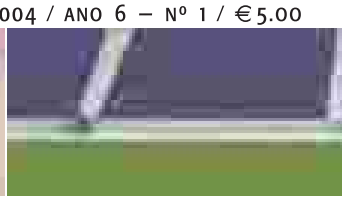
nortemédico

ISSN 0874 - 7431 REVISTA DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS / JANEIRO-MARÇO 2004 / ANO 6 – Nº 1 / €5.00

18



«Se a lei for má, prefiro que fique tudo como está»

Prof. Alberto Barros, apreensivo com a legislação sobre Reprodução Medicamente Assistida

nortemédico

REVISTA DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS / JANEIRO - MARÇO 2004 / ANO 6 - Nº 1

Director **Miguel Leão**
Editor **Miguel Guimarães**

Conselho Editorial
Alfredo Soares
Ana Antunes
Ângelo Azenha
António Neto
Fátima Carvalho
Fátima Oliveira
Hernâni Vilaça
José Afonso Domingues
José Pedro Moreira da Silva
Machado Lopes
Marlene Lemos
Nelson Pereira
Olímpia Carmo
Pedro Silva
Torres da Costa

Secretário **José Maria Moreira**

Propriedade e administração
Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos
Rua Delfim Maia, 405 – 4200-256 Porto
Telefone 225070100 • Telefax 225502547

Registo **Instituto da Comunicação Social, nº 123481**
Depósito-Legal **nº 145698/04**
Periodicidade **Trimestral**
Tiragem **12.000 exemplares**

Redacção, composição e montagem
MEDISA - Edições e Divulgações Científicas, Lda
Rua Gonçalo Cristóvão, 347 - s/217
4000-270 Porto
Telefone 222001479 • Telefax 222001490
office1@medisa.pt
Fotolito **3N**
Impressão **INOVA - artes gráficas**

Capa **Nuno Almeida**

2 Editorial
Miguel Leão, presidente do CRNOM

Política de Saúde
4 Limitar a aplicação de técnicas é prejudicar os doentes
Prof. Alberto Barros apreensivo com o enquadramento legal da reprodução medicamente assistida
12 Nível da qualidade do ensino vai diminuir
Prof. António Sousa Pereira, presidente do CD do ICBAS, está contra a abertura de novas faculdades de medicina

Notícias
19 Simpósio "Riscos profissionais em hospitais e instituições de saúde"
Violência sobre profissionais de saúde debatida na SRNOM
20 IV Seminário de Integração Profissional
Apoiar quem inicia o Internato Geral

Cultura
21 Exposição Olga Fiadeiro
Quadros que chamam a atenção
23 Exposição Mário Rocha
Trinta e cinco anos ao serviço da pintura
24 Conferência do Prof. Doutor Rolando Moisão
Meios audio-visuais no ensino da medicina
30 História médica portuense - XV
A. S. Maia Gonçalves
36 3 discos & 3 livros
As sugestões de Mário Dorminsky, o rosto do Fantasporto

Lazer
38 Estamos todos convocados!
A dois meses do Euro 2004

Informação Institucional
44 Actividades desenvolvidas pela SRNOM
71 Agenda do Centro de Cultura e Congressos

http://nortemedico.pt

Miguel Leão, Presidente da SRNOM

EDITORIAL

QUATRO TÓPICOS

O editorial deste número da nossa Revista tem quatro tópicos.

O primeiro diz respeito à Entidade Reguladora da Saúde. O Conselho Regional, eu próprio, as outras Secções Regionais e o Presidente da Ordem, todos continuamos a opôrnos à criação de uma Entidade que dilui as responsabilidades políticas – e por isso as torna dificilmente sufragáveis no plano democrático – do Ministro da Saúde.
Contudo, é sabido que o Governo no seu conjunto podou fortemente as competências da ERS, curto-circuitando o projecto do Ministro da Saúde, inspirado no pensamento do Prof. Doutor Vital Moreira. Assim, a ERS tornou-se, juridicamente, menos inaceitável. Foi neste contexto que o nosso colega, Prof. Doutor Rui Nunes foi empossado como seu Presidente. Para além de ser um distinto professor de Bioética e membro do Conselho Nacional de Ética e Deontologia da Ordem dos Médicos, o Prof. Doutor Rui Nunes é um médico com preocupações de solidariedade. A sua intervenção no acto de posse marcou pela sensatez e pela clara oposição à prática de discriminação negativa de doentes. Por tudo isto esperamos que ele possa significar um contra-poder ético às práticas do Ministro da Saúde.

O segundo assunto que merece comentário é a renegociação do Diploma relativo aos Internatos Médicos. Depois de vários meses em lista de espera, após algumas reuniões com o Ministro da Saúde, e quando o diploma se encontrava já em discussão em sede de reunião de Secretários de Estado (isto é, quase em vias de aprovação definitiva) foi reaberta a negociação com a Ordem dos Médicos, através do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Dr. Adão Silva.
O projecto que nos foi remetido mereceu uma reacção negativa e massiva dos médicos internos e do Conselho Nacional Executivo; no próprio dia em que decorreu a reunião com aquele membro do Governo, mais de mil internos reuniram-se nas três secções da Ordem, em conjunto com dirigentes dos dois sindicatos médicos.
As sucessivas reuniões que tive com o Ministro da Saúde resultaram em pessimismo e na convicção de que eram uma pura perda de tempo. Foi por isso reconfortante a reunião com o Dr. Adão Silva. Fiquei convencido da sua intenção

em conseguir um acordo sério com a Ordem dos Médicos, sem manigâncias e sem manobras de diversão, relativamente às competências da Ordem no domínio da formação médica, às normas de transição resultantes da fusão dos internatos geral e complementar e à necessidade de proceder a uma avaliação séria do modelo agora proposto antes de reduzir em mais um ano o tempo de formação pós-graduado.
Tenho para mim que a reabertura do processo negocial, nesta fase e sob a condução do Dr. Adão Silva, não deixa de ter significado político; até porque o Ministro da Saúde tem uma cota de popularidade negativa de -27%.

A terceira nota visa esclarecer a iniciativa que o Conselho Regional tomará, através de um referendo. Como alguns colegas saberão, o Partido da Nova Democracia veio a público defender uma mudança liberalizadora do regime de propriedade das farmácias e a possibilidade dos medicamentos não sujeitos a receita médica poderem ser vendidos em superfícies comerciais que não as farmácias. Estas questões, que imbricam com uma directiva comunitária sobre as mesmas matérias, são estruturantes para a definição de qualquer política relativa ao medicamento.
O programa eleitoral que legitimou a eleição dos Corpos Gerentes da Secção Regional do Norte não contempla estes assuntos e por isso decidimos realizar um referendo aos médicos desta Secção para que estes se pronunciem.
As perguntas e os moldes em que este referendo decorrerá serão objecto de divulgação pública e de divulgação personalizada junto dos médicos. Esperamos uma forte participação dos colegas e acataremos a sua decisão, apesar do referendo não ser um instrumento de decisão expressamente previsto no Estatuto da Ordem dos Médicos. Sem prejuízo da intervenção pessoal dos seus membros, o Conselho Regional, enquanto órgão, não tomará posição. De qualquer modo, a opinião dos médicos é decisiva para legitimar o direito que nos assiste para nos pronunciarmos sobre estas questões da mesma forma que a Associação Nacional de Farmácias se pronuncia sobre o tipo e qualidade da prescrição médica.

A última nota refere-se ao inicio de movimentações relacionadas com as eleições para os corpos gerentes da Ordem dos Médicos. O Conselho Regional, enquanto órgão em plenas funções, não tem que pronunciar-se sobre elas. Tememos mesmo que aquelas possam redundar em divisões estéreis que serão seguramente aproveitadas pelo Ministro da Saúde. O Conselho Regional e eu próprio vamos continuar a intervir e a actuar como até aqui: defendendo as causas dos médicos, promovendo intervenções abrangentes de pessoas e organizações, colaborando activamente com os dois sindicatos médicos. Estes foram, são e serão os objectivos estratégicos do Conselho Regional. E não mudaremos nem de discurso nem de atitudes em função de objectivos eleitorais de quaisquer terceiros.

PROF. ALBERTO BARROS APREENSIVO COM REPERCUSSÕES DE UMA MÁ DEFINIÇÃO LEGAL DA REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA

«LIMITAR A APLICAÇÃO DE TÉCNICAS É PREJUDICAR OS DOENTES»

ESTIMA-SE QUE UM MILHÃO DE PORTUGUESES ENFRENTE PROBLEMAS AO NÍVEL DA INFERTILIDADE. UMA SITUAÇÃO QUE, NA OPINIÃO DO DIRECTOR DO SERVIÇO DE GENÉTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO E DO CENTRO DE GENÉTICA DA REPRODUÇÃO, ALBERTO BARROS, DEVE MERECER MAIS ATENÇÃO DO GOVERNO, NOMEADAMENTE NO QUE CONCERNE À COMPARTICIPAÇÃO DOS MEDICAMENTOS. QUANTO À PUBLICAÇÃO DE LEGISLAÇÃO SOBRE A REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA, O PROFESSOR ALERTA PARA OS PERIGOS DA LIMITAÇÃO DAS TÉCNICAS ACTUALMENTE DISPONÍVEIS. "SE A LEI FOR MÁ, PREFIRO QUE FIQUE TUDO COMO ESTÁ", ADVERTE, TEMENDO QUE OS DOENTES "SEJAM PREJUDICADOS".

(nortemédico) **Qual é a dimensão do problema da infertilidade em Portugal?**
(Prof. Alberto Barros) É uma dimensão preocupante e crescente. Quando nos referimos à realidade da infertilidade em Portugal, aplicamos os números e os conhecimentos da generalidade dos países ocidental: cerca de 10 a 15 por cento dos casais tem problemas de infertilidade. As situações são mais ou menos graves, algumas das quais muitas vezes se resolvem de forma simples, enquanto outras, mesmo recorrendo a técnicas muito avançadas, não têm solução. Penso que é importante sublinhar que apesar dos avanços na componente de diagnóstico e, sobretudo, na componente terapêutica, ainda existem situações de carácter irreversível.

É uma doença que tem vindo a crescer?
A experiência de quem trabalha, como eu, nesta área há mais de 20 anos permite dizer que, actualmente, temos mais situações de infertilidade e existem mais casais que necessitam de tratamentos. Mas, apesar dos problemas serem em maior número, a nossa capacidade de resposta é maior, em termos terapêuticos. Ou seja, existem mais problemas, mas também existe uma maior possibilidade de intervenção. Hoje fazemos técnicas e resolvemos problemas que há alguns anos estavam apenas no domínio do milagre biológico.

Ainda existem muitos preconceitos em assumir a infertilidade?
Existe sobretudo um grande zelo pela privacidade.

Recebo muitos casais que vêm de fora do Porto e a maioria admite uma grande dificuldade em justificar à família ou aos amigos as suas vindas frequentes, por outros motivos que não seja o do tratamento. Daí ao preconceito a distância pode não ser grande. Todavia, noto também que as coisas têm evoluído de uma forma significativa. Os casais de hoje estão mais abertos em discutir o assunto com os seus amigos ou familiares e é cada vez mais frequente chegarem-nos casais referenciados por outros, exactamente porque desabafaram e partilharam o problema.

Estudo terapêutico deve incidir sobre o casal

Correndo o risco de ser uma pergunta vaga, quais são as principais origens da infertilidade?
As origens são imensas. É importante assumirmos, nomeadamente os governantes, que a infertilidade é uma doença que pressupõe uma situação muito particular, uma vez que envolve uma unidade constituída pelo homem e pela mulher. Aqui começa a complexidade da situação, dado que a infertilidade é uma situação vivida a dois. Ao nível do sexo feminino, as causas podem passar pela alteração da ovulação, ou por questões mais graves como a obstrução das trompas, como a chamada endometriose, como a existência de insuficiência ovárica não absoluta... Mas, tanto para a infertilidade feminina, como para a masculina, o maior grupo é de causa idiopática. Nos factores masculinos, em mais de 60 por cento das situações as causas não se conhecem, apesar dos estudos realizados ao esperma e que podem revelar alterações do número, da mobilidade, ou da morfologia dos espermatozóides. Fazendo um estudo, em cerca de 20 por cento dos casos identifica-se uma causa genética, seja cromossómica ou génica. O estudo genético é importante por causa do diagnóstico e, por outro lado, porque existem determinadas situações em que a identificação de uma determinada causa pode permitir prevenir uma situação futura muitíssimo mais grave, ou até mesmo irreversível. Este tipo de conhecimentos pode, por exemplo, levar a decidir de imediato uma congelação profiláctica dos espermatozóides. Através de uma recolha, podemos congelar o esperma de modo a que, se houver um agravamento da situação, o homem possa ser pai passado uns anos.

A infertilidade afecta mais os homens ou mais as mulheres?
A ideia inicial era que afectava mais as mulheres. Neste momento, estou plenamente convicto que isso não pode ser afirmado. A atitude mais correcta é considerar num plano de igualdade a incidência dos factores masculinos e dos factores femininos. Há um paralelismo muito grande das causas e isso impõe que, quando estamos a estudar um casal, o estudo seja realizado em paralelo.

Portugal dispõe das técnicas mais avançadas

Qual é o nível de desenvolvimento em Portugal das técnicas de tratamento?
Em Portugal trabalhamos ao mais alto nível. Felizmente, não temos receio de ser comparados por baixo, porque realizamos as técnicas mais avançadas. Posso falar do exemplo do meu grupo no Centro de Genética da Reprodução que tem um trabalho profícuo na resolução dos problemas, mas também no âmbito do trabalho científico. Neste último ponto, contamos com o apoio e a coordenação do professor Mário Sousa, um cientista de elevadíssima craveira internacional. Somos, aliás, procurados por outros especialistas desta área. Ainda no ano passado, esteve a estagiar no Centro de Genética da Reprodução um médico alemão, no sentido de ver como é que em laboratório se faz a maturação *in vitro* dos espermatozóides. Também já tivemos, por exemplo, a visita de uma bióloga da Universidade Autónoma de Barcelona. Isto demonstra que somos reconhecidos internacionalmente e, na minha qualidade de director do Serviço de Genética da Faculdade de Medicina e de director do Centro Genética da Reprodução, é com grande orgulho que me será permitido dizê-lo. Não há nenhuma técnica importante que não realizemos.

Mas é fácil fazê-lo em Portugal?
Não é propriamente fácil. A investigação na área da Reprodução Medicamente Assistida é fundamentalmente subsidiada por mim, nomeadamente no meu centro privado. Entendo que um centro de referência tem de ter uma componente técnica muito apurada, mas em paralelo é muito importante haver uma componente científica, no sentido de elevar a qualidade. Foi nesse contexto que há

cerca de oito anos convidei o professor Mário Sousa para ser o meu braço direito no plano científico. Essa aposta tem dado frutos excelentes e daí decorre o facto de publicarmos diversos artigos na área da infertilidade nas melhores revistas mundiais.

No âmbito da investigação que tem sido realizada, que tipo de tratamentos e de técnicas é que estão actualmente disponíveis?
No âmbito do tratamento, um dos princípios básicos é o da maior simplicidade possível, desde que se tenha uma perspectiva grande de eficácia. Um tratamento à base de comprimidos, ou de injecções, é obviamente melhor do que uma intervenção cirúrgica. Mas há situações em que essa simplicidade não resulta. Então, temos de intervir no âmbito das técnicas de Reprodução Medicamente Assistida. Um dos métodos utilizados passa pela inseminação artificial. Trata-se da técnica mais simples, em que preparamos os espermatozóides em meios de cultura, colocando-os depois dentro do útero. É uma técnica indolor que não impõe qualquer tipo de sedação e que permite, frequentemente, resolver situações de gravidade moderada, seja em mulheres, seja em homens.

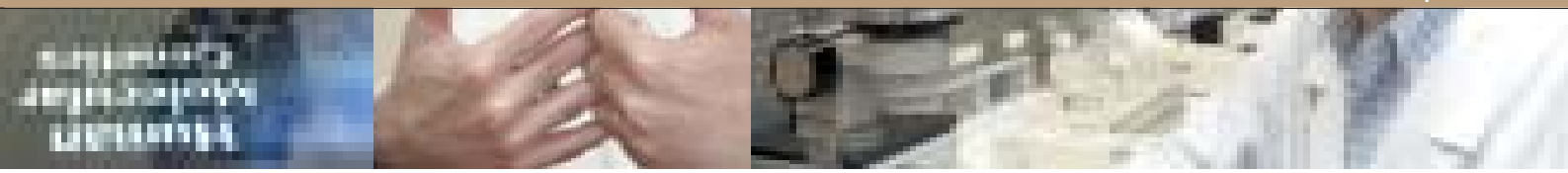
Micro-injecção revolucionou a reprodução artificial

Tem ideia de quantos bebés já nasceram pela utilização das técnica de reprodução artificial?
Juntamente com a criação do primeiro banco de esperma, iniciei a inseminação artificial em Portugal, em 1985. Nestes 19 anos de trabalho, obtivemos muitas centenas de bebés. Transportar os números para o País não é possível, dado que seria necessário que todos os centros apresentassem os seus resultados. No entanto, em Portugal já vários milhares de crianças nasceram com recurso às técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas. No que diz respeito às técnicas mais avanças, quando a inseminação intra-uterina não dá resultado, ou quando o diagnóstico permite concluir que se trata de uma situação suficientemente grave, recorremos à fertilização *in vitro*, vulgarmente designada por "bebé-proveta". Neste técnica temos duas opções: a fertilização *in vitro* tradicional, ou a micro-injecção. O método tradicional teve início em 1978, sendo possível, hoje em dia, não recorrer a uma intervenção cirúrgica para a colheita dos ovócitos. A prática normal é actualmente feita por via ecográfica, através de uma picada nos ovários, por via vaginal. O esperma é preparado e só à volta do ovócito são colocados cerca de 50 mil espermatozóides, prevendo-se a entrada de um deles.

A micro-injecção é uma técnica mais recente...
Sim. Trata-se de uma técnica de fertilização *in vitro* mais elaborada e que data dos anos 90. Foi uma das grandes revoluções no âmbito da inseminação artificial, dado que veio permitir obter gravidezes em muitas situações que, antes, não seriam possíveis. A técnica consiste em, através do controlo microscópio, introduzir um espermatozóide dentro do óvulo. Por isso, actualmente é possível obter uma gravidez em casos de espermatozóides imóveis e nós fomos os primeiros, a nível mundial, a fazê-lo. A micro-injecção permite, por exemplo, ainda obter gravidezes de indivíduos com azoospermia (ausência de espermatozóides no ejaculado) de causa obstrutiva. No entanto, é preciso sublinhar que sendo a micro-injecção uma técnica fabulosa, não é miraculosa, uma vez que não resolve todas as situações. Em 1994 iniciamos esta técnica em Portugal e, hoje, somos o centro que mais crianças proporcionou.

Listas de espera preocupam

Como é que são as listas de espera para obter um tratamento?
As listas de espera que são do conhecimento público assumem um carácter inaceitável, não por culpa dos médicos, mas em função de todos os condicionalismos que a actividade hospitalar envolve. A minha ligação com o sistema público começou quando iniciei em Portugal, no sector privado, a micro-injecção intracitoplasmática. Nessa altura, proporcionei ao Hospital de S. João a possibilidade de ser o primeiro centro público do país a realizar a técnica, oferecendo os meus préstimos. Podem-me fazer alguma crítica de imodéstia, mas a verdade é importante e, às vezes, as pessoas esquecem-se. Tomei esta atitude, mesmo não sendo um hospitalar, mas membro do Serviço de Genética da Faculdade de Medicina do Porto, porque entendo que é necessário haver bastantes centros a fazer a técnica e, sobretudo, é preciso que existam centros públicos a fazer bem. Existe muita gente que, infelizmente, não tem possibilidades de fazer os tratamentos em regime privado. São tantos os casos de infertilidade que é necessário que haja muita gente a trabalhar, mas também a trabalhar bem.



Mas ainda relativamente às listas de espera, disse que assumem um carácter inaceitável...
Realmente estou muito preocupado com as listas de espera, nomeadamente devido a uma legislação que possa vir ser aprovada. Em 1999, a Assembleia da República chegou a aprovar uma lei que seria extremamente penalizadora para o sucesso das técnicas que, actualmente, têm uma taxa de sucesso na ordem dos 30 por cento por ciclo de tratamento. Quando a Assembleia aprovou esta lei, tomei a iniciativa de escrever ao Presidente da República, solicitando o seu reenvio para o Parlamento. Essa carta foi assinada pelas pessoas que considerava na altura as mais importantes na área da genética médica e na medicina da reprodução. Felizmente, verificou-se o veto presidencial. A lei previa a limitação de injectar apenas cinco ovócitos, o que seria uma medida extremamente condicionante do sucesso dos tratamentos, fazendo-o baixar drasticamente. Ou seja, seria acrescentar barreiras extremamente duras às muitas que já existem de ordem biológica. Actualmente, também estou muito preocupado com as informações que vou tendo sobre o processo que tem decorrido no âmbito da Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida e as suas consequências. Quero chamar a atenção para o facto de se a lei for má, se for uma lei penalizadora no sentido de limitar a realidade das técnicas, os grandes prejudicados serão os doentes. A realidade actual das listas de espera hospitalares nesta área é má, mas no futuro será péssima e dramática. É óbvio que quanto maior for a taxa de insucesso, mais necessidade haverá de repetir os tratamentos, logo maior serão as listas de espera.

