemas, regras e informações são os campeões da sobrevivência e da reprodução. Este conjunto de informações já vem sendo formado há mais de 2 milhões de anos, altura em que a humanidade realmente começa (*Homo habilis*). É um conjunto de informações que tem crescido e evoluído neste imenso processo de tentativa e erro, de «mutação» e selecção, de forma mais ou menos semelhante ao processo genético da Selecção Natural e Evolução das espécies, dando-se até muitas vezes o nome de ADN cultural a este conjunto de informações para fazer sobressair as semelhanças entre as evoluções e processos de evolução da cultura e do ADN (algumas destas semelhanças e tipos de evolução cultural são discutidas por Richard Dawkins, no seu livro *O gene egoísta* – em português pela editora Gradiva, na colecção ciência aberta –, assim como é introduzido o conceito de meme por analogia a gene, sendo que meme tem que ver com ideias pertencentes a uma cultura...).

«Desde sempre» existiram diferentes comunidades, evoluindo em relativo isolamento, promovendo diversidade de culturas e sistemas de Valor, desde sempre existiu competição entre estas comunidades, e sobreviveu a mais forte, aquela que conseguiu derrotar e subjugar a outra, ou a que conseguiu impor-se em relação ao meio ambiente, como sejam alterações climáticas, perturbações várias dos ecossistemas, etc., ou mesmo aquela cuja estabilidade intrínseca era maior!

Desde sempre existiu este processo de selecção e apuramento das Boas Soluções, das soluções de continuidade e de reprodução, face às contingências dos factores adversos.

Nunca esta cadeia de melhoramentos foi quebrada até aos nossos dias, tendo sido no entanto quebradas uma infinidade de cadeias, que exploravam soluções diferentes para o problema da reprodução e sobrevivência. Assim este conjunto de informações (que nós herdámos dos nossos antepassados) tem uma «sabedoria» vasta e não trivial, como possamos ser levados a pensar, pois o problema da reprodução não é um problema simples, mas sim extremamente complexo, complexidade que nós ainda não conseguimos sequer apreciar devidamente, tal a sua magnitude!

Desta forma resulta que o sistema de Valores vigente ou tradicional (e restante cultura) é muito bom a assegurar a nossa reprodução (e, portanto, a nossa sobrevivência). Por isso, e como a nossa felicidade está associada à nossa reprodução, o sistema de Valores vigente ou tradicional é muito bom a assegurar a nossa felicidade.

A «Sabedoria» e a «Razão» do sistema de Valores vigente ou tradicional em relação à nossa felicidade é incomensuravelmente superior à Razão Humana!

De facto, a Superioridade do Sistema de Valores vigente ou tradicional, no que diz respeito a fazer-nos felizes, está comprovada na existência de um grande número de indivíduos felizes, tanto no passado como no presente. Muitos indivíduos afirmam no final da vida que valeu a pena, que a sua vida foi um sonho e que encontraram a felicidade! O sistema de Valores vigente é um sistema que dá provas e tal não admira, pois o processo que lhe deu origem «certificou-se», que o Sistema daria essas provas!

Em relação a sistemas de Valores totalmente inventados, não tenho conhecimentos de indivíduos felizes.

Um exemplo paradigmático da nossa ignorância, Razão limitada e falta de perspectiva, prende-se com o Marxismo. Quando o Marxismo se apresentou

enquanto teoria ninguém conseguiu provar que ele estava errado. A teoria de Marx (filósofo e pai de uma das três correntes principais da Sociologia que tenta explicar e prever a sociedade) prometia felicidade. A teoria de Marx foi aceite e posta em prática por sociedades a nível mundial. No final, viram que não era compatível com o Homem, gerou-se uma quantidade imensa de sofrimento e está hoje em vias de desaparecer! Nós não nos conhecemos assim tão bem! E a nossa Razão é muito limitada para prever a complexidade das dinâmicas de uma sociedade inteira (quando fazemos previsões neste patamar é como disparar para o escuro) (cf. Magee B. 1999: 169-170), (cf. Wolff J. 2004: 209-213)!

Outros exemplos prendem-se com a aplicação de teorias económicas novas e que de seguida tiveram que ser retiradas pelos efeitos nefastos! Ou ainda o facto dos actuais modelos económicos serem imensamente simplistas face à realidade vivida, e, portanto, oferecerem previsões não muito seguras (para não dizer débeis) (cf. Stewart R. 1998: 128, 129, 133)!

O grau de complexidade, de requinte, de subtilidade da Biologia Humana, deixa biólogos, bioquímicos, fisiologistas desconcertados, maravilhados, estupefactos e sem conseguirem a compreensão total do sistema ou dos seus elementos, mas sabem que aquele *design* que estudam, está grandemente à frente daquilo que, a Razão Humana poderia criar, para realizar as mesmas funções!

A «razão», a lógica do *design* é muito maior que a nossa «razão» ou o nosso entendimento.

É por isto que quando começamos a alienar cultura, tradições, Valores, estamos a alienar, destruir ou desperdiçar «tecnologias avançadíssimas» que estão ao nosso serviço, ao serviço da nossa felicidade. Neste sentido, atrevo-me a especular, em relação a uma das utilidades evolutivas da crença em Deus: esta crença poderá ter permitido a estabilização dos Valores e da Cultura, refreando o ego da Razão Humana, o que permitiria a conservação de Boas Soluções Evolutivas, no sentido da re-

produção, ao longo dos tempos. Esse sistema de Valores tradicional, traz consigo «informações» de como ultrapassar fenómenos cíclicos quer por nós conhecidos (Idades do gelo, erupções de «super-vulcões», «super-pandemias», etc) quer por nós desconhecidos, além de fenómenos não cíclicos nossos conhecidos (choque de meteoritos por exemplo) ou desconhecidos! Ou seja, o Sistema de Valores tradicional está apto a funcionar nas circunstâncias actuais, mas também numa série de outras circunstâncias, algumas das quais conhecemos e outras que desconhecemos. Assim, quando dizemos que certos Valores «novos» (ou tradicionais em que a sua ênfase é acentuada) criados pela Razão Humana, e aceites pela generalidade dos agentes racionais, e actualmente em vigência generalizada, já passaram no teste do tempo (sendo que a janela do teste anda nos 300, 400, 200 anos até à actualidade), estamos a cometer um erro! Mesmo que as circunstâncias externas se mantenham, existe a possibilidade do ponto de equilíbrio ou estabilidade do Sistema ou Sociedade (depois da alteração) demorar 500, 400, 300, 200, 100, 50, 10 ou 5 anos, ou uma semana a estabelecer-se, e esse ponto de estabilidade ser bastante deficiente (ou decadente) no que diz respeito à capacidade de reprodução e sobrevivência dessa Sociedade. Porém, nesse caso (400 anos p.ex.), se sondarmos os efeitos da alteração, antes do ponto de equilíbrio ou estabilidade, podemos obter resultados «aparentemente» positivos ou satisfatórios!

Com isto quero dizer que já alienámos (destruímos irremediavelmente) alguma «informação» contida em sistemas de Valor mais tradicionais, que já não se encontram em vigência, e face a isso nada podemos fazer! Porém, convém que não repitamos esses erros, e que respeitemos o sistema de Valores que herdamos de nossos pais e da nossa Sociedade e o preservemos.