PORTUGAL NÃO DEVE COPIAR ACTOS «MUSSOLÍNICOS»

Mas é importante haver uma legislação ao nível da prática das técnicas de reprodução medicamente assistida?
Estou à vontade para falar sobre este assunto, uma vez que tenho contribuído, ao longo dos últimos anos, para que possa existir legislação em Portugal nesta matéria. Mas, se a lei for má, prefiro que fique tudo como está, o que não significa que estejamos fora da lei, uma vez que os médicos não podem fazer aquilo que querem. No Acto Médico estamos obrigados à lei do bom exercício da medicina, ao nosso código deontológico e às nossas obrigações de trabalhar bem no plano científico e no plano técnico. Evidentemente que uma lei é importante, até em termos de imagem exterior, no sentido de se saber que, em Portugal, também existe legislação. Mas é preferível o estado actual do que sair uma lei estúpida, ignorante e insensível. Temos o exemplo do que aconteceu recentemente em Itália. Segundo a revista «Lancet», a legislação impõe que apenas sejam insemi-

nados ou injectados três óvulos e se forem obtidos três embriões, eles devem ser transferidos, mesmo que estejam deformados. É isto que, no número 20/27 de Dezembro da «Lancet», está referido como sendo a lei italiana. Isto é algo de impensável no mundo civilizado. Isto é terrorismo legislativo. Os juristas poderão dizer se não é, do ponto de vista do bom exercício da medicina, um acto irresponsável e ilegal. O que espero é que Portugal não copie coisas que sugiram actos «mussulínicos». Apelo ao bom senso, à seriedade intelectual e ao rigor científico na análise daquilo que as técnicas podem permitir. Haja ainda espírito de abertura e humanidade para pensar nos doentes.

Mas concorda que é necessário impor regras.
Evidentemente, mas essas regras existem, quer do ponto de vista científico, quer do ponto de vista técnico. Repito: é importante haver legislação. Mas, penso que é impensável e de uma insensibilidade tremenda, por exemplo, que possa existir uma lei que impeça a lavagem de esperma aos doentes seropositivos, baseado apenas no facto de os seropositivos terem uma expectativa de vida menor e, por isso, estarem proibidos de procriar de uma forma mais segura. Há ainda a possibilidade do chamado diagnóstico genético para a implantação vir a ser proibido, caindo assim a possibilidade de fazermos um diagnóstico ao embrião ao terceiro dia de vida, em que podemos detectar uma anomalia. Esta medida pode ser tomada em nome do risco de uma prática eugénica, num País onde é possível fazer um diagnóstico até às 24 semanas de gravidez, com a consequente interrupção da gravidez por motivos médicos. Isto é perfeitamente incongruente e de uma irresponsabilidade tremenda! Será uma legislação dramática para os casais, que os seus autores deveriam ter vergonha de a colocar cá fora.

SNS DEVE APOIAR CASAIS INFÉRTEIS

O tratamento da infertilidade, nomeadamente em clínicas privadas, é bastante dispendioso não sendo, por isso, acessível a todos os casais. Este problema deveria ser uma das questões prioritárias no Serviço Nacional de Saúde (SNS)?
É muito difícil definir prioridades, apesar de defender um enorme apoio do SNS aos casais inférteis. Não sei se na totalidade, mas pelo menos na grande maioria dos países da União Europeia os casais têm um apoio a 100 por cento nos medicamentos. Estamos a falar de medicamentos que podem, num ciclo, rondar os mil euros. Em Portugal, existe uma comparticipação genérica na ordem dos 40 por cento... Entendo que o sector público e o sector privado deviam ser uma opção do casal, relativamente à qualidade dos respectivos centos. Deveria existir essa sã concorrência entre o público e o privado. Não condeno que Portugal tenha construído dez estádios para o Euro. Acho fantástico que se façam coisas novas, como o Centro Cultural de Belém, a Expo... Se isso não se fizer, provavelmente o dinheiro também não aparece para outras coisas. Mas, se o país tem essa capacidade de se dinamizar para o Euro, por exemplo, também se devia dinamizar no sentido de dar saúde, de tratar melhor e cada vez mais a doença. O que é lamentável é que isso não aconteça. Neste aspecto corroboro e assino a luta plena que o meu amigo Miguel Leão tem tido, na crítica à política de saúde que tem existido.

Está a referir-se ao desinvestimento na área da Saúde?
Não pode haver diminuição nos gastos na Saúde, quando há, cada vez mais, uma maior capacidade técnica de diagnóstico, quando se assiste a um envelhecimento progressivo da população, quando há uma maior capacidade de tratar doenças, até há pouco tempo consideradas incuráveis e que levavam à morte mais rapidamente. Pode, e deve, haver racionalização desses gastos, bom senso e rigor. Portanto, o prioritário é definir áreas de intervenção. Evidentemente que a infertilidade é uma área que deve ser considerada também, senão prioritária, pelo menos importante. Basta pensar que, com o envelhecimento da população, é necessário substituir os velhos pelos jovens. A taxa de natalidade de modo algum está a permitir atingir esse paralelismo. É evidente que não é a Reprodução Medicamente Assistida que vai resolver o problema, mas pode contribuir para o equilíbrio e para melhorar essa taxa de natalidade, uma vez que vai contribuir para que os casais que querem ter filhos tenham as melhores condições possíveis para poder satisfazer esse enorme desejo.

LEI NÃO DEVE PROIBIR HOMOSSEXUAIS DE RECORRER À RMA

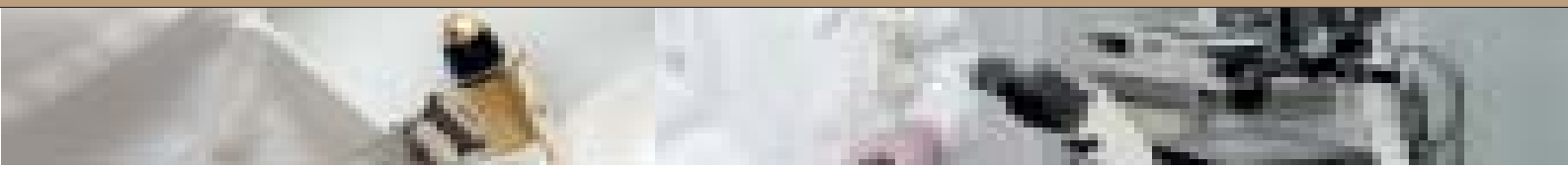
Quem é que deve ter acesso à reprodução medicamente assistida?
Não havendo legislação, tenho os meus conceitos. Entendo as técnicas de Reprodução Medicamente Assistida como um tratamento de uma infertilidade conjugal. Ao longo da minha vida de trabalho recebi muitos pedidos para tratamentos. Nunca perguntei, quando eram mulheres sós ou acompanhadas por outras mulheres, se o motivo era a homossexualidade, ou apenas o desejo de ser mãe sem ter de aturar um companheiro ou marido. Nunca considerei ter o direito e interesse em saber os motivos. Mas tendo como base que estas técnicas devem estar ao serviço da infertilidade conjugal, nunca aceitei fazer uma inseminação artificial com espermatozóides de dador a uma mulher só, ou a um casal homossexual, apesar de ter todo o respeito pelas suas opções. Obviamente, as pessoas têm o direito de ser o que são, mas eu também tenho o direito de proceder de acordo com a minha consciência. Perturba-me a ideia de ajudar a nascer uma criança que, à partida, não tem pai, que vai ter apenas a mãe ou que vai viver no âmbito de um casal homossexual. Por isso, como médico tenho direito à minha objecção de consciência, mas tenho muitas dúvidas que a lei o deva proibir.

Então deve-se deixar essa questão para uma decisão pessoal do médico?
Essas questões são de ordem pessoal e devem depender da decisão do médico e das pessoas. No fundamental, deve ser proibido proibir. Portugal assinou a Convenção de Oviedo que passou a estipular, desde Janeiro de 2001, a proibição de fazer diagnósticos genéticos pré-implantação para selecção do sexo, a não ser que exista um motivo médico grave. Antes de ser proibido, já realizávamos esse tipo de diagnóstico no meu centro. Fui, diversas vezes, solicitado por casais que por terem quatro filhos, ou filhas, queriam ter um outro do sexo oposto. Nunca aceitei fazê-lo, porque não vejo aqui um motivo de ordem médica. Os vários tratamentos de selecção do sexo que fizemos foram apenas e só em situações de evitar a transmissão da doença. Apesar da minha posição, entendo também que a lei não o deve proibir, até porque no plano médico e da genética populacional, isto não tem significado, porque será apenas uma solução pontual.

Mas ao deixar esse critério aos médicos, não se está dar margem de manobra para a ocorrência de muitas situações?
Sim, mas a minha consciência não é melhor do que a dos outros. Se há um médico que entende fazê-lo, não o critico. É uma mera questão de consciência. Se considerasse criticável fazê-lo, consideraria que a lei o deveria impedir. Respeito quem tenha um entendimento diferente do meu.

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ: UMA QUESTÃO DE CONSCIÊNCIA

Um dos riscos no tratamento da infertilidade é a gemeralidade, o que, em alguns casos, pode levantar alguns problemas ao nível social...



Cerca de um a três por cento dos recém-nascidos das civilizações ocidentais resultam das técnicas de fertilização *in vitro*. A gemeralidade é uma realidade importante, preocupante até, mas está a decrescer, porque transferimos cada vez menos embriões para o útero. Houve alturas em que se transferiam quatro ou cinco. Neste momento, transferimos dois embriões em senhoras até aos 35 anos e três a partir de 36 anos. E a tendência é cada vez mais para transferirmos um ou dois embriões, uma vez que, ao contrário do que acontecia há alguns anos, cada vez mais se assumem as virtudes da cultura prolongada dos embriões. Actualmente, transferimos embriões de preferência não dois dias após a colheita dos óvulos, mas após três, quatro ou até cinco dias de desenvolvimento. Assim, podemos observar em laboratório o desenvolvimento e a qualidade dos embriões, no sentido de definir, nesta evolução, aqueles que têm maior probabilidade de se implantar e dar origem a um bebé. Apesar de estar a diminuir, a verdade é que a gemeralidade ainda existe em 25 a 30 por cento dos casos. Mas, normalmente são já só dois, porque a probabilidade de gravidez tripla andará, actualmente, à volta do um por cento. Esta questão da cultura prolongada dos embriões é muito importante porque permite ter acesso a várias informações. Pode ser importante até para o poder legislativo, nomeadamente sobre a questão dos chamados embriões excedentários. Fazendo esta cultura prolongada dos embriões, cada vez mais há menos embriões que sobram. Se deixarmos os embriões crescerem até ao quinto dia, podemos fazer a selecção, nomeadamente daqueles que não têm qualidade e, por isso, não devem ser congelados. Seria criar uma falsa expectativa ao casal ter embriões sem qualidade congelados, para uma possível repetição de tratamento.

O que pensa sobre a interrupção voluntária da gravidez?

É uma questão de uma enorme complexidade. Encaro-a sobretudo com um enorme respeito. Apesar de ter formação obstetra, como médico não o faria. Entendo, todavia, que posições muito dogmáticas e, sobretudo, extremas não são correctas. Estas tomadas de posições de figuras públicas e todo este folclore que ainda recentemente foi noticiado parecem-me lamentáveis. Esta discussão tem de ser assumida com uma grande serenidade. Mas, parece-me criticável condenar uma mulher que fez uma interrupção voluntária da gravidez, fora do âmbito daquilo que legalmente está estabelecido. Parecem-me também excessivas as posições de que a mulher é o único elemento de decisão sobre aquele embrião. Se ele existe é porque houve um homem que o proporcionou.

Entramos naquele campo que defendia há pouco. Qual é a legitimidade de proibir?

Acho que o legislador não tem o direito de o proibir. Fiz

o meu internato de obstetrícia no Hospital de S. João e assisti a situações dramáticas, de interrupções de gravidez sem controlo médico e que tiveram resultados dramáticos para a mulher. Aprendi muito a respeitar as situações e, principalmente, aprendi a não generalizar. Uma interrupção da gravidez pode ter motivos que, de facto, nos esmagam e nos levam a entendê-los, mesmo tendo por princípio uma atitude contrária. Portanto, encaro essas situações com enorme respeito. Penso que a legislação não deve ser punitiva e não deve ser uma legislação que imponha a proibição. Respeito muito tomadas de posição como abaixo-assinados a favor da vida, mas as pessoas deviam ser mais sensatas. Ao assinar essas declarações, tinham obrigação imediata de ir aos centros e adoptar uma criança, porque também está ali vida que precisa de carinho, de apoio e formação familiar. Portanto, apelo à coerência e às atitudes de não extremismo.

Quando é que se pode considerar que o embrião passou a ser um ser humano?

Essa é uma pergunta sem resposta séria, sem resposta científica. Sendo católico e sendo um crente, acreditando no corpo, na alma, no espírito e na vida eterna. Quando vejo embriões – e já vi muitos milhares –, que têm três, quatro ou uma dúzia de células, não entendo que esteja ali uma alma. Não entendo que esteja ali um ser humano. O que ali está é uma entidade biológica, um ser vivo, um ser humano em potência. Não está ali um ser humano, porque se pegarmos num embrião que tem seis, oito ou dez células, e separarmos essas células, podemos ter potencialmente dez seres vivos e potencialmente dez seres humanos. Portanto, se estamos a dividir aquele corpo constituído por células a alma também se divide? Estamos a dividir as almas? Acho que o ser humano é de uma tal comple-

xidade que será demasiado simplista acreditar que ali existe espírito, o carácter sobrenatural do ser. Não sei responder quando passa a existir essa humanidade, porque me limito à minha ignorância. Ninguém o pode afirmar. O que devemos é respeitar os embriões na sua plenitude e na sua essência de um ser humano em potência. Esta discussão é importante, porque pode ter um entendimento no poder legislativo. Também aqui o apelo que faço é o de haver abertura, respeito e afectividade na análise. É pensar que os embriões *in vitro* existem porque há a necessidade de tratar doentes. As posições extremas, como em tudo, não são posições bem-vindas, porque normalmente estão a prejudicar aquilo que é essencial num acto médico.

As potencialidades da clonagem

Qual é a sua opinião sobre a clonagem reprodutiva?
Neste momento é um enorme disparate e falta de senso. É algo de reprovável, não só numa perspectiva filosófica ou religiosa, mas também numa perspectiva biológica. Do ponto de vista biológico, só seria aceitável a prática da clonagem reprodutiva em situações particulares, nomeadamente quando, após muitos anos de experimentação animal, se concluir que não há qualquer prejuízo celular para os seres que possam vir a resultar. Actualmente isso não acontece, bem pelo contrário. Estamos a falar de células somáticas, de núcleos com uma acumulação de alterações ao nível do ADN, logo, de células e núcleos envelhecidos: Por isso existem riscos, como aconteceu no caso da Dolly que resultaram em envelhecimento precoce, em patologia degenerativa e, por isso, maior possibilidade de cancro. Neste momento, a clonagem reprodutiva é impensável. As declarações públicas de alguns médicos são, no mínimo, irresponsáveis. O que aconteceu em Itália, com o médico Antinori, pode ter a consequência de provocar medo na opinião pública, perante a perspectiva de existirem indivíduos doidos que, na busca da fama a qualquer custo, declaram actos ou planos de intenção. Espero que não se tenham concretizado, porque até no plano da razão e da inteligência seria perfeitamente absurdo.

Mas admite a hipótese de se fazer clonagem reprodutiva quando as técnicas estiverem aperfeiçoadas?
No plano da análise e das conclusões minimamente inteligentes, hoje não podemos dizer se estaremos de acordo, ou não, com uma questão que se pode colocar daqui a 25 anos. A atitude sensata é estar aberto à influência que a própria sociedade tem sobre nós. Actualmente encaramos problemas de uma forma bem diferente do que há 10 ou 20 anos. Por que não, em situações muito particulares, muito específicas? Neste momento não estou a ver quais, mas dizer não em absoluto é perigoso. Agora, é absolutamente não, daqui a 20 anos não sei se pensarei o mesmo. Só terei a mesma opinião se, no plano da essência científica e técnica, não houver segurança. Não é aceitável que se passe para a prática médica e clínica, sem haver uma grande consistência e segurança.

Mas, defende a clonagem terapêutica?
Neste campo, a minha opinião é de uma enorme abertura. Não sei se é possível encontrar caminhos paralelos, para evitar a problemática inerente à clonagem reprodutiva, por resultar da clonagem de embriões. Mas, sem dúvida, parece-me uma prática que, no plano ético, considero aceitável, pelo potencial terapêutico que tem. Existe muita coisa que podemos recear, mas quando temos a realidade da doença, esses receios são subalterni-zados à realidade da prática terapêutica. Ainda há alguns anos, tivemos o primeiro caso no mundo de uma selecção de embriões relativamente à compatibilidade do sistema HLA, em que se coloca a questão: estamos a seleccionar embriões para salvar uma criança. Perguntaram-me se estava ou não de acordo. De facto, é problemático excluir embriões só pelo facto de eles não terem determinadas características e não serem compatíveis com a criança que estava doente. Mas se como médico posso ter dúvidas, como pai não tenho. Um pai não tem a mínima dúvida de que é uma técnica aceitável. Depois, é uma questão de valorização relativa. Vou valorizar mais um determinado aglomerado celular, um potencial ser humano, do que uma criança que é indiscutivelmente um ser humano e filho de alguém? Não vou valorizar uma criança que está a sofrer e em que o sofrimento dos pais é enorme? Vamos pôr em causa isto? Eu não ponho. É legítimo que o Estado proíba que isso se possa fazer? Será que é legítimo que alguém possa proibir alguém de vir a ter um filho saudável, seja por evitar a transmissão de um vírus, seja por evitar a transmissão de uma outra qualquer doença?

PROF. ANTÓNIO SOUSA PEREIRA PREOCUPADO COM A EVENTUAL ABERTURA DE NOVAS FACULDADES DE MEDICINA

«NÍVEL DA QUALIDADE DO ENSINO VAI DIMINUIR»

O presidente do Conselho Directivo do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, António Sousa Pereira, está contra a abertura de novas faculdades de medicina, numa altura em que "já é difícil recrutar quadros docentes para as escolas que existem". Por isso, alerta, "o nível médio da qualidade do ensino vai diminuir quer nas já existentes, quer naquilo que se deseja para as privadas". Para o professor catedrático, uma das prioridades do Governo deve passar pelo cumprimento de um contrato-programa assinado em 2001 e onde se prevê investimentos nas escolas médicas do Porto, as mesmas que, actualmente, se encontram "numa fase de pré-ruptura".

(nortemédico) **Concorda com a ideia da ministra da Ciência e do Ensino Superior em realizar os primeiros anos de licenciatura em medicina nas Universidade da Madeira e dos Açores?**
(Prof. Sousa Pereira) Na sequência de um pedido feito pelas Universidades da Madeira e dos Açores, a ministra propôs que os primeiros anos da licenciatura pudessem ser ensinados nas faculdades locais. Depois, os alunos passariam para as universidades do Continente, permitindo assim desenvolver recursos locais e, eventualmente, facilitar o ensino. O que acontece é que as duas faculdades de medicina do Porto não concordaram com a ideia. Em termos de ensino médico, no ICBAS não encaramos a proposta como séria. Hoje em dia, o ensino médico faz-se estabelecendo um contacto clínico precoce e, portanto, aquele conceito que ainda há em algumas escolas portuguesas da divisão em ensino básico, clínico, pré-clínico e profissionalizante simplesmente não existe. Temos ensino de clínica e ensino de ciências básicas desde o primeiro até ao último ano. A verdade é que vai havendo uma alternância da percentagem relativamente a cada uma destas áreas. No primeiro ano, por exemplo, podemos ter 80 por cento de ensino de ciências básicas e 20 por cento de ensino de ciências clínicas. Já no último ano do curso, podemos ter 90 por cento de clínicas e 10 por cento de básicas. No entanto, é fundamental haver esta interligação entre as duas vertentes ao longo de toda a licenciatura. É assim que fazem todos os países civilizados do mundo e, pela nossa parte, foi esse o caminho que seguimos. Esta postura torna inviável a participação num projecto dessa natureza. Por outro lado, pensamos que é um mau serviço que é prestado ao País, porque aquilo que devia ser premiado era a inovação e a modernidade e não mantermo-nos agarrados a modelos de ensino que já estão ultrapassados em todo o lado.

Quais são os riscos que se correm se a proposta avançar?
O risco que se corre é ficarmos, definitivamente, agarrados ao passado. O ensino da medicina mudou os paradigmas e, actualmente, o objectivo não passa tanto por ensinar factos, mas sim ensinar metodologias. Neste contexto, a proposta não é viável, dado que é, de alguma maneira, validar um sistema de ensino que está ultrapassado. Portanto, não faz qualquer sentido. Penso que não é um bom serviço que se presta nem aos Açores e à Madeira nem às escolas médicas portuguesas, no sentido daquilo que pode representar em termos de entrave à evolução das escolas que optarem por esse tipo de colaborações. Pode ser preocupante.

"Sou contra novas faculdades de medicina"

O que pensa da ideia de se criarem mais faculdades de medicina em Portugal?
Deixando de lado considerandos de natureza política e sobre se são, ou não, necessários mais médicos e focando a atenção num dado objectivo indiscutível, o que acontece é que dois milhões de habitantes é a massa crítica necessária para que daí possa surgir um corpo docente de uma faculdade de medicina. Isto acontece em todo o mundo. Aplicando esta regra internacional, isto significa que para ter um corpo docente qualificado em sete escolas de medicina, que são as existentes, precisávamos de ter 14 milhões de habitantes. Temos 10 milhões... Portanto, na prática, isso acaba por se traduzir numa dificuldade que já está a existir neste momento no recrutamento de quadros docentes para as novas escolas médicas. Se essa dificuldade já se aplica às escolas existentes, imagine-se o que será se forem criadas novas escolas e imagine-se o

que será a promiscuidade entre público e privado. Isso, a muito curto prazo, obviamente vai fazer com que o nível médio da qualidade do ensino diminua quer nas escolas públicas, quer nas eventuais privadas. Aquilo que vamos ter vai ser um conjunto de turbo-professores, que vão passar a correr de escola para escola, sem vestir nenhuma camisola em especial, o que se vai traduzir, certamente, numa diminuição da qualidade de ensino de todas as escolas.

Portanto, está contra a criação de novas faculdades de medicina?
Claro, estou contra.

Pegando nos considerandos de que falava há pouco, afinal Portugal tem falta de médicos, ou simplesmente estão mal espalhados pelo país?
Durante um curto período de tempo, acredito que seja necessário aumentar os *numerus clausus*. Agora, a justificação não é porque existe falta de médicos, mas porque, nos últimos anos, o Ministério da Saúde não teve qualquer plano estratégico de distribuição dos médicos por especialidades. O Ministério da Saúde não tem a noção das necessidades de quadros clínicos. Aquilo que faz é abrir colocações nas especialidades, determinadas pela capacidade formativa dos serviços e não pela necessidade do sistema. Isso voltou a acontecer este ano e, portanto, não venham dizer que há falta de médicos. O que falta é uma gestão eficaz dos que existem. Além disso, continua a não se vislumbrar no horizonte que o Ministério da Saúde tenha qualquer intenção de racionalizar os recursos existentes. Continua a não se investir na clínica geral e não é porque não haja interessados, é porque o Ministério da Saúde abriu novamente um quadro distorcido de vagas, face àquilo que são as reais necessidades do sistema.

Mas existem estudos que apontam para que dentro de 10 anos haja uma carência de médicos. É o resultado da ausência de um plano estratégico por parte do Ministério da Saúde?
Essa previsão estima que a tal falta de médicos se possa sentir durante quatro ou seis anos e que depois o sistema normalize. Admitindo que são dadas autorizações para a abertura de escolas médicas este ano, isso significa que as unidades de ensino estarão em condições de admitir os alunos em 2007/2008. Esses alunos estarão licenciados em 2013/2014 e estarão prontos a entrar no mercado de trabalho em 2018/2020. Ou seja, os alunos que eventualmente venham a ser formados pelas escolas privadas não resolvem qualquer problema de falta de médicos em Portugal. É uma falácia completa, porque essa falta de médicos que se vai sentir em 2015 devia ter sido prevista em 1997/1998. Mas foi exactamente nessa altura que as escolas tiveram um corte nos *numerus clausus*. Mais uma vez penso que se trata de falta de visão pura e simples.

De qualquer forma, considera que deve haver aumento dos *numerus clausus* nas faculdades que já existem?
Falando pela minha, a verdade é que temos um contrato-programa assinado em 2001, no qual nos comprometíamos a aumentar os *numerus clausus* que, no nosso caso, chegariam às 135 vagas. Acontece que esse contrato-programa não foi honrado

pelo Governo e aquilo que nos estão a pedir é que continuemos a alimentar o número de alunos que admitimos, sendo que, neste momento, temos escolas que não têm anfiteatros onde eles caibam todos. Portanto, não há uma questão de má vontade, mas sim uma questão de incapacidade física das nossas infra-estruturas para receber mais alunos do que aqueles que estamos a receber actualmente. No ano passado abrimos 110 vagas, este ano estamos a pensar abrir as 135, tal como está estipulado no contrato-programa. Pela nossa parte estamos a cumprir os compromissos, esperamos que o Governo cumpra a parte dele.

É FUNDAMENTAL HAVER SISTEMA DE ACREDITAÇÃO DOS CURSOS DE MEDICINA

A criação de novas faculdades pode criar, a médio prazo, médicos que não vão ter colocação no mercado de trabalho?
Não sei. Penso que essa ideia pode ser um pouco exagerada. O número de propostas de escolas médicas privadas existentes neste momento parece-me muito superior ao mercado potencial que existe. Mas, naturalmente, serão cursos dispendiosos e, portanto, a lei do mercado funcionará muito rapidamente. Num curso que, muito provavelmente, terá de ter propinas superiores a mil euros por mês, assim que se vislumbrarem dificuldades de colocação no mercado de trabalho as pessoas deixam de optar por essa via. Embora haja o risco potencial de haver formação de médicos em excesso, penso que a questão não se coloca tanto a esse nível. Acho que o problema que se põe aqui é que estaremos a criar estruturas que vão competir connosco ao nível do recrutamento dos quadros docentes. Esse é, do meu ponto de vista, o problema mais perigoso, porque pode haver cantos de sereia que façam com que esses quadros migrem e, em Portugal, não está claramente definido o que é público e o que é privado, ao contrário do que acontece em Espanha. No país vizinho a lei é muito clara e ou se é professor no sector privado, ou professor no público. Em Portugal estamos nas meias tintas e nada disso está definido, pelo que há o risco de haver uma desagregação do sistema e, consequentemente, instabilidade. Corre-se o risco de, no final, as escolas privadas continuem a não ter condições para subsistir e as públicas fiquem destroçadas.

Com o aparecimento de faculdades privadas, a Ordem dos Médicos deverá passar a ter um exame obrigatório de acesso, como acontece com a Ordem dos Advogados?
Acho que essa possibilidade deve ser equacionada. Concordo com algumas limitações. No entanto, acho que essa decisão deve ser precedida de um sistema de acreditação dos cursos de medicina. Esse sistema foi desenvolvido na Universidade do Porto e penso que deve ser instituída a acreditação das unidades de saúde para a prática de ensino, de maneira a garantir padrões mínimos de qualidade. Devem ser instituídas avaliações nacionais e internacionais a esses cursos, tal como acontece nos cursos públicos. Depois, em face da forma como correr esse processo, poderá pensar-se na implementação de sistemas de admissão à Ordem dos Médicos. Aliás, penso que esse exame não será tanto de admissão à Ordem, mas sim uma condicionante à obtenção da carteira profissional que permita o livre exercício da profissão.

Foi um dos mentores da proposta de um novo exame de acesso ao ensino superior na área da medicina que acabou por não vingar. O que é que correu mal?
A proposta mexeu com muitos interesses instalados, com as estruturas representativas dos professores do secundário. A certa altura, entenderam que este era um exame à sua própria capacidade de ensinar. Isto foi uma interpretação errada, uma vez que não era nada disso que se pretendia. Mas, de facto, acabou por encravar o processo. Aliás, a prova de que nós tínhamos razão foram os resultados do exame experimental que foi feito este ano e que acabaram por fazer com que a senhora ministra abandonasse por completo o modelo. Quando se faz um exame em moldes diferentes que apelavam não à memorização de factos, mas à articulação entre conhecimentos, os alunos bloquearam completamente. Os resultados foram tão maus que foi decidido suspender a aplicação do exame até entrada em vigor da legislação que permita às universidades criarem o seu próprio exame. Houve o descartar da responsabilidade do ministério que quer passá-la para as universidades. Mas se alguma coisa era preciso para demonstrar que as universidades tinham razão em avaliar este tipo de capacidades, foi este exame. Infelizmente, foi interpretado da maneira exactamente oposta àquela que deveria ter sido. A interpretação que se deve fazer é que é necessário mudar alguma coisa no ensino secundário, é necessário mudar de um ensino factual para um ensino de relação de conhecimentos, de obtenção e validação da informação e isso, infelizmente, não está a ser feito e vai continuar a não ser feito. Continuamos a ter a universi-

dade separada do ensino secundário e, pelo menos por enquanto, a universidade não terá qualquer papel na selecção dos alunos que recebe.

Para além do novo exame, defendia-se uma entrevista com um psicólogo. Seria uma condição importante para haver uma triagem?
Não há um perfil de médico. Um médico é um ser totipotencial que, depois de obter a licenciatura, pode ser um clínico geral, um investigador numa área de biologia molecular de ponta, um médico legista, ou um psiquiatra. A própria profissão de médico em si encerra uma multiplicidade e pode acomodar imensos tipos de perfis dentro das suas diferentes actividades. À partida, isto não permite que se defina qual vai ser o bom e qual vai ser o mau médico. Alguns destes modelos têm claramente falhado. Mas há tentativas que se podem fazer, apesar de serem questões muito sensíveis à opinião pública e que, provavelmente, nem devem ser objecto de debate público. A população ainda não está preparada. Basta olharmos para algumas escolas americanas e ver que têm como factor de privilégio de acesso ao curso de medicina o facto de se ser filho de médico. Em Portugal, este critério provavelmente iria chocar muita gente. No entanto, isto acontece com a racionalidade que se considera que aquele que é filho de médico sabe no que se está a meter. Portanto, isso dá algumas garantias de que ele vai ter sucesso e não vai abandonar a profissão que é uma coisa que acontece muito com cursos com este grau de prestígio social. Escolhe-se o curso pelo prestígio social que tem e não pela vocação que se tem, o que se torna problemático em termos de futuro. Esta é uma discussão que está em aberto.

Quando é que estaremos preparado para esse tipo mudanças?
Se as coisas correrem como está previsto, dentro de dois ou três anos a universidade vai passar a ter um papel na definição do perfil dos alunos que admite. Nessa altura as coisas terão condições de mudar. Neste momento, penso que não haverá mudanças até porque há esta vontade desenfreada de admitir muitos alunos nos cursos das ciências da saúde e isso não favorece que se estabeleçam mecanismos de selecção rigorosos como aqueles que é necessário instituir.

Podem vir a ser estabelecidas quotas para homens no acesso aos cursos

Tem-se registado um número crescente de entrada de mulheres nos cursos de medicina, tal como noutras áreas. No Reino Unido esta nova realidade já mereceu preocupação das entidades competentes. Em Portugal, também podemos ter um cenário preocupante a este nível?

Podemos. Aliás, em Setembro do ano passado, na reunião da Associação de Educação Médica Europeia, em Berna, foi pela primeira vez levantada a possibilidade de se introduzirem quotas para homens, dentro das faculdades de medicina, de tal forma é o predomínio das mulheres. Este não é só um problema nacional. Em Portugal, provavelmente, é ainda mais importante do que noutros países, dado que temos uma enorme percentagem de mulheres nos nossos cursos. São cada vez mais diferenciadas e cada vez mais temos mulheres a ocupar posições em áreas da actividade médica que não eram tradicionalmente ocupadas por elas. Este é um problema que está a ser alvo de estudo da comunidade internacional e das preocupações das estruturas, porque existem claramente áreas da actividade médica em que as mulheres têm riscos e comportamentos que não eram os tradicionalmente associados a essas áreas. Isso causa alguma perturbação e alguma instabilidade.

Então, dentro de uns anos poderemos assistir à implementação de quotas no acesso aos cursos?
Provavelmente o caminho será esse, porque há áreas de especialização médica que são tradicionalmente ocupadas por homens e, apesar de haver uma preponderância de mulheres no curso de medicina, elas continuam a não escolher essas áreas. Estão a criar-se assimetrias dentro do sistema que só a instituição de quotas poderá colmatar. Não se trata de nenhuma posição machista. Temos de admitir que as competências e as limitações são de natureza biológica. Para se fazer controlo de qualidade para detecção de defeitos finos numa linha de produção não se contrata um homem, porque ele não detecta nenhum. As empresas que fazem selecção de pessoal sabem perfeitamente que há profissões que são mais bem desempenhadas por homens e profissões mais bem desempenhadas por mulheres. Em medicina, existem algumas especialidades

médicas que as mulheres não procuram porque não têm apetência natural por elas. Temos de respeitar essa apetência natural. Agora temos de criar condições para que haja uma «pool» de licenciados suficientes que permita que essas especialidades sejam preenchidas. Em Portugal esta discussão ainda não se iniciou, mas há países onde já se iniciou e está a ser levada muito a sério, como na Suécia.

Cursos devem oferecer mais disciplinas opcionais

Os planos curriculares dos cursos de medicina estão adaptados às exigências do mercado?
Em Portugal existem diversos cursos de medicina, cada um com as suas particularidades. O fundamental é que haja uma avaliação permanente do curso, quer a nível nacional, quer através de comissões internacionais. Neste aspecto, a Universidade do Porto está a cumprir todos esses requisitos e, por isso, temos avaliações periódicas. Em segundo lugar, é preciso ter sistemas de acreditação. Temos de ter as unidades prestadoras de saúde com as quais colaboramos devidamente acreditadas para o ensino. Isso passa por um processo complicado, em que se assegurem não só condições físicas para receber alunos, mas também uma «pool» de doentes significativa em termos de patologias, e um corpo profissional competente e diferenciado que possa ministrar ensino. Na Universidade do Porto temos feito um esforço muito grande para instituir este tipo de mecanismos, mas não com carácter esporádico, uma vez que devemos instituir gabinetes de avaliação permanentes da qualidade do ensino. Assim, temos criados mecanismos que permitem que o «feedback» que chega da prática clínica seja imediatamente incorporado no ensino e o ensino esteja em permanente mutação para se adaptar às necessidades que vão surgindo. Este é o grande desafio do ensino da medicina e é isso que tem levado a que, no Porto, tenha havido a intenção de evoluir curricularmente para estas formas de ensino mais integradas.

Não considera que os cursos devem oferecer mais disciplinas opcionais?
Sim. Mas isso levanta um problema que é a definição de um «corpo curricular». É aí que deve ser feito o grande investimento. Depois, temos de nos habituar a que existam áreas do conhecimento médico que sejam ensinadas de uma forma mais ligeira ou como cadeiras de opção. Temos de oferecer aos alunos a possibilidade de contactarem com todas as áreas da prática médica, mesmo as que não existem nos hospitais. Por exemplo, como é que um aluno que acaba o curso escolhe uma especialidade de radioterapia se nunca tem contactos com a radioterapia? Ou, por exemplo, um aluno deve ou não ter a possibilidade, durante parte do seu curso, de desenvolver um trabalho de investigação científica? Para isso, temos de ter um *curriculum* elástico para se adaptar a estas diferentes opções.

Acha que os planos curriculares deveriam ser comuns em todas as faculdades de medicina?
Não. Acho que cada escola tem especificidades próprias. O que está aqui em causa não é ser melhor do que a outra, o que está em causa é que existem vários caminhos para chegarem ao mesmo ponto. Cada escola tem quadros docentes com especificidades próprias, cada região tem especificidades próprias que têm importância, por exemplo, em termos das patologias prevalentes. Por isso, deve ser dada a oportunidade a cada escola de seguir o seu caminho em termos de modelo de ensino, desde que continuem a demonstrar que o produto final tem qualidade.

Os cursos de medicina deveriam aderir à Declaração de Bolonha?
Não. A Declaração de Bolonha é extremamente rígida, ao estabelecer formações bietápicas com períodos de tempo muito limitados. No caso europeu, a medicina ficou logo de fora da Declaração de Bolonha e não existe nenhuma movimentação no sentido de aí incluir o curso de medicina.

Pensa então que os seis anos são os adequados ao nível de formação?
Penso que sim. Não se pode caminhar noutros sentidos. Acordou-se que o curso deveria ter seis anos, o sexto ano deveria, preferencialmente, ser profissionalizante e que deveria ter 5500 horas de duração. Penso que os seis anos são o tempo necessário para formar um profissional em condições de o colocar no mercado de trabalho. Não vejo que seja possível fazer grandes reduções, até porque o volume de conhecimentos médicos que é necessário transmitir aos alunos aumenta de ano para ano. Por isso, não estou a ver que, num horizonte próximo, isso se modifique.

Faculdades do Porto estão em fase de pré-ruptura

Um dos problemas das faculdades prende-se com os reduzidos orçamentos. Também acontece com o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar?
Dou-lhe a penas um dado: o dinheiro que esta escola recebe do Orçamento de Estado não é suficiente para pagar os vencimentos aos funcionários.

Como é que têm sobrevivido?
Temos receitas próprias, nomeadamente das propinas, sejam de pré-graduação, sejam de pós-graduação. Essa é uma parte significativa da receita da instituição e é isso que nos tem permitido subsistir. Agora, essas verbas não deveriam ser aplicadas na subsistência da instituição, mas sim para financiar projectos de investigação, inclusivamente dos próprios alunos, ou utilizadas para modernização de instalações e para reequipamento de laboratórios... As despesas de funcionamento deviam ser suportadas pelo Orçamento de Estado e não pelas propinas. Mas, neste momento, têm de ser desviadas para pagamento de custos de funcionamento da instituição.

Existe discriminação de tratamento entre faculdades?
Claramente. Há um contra-programa assinado com o Governo da República em Dezembro de 2001 que previa investimentos nas várias escolas médicas do país. Aquilo que aconteceu foi que estes investimentos foram efectuados em todas as escolas, com excepção nas escolas do Porto. Podem-lhe chamar outro nome, mas para mim isto chama-se discriminação. E isto apesar das escolas médicas do Porto serem responsáveis pelo recrutamento dos melhores alunos do ensino secundário, sistematicamente colocarem alunos em lugares cimeiros nos exames de acesso às especialidades e de, em termos de produção científica, estarem à frente da criação dos dois laboratórios mais prestigiados do país. O Instituto de Biologia Molecular e Celular (IBMC) e o IPATIMUP são, no seu conjunto, responsáveis por um grande número das publicações científicas na área das ciências da saúde feitas em Portugal.

E quais são as repercussões deste não investimento?
Desenvolvemos a nossa actividade em instalações em que não cabem os alunos. Os alunos têm, muitas vezes, de ficar sentados nas escadas, têm de estar em anfiteatros sobrelotados, têm de repartir aulas por horários alargados porque não há possibilidade de meter as turmas todas dentro do horário normal de funcionamento das instituições...

Vive-se uma situação de ruptura nas faculdades de medicina do Porto?
Diria que se vive uma situação de pré-ruptura. Neste momento, temos claramente de pensar em anexar espaços às escolas existentes, porque é materialmente impossível alojar todos os alunos que temos.

Tem havido pressão por parte dos conselhos directivos em resolver este tipo de problemas?
Em termos institucionais, as faculdades falam com o reitor e o reitor fala com o ministro. É esta a cadeia hierárquica e sabemos que o reitor tem pressionado a ministra. Mas o que é facto é que essas pressões têm sido ineficazes e ainda este ano o contrato-programa não foi honrado pelo Governo que suspendeu as verbas do PIDDAC que deviam ter sido transferidas para as faculdades, para dar andamento aos projectos que já existem.

Se a situação é já de pré-ruptura, até quando as faculdades vão conseguir aguentar?
Penso que as pessoas começam a estar cansadas de fazer um esforço constante, sem verem nenhum sinal de reconhecimento desse esforço por parte da Administração Central. Não nos chega ter boas palavras, precisamos de ter mais do que isso. No mínimo, pedimos que se cumpra aquilo que estava previsto e que se honrem os documentos que se assinaram. Penso que não será pedir muito que as pessoas tenham palavra. Nós, da nossa parte cumprimos. Somos talvez a única universidade portuguesa que cumpriu o que estava estipulado no contrato-programa e somos a única universidade portuguesa que foi preterida nos investimentos da Administração Central no âmbito do ensino das ciências da saúde.

HOSPITAIS SA: Carta ao Conselho Regional do Norte

Para: Dr. Miguel Leão
Ordem dos Médicos – Secção Regional Norte

ASSUNTO: Gestão Hospitais SA

Com os meus melhores cumprimentos, e sem querer roubar muito tempo, esta é a primeira vez que me dirijo a V. Exas., simplesmente para manifestar a minha total solidariedade com a posição de V. Exas. relativamente à política do Ministro da Saúde, dizendo que também estou disposto a oferecer uma máquina de calcular ao Ministro, para que ele não se engane nas contas.

Queria dizer a V. Exas. que não sou médico (apesar de estar casado com uma médica), mas, contudo, tenho uma firma que se dedica há vários anos ao sector da saúde na sua componente técnica. Assim, e se V. Exas. me permitissem, dava apenas um exemplo passado com a minha firma, que no meu ponto de vista, espelha a actual política de saúde, pelo menos nesta vertente.

Há cerca de um ano a minha firma respondeu a um concurso público ao Hospital de Almada (Manutenção de Instalações Técnicas) onde ficámos em 1º lugar, inclusive no preço final.

Azar dos azares: Nessa mesma altura, os Hospitais passaram a Sociedades Anónimas. Resumindo: Quem já lá estava muito bem sentado, lá ficou de pedra e cal. Trata-se de uma multinacional francesa, que a pouco e pouco vai dominando o nosso país, entre muitas. Nem sequer resposta obtive, apesar de tudo fazer para o conseguir.

A própria Secretária da Administração do Hospital me dizia que não valia a pena tentar falar com alguém, pois que ninguém me recebia!

Hoje não tenho qualquer dúvida, que é mais difícil falar com a Administração de um Hospital do que provavelmente com o nosso 1º Ministro ou Presidente da República. E isto por uma razão muito simples: Recebi respostas do 1º Ministro, Presidente da República, Dr. Marcelo Rebelo de Sousa, menos do Ministro da Saúde ou da Administração desse Hospital. Daí a razão de eu também estar disposto a oferecer uma máquina de calcular ao Ministro, e também, já agora, à Administração desse Hospital.

Apesar de não ser a minha área, com certeza V. Exas. saberão muito melhor que eu analisar esta temática, mas sempre me fez confusão este Governo apostar essencialmente em gestores ou graus académicos que não têm nada a ver com a área específica. Ou seja, parece que apenas o importante neste país são números, esquecendo-se a parte técnica, humana, etc.. Veja-se, neste caso específico: O actual Ministro da saúde é licenciado em economia. O secretário Estado Adjunto do Ministro é licenciado em línguas; e o Secretário de Estado da Saúde é licenciado em relações internacionais. Por conseguinte, não há ninguém licenciado em Medicina! O mesmo se passa noutras áreas.