A propósito disto (e falando metaforicamente) não esqueçamos, a título de exemplo, o caso da toxicod dependência de «drogas duras». Assim, muitas vezes, a pessoa começa a consumir para

umentar o seu nível de prazer ou satisfação, porém apenas o consegue a curto prazo; a médio/longo prazo cairá numa espiral negativa que só trará sofrimento e angústia, sendo que no final existirá arrependimento em relação ao início do consumo dessas drogas. O saldo global é negativo em relação ao saldo global de uma vida

em que o consumo não fora iniciado. Assim não devemos cair na tentação do «imediatos». Temos que ver mais além. Esta é a cautela que a Razão nos fornece, no sentido de maximizarmos as possibilidades de sermos felizes...

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Curso de Acupunctura e Moxibustão 2011

Universidade do Porto

A criação da Competência Médica em Acupunctura pela Ordem dos Médicos em 14 de Maio de 2002 justificou a instituição desta pós-graduação. São objectivos deste curso promover e desenvolver os conhecimentos de Acupunctura na vertente assistencial e de investigação clínica. O programa baseia-se no modelo de curso de pós-graduação aprovado pela ordem dos Médicos para acesso a Competência.

(8ª Edição – homologado no âmbito do Processo de Bolonha 30 ECTS)



Destinatários: Licenciados em Medicina inscritos na Ordem dos Médicos

Candidaturas: 7 a 30 de Dezembro de 2010

CV até 3 páginas

Seleção de candidatos: 1 a 15 de Janeiro de 2011

Inscrições: 15 a 20 de Janeiro de 2011

Início: 4 de Fevereiro de 2011

Horário: Sextas (16h - 20h), Sábados (9-19h), Domingos (9-13h) 15/15 dias

Propina: 2.400€

Nº Vagas: 25

Duração: 300 horas

Local: ICBAS

Parceria: Universidade de Santiago de Compostela, Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura e Ordem dos Médicos

Informações: Dra. Zélia Lopes

Largo Professor Abel Salazar, 2. 4099-003 Porto, Secretariado de Pós Graduação,

Email: secposgrad@icbas.up.pt, Tel. +351 22 2062221, <http://www.icbas.up.pt>

SAIBAM QUANTOS



...lerem esta minha carta, que ao apresentar uma lista candidata às eleições para o Auto Clube Médico Português,

era nossa intenção cumprir um programa que trouxesse de novo a este clube médico, uma dinâmica e forma de estar condizente com a classe profissional donde emana.

Para tanto, um grupo de colegas, desde o Minho até às Regiões Autónomas, organizou uma lista, distribuiu pelouros e de acordo com as regras estatutárias, apresentou a sua candidatura.

Estávamos ainda longe de imaginar as dificuldades que nos esperavam! De facto, a cada dia que passava surgiam novas exigências e dificuldades por parte da Direcção ainda em exercício. Da Assembleia-Geral realizada em 30 de Abril, não se conhece a acta, nem tão

pouco foi dado cumprimento ao que ficou aprovado, ou seja, novas eleições aprazadas para o dia 14 de Junho 2010. Face a tão dúbio panorama e às anomalias de procedimento até agora constatadas, sentimo-nos no dever de alertar todos os colegas associados ou não, para a presente situação que exige de todos clareza, participação activa e respeito pelas regras regimentais. Pela nossa parte, sendo nosso dever continuar, tudo faremos com elevação e respeito, dando, aos demais, o exemplo em defesa do bom nome do Auto Clube Médico Português.

CULTURA

A célula original e a Neonatologia



**A idade da célula original,
Mais de três biliões de anos, é
proverbial...
No processo de selecção se superou
E, assim, toda a vida originou!**

**É no elo final da evolução da vida
Que o ser humano entra na corrida...
A célula se dividiu e se diferenciou...
A vida se fez diversa... e este ser
originou!**

**A Neonatologia é, pois, comovente
Ao cuidar deste verdadeiro presente
Que o milagre da vida veio oferecer**

Maria do Carmo Fernandes
(Médica Pediatra)

(Apresentado na abertura das II Jornadas de Neonatologia do Hospital de Reynaldo dos Santos
– Vila Franca de Xira, em 21/05/2010)

**E, assim, nele poder participar! ...
E quando o fazemos... nem sequer
pensamos
Que é a continuação da célula original
que viabilizamos,
Podendo assim, a evolução continuar...
E o milagre da vida se perpetuar!**

**Sempre que nas nossas mãos é colocado
Do milagre da vida seu resultado,
Razão temos para sentir grande emoção
Por nele termos participação!**

SOPEAM tem nova direcção

Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos na Assembleia Geral que ocorreu no passado dia 29 de Maio na sede da Ordem dos Médicos em Lisboa aprovou a proposta de novos sócios honorários e elegeu os corpos gerentes para o biénio 2010-2011. Em sessão solene que se seguiu, sob a presidência de Maria de Fátima Araújo em representação do Bastonário e da Presidente da Secção Regional do Sul, foram distribuídos os Prémios SERPIS relativos a 2009. Lista dos novos corpos gerentes da SOPEAM:

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente: Fernando Matos Rodrigues
Vice-Presidente: Maria Ofélia Bomba
Secretário: Maria Manuel Açafrão
Secretário: Cláudia Margarida Crespo da Cruz

CONSELHO FISCAL

Presidente: Henrique Correia Pinto
Vogal: Luisa Quintela
Vogal: André Luís Castilho Freire

DIRECÇÃO

Presidente: Baltazar Matos Caeiro
Vice-Presidente: Maria José Leal
Secretário Geral: Júlio Pêgo
Secretário Adjunto: Carlos Cruz Oliveira
Tesoureiro: Leonor Duarte
Vogal: Maria das Dores Borges de Sousa
Vogal: Maria Leonor Duarte de Almeida





Manual de Oftalmoscopia

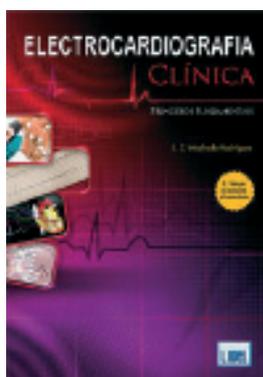
A Lidel editou recentemente um manual prático de Oftalmoscopia da autoria de Luís Gonçalves. Este livro destina-se a todos os que pretendam aprender os princípios e as regras básicas para a observação do fundo ocular – oftalmoscopia.

O fundo do olho é o único local do nosso organismo em que podemos ver as pequenas artérias e veias, os capilares e nervos (nervo óptico) sem exames invasivos. A observação destas estruturas permite-nos avaliar a existência, não só de diversa patologia ocular, como relacionar as eventuais alterações encontradas com patologia sistémica. Durante o exame do fundo de olho podemos avaliar do estado da microcirculação e assim detectar precocemente alterações de diabetes, hipertensão e aterosclerose. O diagnóstico e estadiamento destas doenças pode traduzir-se em informações privilegiadas para melhorar a qualidade e expectativa de vida de nossos pacientes. A oftalmoscopia torna-se, assim, um elemento fundamental do exame físico e reveste-se de grande importância, não só para o oftalmologista ou o interno de oftalmologia, mas também para o clínico geral, o internista, o endocrinologista, o cardiologista, o neurologista, o neurocirurgião, o pediatra, o obstetra, etc. São abordadas e ilustradas, de forma clara

e didáctica, as diversas estruturas do fundo ocular bem como as principais alterações patológicas encontradas à oftalmoscopia. Patologias frequentes com repercussões no fundo ocular como a diabetes, a hipertensão arterial, a arteriosclerose, o glaucoma ou a degenerescência macular ligada à idade, são tratadas separadamente. Luís Gonçalves é médico oftalmologista, chefe de serviço da carreira médica hospitalar, director do Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar do Alto Ave, supervisor de oftalmologia da Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho e membro do GER (Grupo de Estudos da Retina) – Sociedade Portuguesa de Oftalmologia.