Ou seja, e no meu ponto de vista, o que parece apenas interessar são as nomeações políticas de gestores com ordenados "chorudos" e mais nada.

Com os meus melhores cumprimentos
E agradecendo toda a atenção dispensada,
Fernando Alves de Almeida, Moita, 04/02/10

SIMPÓSIO «RISCOS PROFISSIONAIS EM HOSPITAIS E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE»

VIOLÊNCIA AFECTA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A violência contra os profissionais de saúde é muito elevada. São pelo menos esses os indicadores revelados por um estudo realizado pela Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, durante Agosto de 2001 e Março de 2002. Os casos mais frequentes acontecem contra os profissionais de centros de saúde ou de serviços de apoio a doentes mentais, onde 60 por cento dos inquiridos admitiu ter sido alvo de um episódio de violência nos 12 meses anteriores ao estudo. Em menor escala, mas também preocupante, são as agressões registadas contra os profissionais hospitalares: 36,8 por cento. Os números foram divulgados durante o Simpósio «Riscos Profissionais em Hospitais e Instituições de Saúde», promovido pela Secção Regional da Ordem dos Médicos (SRNOM), onde participaram diversos especialistas. Entre eles, o professor António Sousa Uva, investigador da Escola Nacional de Saúde Pública, que alertou para o facto do atendimento de doentes violentos ser uma das principais fontes de stress dos profissionais e, consequentemente, uma das principais causas de acidentes de trabalho. "Os episódios de violência quer psicológica, quer física, podem ter um impacto importante nos profissionais de saúde, afectando o seu bem-estar e a sua performance clínica, com evidentes consequências nas instituições onde trabalham, na qualidade dos serviços que prestam", refere o estudo.

Um dos objectivos do simpósio, como acentuou Rui Carvalho, organizador do evento, foi alertar para os problemas, por forma a olhar o futuro e encontrar melhorias, não só para os profissionais de saúde, mas também para as pessoas a quem são prestados os serviços. Um dos primeiros passos, será a aplicação da legislação já existente, mas que "não é cumprida", tanto na área da saúde, como noutras actividades da sociedade. O número de exames preventivos realizados e as visitas aos locais de trabalho são muito poucas. Nesse sentido, o presidente do CRNOM, Miguel Leão, propôs a criação da carreira de médico de trabalho nos hospitais e nos centros de saúde. Efectivamente, "há necessidade de haver pessoas especializadas nesta área, com objectivos e formação específica que respondam às necessidades específicas", apontou Rui Carvalho.

nortemédico Texto Patrícia Gonçalves • Fotografia António Pinto

IV SEMINÁRIO DE INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL

«APOIAR QUEM INICIA O INTERNATO GERAL»

Em que é que consiste a medicina tutelada? Quais são as competências de um interno geral? Estas são algumas das dúvidas mais frequentes para quem dá os primeiros passos no Internato Geral e, por isso, a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) levou a cabo, pela quarta vez consecutiva, o Seminário de Integração Profissional. De facto, reconhece Ana Antunes, membro do Conselho Regional e promotora do evento, em declarações à «Nortemédico», "uma das preocupações mais evidenciadas pelos jovens licenciados em medicina prende-se com a questão da tutela, durante o período do Internato Geral". Um tema, advertiu, que deverá ser objecto de uma maior consciencialização por parte dos médicos mais antigos. Estes devem despertar para "a responsabilidade que assumem quando têm a seu cargo jovens licenciados" que começam a lidar na prática com situações até então teóricas. Interligado com esta matéria estão também as dúvidas no que concerne às implicações jurídicas dos actos médicos, no âmbito do Internato Geral. Ou seja, referiu Ana Antunes, "perceber até que ponto são as competências, do ponto de vista legal, de um interno geral".

Para responder a estas e outras questões, o IV Seminário de Integração Profissional, que decorreu no passado dia 6 de Março, teve dois objectivos. Por um lado, expôs a responsável pela organização, "apresentar a Ordem dos Médicos aos jovens licenciados, fornecendo informações sobre a organização da instituição que os representa" e, por outro lado, "ajudá-los a perceber quais os trâmites que estão ligados ao Internato Geral". Por isso, o evento teve dois períodos distintos. Da parte da manhã, o tema centrou-se em torno da «Estrutura e Competências da Ordem dos Médicos» e das Competências da Ordem dos Médicos na Formação Pós-Graduada», em que participaram, entre outros, João Pedro Moreira da Silva, secretário do Conselho Regional do Norte, e Machado Lopes, também membro daquele Conselho. Já da parte da tarde, o destaque foi para a «Organização do Internato Geral», com Ana Antunes e Cláudio Rebelo, e «O Código Deontológico», com Miguel Leão, presidente da SRNOM, e Inês Folhadela, consultora jurídica do Conselho Disciplinar da SRNOM.

nortemédico Texto **Patrícia Gonçalves** • Fotografia **António Pinto**

EXPOSIÇÃO OLGA FIADEIRO

«PINTO COISAS QUE CHAMAM A ATENÇÃO»

FORAM 42 QUADROS COM MUITO SURREALISMO, CORES INDIRECTAS, MUITA INFLUÊNCIA DE ÁFRICA, ÍNDIA E BRASIL. FOI UM MÊS DE JANEIRO CONSAGRADO À PINTURA DE OLGA FIADEIRO. O NOME É CONHECIDO NA MEDICINA. FOI FISIATRA DURANTE MUITOS ANOS NOS HOSPITAIS DE SANTO ANTÓNIO E S. JOÃO. REFORMOU-SE E SÓ ENTÃO INICIOU UMA CARREIRA NA PINTURA. OS TRABALHOS, EM ACRÍLICO, ESTIVERAM EXPOSTOS NA GALERIA DA SECÇÃO REGIONAL NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS.

Primeiro foi a Fisiatria. Mais de 20 anos de trabalho no Hospital de Santo António e 11 no S. João. Depois veio a pintura...

"A arte, tal como a Medicina, exige uma entrega a 100%. Era impossível estar totalmente empenhada nas duas tarefas aos mesmo tempo. Por isso, só quando deixei a actividade médica é que me dediquei à pintura", explica Olga Fiadeiro.

Autodidacta de início, frequentou depois um curso de desenho e pintura, orientado pelo professor de Belas Artes, Carlos Carreiro. A partir daí, nunca mais parou. Já conta com uma dezena de exposições, tanto ao nível individual como colectivo.

"Identifico-me com um estilo que tenha algo a ver com o surrealismo. Mas não quer dizer que faça por pintar essa corrente", revela.

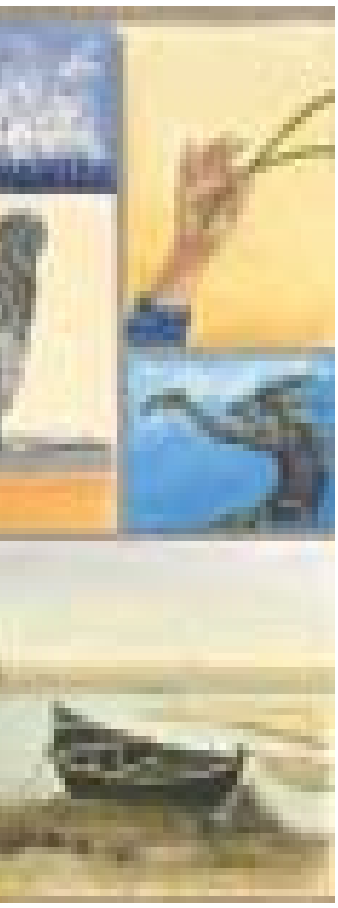
Nesta exposição notou-se a influência de lugares por onde a artista passou, desde a América Latina, à África e ao Oriente.

"Não posso deixar de destacar três quadros que têm as minhas reminiscências de África. Gosto deles porque me fazem lembrar as dificuldades que tive em pintá-los. África e India foram lugares que me impressionaram muito. Há também um quadro de dois metros de largura sobre o Brasil. É um povo que está cheio de arte. E tenho também um tipo de quadro mais figurativo, que é um barco que gosto muito", destaca.

QUADROS NUNCA ESTÃO ACABADOS

Desde que se iniciou na pintura, em 1997, Olga Fiadeiro já pintou 300 quadros. Além de estar influenciada por lugares por onde passou, a artista também tem um modo muito peculiar de ver as coisas...

"Normalmente pinto imagens que me chamam a



atenção. Às vezes coisas macabras, até. Ao ler uma revista sobre esquizofrenia reparei num aspecto fisionómico bastante chocante de um doente que me deu a ideia para um quadro. Depois, foi só acrescentar um pouco de imaginação. Estou a lembrar-me de outro quadro que foi feito através da imagem de uma endoscopia. A partir daí criei uma mulher a trabalhar de... mineira. Noutro acrescentei uma flôr. Noutro umas rodas dentadas..."

Olga Fiadeiro demora normalmente três meses a pintar um quadro. Mas é curioso verificar que a artista considera que um trabalho nunca está acabado.

"Se tiver um quadro muito tempo nas minhas mãos acabo sempre por alterar qualquer coisa. Noutro dia li uma entrevista de um grande pintor – não vale a pena dizer o nome – e fiquei toda contente porque ele, quando não conseguia vender algum quadro, alterava-o no atelier. Bem, pensei, não sou só eu..."

SALVADOR DALÍ E CHIRICO...

Olga Fiadeiro nasceu em Lisboa mas radicou-se no Porto ainda criança. Nos últimos anos de actividade médica já piscava o olho à arte mas nunca teve tempo para se dedicar à pintura.

"Nos últimos anos de carreira também fui encarregada do ensino. Tive a meu cargo 13 internos para preparar para o exame final do curso. Foi preciso dedicação total. Trabalhava para aí umas dez horas por dia. Por isso, quando terminei a actividade, não podia sentar-me numa cadeira. Não é o meu género".

A partir daí apaixonou-se pela pintura e apreciou artistas como Salvador Dalí, Chirico e Marx Ernst.

"Depois gosto também dos impressionistas e do simbolismo – Gustave Moreau, por exemplo. Mas eles são tantos e são tão bons..."

A artista já visitou inúmeros museus em todo o Mundo. E o que mais a impressionou foi o Museu d´Orsay.

"Adorei esse museu, que até é o mais recente de todos. O Louvre é muito cansativo. Não é fácil ver aquilo tudo em pouco tempo, principalmente para mim que já não sou uma criança."

Os quadros de Olga Fiadeiro vieram de Ponte de Lima para o Porto, onde estiveram expostos na galeria da SRNOM. Depois seguiram para Lisboa. E mais tarde seguem para outro lado, porque a artista promete nunca parar.

"Se o fizer ainda vou parar ao manicómio", diz. Por isso, vamos esperar pelas próximas obras, porque Olga Fiadeiro promete mais surpresas.

nortemédico Texto **Rui Martins** • Fotografia **António Pinto**

Obra de Mário Rocha em exposição no Centro de Cultura e Congressos

TRINTA E CINCO ANOS AO SERVIÇO DA PINTURA

Em Fevereiro a arte voltou a estar em destaque na Casa do Médico. Desta vez, foi a escrita pictural de Mário Rocha, no ano em que comemora 50 anos de vida e 35 de carreira. Durante todo o mês, algumas dezenas de obras expostas no Centro de Cultura e Congressos da SRNOM permitiram descobrir os retratos de uma vida dedicada à pintura e, inevitavelmente, os contornos da personalidade do artista. "Não é fácil viver da pintura, mas consegue-se. Faço o que gosto. Sinto-me bem comigo próprio, libertando-me na pintura. Posso dizer que sou feliz", confessou Mário Rocha a um jornal diário. Na exposição são visíveis essas marcas que deixam perceber o crescimento sucessivo do pintor e a sua ligação à região do Minho: uma conexão às origens transporta-se para a tela, onde predominam os tons da terra, mas onde também se combinam cores e traços que permitem ao público saltar para o sonho.

A simplicidade que utiliza na sua forma de arte foi sofrendo evoluções, nomeadamente para o abstracto, apesar dos trabalhos figurativos também lhe estarem associados. Dessa fase, fica o exemplo dos «Três velhotes de Pias», uma obra estritamente ligada ao Alentejo, região com a qual também se sente ligado, por questões familiares. Mas no Centro de Cultura e Congressos foi ainda possível apreciar um auto-retrato, pintado em 1974, o original do trabalho produzido para a RTP-África, ou uma litografia de uma obra encomendada pela Empresa Metro do Porto.

Perfil Mário Rocha vive actualmente em Gondomar, mas foi o Minho que o viu nascer, há exactamente 50 anos, na pequena aldeia de Perre, a cinco quilómetros de Viana do Castelo. Foi por volta dos 10 que o interesse pela arte tomou forma e, por isso, pouco tempo depois, em 1968, começou a sua dedicação à pintura. Resultado? Com apenas 15 anos de idade realizou a sua primeira exposição, na Escola Técnica de Viana do Castelo. A partir de então, nunca mais parou. Frequentou a Escola de Artes Decorativas Soares dos Reis, no Porto, e, hoje, no atelier junto ao Palácio do Freixo, voltado para o Rio Douro, desenvolve o seu trabalho, o mesmo que vai partilhando com o público nas duas ou três exposições individuais que anualmente promove. Ainda neste Verão, será possível voltar a «sentir» o pintor, durante a V Edição da «Arte na Leiria», em Caminha.

nortemédico Texto **Patrícia Gonçalves** • Fotografia **António Pinto**

MEIO SÉCULO DE CONVÍVIO COM OS MEIOS AUDIO-VISUAIS DE ENSINO

CONFERÊNCIA PROFERIDA PELO PROFESSOR DOUTOR ROLANO MOISÃO NA SEDE DA SRNOM EM 20 DE FEVEREIRO DE 2003

Quando, por alturas do século XII, as Universidades começaram a brotar do solo confuso e aguerrido da Idade Média, os professores liam um texto (donde a palavra "Lente"), como se vê numa iluminura do Códice do Lorvão. A Igreja possuía quase o monopólio da Cultura. Por isso, o vestuário de quem ensinava era um hábito talar, antepassado distante, mas bem visível, das nossas becas actuais.

Centenas de anos foram passando na dobadoira do Tempo, mas continuam a ser indispensáveis alguém que queira ensinar e alguém que queira aprender. E, entre uns e outros, mas perpetuando a sua ligação, o texto, sob formas que evoluíram, desde o pergaminho às últimas criações da electrónica. Mas, mantendo-se presente.

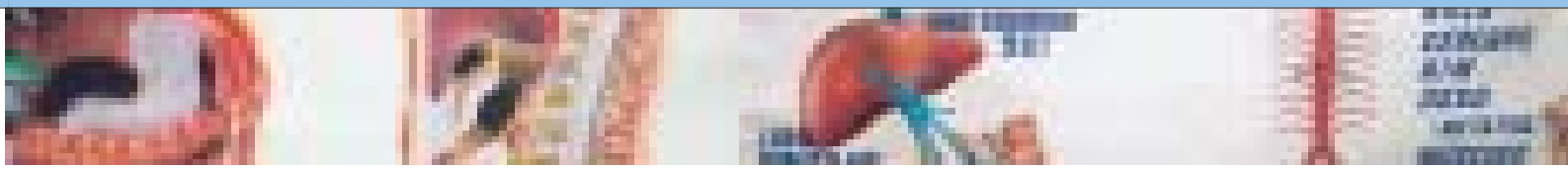
O acto de ensinar continua a exigir uma vocação, eu diria quase religiosa, pois não se consegue obrigar alguém a fazê-lo, se não tiver para isso capacidade, mas também apetência.

As técnicas evoluíram, é indiscutível, e foi útil essa evolução. Vou falar-vos, hoje, de alguns aspectos dessas técnicas.

O meu contacto com o que hoje se chama "meios audio-visuais de ensino" começou no primeiro ano da Faculdade, nas aulas de Anatomia Descritiva. O Prof. Victor Fontes, ao tempo ainda não catedrático, fazia, de véspera, no quadro preto, primorosos desenhos a giz de cores. Com eles nos ensinou o aparelho circulatório e as vísceras do abdómen.

Não tenho uma fotografia dele, da época em que o conheci, mas posso mostrá-lo, ainda bastante novo, neste quadro de Carlos Bonvalot.[1]

O artista era desenhador do Instituto de Anatomia e resolveu imitar a famosa Lição de Anatomia, de Rembrandt. Mas, em vez das figuras do século XVII, retratou as pessoas com quem convivia no seu trabalho habitual, isto é, por alturas dos anos trinta.



Ao centro, como na pintura original, um cadáver deitado na mesa de dissecção. Tampo de ardósia de pés de metal pintado, como aquelas em que eu trabalhei na sala de aulas práticas.

Preside, em vez de Nicolau Tulpy do quadro original, agora o Prof. Henrique de Vilhena, muito mais novo do que quando o conheci, com o colarinho rígido da sua juventude e a bata mal abotoada como sempre usou. A mão direita aponta uma anomalia que ele descreveu – o raríssimo músculo pré-esternal. Uma aluna curiosa debruça-se, tal como o homem do quadro inspirador, para ver melhor. Uma outra, mais tímida, tem também um gesto de interesse. Atrás da primeira, um homem bastante novo, com o pequeno bigode que foi moda; através dos óculos, os olhos estão fitos na demonstração do Mestre; identifico nele, sem dificuldade, o Prof. Victor Fontes, que eu conheceria uns bons anos depois de Bonvalot o ter retratado. Gostei muito das suas aulas e dos seus desenhos, assim como das gravuras a cores no tratado de Testut.

Eu estava no segundo ano do Internato de Cirurgia, quando o Prof. Virgílio de Morais[2] me encarregou de dar a minha primeira aula teórica.

Confesso que tive medo. Levei três serões a prepará-la. Livros, lápis, papéis e... um relógio à minha frente, por causa dos tais cinquenta minutos. Na véspera, à tarde, à cautela, fui escrever um sumário no quadro. Senti receio, quando enfrentei um anfiteatro cheio de alunos. Fui começando, com olhadelas discretas ao tal sumário... e ao relógio.

Dai a uns dois meses, segunda aula. Na véspera, desenhei umas coisas no quadro, a giz de cores, como tinha visto o Prof. Fontes fazer. Comecei a falar e... esqueci-me de ter medo!

Desde então, e ao correr de uma longa vida de ensino, dar uma aula foi sempre um prazer.

Data dessa altura, e desses bonecos a giz, a minha apetência para o que, mais tarde, se chamariam "meios audio-visuais de ensino".

Depois, para orientação e traçado dos aspectos gráficos, viriam a contribuir muito as aulas de Desenho de Estátua e de Modelo Vivo, na Sociedade de Belas Artes.

E, para a técnica de falar, os exemplos de Reynaldo dos Santos[3] (que fora meu professor de Patologia Cirúrgica) e de Delfim Santos[4] (este último no Curso de Ciências Pedagógicas da Faculdade de Letras). De certo modo, também os de André Delmas e de René Leriche.

Quando o Hospital Escolar foi transferido, do edifício de Santa Marta, para o edifício de Santa Maria, passámos a ter o apoio de um desenhador-fotógrafo[5].

Os primeiros diapositivos que fizemos... hoje... acho-os muito feios. Uns com extensas áreas livres, deixando passar demasiada luz. Outros com excesso de zonas negras, quase lúgubres. Todos com texto em excesso.

O que aprendi na Sociedade de Belas Artes, não só viria a permitir-me executar pessoalmente todas as gravuras dos meus trabalhos futuros, mas também dar-me o à-vontade de colaborar com esse profissional.

Com o aparecimento do Plano de Fomento para o Ensino Superior, promulgado pelo Prof. Marcelo Caetano, tivemos a possibilidade de executar, em equipe, quadros que substituiriam, com vantagem, os meus antigos desenhos a giz de cores.

Eu fazia o plano e traçava, a lápis, o que pretendia mostrar. Ele, já a tinta da China, tornava definitivos os contornos. Eu ensaiava as cores, os relevos e as sombras, logo, por ele, feitos realidade.

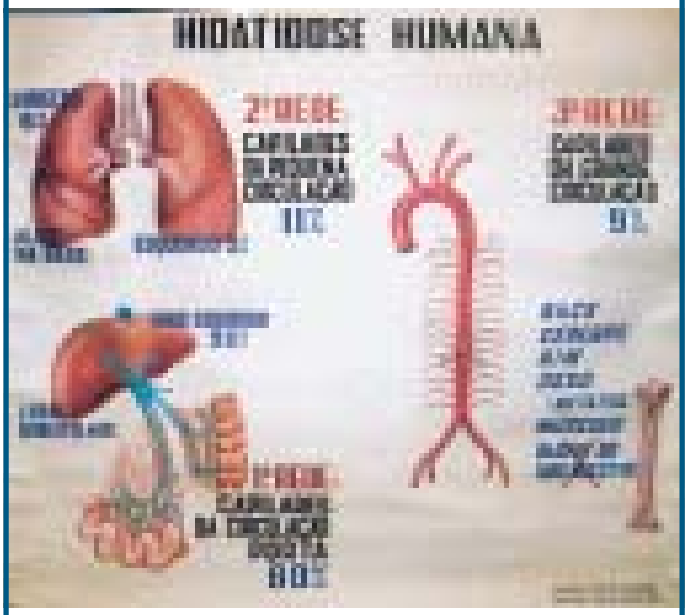
Trago, para vos mostrar, alguns desses quadros que sobreviveram às agressões do Tempo e do Mundo:

– Dois deles são relativos às Infecções Piogénicas e suas Localizações nos Espaços Conjuntivos. Reparem: estes espaços passam como secundários quando se estuda a Anatomia, mas são fundamentais para a compreensão de doenças que, ao tempo, tinham assinalável gravidade e frequência.
– Um outro quadro diz respeito aos Espaços Peritoneais, isto é, aos recessos entre as vísceras, onde os abcessos se alojam.