Electrocardiografia Clínica

A Lidel lançou a 2ª edição actualizada e aumentada do livro «Electrocardiografia Clínica – Princípios Fundamentais», da autoria do cardiologista José Carlos Machado Rodrigues.

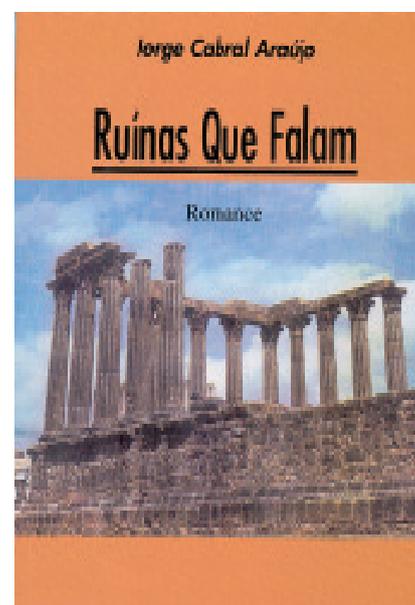


Esta obra, impressa a cores, descreve a electrocardiografia clássica, desde as funções electrofisiológicas das células do coração até às manifestações electrocardiográficas das patologias cardíacas, incluindo alterações iónicas e algumas síndromes congénitas. Aborda a electrocardiografia do *pac*ing e a electrocardiografia de esforço, sendo a última parte do livro dedicada ao estudo das arritmias cardíacas mais frequentes. Escrita com uma linguagem simples e acessível, a matéria é abordada com dificuldade crescente, de modo a facilitar a apreensão da mensagem transmitida. Para além de uma descrição teórica, todas as situações descritas são demonstradas através de um amplo leque de figuras, esquemas e electrocardiogramas, de modo a que

o diagnóstico electrocardiográfico seja feito por compreensão lógica e sequencial e não por memorização de parâmetros. Além de uma revisão profunda da edição anterior, nesta 2ª edição foram acrescentados novos conceitos e temas, mais de cem electrocardiogramas, novas imagens de microscopia electrónica, novas figuras, quadros e tabelas. Esta obra pretende ser um auxiliar de consulta para médicos, enfermeiros, técnicos de cardiopneumologia e de outros profissionais de saúde que necessitem destes conhecimentos para o desempenho da sua actividade profissional diária. O prefácio é da autoria de Juan Verdejo París, subdirector de Especialidades Médico-Cirúrgicas do Instituto Nacional de Cardiologia «Ignacio Chávez», México.

Inclui: Anatomia e Fisiologia das Células Cardíacas e Introdução ao Electrocardiograma Normal; Patologia da Onda P e Aumentos Ventrículares; Bloqueios; Síndromes de Pré-excitação; Cardiopatia Isquémica; Electrocardiograma em Situações Patológicas Especiais; Electrocardiografia e Pacing; Electrocardiografia de Esforço; Arritmias Cardíacas mais Frequentes.

Título: **Ruínas Que Falam**
 Autor: **Jorge Cabral Araújo**
 Editor: **Pedro Martins**



Objetivos

Centralizar conhecimentos

Caracterização

Duração: 10 horas lectivas

Programa

1. Introdução

Metas

Identificar, nos artigos de ODS, as questões de ODS em estudo

Conteúdos

1. ODS e a investigação científica

Objetos

Investigação científica baseada em ODS e o seu valor científico

Metodologia

Investigação científica baseada em ODS e a investigação em ODS

Investigação científica baseada em ODS

Competências

Desenvolvimento de competências

Conhecimento científico, capacidade de investigação científica, comunicação, competências transversais

Objetos

1. ODS

Identificação de questões de ODS em artigos científicos

Desenvolvimento de competências em ODS

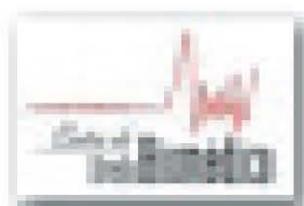
- Identificação de questões de ODS em artigos científicos
- Desenvolvimento de competências em ODS
- Comunicação científica
- Competências transversais

Centro de Direito Biomédico

www.cdbi.uva.pt

Faculdade de Direito
Esplanada de Coimbra
3004-503 Coimbra

*M. Paçoletto (co-organizador)
mlp@fduva.pt



Processo Clínico e Segredo

1.º Curso Breve de Pós-Graduação



2.º Curso Breve de Pós-Graduação em Processo Clínico e Segredo

21 de Novembro de 2019 (10:00 - 12:00)

Relações de documentação clínica

O dever jurídico de documentação

A falta de documentação como violação dos legados?

Prof. Doutor Guilherme Oliveira
(FUC) - Diretor de ICSB
Dr. Paulo de Andrade
(Diretor da Unidade)
Dr. Fernando Pereira
(FUC)

21 de Novembro de 2019 (10:00 - 12:00)

Proteção de informação de saúde

Segredo médico no âmbito digital, um equívoco?

Prof. Doutor Costa André
(FUC)
Prof. Doutor Maria Nuno
(FUC) - Investigadora de ICSB
Marta Fidalgo da Silva
(FUC) - Investigadora de ICSB

4 de Dezembro de 2019 (10:00 - 12:00)

A atualidade do processo clínico

Questões de processo clínico: responsabilização médica, acesso directo ou indirecto, autorizações de OIPC e de GDA, limitações profissionais de acesso.

Prof. Doutor Henriques
(FUC) - Investigadora de ICSB
Dr. Carlos Barros
(Investigador Investigador de ICSB)

4 de Dezembro de 2019 (10:00 - 12:00)

Questões específicas de evidência para investigação científica

Prof. Doutor Carlos de Sousa
da Silva (FUC)
(Faculdade de Medicina de Coimbra (FUC))
Prof. Doutor Henriques
(FUC) - Investigadora de ICSB

O Curso de Direito Biomédico foi criado por deliberação do Conselho Científico da Faculdade de Direito, sob proposta do Prof. Doutor Guilherme de Oliveira, realizada no âmbito do Conselho de ICSB, e (como resultado) em articulação com a sua Unidade.

OCSB é composto por membros do Conselho Científico Jurídico – Direção, Conselho Científico, Direção Administrativa, Direção do Centro de Estudos, Direção de Trabalho – e representantes de outras Unidades.
OCSB atua no âmbito do apoio científico, de base e de apoio à investigação científica, de natureza jurídica das áreas de Direito, de investigação científica, de investigação científica de base científica.

OCSB atua no âmbito do apoio científico, de base científica, de investigação científica, de investigação científica de base científica, de investigação científica de base científica.

OCSB atua no âmbito do apoio científico, de base científica, de investigação científica, de investigação científica de base científica, de investigação científica de base científica.

Um olhar sobre a evolução da urologia Visão sintética do seu passado, presente e futuro

Desde tempos imemoriais que se conhece a existência de patologia urinária e genital, através de testemunhos perenes – as pedras urinárias descobertas em múmias egípcias e junto a numerosos esqueletos e vestígios de civilizações da antiguidade – e de algumas pinturas e relatos posteriores à descoberta da escrita.

Também desde tempos muito antigos que se sabe haver prática de actos simples de cirurgia urológica externa, sobretudo ao nível dos genitais, por motivos religiosos (circuncisão), de justiça (castração), ou com intuitos terapêuticos (sondagem da bexiga de que os hindus foram os pioneiros, punção da bexiga com agulhas como faziam os chineses, litotomia por talha como já praticavam os Assírios e os Gregos). É contudo com Hipócrates (séc.VAC.), e posteriormente com Galeno (séc. I DC), que se estabelecem os preceitos e a prática da Medicina e se descrevem numerosas afecções, entre elas algumas do foro urológico, baseando-se em agrupamentos de sintomas e numa correcta observação, nomeadamente da urina.

Na Idade Média, a Medicina, como muitas outras actividades, viveu em letargia. Apesar disso, nessa época, a medicina árabe, com Avicena e Averroes, atingiu o seu apogeu, com reflexos também nas doenças urinárias, e no campo da primitiva urologia europeia, cirurgiões-barbeiros itinerantes especializados na extracção de pedra da bexiga – os litotomistas –, fizeram história ao tratarem reis e nobres de nomeada, sendo conhecidos Corbeil, Collot e Frère Jacques (o da famosa cantiga francesa). O Renascimento relançou a importância da Anatomia, com Vesálio (séc. XVI) e da prática da Cirurgia, com Ambroise Paré (séc. XVI), assim como a renovação da Medicina clássica de Hipócrates e Galeno, com Paracelso (séc. XVI). Os séculos XVII e XVIII trouxeram avanços significativos em áreas da Fisiologia,

com Bacon, Harvey – descobridor da circulação sanguínea –, Sydenham, Van Helmont, Sylvius e Bichat, e também, com a descoberta do microscópio, na Anatomia microscópica, com Malpighi, Leeuwenhoeck e Morgagni.

Obviamente a Urologia, ainda não especializada, beneficiou destes avanços importantes do pensamento e experiência humanas. Todavia, em termos práticos, nesta altura, existia apenas nesta área o reconhecimento de algumas (poucas) afecções, através de complexos de sintomas e da observação e análise da urina – Uroscopia –, e o tratamento através de águas e de algumas drogas de origem vegetal ou animal. Em termos cirúrgicos mantinha-se a cirurgia externa dos genitais, a sondagem da bexiga e a litotomia vesical, na sequência da já significativa experiência anterior, e iniciou-se, com o desenvolvimento das doenças venéreas e das suas sequelas – os apertos da uretra –, a exploração e dilatação da uretra com Amato Lusitano, Diaz e Laguna, no século XVI, que atingirá o auge no século XIX, com Beniqué e Guyon.

É no início do século XIX que, conjuntamente com a manipulação instrumental da uretra com Beniqué, se inicia a endoscopia da uretra e da bexiga com Lewis, Desormeaux e Ficher. Havia contudo sérios problemas de iluminação nestes primitivos aparelhos, e só no fim do século, após a utilização da electricidade, Max Nitze (1877) efectuou com qualidade uma cistoscopia com um aparelho de lâmpada incandescente. É de realçar este primeiro acesso à

observação dos órgãos do interior do corpo e a enorme importância deste passo no diagnóstico das doenças do baixo aparelho urinário – uretra e bexiga.

Mesmo no fim do século XIX outro importante passo foi dado para o diagnóstico das doenças do alto aparelho urinário, nomeadamente dos rins, com Albarran, que inventou uma «unha» móvel adaptável ao cistoscópio, que orientava e permitia a introdução ascendente de tubos – cateteres – para os ureteres e rins, e possibilitava a análise separada da urina de cada um dos rins, permitindo diagnósticos de lateralidade. Estava-se numa época em que as patologias predominantes eram muito diferentes das de hoje e em que prevalecia a tuberculose.

Entretanto, com a descoberta dos RX por Roentgen (1895) e com o subsequente desenvolvimento da Radiologia, foi dado outro passo fundamental no diagnóstico médico em geral e no diagnóstico urológico em particular. A visualização do aparelho urinário com sondas e cateteres e com produtos opacos aos RX introduzidos através desses tubos (Chevassu, início do século XX), a contrastação das artérias renais através da injeção na aorta – aortografia (Reynaldo dos Santos, 1929) –, e sobretudo a visualização da árvore excretora urinária por produtos injectados por via intravenosa – a urografia ou pielografia intravenosa (Rowntree, 1923, Von Litchenberg, 1929) –, foram marcos fundamentais para o esclarecimento da anatomia e funcionamento patológicos e para o

diagnóstico das doenças do aparelho urinário.

Todos estes avanços no campo do diagnóstico foram acompanhados por progressos a nível da terapêutica, nomeadamente da Cirurgia, com a introdução da antisepsia e da assepsia (Lister, 1869; Pasteur, 1864) e o desenvolvimento da anestesia (Morton, 1846 – éter; Simpson, 1848 – clorofórmio; Riggs – protóxido de azoto), o que permitiu a efectivação da primeira nefrectomia em 1869, por Simon, e da primeira prostatectomia em 1900, por Freyer. No entanto, é a partir do 2º quarto do século XX que a Medicina, e sobretudo a Cirurgia, tomam novos impulsos com a quimioterapia, nomeadamente os antibióticos (penicilina: Fleming, 1929), mas também com os corticóides, as hormonas, os enzimas e a hemoterapia e medicina transfusional. O desenvolvimento de novas técnicas de cirurgia reparadora é então possível, por oposição à cirurgia tradicional de exérese ou de drenagem. A Urologia foi das primeiras disciplinas a individualizar-se da cirurgia geral, devido à especificidade das suas técnicas de diagnóstico e terapêutica, nomeadamente a endoscopia e a radiologia, e às particularidades de alguma da sua cirurgia, nomeadamente da próstata e das vias urinárias.

O aperfeiçoamento das correntes diatérmicas, de solutos assépticos não condutores de electricidade, e de aparelhagem óptica sofisticada, permitiu o desenvolvimento da cirurgia endoscópica da próstata e da bexiga. A cirurgia endoscópica foi durante muito tempo apanágio da Urologia.

Nos tempos actuais desenvolveram-se, para além de aspectos fundamentais em ciências básicas, novos meios sofisticados de diagnóstico e terapêutica. Técnicas computadorizadas de imagem: ultrasonografia, tomografia axial computadorizada (TAC), ressonância nuclear magnética (RNM), angiografia digital e doppler, isótopos radioactivos; métodos analíticos, imunológicos, genéticos e patológicos de diagnóstico; meios instrumentais sofisticados de urodinâmica; novos meios de diagnósti-

co e terapêutica endoscópica e de laser, como a endourologia (ureterorenoscopia, cirurgia percutânea), a litotricia interna e externa por ondas de choque, a laparoscopia e cirurgia laparoscópica, e a cirurgia robotizada e telecirurgia; o controle da infecção, com vacinas e antibióticos de novas gerações; novas técnicas de reanimação em cirurgia; progressos na cirurgia reparadora e na implantação de próteses; avanços muito importantes na diálise, rim artificial e transplantação de órgãos, com imunoccontrolo; desenvolvimento significativo na terapia do cancro, com a radioterapia, as novas aplicações de meios físicos, a quimioterapia, a imunoterapia e a terapia genética; etc. Também os avanços significativos nas tecnologias de informação e comunicação, com destaque para a Informática, a Telemática e sobretudo a Internet estão a revolucionar a Medicina, a Cirurgia e a Urologia.