Num caso e no outro, "A Anatomia, Companheira Inseparável da Clínica", conceito em que plenamente acredito e foi o título de uma palestra que, a convite

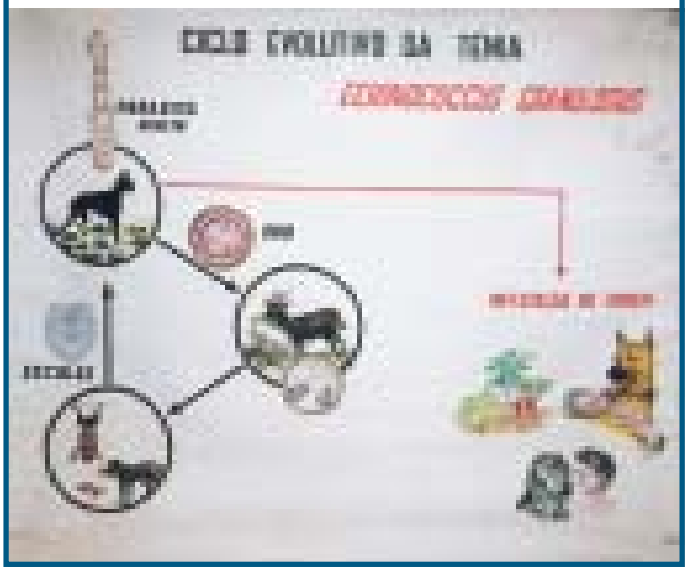
Infecções Piogénicas: localização em função dos espaços conjuntivos.

Espaços anatómicos do peritoneu comandando a localização das colecções purulentas.



Hidatidose humana: localização em função da árvore circulatória e de algumas das suas características.

Hidatidose: ciclo evolutivo do parasita.



do Prof. Nuno Grande, fiz, uma vez, na abertura do seu curso de Anatomia.

Na época desses quadros, era ainda muito pesada a incidência de quisto hidático nalgumas zonas do nosso País. A Direcção Geral de Saúde resolveu encarar o problema de frente e criou uma Comissão de médicos e de veterinários. Fui chamado para ela, em razão de trabalhos publicados sobre o assunto. Coube-me a realização de palestras. São dessa altura dois outros exemplos que vos mostro:

– Ciclo Evolutivo do Parasita, donde a maneira de o evitar.
– Localizações no organismo, em função da árvore circulatória e de algumas das suas características locais.

Voltemos aos diapositivos. Tirei-os de capítulos escolhidos ao acaso relacionados com as quatro cadeiras do grupo cirúrgico, porque por todas elas passei, embora mais longamente pelas de Patologia e de Clínica, que foram também as minhas preferidas.

Comecemos por alguns dos diapositivos que considero feios.

Numa dada altura, fui encarregado de dar aulas na cadeira chamada Propedêutica Cirúrgica[6], designação que não permite marcar exactamente o que nela se pretende. Deveria intitular-se Semiologia Cirúrgica. Avisado em Julho, em vez de resmungar, atirei-me ao assunto, redigi um trabalho que já estava no prelo em Outubro e cujo cabeçalho incluía uma citação de Kant: *"Há duas coisas que se podem olhar como sendo, em conjunto, as mais importantes e as mais difíceis para a Humanidade: a arte de governar os homens e a arte de os educar"*.

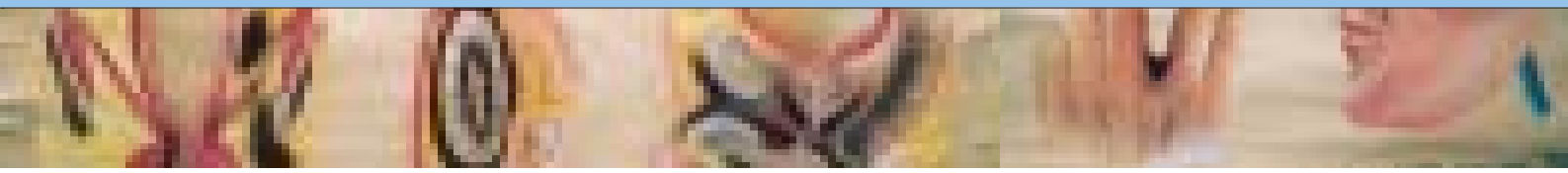
Ligação íntima com as outras cadeiras do mesmo ano, ensino programado, semana a semana, como vos mostro.

Na primeira aula teórica, sobre Inspecção, resolvi aligeirar o ambiente, projectando uma escultura clássica, em que um adolescente olha para a planta do pé. E contei-lhes uma história:

Nos bons tempos em que o homem primitivo já se chamava Sapiens, um deles desceu da árvore onde se abrigava, para o terreno cheio de vegetação bravia. Picou um pé e doeu-lhe. Dois dias depois, a dor era maior e ele olhou: uma mancha muito vermelha, com o centro amarelado. Por esta inspecção, tinha nascido a **Semiologia.** *Tudo continuou; eram mais marcadas a vermelhidão e a dor, todo o pé estava tumefacto, um risquinho quase lilás subia para a perna: tinha nascido a* **Fisiopatologia.** *No cume da zona dolorosa e elevada, no centro da mancha amarela, via-se o topo do espinho, causador de tudo isto; o homem, num movimento tímido, puxou-o para fora; foi fácil e, atrás dele, veio um líquido espesso e amarelo: tinha nascido a* **Terapêutica Cirúrgica.** *No fundo da ferida que, pouco a pouco, ia fechando, ele viu desenvolverem-se umas saliências rosadas que a pele calosa começava a cobrir: tinha nascido a* **Anatomia Patológica.**

Depois desta história, quase histórica, foi fácil conseguir cinquenta minutos de atenção.

Mas, o diapositivo de palavras tinha um aspecto estético que não me agradava. E esse desagrado ia durar algum tempo.



Dois exemplos mais de composições ainda de má qualidade: as muitas linhas sobre fundo banco de uma parte da Fisiopatologia do Shock (numa sessão para pós-graduados) e o ar sombrio ao apresentar as conclusões de uma investigação sobre volume plasmático.

A cadeira de Medicina Operatória estava envelhecida, tal como o livro genial de Farabeuf. Foi um erro extingui-la. Era preciso, sim, transformá-la em Noções Gerais de Terapêutica Cirúrgica, dando, ao futuro médico, ideias, embora sumárias, sobre o que nós fazemos, a nossa nomenclatura, a possibilidade de suturar uma ferida, ou abrir um abcesso, sem recorrer obrigatoriamente a um centro cirúrgico.

No único ano em que tive a responsabilidade de a orientar, assim procedi.

Fez-se, inclusive, um filme, ensinando como se lavam e desinfectam as mãos e como se calçam luvas estéreis sem as contaminar. Nessa aula, e à medida que o filme ia correndo, havia paragens propositadas, para os alunos, nas suas mesas, irem executando os movimentos que viam no ecrã. Gostaria de o ter trazido... Desapareceu, na voragem das transformações hospitalares! Assim como desapareceram até essas salas.

Por vezes, uma gravura descreve melhor do que muitas palavras. É o que sucede, por exemplo, quando se pretende explicar o trajecto das diversas laparotomias. Para poupar o trabalho de fazer um desenho, utilizei fotografias de estátuas, sobre as quais marquei o trajecto das incisões.

Uma aula de abertura tem sempre alguma coisa de monótono. Dizer quais serão os assuntos, a maneira de os encarar, convencer de que a vinda à lição não é um luxo, que é indispensável a pontualidade nas práticas, etc. etc..

Ao falar das aulas chamadas teóricas, que, hoje, não são apenas teóricas, em razão de tanta coisa que se mostra, pode, para aligeirar os ânimos, mostrar-se, por exemplo, o imponente Anfiteatro de Pádua, onde Fabrício de Aquapendente ensinou Anatomia.

Ao informar sobre o modo de funcionamento das aulas práticas de enfermaria: doente distribuído previamente a dois alunos para lhe fazerem a história clínica, que será lida e aperfeiçoada no grupo do assistente e da sua turma, eu mostrava, às vezes, um desenho cuja origem vou explicar.

Quando eu era ainda assistente, um homem com o tremor do alcoolismo de longa duração esteve internado na minha tira, a morrer de metástases, para não morrer de fome e de miséria, à porta de uma taberna. Uma aluna leu, na aula, a história que tinha feito. No dia seguinte, o doente chamou-me, para me mostrar esta verdadeira fotografia, onde logo identifiquei a retratada.

No meu livro "Palavras de Circunstância"[7] escrevi sobre ele:

A dois passos da morte, conserva ainda todas as velhas características: apreensão rápida do traço geral duma figura e dos seus pormenores, base fortemente sensual na escolha dos motivos, execução rigorosa dos relevos anatómicos através do vestuário que a visão do artista torna quase transparente. Para quem conheceu, ao mesmo tempo, o modelo copiado e a obra de Stuart, o retrato é perfeito: retrato do modelo e retrato do próprio Stuart.

Na papeleta, lia-se o nome completo: José Herculano Stuart Torrie de Almeida Carvalhais. Sublinhei Stuart Carvalhais, que era o seu nome artístico. Na linha da profissão, estava escrito: mendigo. Deu-me vontade de riscar e escrever por cima: o maior caricaturista do seu tempo.

A patologia do intestino delgado foi, durante alguns anos, uma das minhas "meninas-bonitas".

Particularmente a doença de Crohn, que estudei longamente. Quando falava em auditórios mais especializados, por exemplo, no Curso de Pós-graduação organizado todos os anos pelo Prof. Saúl Goldenberg[8], eu fazia sempre a história dessa doença, mostrando que tinha sido conhecida, embora não compreendida, desde o século XVIII; acompanhava este diapositivo de palavras, com outro: uma reminiscência da antiguidade clássica.

Graças ao interesse em compreender as imagens radiográficas, desencadeado pelo Prof. Aleu Saldanha[9], consegui estabelecer um paralelismo entre a chapa e a histologia da peça de exérese, o que permitiria prever o achado operatório.

Devo esta possibilidade de manejar os exames histológicos ao Prof. Friedrich Wohlwill, acerca de quem escrevi[10]:

"Este homem sorridente, de cravo na lapela, chamou-se Joachim Friedrich Wohlwill.

O retrato que vos projecto é também psicologia. O fato impecável, os óculos de meio vidro, o sorriso... correspondem à atenção firme de cada momento, à preocupação de rigor tocando às vezes a dureza, logo temperada pela afabilidade que o sorriso evidencia. E o cravo na lapela, nele, era preocupação estética, a mesma preocupação que o fazia coleccionar porcelanas, tocar violino e rodear-se de coisas belas em todas as residências cujo destino lhe foi impondo.

Foi o maior anátomo-patologista de língua alemã dos meados deste século. Muitos o conhecem pelos seus trabalhos sobre a paramiloidose dos nervos periféricos e acerca dos focos de desenvolvimento flebítico e pulmonar na sépticemia – trabalhos, estes últimos, que deram corpo às ideias de Schottmüller e vieram estabelecer a maneira actual de concebermos este quadro infeccioso.

Mas, talvez ainda tenha sido mais importante o conceito das correlações anátomo-clínicas, em que tanto insistiu e que tão profundamente marcou todos quantos auferimos o privilégio dos seus ensinamentos. A Anatomia Patológica, companheira quotidiana da Clínica, explicando e facilitando as deduções fisiopatológicas. A Medicina compreendida em vez da Medicina decorada. Muitos dos que sofreram a sua influência exercem hoje funções cimeiras no Ensino e na Investigação, na Alemanha, nos Estados Unidos, em Portugal e em Israel.

Essa influência lhes permitiu encararem as suas especialidades também através do microscópio óptico, o que os deixou permeáveis à chegada ulterior da microscopia electrónica.

Assim foi, de facto, pois em 1989 e 1990 orientei uma tese de doutoramento[11], na qual a cicatrização consecutiva a suturas manuais e mecânicas era comparada à luz da microscopia óptica e da microscopia electrónica de varredura. E, inclusive, compreender pormenores do síndrome carcinóide e da demonstração de hormonas segregadas no intestino (endorfina!).

Voltemos à doença de Crohn. Apenas alguns exemplos do paralelismo entre radiologia e confirmação histológica, dentre a série que vos poderia mostrar:

– focos de infiltração inflamatória muito intensa da submucosa, traduzindo-se por grandes lacunas sem contraste;
– fendas largas correspondentes a abcessos que esvaziaram, dando imagem de pseudo-divertículos de paredes irregulares;
– áreas de fibrose tardia, com escasso revestimento epitelial, traduzindo zonas estreitas de interior quase liso, bem visíveis na TAC.

Tudo isto era ensinado com a projecção simultânea de uma lâmina histológica e de uma radiografia.

Após a localização da doença de Crohn do intestino delgado, eu falava da localização no cólon (colite granulomatosa), no períneo, etc..

Talvez, agora, fosse oportuno aliviar o ambiente, citando Axel Munthe[12], médico e escritor, grande amigo de animais mansos e de mulheres elegantes que, numa atitude tão típica de quem quer fazer ironia contra a Universidade, escreveu: *"Depressa se tomou evidente que as apendicites passavam de moda e que tinha de descobrir-se uma nova doença, para satisfazer o pedido geral. Então, a Faculdade mostrou-se à altura e lançou uma nova enfermidade, ao abrigo do bisturi do cirurgião e adaptável a todos os gostos: a colite"*.

Puro engano! Agora, nem a colite da doença de Crohn, nem a da colite ulcerosa, estão ao abrigo do cirurgião...

Ainda quanto ao intestino delgado, uma outra aula, sobre tumores, conduzindo a um quadro-síntese em que a clínica se mostra obediente ao tipo histológico:

– o tumor partido de células da mucosa manifesta-se por invaginação, se é polipóide, e por hemorragia se ulcera;
– o originado em células conjuntivas dá obstrução, se intra-parietal, e massas palpáveis, se exofítico;
– o de células linfóides perfura, oclui, produz metástases precoces ou síndrome de malabsorção.

Finalmente, nesta segunda aula, um final sorridente. A obesidade extrema tratada por ressecções do delgado, na ideia de diminuir a absorção, mas levando, nos casos mais infelizes, às necroses centro-lobulares do fígado, como foi descrito nos campos de concentração e nas populações carenciadas de África. Dois diapositivos, lado a lado: a imagem de uma extrema obesidade, em contraste com uma silhueta muito elegante.

Na Escola do Serviço de Saúde Militar, passámos a ter, a certa altura, uma película que dava ao fundo do diapositivo uma tonalidade com mistura agradável de castanho claro e de rosado.

No entanto, quando queríamos fazer maior realce entre sectores diversos, continuávamos a manejar o colorido.

O fundo castanho, pelo contraste com as letras a branco amarelado, era vantajoso se necessário mais texto.

O fundo esverdeado, ou o azul, permitiam, no entanto, mais pormenor. Como exemplos: os movimentos de uma bala ao longo do seu trajecto, o arranjo interior de um helicóptero ou de um avião hospital.

O fundo lilás sombrio permite um bom contraste com o branco de um aparelho gessado, onde ficam bem legíveis as indicações úteis para o tratamento de retaguarda.

Uma película de fortuna pode ter de ser utilizada em qualquer parte: como exemplo, a pinça hemostática que dificilmente se conseguiu eficaz e o colar que a imobiliza para evacuação.

O fundo branco dá também bom contraste para o vermelho escuro dos músculos arrancados pela explosão de uma mina anti-pessoal, ou para deixar, como recordação, o desenho feito por uma criança internada no Hospital Militar de Telavive, revelando como ela se vê a si própria, com todas as infusões e aparelhos a que está ligada.

Directrizes semelhantes são usadas no ensino da Medicina de Guerra N.B.Q..

No respeitante à Guerra Química, mostro, como exemplo, a acção fisiopatológica de um dos agentes incapacitantes.

Na de tipo Biológico, a aerobiologia das partículas contaminantes e a sua penetração nas vias respiratórias.

Na Nuclear, o caminho seguido por substâncias inaladas, até ao sistema retículo-endotelial.

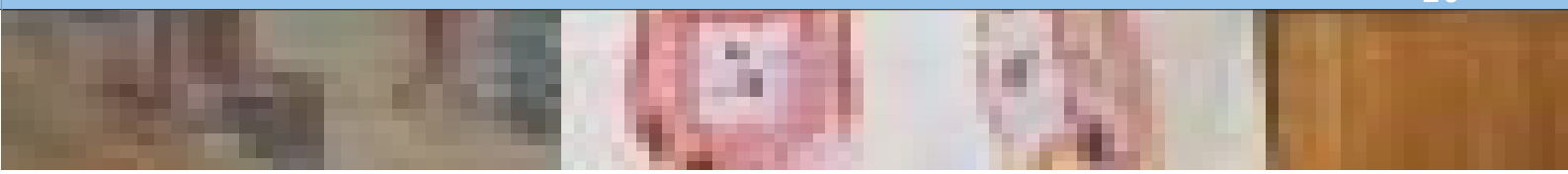
O diapositivo que se faz rapidamente por fotografia de um texto dactilografado sobre papel branco corresponde a actualizações urgentes, como sucedeu nestes exemplos relativos à bomba de neutrões ou, nas vésperas da Guerra do Golfo, à febre tifóide, ou ao carbúnculo.

Quando, em aulas práticas, eu tinha mostrado hérnias diafragmáticas, ou quando falava no refluxo gastro-esofágico que, na altura, começava a entrar na moda, notara que os alunos tinham dificuldade em navegar nesse campo obscuro. Ora, Patologia não se decora, conclui-se. Algumas dessas hérnias eram congénitas. Portanto, havia bases embriológicas, as quais, para mim próprio, não eram muito claras. Era necessário atacar o problema. De frente. Procurei o Prof. Xavier Morato[13], a cuja cadeira o assunto pertencia. Conversámos, com a cordialidade que, nele, era um hábito. Emprestou-me bibliografia; mastiguei-a com cuidado e, de repente, a luz brotou! As hérnias diafragmáticas eram perfeitamente compreensivas à luz da evolução embriológica, que eu, agora, também dominava com clareza.

É que o diafragma tem uma génese complexa: diversos esboços embrionários que vão, depois, encadear-se.

Como técnica de ensino, seria monótono tratar, de início, o conjunto dos esboços e sua evolução, deixando para fases ulteriores a clínica e, depois, a radiologia, quando a primeira parte já estivesse na penumbra. Pareceu-me mais didáctico encadeá-los:

– a génese da hérnia retro-esternal por falência do esboço anterior e a sua tradução radiográfica;
– a falência do esboço póstero-externo e a passa



gem possível para o tórax de vísceras abdominais situadas à esquerda, porque, à direita, o fígado é um tampão que a impede; era a hérnia de Bockdaleck;
– a agenésia da estrutura que rodeia o esófago, explicando a hérnia do hiato, e, ao lado, a comprovação radiográfica da subida do cárdia, geradora da incontinência, a reacção do esófago e, por montagem horizontal propositada de uma terceira imagem, o exagero do refluxo pelo decúbito;
– a falta de diferenciação da zona muscular periférica que mantém o diafragma como uma abóbada tensa é bem visível numa preparação histológica em que raras fibras musculares se perdem numa atmosfera célulo-adiposa, é a eventração diafragmática, permitindo a subida do músculo e o balanço a cada movimento respiratório.

O aumento dos acidentes de viação está a fornecer maior número de roturas do diafragma, em regra reconhecidas demasiado tarde, porque a atenção de quem observa o doente é levada para lesões concomitantes muito aparatosas. Atendamos mais ao mecanismo do trauma, um atropelamento em que, por exemplo, um pneu faça pressão sobre o abdómen, levando o conteúdo deste a empurrar o diafragma. Ora, este tem a forma, já salientada desde Vesálio[14], de uma abóbada, muscular e elástica na periferia, mais rígida no centro tendinoso, por onde vai romper.

E se, agora, olharmos para a cara do doente – sempre a Semiologia Clássica! – podemos ver equimoses, múltiplas e descontínuas, por toda a face (e não apenas nas pálpebras, como na fractura do andar anterior) e também no pescoço, na área mais alta do tórax e na raiz do membro superior. Talvez, então, nos lembremos de que este é o território da veia cava superior, cujo orifício na aurícula direita é fronteiro ao da cava inferior. O grande aumento de pressão no abdómen injecta o sangue para cima e, por isso, a montante, mas apenas a montante, da cava superior, há edema e roturas venosas. O aspecto da face obriga-nos a suspeitar de lesão diafragmática.

Percorri, convosco, 50 anos de meios audiovisuais. Desde os desenhos a giz, no quadro preto, eles foram os companheiros de caminhada de um médico que se considerou profissional também do Ensino.

E, ao terminar, quero vincar que as novas tecnologias continuam a não dispensar o livro de texto.

Mas... fazê-lo implica uma profusão de gravuras que o torna muito caro. Sem dar lucro apreciável aos editores! Como não é imoral, não é notícia. E... simplesmente para a educação dos futuros médicos... os políticos não iriam desperdiçar dinheiro com uma coisa que não dá votos.

Prof. Doutor
Rolando Moisão

Notas:

(1) O quadro de Carlos Bonvalot esteve, durante muito tempo, no gabinete do Prof. Henrique de Vilhena, que o levou para sua casa, quando se jubilou. Adquirido aos herdeiros em 1979, voltou para o edifício do Campo de Santana, sendo colocado a meio da escadaria principal.

(2) Prof. Virgílio de Morais, catedrático de Patologia Cirúrgica na Faculdade de Medicina de Lisboa. Regeu ainda, quando professor extraordinário, a de Medicina Operatória.

(3) Prof. Reynaldo dos Santos, catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa e insigne historiador da arte portuguesa. Regeu Patologia Cirúrgica e Urologia.

(4) Prof. Delfim Santos, catedrático da Faculdade de Letras de Lisboa.

(5) Alberto Gouveia Lopes, um colaborador eficiente durante muitos anos.

(6) Regida pelo Prof. Cândido da Silva que, na altura, passara a catedrático.

(7) Este excerto é do meu livro "Palavras de Circunstância" (Lisboa, 1993) no qual se transcreve, na íntegra, o meu trabalho "A Anatomia Artística nos Desenhos de Stuart" (1965).

(8) Prof. Saúl Goldenberg, catedrático da Escola Paulista de Medicina, onde organizou um excepcional Laboratório de Cirurgia Experimental e, todos os anos, um Curso de Pós-Graduação.

(9) Prof. Aleu Saldanha, catedrático de Radiologia na Faculdade de Medicina de Lisboa. Muito interessado nas imagens radiográficas das partes moles. No seu serviço, realizei os trabalhos: A Radiografia com Pneumo-peritoneu no Diagnóstico de Algumas Afecções Cirúrgicas do Fígado (1963) e Quisto Hidático do Fígado; Radiografias com Pneumo-peritoneu (1972).

(10) Esta transcrição é também do meu livro "Palavras de Circunstância".

(11) Norberto Lourenço Martins, "Anastomoses Manuais e Mecânicas do Cólon – Estudo Experimental Comparativo – tese de doutoramento, Lisboa, 1990.

(12) Axel Munthe, "O Livro de Saint Michel (tradução portuguesa de Jaime Cortesão, Livraria Globo, Porto Alegre, 1932).

(13) Prof. Xavier Morato, catedrático de Histologia e Embriologia na Faculdade de Medicina de Lisboa.

(14) André Vésale (1514 1564), "De Humani Corporis Fabrica", publicado em Bruxelas, em 1543, com desenhos de Van Calcar (um discípulo de Ticiano).

PARA UMA HISTÓRIA MÉDICA PORTUENSE - XV

DR. A. S. MAIA GONÇALVES

O último dos 3 mandatos consecutivos de **José Guimarães dos Santos** na Presidência do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) decorreu ao longo do triénio compreendido entre 1984 e 1986.

No final do 2º mandato, em Dezembro de 1983, as eleições, inicialmente marcadas para o dia 15, por meras questões processuais, acabaram por ser adiadas para o dia 26 de Janeiro do ano imediatamente seguinte.

Mais uma vez, a sua foi a única lista que (segundo as suas próprias palavras, isto é, de quem estava bem por dentro das questões que então se colocavam), "num panorama de exercício profissional complexo e à beira da rotura, onde a unidade vai sendo difícil, face aos micro-interesses, à descrença e à apatia", se apresentou ao sufrágio eleitoral, e, lógica e inevitavelmente, alcançou a incontroversa eleição.

Apesar de único candidato, J. Guimarães dos Santos, numa atitude de lisura coerente com o seu conceituado carácter, nem por isso deixou de emprestar toda a dignidade ao acto eleitoral. Em campanha pré-eleitoral, nas próprias instalações da nova sede, deu uma conferência de Imprensa, e distribuiu um pequeno fascículo onde, assumidamente, expôs as razões da sua candidatura, desenvolvendo o que chamou de "Condicionantes de uma Acção", descrevendo, longa e minuciosamente, detalhadas, as suas propostas de acção, tanto as de fundo, estratégicas, como numerosas outras, pontuais, específicas.

Os elementos por si escolhidos para o acompanharem, desta vez, neste seu terceiro mandato, foram os seguintes:

Conselho Regional – Alfredo José Correia Loureiro; António Germano de Pina da Silva Leal; António Luís Abranches do Canto Moniz; António Norton de Matos do Carmo Pereira; Artur Manuel Osório Morais de Araújo; Davide Maurício da Costa Carvalho; Fernando Ribeiro dos Reis; Joaquim da Conceição Ferreira; Joaquim Manuel M. Faria e Almeida; José António Ferreira da Silva Fernandes.

Assembleia Regional – Bernardo Maria Pereira Teixeira Coelho; João Carlos Prazeres de Azevedo Franco; José Manuel Sanches Pinto de Vasconcelos; António Fernando Garrido Marçal Liça.

Conselho Fiscal – José Cardoso da Silva; António Fernando Bastos Lima; Maria Natália Pereira Fortuna de Oliveira.

Conselho Disciplinar – António Maria Pinheiro Torres de Meireles; Domingos José Marques Antunes de Azevedo; José Bárbara Branco; Júlio Moreira dos Santos; Oswaldo Ferreira Bonifácio.

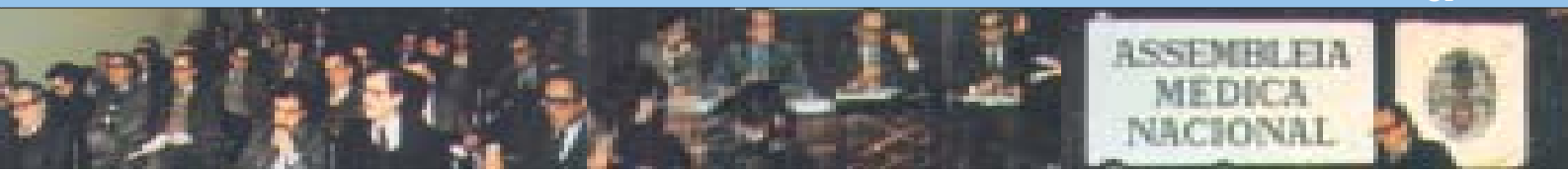
Na qualidade de **Membros Consultivos** ao Conselho Regional figuravam nada menos que 21 outros elementos, de entre os quais muitos dos que já tinham colaborado em Corpos Gerentes anteriores, e que deste modo subtil poderiam continuar a dar o seu contributo, participando com os seus próprios pareceres.

Induzido pelo próprio J. Guimarães dos Santos, quando me disse que nunca fizera uma alteração radical de todos os elementos dos seus Conselhos Regionais (o ideal, disse, seria mudar entre 30 e 40%), resolvi fazer uma sumária revisão e análise dos três diferentes elencos directivos que o acompanharam nos três Conselhos Regionais (CR) ao longo dos 9 anos consecutivos do seu "reinado". Dos diferentes cálculos possíveis, apurei as seguintes leituras:

– para o total dos 33 lugares dos 3 CR (11 para cada CR), J. Guimarães dos Santos apenas convidou 20 colegas;
– Destes 20 médicos, 14 participaram num único CR, 2 tiveram participação em dois CR: **Alfredo Loureiro** e **José R. Castro Lopes**;
– 4 acompanharam-no durante os 3 CR consecutivos, o que, seguramente, diz muito, em termos de sintonia, confiança e determinação: **A.G.P. Silva Leal**; **A.L.A. Canto Moniz**; **A.M. Osório M.A.** e **Davide M.C. Carvalho**.

Esta fidelidade, assídua, repetida e alargada, foi ainda mais patente ao nível dos outros três órgãos directivos, isto é: a Mesa da Assembleia Regional, o Conselho Fiscal e o Conselho Disciplinar, onde a percentagem de mudanças nos elencos foi ultra-mínima, quase nula.

De todos esses nomes, dispersos pelos diferentes Corpos Gerentes, permito-me, sem desprimor para os restantes, destacar um, pela enorme, e marcante, visibilidade do cargo que desempenhou – o de Presidente da Mesa da Assembleia Regional – nas incontáveis vezes em que, durante este tão difícil quanto agitado e decisivo período da história da Instituição, as AR foram, ordinária e extraordinariamente convocadas. Refiro-me a **Bernardo Teixeira Coelho**. Aos olhos de quem acompanhou e viveu a turbulência emocional desencadeada pelos ventos daquela



José Guimarães dos Santos

história, seria injusto não deixar, aqui e agora, realçado o seu constante e exemplar desempenho na árdua tarefa da Presidência das quase sempre agitadas Assembleias Gerais, por onde, afinal, passaram todos os grandes momentos de decisão sobre os rumos que foram dados aos acontecimentos.
Aliás, teremos que voltar a falar dele, numa das nossas próximas crónicas, porque, justamente, a persistência da sua dedicação à Instituição irá levá-lo a tornar-se, num dos próximos Presidentes do CRNOM.

• Nos começos de 1984, não obstante a intensa actividade desenvolvida pelos múltiplos efectivos da OM, e a aparente abertura ao diálogo do então Ministro da Saúde (Maldonado Gonelha), ainda continuavam por resolver muitos dos problemas que afectavam o exercício da Medicina, pelo menos tal como os dirigentes da OM, entendiam que deveriam ser. Assim:

1. Ainda não fora feita a reclamada revisão do diploma das Carreiras Médicas que, a despeito da sua recente publicação (Decreto-Lei nº 310/82), continha, como já deixamos referido, alguns aspectos manifestamente desadequados, muito em especial os relacionados com a carreira de Clínica Geral, que careciam de alterações que a tornassem profissionalmente atractiva e com capacidade de suprir as carências assistenciais da população;
2. Continuava-se a aguardar uma nova lei de gestão hospitalar que dignificasse o papel que os médicos têm de desempenhar na direcção dos nossos hospitais. (Que visão tão diferente se tem destas mesmas questões, hoje, vinte anos decorridos ...);
3. Permaneciam inalterados e desactualizados os valores das chamadas Convenções.

Em termos sindicais, o ano de 1984 iniciou-se pela imperiosidade da OM, face à inépcia do Ministério da Saúde, tomar posição na questão relativa à colocação dos Internos Gerais, assim como no da não realização de quaisquer concursos para provimento de lugares de Assistentes Hospitalares em 1984, lutando contra as interpretações falaciosas estritamente baseadas em princípios financeiros das entidades responsáveis pela sua implementação.
Para além de tudo isso, o ano de 1984 ficou tristemente célebre devido à acção da Inspecção dos Serviços de Saúde do Ministério da Saúde, que resolveu mostrar serviço, inaugurando uma prática que, aliás, prosseguirá até aos dias de hoje: criar-se na opinião pública um clima de culpabilização e perseguição da classe médica, procurando responsabilizá-la pelos males e falências dos Serviços de Assistência em Portugal.
• Mesmo continuando em obras de adaptação, as óptimas instalações da nova sede da SRNOM começaram a transformar-se em verdadeiro centro polarizador das iniciativas e actividades médicas, ao serem utilizadas para a realização de numerosas reuniões científicas e culturais. De igual modo, as Direcções dos Colégios de Especialidade passaram a ter gabinetes próprios e apoio logístico para o desempenho condigno das exigentes funções que lhes estavam cometidas.
• Exemplo bem demonstrativo do sentido de antevisão e oportunidade, revelou este CR ao organizar, em 1984, o **I Curso de Gestão dos Serviços de Saúde**. Assunto da maior actualidade... vinte anos depois.
• Com as siglas **PWG** ***(Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors)*** designava-se a Comissão que representava a nível das estruturas comunitárias europeias, e em particular junto do Comité Permanente de Médicos da CEE, os jovens

médicos da Europa Ocidental. A OM já desde 1978 que se tornara membro de pleno direito do PWG, e logo no ano seguinte, a habitual reunião da Primavera daquele Grupo decorreu, pela primeira vez em Portugal, na cidade do Porto, durante o primeiro mandato de J. Guimarães dos Santos, em Abril de 1979.

Nos dias 28 e 29 de Setembro de 1984, de novo o PWG se reuniu em Portugal e no Porto, desta feita nas instalações da nova sede. Estiveram presentes dirigentes de Associações Médicas de 17 países, representando mais de 120.000 médicos, a maior representatividade entre todas as Comissões Médicas Europeias, para analisar e confrontar os diversos problemas assim como lançar as linhas de actuação comuns na defesa de uma Medicina Europeia integrada e com altos padrões de qualidade.

• No respeitante aos Exames de Especialidade continuavam impressionantes os números dos que em 1984 se realizaram na SRNOM: Concorrentes - 120; Aprovados - 97; Desistiram - 18: Não admitidos - 3; Reprovados - 2.

Durante o ano de 1984 foram criadas as **Sub-Especialidades** de **Oncologia Médica** e de **Doenças Infecciosas**; foram admitidos por consenso os primeiros médicos como Especialistas de **Generalista**, **Imuno-AIergologia**, **Medicina Desportiva** e **Cirurgia Vascular**, bem como da Competência em **Hidrologia Médica**.

• O CRNOM voltou a organizar um Simpósio, o II, dedicado ao tema "**Saúde em Portugal**", reservado aos aspectos da actividade médica futura, mas que não constam do curriculum académico oficial.

• O ano de 1985 ficou assinalado pela inesperada queda antecipada do IX Governo da República (em 12/7/1985 foi dissolvida a AR) apesar do apoio parlamentar maioritário de que desfrutava. A natural e consequente realização de eleições legislativas antecipadas (em 6 de Outubro/1985) veio interromper e dificultar o desenvolvimento de uma actividade negocial normal entre o Conselho Nacional Executivo da OM e o Governo. Regista-se que, após aquelas referidas eleições legislativas antecipadas, aconteceu, pela primeira vez, que a pasta da Saúde passou a ser liderada por uma Ministra, não médica (a tomada de posse do X Governo ocorreu em 6/Nov/1985).

• O ano de 1985 representou uma reactivação das tradicionais iniciativas culturais e científicas do CRNOM.

– O CR, com o apoio seguro dos diferentes Colégios de Especialidade, aproveitando as próprias instalações, efectuou 4 Cursos subordinados ao Tema "**O Clínico Geral e a Diabetes**", cujo êxito poderá ser avaliado pelos, no total, mais de duzentos médicos participantes.
- Por iniciativa, igualmente do CR, foram realizados 4 **Cursos de Programação Basic** para médicos da Zona Norte.
- Com o objectivo de proporcionar aos médicos uma formação complementar em Direcção e Gestão, o CR tomou a iniciativa de organizar o **I Curso de Gestão Hospitalar**, que decorreu entre 17 e 22 de Junho.

A participação de 60 médicos com funções de Direcção, Gestão e Chefia em todos os Hospitais Centrais e Distritais da Zona Norte, e a colaboração de reputados especialistas em Gestão, Aprovisionamento e Gestão de Stocks, Sistema de Informação para Gestão e Gestão Departamental, contribuíram para o expressivo êxito de uma tão oportuna quanto precoce inciativa, desse modo colmatando uma lacuna curricular dos médicos que por força da lei eram chamados a desempenhar as funções de Direcção das Instituições Hospitalares. No final, sob a forma de Comunicado, foram publicitadas as Conclusões de onde ressaltava a necessidade urgente da revisão da lei de Gestão Hospitalar no sentido de contribuir para uma gestão responsável e responsabilizante de todos os intervenientes.

• A nova sede da SRNOM, com as suas atractivas instalações, foi o local escolhido, em 1985, para a realização, entre numerosos outros encontros, das exemplares e frutuosas iniciativas Científico-Culturais:

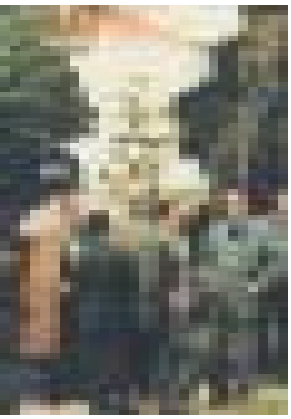
1 – Sob a direcção do respectivo Colégio da Especialidade de Endocrinologia, as denominadas "**Reuniões Inter-Disciplinares de Endocrinologia**" (1ª em 11/01/85) subordinadas ao tema "Diabetes Mellitus" que, nas segundas Sextas-Feiras de cada mês, às 21h30m, reuniram mensalmente os Endocrinologistas da Zona Norte com os colegas de cada uma das seis outras especialidades "em que a Diabetes se repercute de um modo mais importante": Pediatria, Oftalmologia, Obstetrícia, Cirurgia Geral, Nefrologia e Neurologia. Numa sétima reunião final (em 12/07/85) estiveram presentes, convidados, responsáveis da Direcção Geral de Cuidados Primários de Saúde, da ADSE, dos SAMS e da Associação dos Diabéticos de Portugal.
2 – Nas segundas Segundas-Feiras de cada mês reuniam-se os colegas de **Medicina Dentária**.
3 – Às Quintas-Feiras realizavam-se os "**Serões Médicos**" para Clínicos Gerais.

• Como já se tornara tradicional, no mês de Dezembro de 1985 teve lugar o **III Simpósio Saúde em Portugal** no qual se debateram as perspectivas que se abriam aos novos licenciados. O deste ano de 1985 foi particularmente original e historicamente significativo pois nele se integraram pela primeira vez os médicos dentistas, os quais tiveram, assim, a oportunidade de publicamente discutirem o projecto de **Carreiras Médicas Dentárias** nos Serviços de Saúde. Tal como das outras vezes, o Simposium encerrou com o Juramento Hipocrático, marco indelével do início da actividade clínica dos jovens médicos.

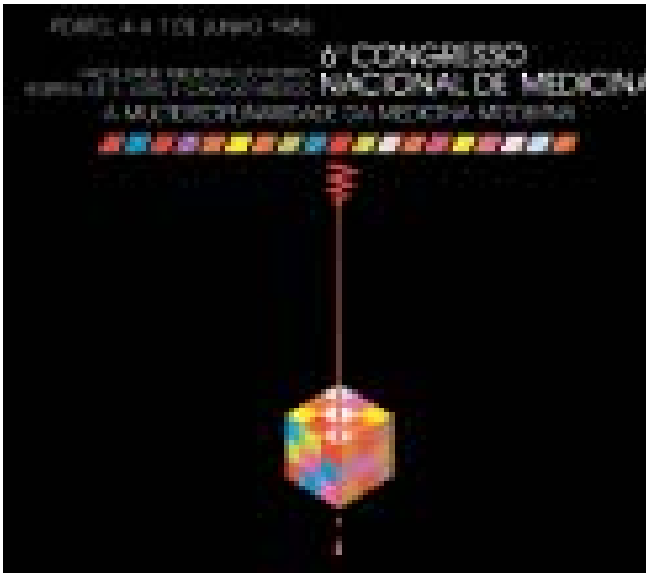
• Em 1985, três anos após a publicação do diploma das Carreiras Médicas (Dec. 310/12), a aplicação do mesmo ainda não tinha chegado aos médicos do **Centro do Porto do Instituto Português de Oncologia** que, para o conseguirem, em desespero de causa, acabaram por efectuar uma greve entre os dias 26 e 28 de Junho. Em plena greve, o Conselho de Ministros acedeu às reivindicações tornando extensivo ao IPO a aplicabilidade do Dec. 310/82.

• O ano de 1986 representou o ano da **descentralização e diversificação** das actividades científicas organizadas e aprovadas pelo CRNOM.

Retomando uma gloriosa prática de outros tempos não muito remotos, o CR, com o apoio do Conselho Distrital de Bragança, restabeleceu o saudável contacto mais directo com os Colegas dos Distritos mais interiores, realizando, desta feita em **Macedo de Ca-**



valeiros, o VI Curso "O Clínico Geral e a Diabetes".
Este tipo, frutuoso e agradável, de iniciativas, foi, em boa hora, alargado à Especialidade de Reumatologia e assim aconteceu o I Curso "O Clínico Geral e a Reumatologia", o qual, devido ao elevado número de médicos que aderiram e se inscreveram, obrigou a que se realizasse numas instalações hoteleiras da cidade.
O IV Simpósio "Saúde em Portugal", tal como nos anteriores, decorreu, como sempre, regularmente em Dezembro de 1986.
Para concluir esta crónica sobre o "reinado" de J. Guimarães dos Santos na liderança do CRNOM nada melhor que registar agora mais três exemplos bem demonstrativos do que já antes dissemos acerca não só da qualidade e precocidade da sua visão sobre as questões médicas, como também das propostas por si apresentadas para as enfrentar e ultrapassar.
De facto, ainda que fora dos âmbitos da Ordem, mas fruto da dinâmica então imprimida, foram criadas, sob a sua liderança, com sede na cidade do Porto, as seguintes duas Associações, verdadeiras marcas de uma visão alargada das questões médicas, e verdadeiros marcos na história da evolução das ideias e da Política da Saúde no nosso País:
1 – Associação dos Directores Hospitalares da Região Norte, e
2 – Associação dos Médicos para a Formação e Gestão.
Pelos títulos escolhidos ficam tão evidentes as finalidades, a pertinência e a oportunidade de tais Associações, que me dispensam de acrescentar mais comentários, para além do que já ficou escrito.
De igual precocidade surpreendente foi o facto de, naqueles recuados tempos, e ainda sob a sua coerente e lúcida liderança, terem chegado a fazer o que, hoje, passados tantos anos, não está, nem de perto nem de longe, generalizado na prática médica corrente. Quero referir-me aos Testes de Creditação de Serviços Médicos (de Anestesia e de Radiologia) a que procederam de acordo com a *American Joint Comittee*. Pelas mesmas razões, obviamente, não me repito, acrescentando mais elogios aos que já ficaram para trás.
O último ano do 3º mandato consecutivo de J. Guimarães Santos, e, em síntese, toda a sua longa e meritória passagem pela chefia da SRNOM, não poderia ter ficado melhor assinalada do que com a apoteótica incumbência de organizar e realizar o VI Congresso Nacional de Medicina, o qual se constituiu num expressivo êxito, tanto pelos elevados níveis científicos alcançados, como pelo elevado número dos médicos participantes.
Sob o signo da Multidisciplinaridade, o VI Congresso Nacional de Medicina decorreu na cidade do Porto, entre os dias 4 e 7 de Junho de 1986, nas instalações da Faculdade de Medicina – Hospital de S. João e na Casa do Médico.
A escolha do tema Multidisciplinaridade para o signo do Congresso foi, outra vez, uma clara antevisão dos rumos

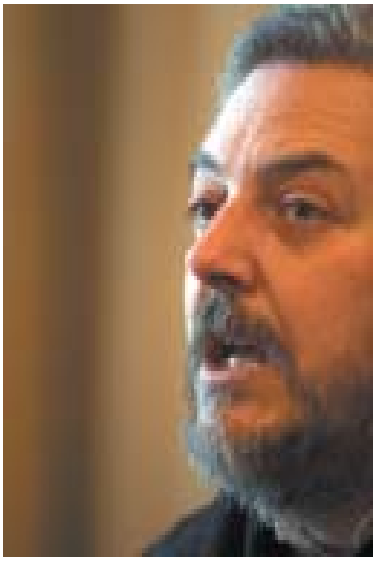


dos progressos científicos e tecnológicos, e dos inevitáveis efeitos na prática médica, e não só nas áreas da Oncologia, demonstrando a tendência para, por um lado, a adopção de uma medicina de equipa, multidisciplinar, e, por outro, para a definição, *ab initio*, de uma estratégia terapêutica global, em detrimento do clássico e tradicional acto médico isolado, pontual.
Na sessão de Abertura, na Aula Magna da Faculdade de Medicina esteve presente a Ministra da Saúde, Leonor Beleza, e na de Encerramento, o Presidente da República, Mário Soares.
A Comissão Científica era constituída por: Falcão de Freitas, Gameiro dos Santos, Giesteira de Almeida, J. Castro Lopes, Levi Guerra, Jacome Ramos, Maria José Barreiros e Norberto Santos.
Compunham a Comissão Executiva: A. Silva Leal, Alfredo Loureiro, A. Canto Moniz, Norton de Matos, Osório Araújo, Davide Carvalho, Fernando Reis, Conceição Ferreira, Faria e Almeida e José Fernandes.
Da Comissão Cultural faziam parte: José Maria Carvalho, Braz de Magalhães, Maria Olívia Meneses, Pedro Correia da Silva, Rogério Ribeiro, Porto Carrero, Romero Gandra e Mário Peres.
Como Secretário Executivo responsável pelo êxito organizador de tamanho evento: Pedro Moura Reis.
Os Serviços de Secretariado foram garantidos pelo Departamento de Congressos do jornal periódico Notícias Médicas.
Como aspecto original, assinala-se que, integrados no Congresso, foram ministrados três Cursos de Pós-Graduação: O Curso Dez Horas com a Diabetes Mellitus; Curso de Genética Médica para Clínicos; Curso de Endodontia - Medicina Dentária.
Este último, essencialmente clínico, dirigido por Franklin Weine dos EUA, decorreu no Anfiteatro da Faculdade de Economia, com tradução simultânea.