Após todo este caminho percorrido pela Urologia, desde os litotomistas aos manipuladores da uretra e da bexiga, e aos cirurgiões de exérese, desde os primeiros endoscopistas aos cirurgiões de reparação do aparelho urinário e aos endourologistas e laparoscopistas, em que a especialidade é eminentemente cirúrgica, constata-se que, paradoxalmente, a tendência da urologia actual é cada vez menos cirúrgica e menos invasiva. Investigação científica apurada e técnicas sofisticadas trabalham para vencer os grandes desafios do futuro: a educação para a saúde com vista à prevenção da doença urológica e ao diagnóstico precoce, o tratamento tanto quanto possível conservador – com medicamentos ou técnicas mini-invasivas –, utilizando a evidência científica e meios técnicos cada vez mais aperfeiçoados, a reabilitação e a paleação possíveis,

com novas visões humanísticas e éticas. A Urologia de hoje, e cada vez mais no futuro, comporta já subespecialidades que a numerosa e sofisticada tecnologia impõe (urologia ambulatoria, litíase urinária, urologia oncológica, andrologia e medicina sexual, neurourologia e disfunção miccional, urologia feminina, urologia pediátrica, urologia reconstrutiva, transplantação renal, endourologia, cirurgia laparoscópica e robótica, etc.), subespecialidades essas com relações com a especialidade mãe, mas também com ligações muito fortes a outras especialidades, incluindo as generalistas, o que impõe uma nova maneira de encarar a actividade médica: equipas monoespecializadas mas pluridisciplinares, dialogantes e articuladas, dotadas de meios e com experiência para encarar e responder da melhor forma aos desafios da adversidade que correspondem à falta de saúde e de qualidade de vida a qualquer nível, promovendo a saúde e prevenindo, tratando e reabilitando, ou paleando, a doença, científica e tecnologicamente avançadas, ética e humanisticamente qualificadas.

Manuel Mendes Silva

Presidente da Confederação Lusófona de Urologia

Ex-Presidente da Associação Portuguesa de Urologia e do Colégio de Urologia da Ordem dos Médicos

Os reis Ozias da Primeira Dinastia

«A história tem a propriedade de nos confundir; confronta-nos sem cessar com coisas estranhas diante das quais a nossa reacção mais natural é não ver...

...Procurar as causas é contar os factos duma maneira mais penetrante;



explicar mais é contar melhor...»

(in Como Se Escreve A Historia, Paul Veyne)

Súmula:

O tema envolve duas figuras régias que foram atingidas pelo *morbo* de Hansen em finais do século XII. Um e outro monarca sofreram da modalidade progressiva, bacilífera, maligna da doença – aquilo a que se chama a forma lepromatosa. Mas nem todos os lepromatosos são iguais. Neles pode reconhecer-se uma série de variedades, fieis a uma distinta sintomatologia clínica e com uma evolução diferente e constante. Uma síndrome adiposo-genital constitui uma dessas variantes, e era observada na endemia portuguesa e do país vizinho na década de '50 (sec. XX), sendo atribuída a Afonso II (e de forma inteiramente plausível adapta-se, como uma evidência, ao que conhecemos da figura e comportamento deste rei).

A familiaridade que sentimos ter com Afonso II é como aquela que mantemos com a endemia portuguesa de Hansen dos anos '50 do século XX, a qual é certamente sobreponível à enfermidade que grassava em finais do século XII, à época do nosso infante, filho primogénito do rei D. Sancho I de Portugal. Como seu pai, o infante Afonso também ele sofria de lepra.

O contágio dera-se muito cedo na idade tenra dos primeiros anos de vida, mercê da exposição a um incauto convívio paterno. Nestas condições, a infecção precoce acabara por dar azo a uma síndrome endócrina, pluriglandular, síndrome adiposo-genital, ainda há alguns anos possível de observar tanto na endemia portuguesa como na do país vizinho.

Tratava-se de uma lepra lepromatosa

que se expressava por escassas lesões cutâneas, quando muito por um discreto eritema reticular cianótico, a custo visível na face anterior das coxas. O que havia era uma madarose, ou seja, uma alopecia parcial das sobrancelhas (falta esta que convocava a atenção), e também uma ausência total de barba e de pêlos (se exceptuarmos o escasso pêlo axilar e puberal). Deste modo, o inocente enfermo era volumoso, corpulento, glabro, apresentando uma certa ginecomastia.

A obesidade, somada à face sem pêlos e à ginecomastia pode explicar a razão por que Afonso II, consciente do ginandromorfismo da sua presença, se afastava sempre dos teatros de guerra. Tais particularidades, parecendo insignificantes, estão todavia implícitas «no que lá está», no-que-é-evidente, revelando o motivo por que «não poderia ser doutra maneira» e fornecendo-nos a chave de todo um comportamento assumido pessoalmente, ou por indicação de terceiros (os seus seis médicos D. Amberto, Mestre Martinho, Mestre Salvador, Mestre Roberto e dois Mestres Mendo, ambos da Sé de Lamego, físicos aos quais Afonso II confessava grande «amor» e gratidão).

Aos catorze anos, na idade da roboração (ant. puberdade), o infante adoecia gravemente; «Oprimido de uma perigosa enfermidade, chegou a ponto de morte».

Julga-se que a puberdade e/ou talvez uma forma grave de sarampo teriam condicionado uma depressão da imunidade, determinando o aparecimento da primeira manifestação da doença,

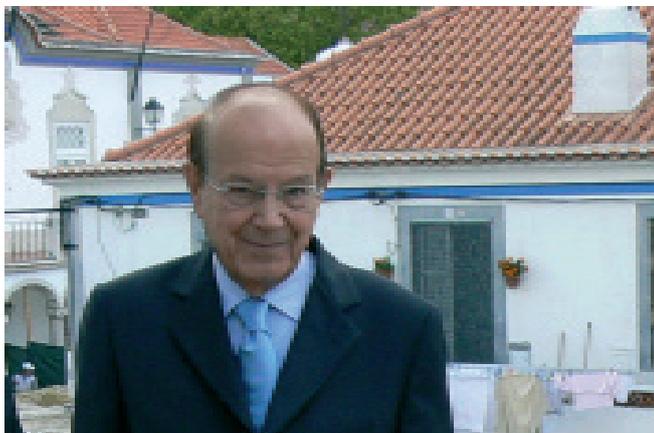
que terá eclodido sob a forma de um «erythema nodosum leprosum» (como tantas vezes se verifica).

Recorde-se que o eritema nodoso leproso (ENL) é um episódio inflamatório, uma «poussée» caracterizada pelo aparecimento brutal, violento, de uma súbita erupção de nódulos eritematosos, brilhantes, quentes, tensos e dolorosos ao tacto, surgindo os primeiros elementos ao nível da face de extensão dos membros superiores, invadindo por surtos sucessivos a parte anterior das coxas, as espáduas, o peito e a própria face. Ao mesmo tempo, o estado geral do enfermo mostra-se muito alterado: além das temperaturas elevadas (39°-39,5°) o doente queixava-se de artralgias a nível das mãos e de fenómenos extremamente dolorosos (quer à pressão, quer espontaneamente) dos nervos ulnares (cubitais).

Perante este quadro, de grande desespero e aflicção, Sancho I não procurou catedral ou igreja para orar pela saúde do filho e herdeiro. A sua eclesiofobia levou-o, na companhia de outros seis cavaleiros, a procurar lenitivo e consolação junto do túmulo de Santa Senhorinha de Basto, que naquela altura era um centro de grandes romagens de um intenso culto popular.

Ajoelhado perante a arca tumular daquela que é verdadeiramente a primeira santa portuguesa, Sancho I, com lágrimas e amor de pai, roga à virgem bem-aventurada que interceda junto do Senhor Deus pela saúde de seu filho.

Ainda quando decorria a novena de orações, chegam novas da corte, dando conta da recuperação e restabeleci-



mento do príncipe.

Obtida a graça, sem dúvida o milagre mais notável atribuído à intercessão de Santa Senhorinha, logo o Rei cumpre o seu voto, e «em pessoa e a pé andou correndo todo o Couto por onde se haviam de pôr os marcos».