Cerimónia de Abertura do Congresso, na Aula Magna da Faculdade de Medicina, **Daniel Serrão** proferiu uma palestra sobre o tema "**A Medicina no Terceiro Milénio – Um Desafio Científico e Ético**".
Na sessão de encerramento, o Convidado de Honra do Congresso, **H. Van Den Berghe**, dissertou sobre "**Perspectivas da Cura do Cancro no Século XX, Face aos Recentes Avanços da Imunologia e da Genética Molecular**".
Para além das prelecções científico-profissionais que decorreram em anfiteatros da Faculdade de Medicina, o Congresso Nacional de Medicina incluiu, igualmente, momentos Culturais, Recreativos e até Desportivos, de cuja programação ficou encarregue a Comissão Cultural.
Ainda que sucintamente, recorda-se as modalidades escolhidas por aquela Comissão para embelezar tão marcante evento na História Médica Portuense. Foram as seguintes, essas modalidades:
1 – Exposição Bibliográfica de Escritores Médicos, "que conseguiu reunir mais de uma centena de médicos escritores com obras publicadas".
2 – Exposição de Obras de Pintura, Escultura, Desenho, Fotografia, Lavores, etc., "em cujo acto inaugural, o médico **Rogério Ribeiro** proferiu uma palestra sobre a actividade dos médicos nos seus tempos livres, salientando a necessidade urgente da Criação da Sociedade Portuguesa dos Médicos Artistas".
3 – Sarau de Arte constituído por Recital de Poesia e Música que decorreu no Salão Árabe do Palácio da Bolsa, em cuja organização teve um papel primordial **Francisco Pina**, médico e Professor do Conservatório de Música do Porto, pois foi ele que "indicou os nomes de outros dois pianistas médicos – **José Nunes e Pedro Cardoso**; programou a participação dos vários intérpretes; para além da sua extraordinária actuação como solista a fechar o Concerto, acompanhou ao piano o médico **Rui Represas**, na sua actuação como Tenor. De registar também a participação do Coral da Faculdade de Medicina e ainda a das médicas **Deolinda Resende** e **Luísa Vilarinho**. A afluência a este Sarau excedeu todas as expectativas"
4 – Teatro, com a representação de uma peça, comédia, da autoria do médico **Júlio Dinis**, adaptada por Castro Guedes, denominada de "O último Baile em Casa do Sr. Cunha", representada pelo Grupo TEAR, no Salão de Festas do Atneu Comercial do Porto, no dia 5 de Junho, em duas sessões: às 19 e às 21h30m.
5 – Exposição Filatélica, organizada com a colaboração do Clube de Filatelia (Tema Medicina e Saúde) e dos CTT/TLP que confeccionaram um carimbo especial comemorativo que foi aposto na correspondência presente no Posto de Correio que funcionou no local da Exposição.

6 – Medalha Comemorativa, da autoria do médico **Rogério Ribeiro**;
7 – Torneio de Ténis, nos próprios *courts* da nova sede, com a colaboração do Auto Club Médico, e cujo encargo de organização a Comissão Cultural entregou ao médico **Adelino Lobão**, "que deu o melhor do seu esforço ao êxito da iniciativa".
8 – Noite de Convívio/Arraial nos jardins da Casa do Médico, constituído por uma ceia volante e espectáculo de variedades com a participação da Banda de Crestuma e da Associação dos Antigos Orfeonistas da Universidade do Porto, com o seu Grupo de Fados, a Orquestra de Tangos, a Tuna e os Pauliteiros.
Os conterrâneos de J. Guimarães dos Santos, as gentes das Terras de Santa Maria da Feira, simultaneamente orgulhosos e gratos para com o filho da Terra, decidiram prestar-lhe homenagem em cerimónia pública realizada em S. João de Ver. Isso foi em 25 de Julho de 1986, porque já em Maio a Câmara Municipal local resolvera por unanimidade atribuir a J. Guimarães dos Santos a Medalha de Mérito Municipal.
Por sua vez, o CR ao tomar conhecimento da homenagem que iam prestar-lhe deliberou associar-se a tão justa quanto merecida festa, e fez-se representar por uma delegação presidida pelo Vice-Presidente A. Silva Leal. Esta Delegação não foi, porém, de mãos vazias, pois o mesmo CR deliberou atribuir a J. Guimarães dos Santos a Medalha da Ordem dos Médicos como símbolo do reconhecimento da Classe Médica pela sua notável acção no campo da Medicina e nomeadamente à frente da SRN da OM, considerando que a obra por si realizada dignificava tanto a Classe Médica como a Medicina Portuguesa.
Com toda a experiência acumulada durante os 9 anos consecutivos que esteve ao leme da SRNOM, toda a força do seu saber e seus apoios, numa época tão conturbada como a que então se atravessava, J. Guimarães dos Santos foi considerado por todos os seus amigos mais próximos como o melhor candidato ao lugar de próximo Bastonário da OM e pressionaram-no a concorrer, competindo com A. Gentil Martins, Machado Macedo e ainda um jovem desconhecido de nome Hélder Caramez. Foi uma luta renhida e nem todos os passos, pelo menos para alguns, terão sido totalmente límpidos, pelo que houve contestação das primeiras contagens, e forçada a repetição de todo o acto eleitoral, que ocorreu em Janeiro de 1987.
Dessa vez J. Guimarães dos Santos não ganhou. Foi o segundo mais votado, atrás de Machado Macedo e à frente de Gentil Martins.
Ficou então escrito que J. Guimarães Santos, em 1987, não seria nem o próximo Bastonário, nem o próximo Presidente do CRNOM. E assim, realmente aconteceu: para Bastonário foi Machado Macedo, e na Presidência do CRNOM sucedeu-lhe um outro dos colegas que, como ele próprio, haviam feito parte integrante do "núcleo duro de 1975": Agostinho Pinto d'Andrade, de quem falaremos no nosso próximo encontro.

3 DISCOS & 3 LIVROS



AS SUGESTÕES DE MÁRIO DORMINSKY

FOI UM DOS FUNDADORES DA COOPERATIVA CINEMA NOVO E UM DOS GRANDES IMPULSIONADORES DA I MOSTRA INTERNACIONAL DE CINEMA FANTÁSTICO, EM 1981. O «FANTASPORTO» CONTA JÁ COM 22 ANOS DE VIDA E MÁRIO DORMINSKY COMANDA, ACTUALMENTE, OS DESTINOS DO FESTIVAL. À «NORTEMÉDICO» DEIXOU FICAR O REGISTO DE ALGUNS DISCOS E LIVROS QUE MARCARAM, DE ALGUM MANEIRA, A SUA VIDA...

LIVROS

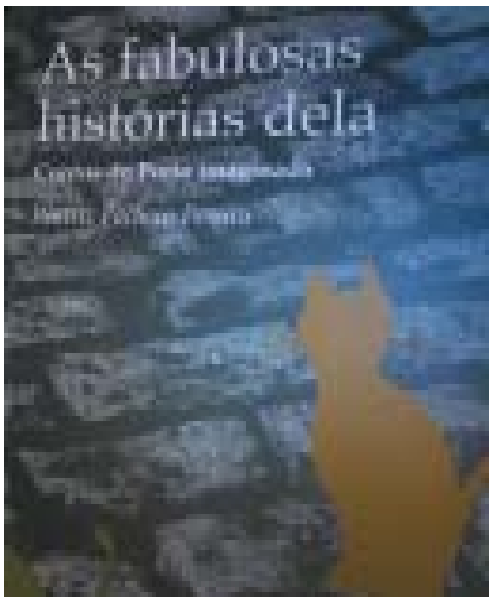
FRANKENSTEIN – *MARY SHELLY*

"O início do gosto pelo fantástico"

A narrativa e as descrições pormenorizadas vão deixar, com certeza, o leitor agarrado ao livro. Em «Frankenstein», Mary Shelly descreve minuciosamente a vida de uma criatura criada por um cientista que tenta ser Deus. Dr. Frankeinstein, um jovem estudante, tenta perpetuar a vida além da morte, procurando, para isso, uma fórmula para dar vida aos entes queridos que entretanto morreram. É então que começa a criar um "ser", através da união de partes de cadáveres, mas que acaba por se transformar numa criatura diferente das suas expectativas. Uma história que apela ao imaginário, mas também à reflexão, numa inevitável comparação entre Deus e Adão – o Criador e a Criatura. «Frankenstein» é, sem dúvida, uma obra intemporal.

MIL NOVECENTOS E OITENTA E QUATRO – *GEORGE ORWELL*

«Mil novecentos e oitenta e quatro» retrata a imagem aterradora de uma realidade possível e provável. Publicado em 1949, um ano antes da morte de George Orwell, o livro dá conta de uma sociedade futura, com um Estado totalitário e burocrático que espreita, de forma abusadora, todo e qualquer movimento dos cidadãos. "Big brother is watching you" é uma das frases mais repetidas nesta obra, onde o "Grande Irmão" é omnipotente, vigiando tudo e todos durante 24 horas por dia, debaixo de um regime ditatorial e propagandístico, onde as pessoas não têm sequer liberdade de pensamento. Ainda a sofrer das memórias de uma guerra, George Orwell deixou o aviso. Publicado há 54 anos, o livro mostra a visão futurista de um dos escritores britânicos mais sensacionais do século XX.



AS FABULOSAS HISTÓRIAS DELA, OU CONTOS DO PORTO IMAGINADO – *BEATRIZ PACHECO PEREIRA*

"O primeiro livro de ficção da minha mulher"

"Ao escrever estes contos, os meus primeiros «objectos» de ficção, pretendi apenas mostrar a minha cidade de um modo diferente, através do género que sinto sempre vivo e livre das leis da realidade. Respondi assim às preocupações que assolam um quotidiano que conheço. Tudo o resto que se pode ler aqui foi fruto de umas quantas horas de imperiosa necessidade de escrita. Porque sim. O que interessa ao que escreve, não será sempre o interesse do leitor, sabemos bem. Arriscar, contudo, faz parte da vida tal como a vejo". As palavras de Beatriz Pacheco Pereira servem para levantar um pouco o véu deste seu livro. Editado há pouco mais de seis meses, «As fabulosas histórias dela, ou contos do Porto imaginado» é o primeiro trabalho de ficção de Beatriz Pacheco Pereira. Uma das fundadoras do festival de cinema «Fantasporto», mulher de Mário Dorminsky, Beatriz Pacheco Pereira decidiu, com esta obra, "ousar".

DISCOS

Sgt. Pepper´s Lonely Heart Club Band – *The Beatles*

"O início"

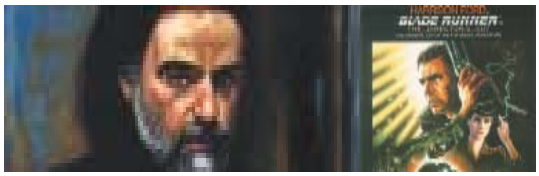
Dentro da rica mitologia da música pop, o álbum «Sgt. Pepper's Lonely Heart Club Band», dos Beatles, ocupa um nicho muito especial. Em cinco anos de vivência musical, este é o oitavo álbum do grupo, editado em 1967, e considerado, por muitos, o melhor trabalho da banda, e um dos melhores discos de todos os tempos. Para além da faixa musical que dá nome ao álbum, ficam ainda registadas as não menos famosas «Lucy in the sky with diamonds», «With a litle help from my friends», «When I'm sixty-four» ou «Guetting better». A história dos Beatles dá os primeiros passos em 1956, altura em que John Lennon conhece Paul McCartney que acaba por integrar a banda «Quarrymen». Mas foi depois da entrada de George Harrison e do baterista Ringo Star que, finalmente, o grupo adoptou definitivamente o nome de «The Beatles», em 1961. As gravações começaram em Hamburgo e, a partir de então, vários foram os êxitos alcançados e que lançaram o quarteto para a fama. «Love Me Do» ou «Please, Please Me» são disso exemplo. Os «Fab-Four» de Liverpool criaram uma das maiores lendas do século XX.

Pois Canté! – *Grupo de Acção Cultural*

"A participação activa"

«Pois Canté!» é um marco na recriação da música tradicional portuguesa. Depois de ter iniciado as suas actividades em 1974, logo após a revolução do 25 de Abril, o Grupo de Acção Cultural lançou-se com um projecto musical, de onde constavam nomes como José Mário Branco – o principal impulsionador –, José Afonso, Fausto, Adriano Correia de Oliveira, José Niza ou Manuel Alegre. Pela cantiga, o grupo pretendia apoiar as greves e outras manifestações que começavam a proliferar pelo país. Basta olhar, por exemplo, para o nome de um dos seus LP's mais conhecidos: «A cantiga é uma arma». Com o 25 de Novembro, e os ânimos políticos mais calmos, o grupo inicia uma nova fase que passa pela recolha de temas tradicionais, recriados com novas letras da autoria

do grupo, ou com originais muito próximos da música tradicional. «Pois Canté!» é um disco fundamental para a compreensão de todo o fenómeno posterior de recriação da música tradicional, feita por grupos como Raízes, Brigada Victor Jara, Vai de Roda, entre outros. Aliás, este trabalho faz parte das obras que o jornal «Público», numa votação dos seus críticos musicais, considerou como um dos melhores de sempre da música portuguesa. A não perder…



Blade Runner – *Vangelis*

"O Fantas começa aqui"

Blade Runner foi lançado em 1982 e serve de banda sonora ao filme com o mesmo nome e que conta a história de uma grande empresa que desenvolve um robot mais ágil do que o ser humano e com a mesma inteligência. No início do século XXI, os replicantes, assim são conhecidos, são utilizados como escravos na colonialização e exploração de outros países, onde, um dia, acabam por provocar um motim. A partir de então, são proibidos de entrar na Terra, mas no dia em que cinco replicantes chegam à Terra, em Novembro de 2019, um ex-Blade Runner, polícia de um esquadrão de elite, é encarregue de os caçar. Colaborando com Ridley Scott, Vangelis marca com a sua banda sonora aquele que é considerado um filme de culto da sétima arte. Acompanhando o choque de imagens, desde a violência sonora, até à beleza do tema do amor, tudo é agradável nesta obra. Certo é que, ou se ame, ou se odeie, ninguém consegue ficar indiferente ao trabalho deste compositor grego que conta já com mais de 30 anos de carreira.

nortemédico Texto **Patrícia Gonçalves**

FALTAM DOIS MESES PARA O EURO 2004

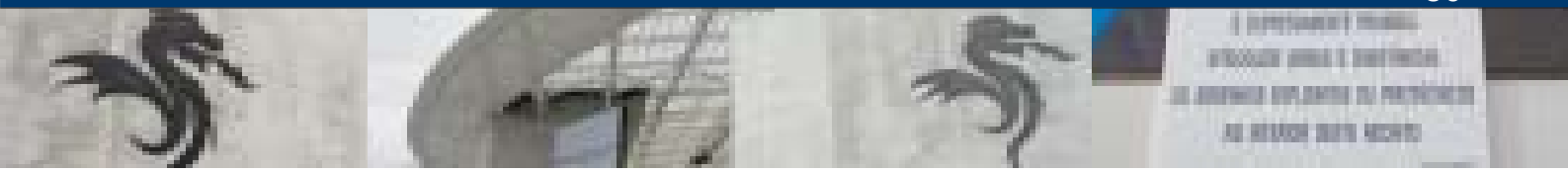
ESTAMOS TODOS CONVOCADOS!

FALTAM DOIS MESES PARA O CAMPEONATO EUROPEU DE FUTEBOL. PORTUGAL VAI SER O PALCO DE TODAS AS ATENÇÕES, COMO DIZ O «SPOT» COMERCIAL, FORA E DENTRO DOS RELVADOS. O NORTE, COM QUATRO ESTÁDIOS – RENOVADOS OU CONSTRUÍDOS DE RAIZ – NÃO SERÁ EXCEPÇÃO. NUMA VISITA PELOS RECINTOS QUE VÃO ACOLHER O EURO 2004, FIQUE A CONHECER ALGUNS DOS PORMENORES DOS ESTÁDIOS, MAS TAMBÉM OS MONUMENTOS HISTÓRICOS QUE NÃO VAI QUERER DEIXAR DE VER E SABORES QUE QUERERÁ PROVAR. AFINAL, ESTAMOS TODOS CONVOCADOS...

Estádio do Dragão

Muito mais do que um estádio

O Estádio do Dragão vai ser o palco da abertura do Campeonato da Europa de 2004, a 12 de Junho, naquele que será o ponto de partida do maior evento desportivo jamais realizado no nosso país. Para o proprietário do recinto, o FC Porto, a atribuição da organização do Euro 2004 a Portugal veio apenas confirmar a justeza da opção de construir um novo estádio e agilizar um processo que arrastou a requalificação da zona das Antas. Novas acessibilidades, equipamentos estruturantes – desde o estádio, passando pela construção de um novo centro comercial e de



um pavilhão multiusos –, áreas residenciais, de comércio e de serviços, estão a transformar profundamente uma vasta área de terrenos situados entre a Avenida Fernão Magalhães, a Via de Cintura Interna (VCI) e São Roque de Lameira, permitindo a sua integração na cidade com a criação de uma nova centralidade.

A sua beleza, mesmo exterior, motiva, principalmente nos fins-de-semana soalheiros, verdadeiras romarias em torno do recinto e da sua praça central. A opinião generalizada é que o Estádio do Dragão tem um design arrojado e impressionante e quem o visita é "obrigado" a concordar com esta ideia... A cobertura, uma da principais marcas do recinto, é translúcida e integra cerca de 280 toneladas de aço, suportadas por vários pilares, numa combinação fantástica. Outra das curiosidades do recinto prende-se com os dois écrans rotativos, um em cada topo, que têm a particularidade de, nos dias em que não se realizam jogos, estarem virados para a praça que envolve o estádio e para a VCI, uma das artérias mais movimentadas da cidade, permitindo, deste modo, a rentabilização comercial do equipamento.

O novo estádio teve como conceito base o de corresponder às recomendações da UEFA por forma a poder ser classificado por esta entidade como um estádio de Grau A (cinco estrelas), a mais alta classificação atribuída por este organismo. Esta classificação, que também foi concedida aos novos estádios da Luz e de Alvalade, vai permitir no futuro a realização de qualquer evento futebolístico nacional ou internacional, sempre em ambiente de grande segurança e conforto.

Se a qualidade dos espectáculos de futebol durante o Campeonato da Europa estiverem à altura da obra erguida pelo arquitecto Manuel Salgado, os adeptos que se vão deslocar à nova casa do Dragão terão a oportunidade de desfrutar, certamente, de uma experiência única e fantástica.