Inocêncio III, o imenso e onisciente pontífice romano, teve conhecimento de tudo isto, e porque não acreditava em factos inexplicáveis pelas invariáveis leis da natureza, procurou saber particularidades da doença do Infante. Devidamente elucidado, ficou a saber que o *erythema nodosum* do jovem Afonso não era mais do que a primeira manifestação da doença, e que não se tornara necessária qualquer interferência sobrenatural a comandar a regressão do *erythema nodosum leprosum*, dado que estes episódios reaccionais se desvanecem habitualmente ao cabo de duas a três semanas.

No seu estilo autocrático, em resposta à doação (carta de couto) de Sancho I à Igreja de Santa Senhorinha, o louro papa advogado, de olhos verdes e orelhas de tamanho absurdo, logo decreta em bula do ano de 1200 a proibição dos cultos públicos, retirando aos bispos a faculdade de beatificar os santos das suas dioceses sem a devida anuência da Santa Sé.

Entretanto agrava-se e torna-se bem evidente a doença de Sancho I. Quanto ao Infante D. Afonso, esse permanece a cargo dos seus seis médicos, e sempre que se anuncia o aparecimento de um surto de eritema nodoso, logo o forçam a um estrito repouso no leito, para além de o procurar robustecer com doses

concentradas de água-mel de sumo e polpa do vulgar limão siciliano, e mais outros roborativos. Procurando tirar partido desta conjuntura, um filho bastardo de D. Afonso Henriques, na verdade um seu primogénito, Fernando Afonso (ex-grão-

mestre da Ordem Militar do Hospital) abandona a Terra Santa, e resolve voltar a Portugal na intenção de reivindicar o trono português, para si ou para ambições alheias a que prestava o seu apoio. A sua pronta eliminação física pelos freires cavaleiros de Évora (muito próximos de Sancho I) é a favor da hipótese de ele próprio se ter arrogado a candidato ao trono que supunha vacante, a breve trecho, por força da doença (a mesma) que atingia pai e filho. Como pretendente alternativa, surge-nos a figura da poderosa irmã de Afonso II, a monja guerreira D. Teresa, a divorciada rainha de Leão, que também não parecia acreditar muito na aptidão e capacidade de sobrevivência do primogénito do Rei.

Entretanto a fase final da doença de Sancho I revela-se caótica. O Rei parece ter sido abandonado por todos e estar destituído de *consilium et auxilium*. Os últimos meses de vida de Sancho I (no dizer de Alexandre Herculano) terão consistido numa «dilatada agonia». Com efeito, em Novembro de 1210, o Rei viaja para Santarém, para se submeter, possivelmente, e em desespero de causa, à hemoterapia dos físicos árabes. Em carta escrita a meio do percurso, em Alcobaça, dirigida aos seus fieis vassallos e autoridades amigas do concelho de Lisboa, El-rei rasga a teia do seu isolamento e fala da sua doença de forma aberta, pungente e humana, informando-os nos seguintes termos: «Sabei que estou muito doente, pelo que vos rogo como amigos e vassallos naturais que oreis por mim (a Deus,

à Virgem Maria e ao beato S. Vicente Mártir) para que recupere a saúde do corpo e alma...»

Os conhecimentos dos físicos árabes de Santarém e a hemoterapia de nada valeram perante a fase terminal da forma lepromatosa de lepra de Sancho I, que acabou por falecer nos finais de Março de 1211, cumprindo-se a alegoria do rei bíblico Ozias, de que o papa Inocêncio III se servia para repreender o monarca português.

Na imagem utilizada por Inocêncio III, a lepra que atinge o rei constitui uma punição pela sua intrusão indevida nas funções sacerdotais: «Enquanto honrou o Senhor, Deus deu-lhe prosperidade... mas intrometeu-se no templo do Senhor, e durante um acesso de cólera apareceu-lhe lepra na fronte, ali, no templo do Senhor, na presença dos sacerdotes, diante do altar dos perfumes. O sumo sacerdote e todos os outros sacerdotes olharam-no e viram-lhe a lepra que tinha na fronte» (2º Livro das Crónicas, capítulo 26 – Bíblia Sagrada). Para Sancho I o texto bíblico tem um pesado sentido próprio, as palavras são por ele apreendidas no seu significado óbvio, pleno.

Com efeito, o monarca português envolvera-se numa enérgica actividade guerreira contra os Muçulmanos (fossado de Triana – Sevilha, conquista de Silves, defesa de Santarém, etc.) e terão sido estas batalhas de extrema dureza que terão propiciado a exposição ao contágio (no período de 1178 – 1184). Ter-se-ia tratado de uma forma lepromatosa, com lesões únicas e exclusivamente reaccionais. O rosto apresentaria apenas um discreto edema eritematoso, o que até conferiria ao doente uma aparência de florescente saúde. Terá sido uma lepra *inaprecepta*, despercebida, que durante muito tempo não se fará notar, compatível com uma notável rotina de cortejamento amoroso e de prodigiosa progenitura. Nas fases de agudização da doença, para além de uma possível hepatite reaccional, verificar-se-ia a ocorrência de uma penosa nevrite cubital (com o tronco nervoso muito aumentado de volume, causando ao doente dores intoleráveis).

Acaso terão sido estas cíclicas manifestações de exacerbação e agudização da doença que vão ser interpretadas, por alguns, com o rótulo anódino de «mal de melancolia»?

Ao contrário, o sempre bem informado Inocêncio III variadas vezes menciona a doença do monarca português, e em 1206 e 1212, nas bulas em que lhe certifica os testamentos, compara-o metaforicamente (como já foi dito) ao Rei Ozias da Bíblia, a quem Deus castigara com lepra, em razão dos abusos que cometera.

Em boa verdade, Sancho I em defesa da afirmação do poder real não respeitava, minimamente, os privilégios e direitos relativos à Igreja. Era este monarca o mesmo que folgava em dizer que cada vez que deparava pela frente com um eclesiástico, logo isso era para ele prenúncio de mau agouro, já não lhe podendo o dia correr bem. Esta «boutade» testemunha bem as más relações que mantinha com o clero, cujos membros submetia a julgamento, agredia e desapossava dos seus bens. O mesmo Sancho I também levava longe o seu desrespeito na irreverência das «aspérrimas expressões» que utilizava na troca de cartas com a Sé Apostólica, embora aqui se possa reconhecer a intervenção da inteligência e do muito talento do velho Magister e Chanceler Julião a orientar a rude mão do rei, de modo a produzir missivas que tinham o condão de perturbar o espírito do papa, o qual ficava com a percepção de que a insólita escrita de Sancho tinha tanto de ofensiva como de justa, afinal (A. Herculano).

É já como novo rei que Afonso II recebe as admoestações e conselhos dirigidos pelo papa a seu pai (acabado de falecer) e apressando-se em responder, pede com insistência que Inocêncio III o declare, de forma terminante e clara, como rei de Portugal, pela graça de Deus. Como desvelado vassalo, Afonso II faz acompanhar a sua súplica de uma remessa de 100 marcos de ouro.

O aval da Igreja, a confirmação papal é de suprema importância para o jovem monarca, que se sabe doente e, por isso, exposto aos jogos, conluios e ambições

desmedidas de suas irmãs (Teresa e Sancha), em rebelião declarada (sendo a felonía comparticipada por irmãos rebeldes a que se juntam os invasores leoneses).

Também em relação ao clero local, Afonso II manifesta provas e testemunhos de reconciliação e de benemerência, na intenção de aproximar a Igreja da sua causa. A sua estratégia de garantir a continuidade no poder adquire enormes dividendos com a realização em Coimbra, logo nos primeiros meses do seu reinado, de uma reunião ou Cúria, da qual resultam as primeiras «Leis Gerais para todo o Reino».

Destas Leis Gerais do Reino elegemos a «Lei da Ira Real» e a lei da protecção dos «mesquinhos», como exemplo que serve para retratar a imagem de um rei inteligente, culto, prudente, e até de um precursor, a ponto de ser considerado por alguns como pioneiro dos direitos cívicos e da derrogação da pena de morte.

«A Lei da Ira Real» mandava suspender por vinte dias a aplicação da sentença capital, para impedir o poder real de praticar injustiças sob o domínio de cólera momentânea (lembremo-nos dos acessos de ira e fúria violenta de Sancho I).

«Mezquinhos» é vocábulo de origem árabe, e significa desditosos, pobres de recursos. Afonso é o «bom príncipe», responsável por todo o Reino, e cabe-lhe ser o paladino protector dos fracos e dos mesquinhos.

É, pois, um rei instruído, um rei legislador, e não um combatente, um lidador, como tinham sido o seu avô e o seu próprio pai.

Afonso II afasta-se dos campos de batalha não só porque é corpulento e de correspondente morosidade de movimentação (um alvo fácil de abater), mas, sobretudo, por ser desprovido de pêlos, por lhe faltar toda a barba (que nunca chegou a sair). Este hipoandrismo, este défice de caracteres sexuais masculinos, entre cavaleiros hispídicos, de faces eriçadas e cerdas, juntamente com uma ginecomastia notável, seria, forçosamente, causa de menosprezo e escárnio.

Por todas estas razões não estará pre-

sente na memorável batalha de Navas de Tolosa, mas em contraponto da sua ausência, enviará a seu sogro, Afonso VII de Castela, a excelente milícia dos concelhos. Esta peonagem municipal de Afonso II revelar-se-á uma força essencial nesta peleja, pela sua impetuosidade e bravura. O próprio papa Inocêncio III considerará esta contenda como a mais porfiada e interessante batalha do seu tempo, e se já muito admirava os cavaleiros Templários (Ordem dos Pobres Cavaleiros de Cristo) que atacavam num turbilhão místico, passa a dispensar sinais de benevolência a Afonso II, um príncipe que se afigurava «cristianíssimo».

Também no íntimo do rei de Castela, o comportamento da infantaria portuguesa e o auxílio dispensado por Afonso II forjam sentimentos de gratidão e reconhecimento, que amedrontam o invasor leonês e os irmãos rebeldes do monarca português.

A rebelião das irmãs (Teresa e Sancha) é resolvida em 1215 por sensata decisão de Inocêncio III, que conferirá a Afonso II a propriedade das terras e vilas em disputa (Alenquer e Montemor-o-Velho) e às infantas apenas o usufruto temporário das insensatas dádivas do testamento paterno.

Afonso II também não estará presente aquando da tomada aos Mouros da praça forte de Alcácer do Sal, ainda que tenha sido o instigador deste feito militar, cujo esplendente sucesso lhe concederá mais um *Manifestis Probatum* (confirmação da dignidade real e especial protecção da Santa Sé).

Constituindo a conquista de Alcácer do Sal um dos sucessos mais estrondosos daquela época, Alexandre Herculano manifesta a sua perplexidade pela ausência de Afonso II dos campos de Alcácer do Sal, desta forma mordaz:

«O leitor, afeito a ver os príncipes portugueses sempre á frente dos seus súbditos nas horas de grandes perigos e de grandes glórias, desejaria mais de uma vez perguntar-nos: Mas Afonso II, onde estava? Corria o reino, confirmando as numerosas concessões dos seus antecessores e anulando, talvez, algumas... Esta ausência de Afonso II

dos campos de Alcácer, é na verdade estranha... apesar da obesidade que a tradição atribui a Afonso II... ele rapidamente se afastava por esse tempo para bem longe do teatro da guerra, partindo de Lisboa... para Alcobça, daqui para Coimbra e de Coimbra para Guimarães. Nesta vila se entretinha em conceder cartas de confirmação no mês de Agosto, enquanto os seus videntes súbditos juntos com os cruzados do Reno combatiam e morriam debaixo dos muros de Alcácer. Entregue às mesmas ocupações pacíficas, o rei de Portugal parece ter passado depois pelos distritos de Trás-os-Montes e Beira Alta, descendo de novo por Trancoso, onde residia em Outubro, achando-se de volta em Coimbra por Novembro e aproximando-se até Santarém nos fins de 1217. **Dir-se-ia que o chefe do Estado se afastava à medida que o estrépito das armas crescia e que se aproximava ao passo que esse importuno ruído diminuía.»**

Nenhum documento lhe dá a saber a razão deste estranho comportamento de um príncipe da Idade Média, ao qual até somos forçados a reconhecer muita energia e coragem, requerida aquando da autêntica guerra civil que lhe moveram seus irmãos e irmãs, coligados a uma multidão de nobres e clérigos, apoiados pelas armas de Afonso IX, rei de Leão. Como hipótese explicativa para esta manifesta falta de esforço militar, a simples crassitude não é razão bastante, pois a obesidade de outros monarcas europeus, igualmente com o mesmo cognome de «Gordo», não

os impediu de pelejarem com mais ou menos êxito (Olaf o Gordo, 1015-1028, o rei guerreiro que impôs o Cristianismo aos seus nobres relutantes; Luís VI o Gordo, 1108-1137, que pacificou o reino; e outros). Também as modalidades comuns de lepra grave não são causa presumida e sustentável para a aparente apatia militar de Afonso II, se nos lembrarmos de Balduino IV (1174-1185), paradigma de cavaleiros com lepra que defrontaram Saladinos, nas mais penosas circunstâncias.

Será que Afonso II considerava definitivamente não humano fazer a guerra? Como causa hipotética mais plausível, cremos que a razão escondida para a lassidão castrense para a sua aversão pela actividade bélica ficou a dever-se ao facto de (afirmamo-lo uma última vez) ser portador de uma modalidade particular de lepra lepromatosa, sob a forma de uma síndrome adiposo-genital com um conjunto de sintomas que não caracterizam um ícone de cavaleiro medieval: ausência de barba e pêlos, macromastia bilateral com aumento da circunferência de todo o tórax (que impede o uso de couraças, cotas de malha ou peitoral), voz áfona, epistaxes repetidas, morosidade de movimentos, inclusive.

Na superação da falta de qualidades militares, Afonso II dedica-se a actividades mais positivas e de maior alcance prático. Relembra seu pai que gastou os melhores anos da sua vida em «guerras obscuras e inúteis», por isso tenta racionalizar a administração real, substituindo a espada pela chancelaria, pacificando o Reino por

meio da prática das confirmações de forais e cartas de couto; e mandando fazer inquirições gerais, de modo a impedir a subtracção de direitos régios. A escrita e a lei são agora as armas do monarca que se assume como responsável pela justiça e ordem social, e se afirma como supremo soberano nas suas decisões e actuação.

Afonso II foi, durante demasiado tempo, uma figura injustamente compreendida por cronistas e alguns escritores que prestavam culto e relevância apenas aos feitos militares, em detrimento do talento governativo e da capacidade administrativa que este rei patenteou com considerável pertinácia. Visando a unidade do Reino e a sua continuidade no tempo, Afonso II ultrapassou a sua doença e os condicionamentos da época.

Ilustrou a primazia do direito sobre a força. Lutou contra a desagregação do Reino, posto em perigo pelas disposições testamentárias de Sancho I a favor das suas ambiciosas irmãs (em aleivosa coligação com o invasor leonês).

Esta nova visão de aprovação e louvor de Afonso II, como grande figura iniciadora, é sustentada por modernos escritores e historiadores, entre os quais nos apraz mencionar João Aguiar (in Biografias Históricas) e Rui Ramos, Bernardo Vasconcelos e Sousa e Nuno Gonçalo Monteiro (na sua recente História de Portugal, Novembro de 2009).

M.J. Campos Magalhães
Médico Leprólogo

Envie-nos os seus artigos

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

Abatimentos e deduções aos rendimentos de 2010

I. ABATIMENTOS

1.1 Dedução específica do trabalho dependente (Art.º 25º do CIRS):
72% de 12 vezes o salário mínimo mais elevado ou o valor das contribuições totais pagas efectivamente à Segurança Social quando superiores.

1.2 Dedução Específica de Pensões (Art.º 53º do CIRS):
Tem o limite de e 6.000,00
Porém, se o rendimento bruto da categoria H exceder e 30.240,00, este limite de e 6.000,00 será reduzido até à sua concorrência de 13% da Parte que exceder os e 30.240,00.

1.3 Organizações Sindicais (Art.s 25º e 53º):
Valor pago acrescido de 50% até ao limite de 1% do rendimento bruto de trabalho dependente ou de pensões.

1.4 Rendimentos profissionais (Recibos verdes) – Regime simplificado (Art.º 31º):
O rendimento bruto é abatido de 30% para despesas e encargos, não sendo necessários quaisquer documentos.
Não poderá resultar um rendimento líquido global inferior a metade do valor anual do retribuição mínima (e 3.325,00).

1.5 Rendimentos prediais (Prédios arrendados) (Art.º 41º):
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 Pensão de Alimentos (Art.ºs 78º, al. d) e art.º 83º A):
20% dos encargos quando fixados na

respectiva sentença judicial, desde que o beneficiário não faça parte do mesmo agregado familiar.

2.2 Despesas de Saúde (Art.º 82º)
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 20%, são limitadas a 2,5% daquelas despesas ou a e 65,00, desde que documentadas com receitas médicas (al. d) do Art.º 82º):

2.3 Despesas de educação e de formação profissional (Art.º 83º):
30% das despesas suportadas com o limite de 160% da retribuição mínima nacional mensal (e 760,00). Nos agregados com 3 ou mais dependentes, o limite é elevado em 30% por cada dependente (e 142,50 por cada dependente).

2.3.1 São dedutíveis à colecta 30% da totalidade das despesas efectuadas com a educação e reabilitação do sujeito passivo ou dependente com deficiência maior ou igual a 60%, bem como 25% da totalidade dos prémios de seguro de vida (art.º 87º n.º 2)
Porém, a dedução dos prémios de seguros não pode exceder 15% da colecta de IRS (n.º 3 do artigo 87º).

2.4 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 85º):
30% dos encargos com o limite de e 591,00.

2.5 Encargos com lares, apoio domiciliário e outras instituições de apoio à terceira idade relativos a sujeitos passivos, bem como dos encargos com lares e residências autónomas para pessoas

com deficiência, seus dependentes, ascendentes e colaterais até ao 3º grau que não possuam rendimentos superiores à retribuição mínima (Art.º 84º):
25% das despesas com o limite de 85% da retribuição mínima mensal (e 403,75).

2.6 Prémios de seguros de vida, acidentes pessoais e fundos de pensões, 25% das despesas com o limite de (Art.º 86º):
Casados – e 130,00; não casados – e 65,00.

2.7 Prémios de seguros de saúde (Art.º 86º, n.º 3):
30% dos encargos com os limites de:
Casados – e 170,00; não casados – e 85,00.
Por cada dependente a seu cargo os limites são elevados em e 43,00.

2.8 Custos com equipamentos novos para utilização de energias renováveis e equipamentos para produção de energia eléctrica ou térmica por micro turbinas, com potência até 100 W que consomem gás natural (Art.º 85º, n.º 2):
30 % das despesas com o limite de e 803,00 (desde que não sejam susceptíveis de ser considerados custos da categoria B).

2.9 DEFICIENTES:

São dedutíveis à colecta por cada sujeito passivo com deficiência igual ou maior que 60% uma importância correspondente a 4 vezes a retribuição mínima mensal (e 1.900,00), bem como 1,5 vezes a retribuição mínima mensal por cada dependente ou ascendente que viva em comunhão de habitação com o declarante e não aufera mais que a pensão mínima mensal nacional (e 712,5) (Art.º 87º).
Se a invalidez for superior a 90% então

PUB
MNI 1

a dedução por cada sujeito passivo ou dependente é de 4 retribuições mínimas nacionais (e 1.900,00), que acrescem àquela.

Artigo 88º do Orçamento do Estado para 2010

Disposições transitórias no âmbito do Código do IRS

1 – Os rendimentos brutos de cada uma das categorias A, B e H auferidos por **sujeitos passivos com deficiência** são considerados, para efeitos de IRS, apenas por 90% em 2010.

2 – Não obstante o disposto no número anterior, a parte do rendimento excluída de tributação não pode exceder em 2010, por categoria de rendimentos, e 2500.

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

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

Devem ser declaradas tratando-se das seguintes aquisições:

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

BENEFÍCIOS FISCAIS

4. COMPUTADORES PESSOAIS NOVOS, bem como software e aparelhos de terminal (art.º 68º do EBF) – REVOGADO.

5. PPR (Art.º 21º do EBF)

São dedutíveis à colecta 20% dos valores aplicados em PPR até ao limite de: e 400,00 – se o sujeito passivo tiver menos de 35 anos.

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

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

Os reformados não têm direito a esta dedução.

6. MECENATO (Art.ºs 62º e 63º do EBF)

6.1 São dedutíveis, sem limite, 25% das doações ao Estado, Regiões Autónomas, Autarquias e seus serviços.

Associações de Municípios e de Freguesias.

Fundações em que o Estado participe no património inicial.

Fundações com fins de natureza social ou cultural.

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

IPSS; PCUP; Centros de cultura; etc.
São majorados em 130% no geral ou 140% se destinados a apoio à infância, 3.ª idade, toxicodependentes e promoção da criação de postos de trabalho.

6.3 São dedutíveis à colecta 25% dos donativos concedidos a igrejas, instituições religiosas, pessoas colectivas de fins não lucrativos pertencentes a confissões religiosas ou por elas instituídas, sendo a sua importância considerada

TABELA DE IRS DE 2010 no Continente (Art.º 68º)
em 130% do seu quantitativo, com o

RENDIMENTO COLECTÁVEL (euros)	TAXAS (%) Normal	TAXAS (%) Média
Até 4 793	1,08	11,680
> 4 793 a 7 250	13,58	11,927
> 7 250 a 17 979	24,08	19,179
> 17 979 a 41 349	34,88	28,053

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.

A Retribuição Mínima Nacional para 2010 é de e 475,00.

ATENÇÃO: Os prazos para entrega das declarações de IRS em 2010 foram alterados e passam a ser:

Declarações entregues em suporte de papel

Durante o mês de **Março**, quando apenas tenham recebido rendimentos das categorias A (trabalho dependente) e/ou H (pensões)
Durante o mês de **Abril** nos restantes casos.

Declarações enviadas pela Internet

Durante o mês de **Abril** quando apenas tenham recebido rendimentos das categorias A (trabalho dependente) e/ou H (pensões).

Durante o mês de **Maio** nos restantes

às 13 horas nas instalações da Ordem dos Médicos, sitas na Avenida Gago Coutinho, 151 em Lisboa.

**PUB
MNI 2**

CONSULTORIA FISCAL

tagem das retenções na fonte para os rendimentos da categoria B (recibos verdes) passou a ser desde 1 de Julho de 21,5%

www.ordemdosmedicos.pt



**Informamos todos os Médicos que podem alterar a sua password no site nacional da CM.
Para isso deverão primeiro entrar com a password original.**