ESTÁDIO DO DRAGÃO

Proprietário: Futebol Clube do Porto
Promotor da Obra: Futebol Clube do Porto
Lotação: 50.948 lugares sentados
Arquitecto: Manuel Salgado
Tipo de Intervenção: Nova construção
Custo Total da Obra (estimado): ¤ 97.755.318
Comparticipação do Estado: ¤ 16.859.369 (estádio); ¤ 1.571.587 (estacionamentos)
Jogos Euro 2004: Portugal-Grécia (12/06; 17h00), Alemanha-Holanda (15/06; 19h45), Itália-Suécia (18/06; 19h45), um jogo dos quartos-de-final (27/06; 17h00) e um jogo das meias-finais (01/07; 17h00)
Inauguração: Foi a 16 de Novembro de 2003 num jogo amigável entre o FC Porto e o Barcelona

Estádio do Bessa Séc. XXI

Na cidade e à inglesa

Inventar um novo Estádio do Bessa não foi fácil. Situado numa zona urbana, o recinto não tinha muito para onde crescer, a não ser... para cima. Foi deste modo que surgiu a ideia de construir em altura, pelo que as bancadas têm uma inclinação significativa, dando assim aos adeptos uma fantástica sensação de proximidade do relvado, bem típica dos recintos ingleses. Foi o primeiro dos estádio que vão receber o Euro 2004 a começar a ser construído, em Junho de 1998, e tem como curiosidade o facto de ter sido o único recinto que se manteve sempre no activo, uma vez que o Boavista nunca deixou de jogar em «casa» durante a fase de edificação.
Todo o processo de remodelação teve em conta a área envolvente, uma zona urbana de referência na cidade do Porto, pelo que se trata de uma notável obra de integração. Nesse sentido, o estádio foi revestido a tijolo maciço, alumínio e aço, o que lhe confere um aspecto bastante moderno, à imagem da zona envolvente.
O Estádio do Bessa Séc. XXI faz parte de um complexo desportivo que o Boavista está a fazer crescer e que integra ainda dois campos de treinos de futebol, courts de ténis, pavilhão gimnodesportivo e equipamento de apoio às actividades amadoras. Com uma área total de construção de aproximadamente 100 mil metros quadrados e com capacidade para cerca de 30 mil lugares sentados, o estádio é organizado em quatro bancadas independentes, unidas por quatro torres em betão, onde se situam os principais acessos às bancadas.
A festa está garantida nos três jogos que o estádio do Boavista vai acolher durante o Euro 2004, pois o recinto portuense, para além de ser bastante acolhedor, consegue transformar-se rapidamente num palco de grandes emoções, tal a proximidade dos adeptos aos jogadores.

ESTÁDIO DO BESSA SÉC. XXI

Proprietário: Boavista Futebol Clube
Promotor da Obra: Boavista Futebol Clube
Lotação: 28.263 lugares sentados
Arquitecto: Grupo 3, Arquitectos Associados
Tipo de Intervenção: Remodelação e Ampliação
Custo Total da Obra (estimado): ¤ 45.164.726
Comparticipação do Estado: ¤ 7.481.968 (estádio); ¤ 1.195.244 (estacionamentos)
Jogos Euro 2004: Grécia-Espanha (16/06; 17h00), Letónia-Alemanha (19/06; 19h45) e Dinamarca-Suécia (22/06; 19h45)
Inauguração: Realizada a 30 de Dezembro de 2003 num jogo amigável entre o Boavista e o Málaga

A NÃO PERDER Com uma temperatura média máxima a rondar os 22,7 graus no Porto durante o mês de Junho, o melhor é transportar consigo alguns agasalhos, mesmo que o espectáculo possa aquecer. Com os jogos a decorrerem a meio e ao final da tarde, restará tempo para uma visita rápida pela cidade, de carro, de autocarro, ou mesmo a pé. Uma das paragens obrigatórias é a Baixa portuense. Daqui está previsto saírem várias linhas de autocarro com ligação aos estádios, uma das melhores formas para evitar o problema de estacionamento que se adivinha durante a realização dos jogos. Desde a Avenidas dos Aliados, onde se erguem vários edifícios históricos – como a Câmara Municipal –, passando pela rua que tem o nome da torre mais famosa da Invicta, os Clérigos, ou descendo até à Ribeira e apreciar o Rio Douro, passear será uma tarefa agradável. Se preferir momentos mais relaxantes, antes dos nervos se aflorarem com o início dos jogos, tem em alternativa a zona mais ocidental da cidade. Para além do passadiço entre a Avenida Brasil e a Avenida Montevideu, junto ao Castelo do Queijo, na Foz, de onde poderá descansar ao ver o mar, pode optar por um passeio a pé no Parque da Cidade, onde será possível desfrutar de um lanche na Casa de Chá.

ONDE COMER: • **Dom Manuel** | Refeição média: 35 euros | Avenida de Montevideu, 384 | Telefone: 226170179 • **Cafeína** | Refeição média: 25 euros | Rua do Padrão, 100 | Telefone: 226108059 • **O Macedo** | Refeição média: 18 euros | Rua do Passeio Alegre, 552 | Telefone: 226170166 • **Varanda da Barra** | Refeição média: 15 euros | Rua Paulo da Gama, 470, 1.º | Telefone: 226185006 **BARES & DISCOTECAS:** • **Bonaparte** | Pub estilo inglês | Avenida Brasil | • **Triplex** | Bar com esplanada ao ar livre | Avenida da Boavista | • **O Meu Mercedes É Maior Que O Teu** | Bar emblemático na Ribeira do Porto | Rua da Lada | • **Indústria** | Bar e discoteca, aberto até às 4h00 | Avenida Brasil. *(Sugestões Lazer do Público).*

Estádio Municipal de Braga

A obra emblemática do Euro 2004

Projectado pelo arquitecto Eduardo Souto Moura, o Estádio Municipal de Braga será um dos mais belos palcos do Euro 2004 e, certamente, o mais original. Com capacidade a rondar as 30 mil pessoas, o recinto, que foi implantado na encosta do Monte Castro, um dos pontos mais elevados da cidade, quase funciona como um miradouro para a paisagem do vale do Rio Cávado. De cores acinzentadas e dotado apenas de bancadas laterais gigantescas, o novo estádio de Braga alberga ainda uma encosta granítica num dos topos, um anfiteatro rupestre único no mundo dos estádios de futebol. O resultado desta enorme ousadia foi o melhor possível... "Actualmente, o futebol é um espectáculo, tal como o cinema, o teatro ou a televisão. Daí a opção de fazer apenas duas bancadas", pode ler-se na memória descritiva do projecto entregue à Câmara Municipal de Braga. Produto de um extraordinário trabalho de engenharia, o recinto é um espaço admirável, que já se tornou numa referência para o futuro, sendo, inclusivamente, alvo da curiosidade de diversos arquitectos e engenheiros de todo o mundo. A originalidade do "devaneio" de Souto Moura reside ainda na cobertura das bancadas, que pesa cerca de 10 mil (!) toneladas. Inspirado, sobretudo, nas pontes construídas pela civilização Inca, no Peru, o arquitecto portuense idealizou (e ergueu!) duas palas ligadas por 68 cabos de pré-esforço, com 214 metros de comprimento, sendo que a sua montagem teve de ser feita por equipas de alpinistas... Tudo é grandioso neste edifício, inclusivamente o painel electrónico, com 270 metros quadrados, que, segundo garantem, é o maior da Europa. A obra emblemática do Euro 2004, que vai receber dois jogos, representa um estádio único em todo o mundo, que merece uma visita.

ESTÁDIO MUNICIPAL DE BRAGA

Proprietário: Câmara Municipal de Braga
Promotor da Obra: Câmara Municipal de Braga
Lotação: 30.359 lugares sentados
Arquitecto: Eduardo Souto Moura
Tipo de Intervenção: Nova construção
Custo Total da Obra (estimado): ¤ 83.133.625
Comparticipação do Estado: ¤ 7.481.968 (estádio); ¤ 341.302 (estacionamentos)
Jogos Euro 2004: Bulgária-Dinamarca (18/06; 17h00) e Holanda-Letónia (23/06; 19h45)
Inauguração: Realizada a 30 de Dezembro de 2003 num jogo amigável entre o Braga e o Celta de Vigo

A NÃO PERDER Uma das cidades mais antigas de Portugal, Braga possui um património histórico muito valioso, apesar da modernização que, ao longo dos anos, conseguiu implementar. Procurada por inúmeros crentes, na antiga Bracara Augusta é possível ter acesso a vários monumentos sagrados, sendo um dos pontos turísticos mais procurado o Santuário do Bom Jesus, um espaço religioso onde é possível chegar a pé, de funicular ou de carro. Mas também podemos encontrar uma das igrejas mais imponentes, a da Sé, onde são evidente os vários estilos arquitectónicos, desde o romano ao barroco. Tal como no Porto, a festa do futebol pode juntar-se a uma das festas mais populares da cidade: o S. João. Uma coincidência que vai ser aproveitada pela Câmara Municipal, na organização de várias iniciativas, tendo em vista muita animação de rua. A não perder!

ONDE COMER: • **Expositor** | Refeição média: 18 euros | Parque de Exposições | Telefone: 253217031 • **Restaurante Sameiro** | Refeição média: 15 euros | Largo de São Paulo, 1 | Telefone: 253675114 • **Casa da Pedra Cavalgada** | Refeição média: 15 euros | Assento - Palmeira | Telefone: 253626596 • **Abade de Priscos** | Refeição média: 12 euros | Praça Mouzinho de Albuquerque | Telefone: 253276.650. **BARES & DISCOTECAS**: • **Classic Jazz Bar** | Santuário do Jazz em Braga | Estrada do Bom Jesus-Sameiro | • **Insólito** | Bar/discoteca com música alternativa | Avenida Central | • **Deslize** | Bar onde começaram a actuar os Mão Morta | Rua D. Paio Mendes. *(Sugestões lazer do Público).*

Estádio D. Afonso Henriques

A história num estádio

O Estádio D. Afonso Henriques está implementado bem no coração da zona urbana de Guimarães, tendo sido totalmente remodelado para receber dois jogos da fase final do Euro 2004. As quatro bancadas foram praticamente construídas de raiz para que a capacidade do recinto atingisse os 30 mil lugares, os mínimos exigidos pela UEFA para competições com a dimensão de um Campeonato da Europa.

Quando tomou conhecimento de que era uma das escolhidas para receber o evento, a Câmara Municipal de Guimarães, a promotora da obra, ponderou duas hipóteses: a primeira passava por construir, em terrenos camarários, um estádio totalmente novo, enquanto a segunda, que acabou por ser escolhida, tinha como objectivo reconstruir o actual recinto e dinamizar a área urbana em que se inclui, que engloba o centro histórico da cidade Berço, considerado Património Mundial pela UNESCO.

Nesse sentido, o estádio de Guimarães continua situado numa das zonas mais bonitas da cidade, e muito perto do Castelo mais emblemático de Portugal... Aliás, os jardins do Castelo abrangem a zona do D. Afonso Henriques, o que torna a envolvente do recinto bastante agradável.

Uma das curiosidades do estádio está nas cadeiras das bancadas, que desenham momentos alusivos à história da cidade e da nação. Na bancada sul, por exemplo, está desenhado o busto de D. Afonso Henriques. O objectivo, conseguido, diga-se, passa por encontrar uma harmonia entre o exterior e o interior do estádio.

Em termos de segurança, também tudo foi pensado ao mais ínfimo pormenor, mas desta feita com o propósito de se cumprir os requisitos da UEFA. Sendo assim, o estádio tem 30 portas e serão necessários apenas oito minutos para proceder à evacuação dos 30 mil adeptos. Em suma, o Estádio de Guimarães é moderno e actual, virado para o futuro, mas sem nunca esquecer o passado de uma cidade que um dia foi o berço do país.

ESTÁDIO D. AFONSO HENRIQUES

Proprietário: Vitória Sport Clube
Promotor da Obra: Câmara Municipal de Guimarães
Lotação: 29.865 lugares sentados
Arquitecto: Eduardo Guimarães
Tipo de Intervenção: Remodelação e Ampliação
Custo Total da Obra: ¤ 26.356.771
Comparticipação do Estado: ¤ 3.990.383 (estádio); ¤ 1.039.620 (estacionamentos)
Jogos Euro 2004: Dinamarca-Itália (14/06; 17h00) e Itália-Bulgária (22/06; 19h45)
Inauguração: Realizada a 25 de Julho de 2003 num jogo amigável entre o Guimarães e o Kaiserslautern

nortemédico Texto **Patrícia Gonçalves** • Fotografia **António Pinto**

A NÃO PERDER Considerado Património Mundial da UNESCO, o Centro Histórico de Guimarães fala por si. A cidade berço de Portugal não podia deixar de apresentar aos turistas a sua riqueza em património histórico e, por isso, o Castelo de Guimarães, o Paço dos Duques de Bragança, a Praça de Santiago ou a Ruas de Santa Maria e o Largo do Toural são, entre muitos outros, locais de passagem obrigatória. Para aqueles que tiverem mais tempo disponível, aconselha-se ainda uma visita à Montanha da Penha.

ONDE COMER: **Restaurante Montecristo** | Refeição média: 25 euros | Parque da Irmandade | Telefone: 253553491 • **São Gião** | Refeição média: 20 euros | Moreira dos Cónegos | Telefone: 253561853 | • **Solar do Arco** | Refeição média: 15 euros | Rua de Santa Maria, 48 | Telefone: 253513072 | • **Adega dos Caquinhos** | Refeição média: 12 euros | Rua da Arrochela | Telefone: 253516917. BARES & DISCOTECAS: • **El Rock Bar** | Os "shots" são a especialidade da casa | Praça Santiago | • **Século XIX** | Um bar sempre actual | Quinta da Bornaria | • **Ozone** | É uma das pistas de danças mais animadas da cidade | Rua Bombeiros Voluntários. *(Sugestões lazer do Público).*

SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

1 – ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

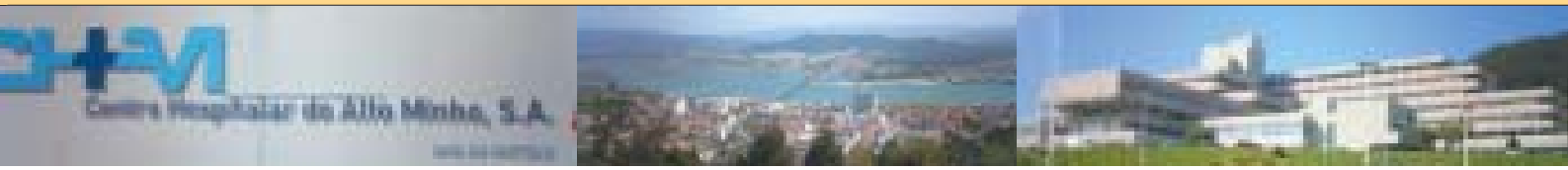
1 – Face às declarações produzidas pelo Presidente do Conselho de Administração do Grupo Hospitalar do Alto Minho ao Jornal Expresso, de 20 de Dezembro de 2003, o Conselho Regional realizou a Conferência de Imprensa na qual foi divulgado o **Documento 1**, onde estão citadas aquelas declarações, e deliberou enviar respectivamente a Sua Excelência o Senhor Presidente da República, ao Senhor Provedor de Justiça e ao Senhor Ministro da Saúde os **Documentos 2, 3 e 4**. Para prestar esclarecimentos sobre esta questão foi convocado o Director Clínico do Hospital de Viana do Castelo (**Documento 5**), que em reunião com o Conselho Regional assinou uma declaração manifestando a sua discordância com as declarações do referido administrador. A posição do Provedor de Justiça consta dos **Documentos 6 e 7**.

2 – Face ao funcionamento do serviço de urgência de Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde o CRN enviou aos médicos daquela especialidade o ofício que consta do **Documento 8**. Foi também enviado ao Director Clínico daquela instituição o ofício que consta do **Documento 9**.

3 – Tendo em conta o debate parlamentar realizado na Assembleia da República a propósito do Centro Materno-Infantil do Norte, o Conselho Regional enviou aos Presidentes dos Grupos Parlamentares o **Documento 10**.

4 – Relativamente aos números divulgados pelo Ministério da Saúde relativamente ao PECLEC e à produtividade dos Hospitais SA, o CRN divulgou, em conferência de imprensa, o **Documento 11**.

5 – Relativamente à intenção do Ministro da Saúde em proceder à integração de vários centros de saúde na estrutura administrativa de Hospitais (designadamente do Hospital de Vila Real), os Colegas Carlos Arroz, João Rodrigues, José Luís Gomes e Luís Pisco divulgaram uma Carta Aberta ao Ministro da Saúde, a qual mereceu a solidariedade do Conselho Regional do Norte (**Documento 12**).



6 – Face à análise da cobertura assistencial em Medicina Geral e Familiar no distrito do Porto, realizada pelo Conselho Estratégico Sectorial da Saúde da Comissão Política Distrital do Porto do PSD, o Conselho Regional emitiu o comunicado que consta do **Documento 13**.

2 – FORMAÇÃO MÉDICA PRÉ-GRADUADA

1 – Na sequência de uma reunião entre o Conselho Regional e a Comissão Regional Consultiva de Ensino e Educação Médicas, o CRN enviou ao Presidente da Ordem dos Médicos o **Documento 14**.
2 – A Associação Nacional de Estudantes de Medicina enviou ao Conselho Regional do Norte a sua posição relativamente ao aumento dos numerus clausus dos cursos de Medicina (**Documento 15**).

3 – FORMAÇÃO MÉDICA PÓS-GRADUADA

1 – Relativamente ao projecto de lei referente aos internatos médicos, a Direcção do Colégio de Especialidade de Medicina Interna emitiu o parecer que consta do **Documento 16**.
2 – O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos homologou o parecer do seu consultor jurídico (**Documento 17**) em que se analisa a posição da Ordem dos Médicos Dentistas relativamente ao Curso de Pós-Graduação em Ortodontia organizado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

4 – DISCIPLINA, ÉTICA E DOENTOLOGIA

1 – Relativamente a tentativas de aliciamento dos médicos para procederem à realização de consultas telefónicas, mediante eventuais contrapartidas pecuniárias ou em espécie, o Conselho Regional do Norte enviou a todos os médicos o ofício que consta do **Documento 18**, onde se esclarecem as respectivas implicações deontológicas, disciplinares e penais.
2 – A pedido do Conselho Regional e após solicitação formal da intervenção da Senhora Ministra de Estado e das Finanças, a Direcção Geral de Impostos emitiu o parecer vinculativo que consta do **Documento 19** definindo as implicações fiscais da angariação por médicos de chamadas telefónicas.

5 – POLÍTICA DO MEDICAMENTO

1 – Relativamente à possibilidade de dispensa de alguns medicamentos, até agora limitada às farmácias hospitalares, em farmácias de oficina e à alteração do regime de comparticipação desses medicamentos a Ordem dos Médicos apresentou a proposta que consta do **Documento 20**.

DISCRIMINAÇÃO DE DOENTES NO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE VIANA DO CASTELO

DOCUMENTO 1 CONFERÊNCIA DE IMPRENSA DO CRNOM

1 – Publicou o Jornal Expresso, no passado dia 20 de Dezembro, a seguinte transcrição de declarações do Presidente do Conselho de Administração do Grupo Hospitalar do Alto Minho, a propósito da criação dentro daquele hospital de uma área específica com condições especiais, para atender doentes que não pertencem ao Serviço Nacional de Saúde: *"temos que criar as condições para que o segurado seja atendido mais rapidamente e não seja misturado com os doentes do SNS, porque isso pode criar transtorno e defraudar as expectativas das seguradoras"* e *"Os doentes do SNS representam 90% da actividade. O objectivo é reduzir o peso do SNS, aumentando o peso dos outros. E isso pode fazer-se conseguindo acordos com seguradoras, como fonte alternativa de financiamento."*

2 – Constata o CRN a transparência, que fala por si, daquele delegado do Ministro da Saúde: a vocação dos Hospitais SA não é tratar doentes, mas sim arranjar dinheiro. Neste caso à custa dos que têm dinheiro e à custa dos que não têm.

3 – Considera o CRN que a aplicação das medidas anunciadas pelo Presidente do CA do Hospital de Santa Luzia prefigura violação objectiva de disposições constitucionais e legais tendo em conta que o Centro Hospitalar do Alto Minho

DISCRIMINAÇÃO DE DOENTES NO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE VIANA DO CASTELO

S.A, no qual se inclui o Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo, está integrado no Serviço Nacional de Saúde (nº 2 do artigo 2º do Decreto-Lei nº 295/2002 de 11 de Setembro).

4 – Na verdade, são violadas:

– a alínea a) do nº 3 do Artigo 64º da Constituição da República: *"Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação"*.

– o nº 6 da Base XII da Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto): *"O controlo de qualidade de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência"*.

– a alínea d) da Base XXIV da Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto): *"O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas geográficas, e quaisquer outras no acesso aos cuidados"*.

– o espírito e a letra do Decreto-Lei 309/2003, de 10 de Dezembro, que criou a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), designadamente:

- a alínea a) do nº 1 do artigo 25º: *"São objectivos da actividade reguladora da ERS, em geral: Assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde"*.
- a alínea d) do nº2 do artigo 25º: *"Prevenir e punir práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde"*.

5 – Neste contexto, deliberou o CRN oficiar o Senhor Ministro da Saúde no sentido deste accionar a intervenção da ERS que ele próprio criou para que esta previna e puna as práticas de rejeição discriminatória atrás anunciadas. O Conselho Regional do Norte sugere ainda ao Senhor Ministro da Saúde que contrate, de novo, o Prof. Doutor Vital Moreira, com vista à elaboração de um parecer jurídico sobre estas declarações do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Alto Minho, tendo em conta o apreço que Prof. Doutor Vital Moreira nutre pela ERS e que tem vindo publicamente a explicitar.

6 – O CRN deliberou ainda solicitar ao Senhor Provedor de Justiça as iniciativas que tiver por bem produzir sobre esta matéria e informa que esta comunicação foi enviada previamente à Presidência da República, a título informativo, tendo em conta as preocupações publicamente expressas pelo Senhor Presidente da República relativamente aos novos modelos de gestão hospitalar e que justificaram a promulgação do diploma relativo à ERS.

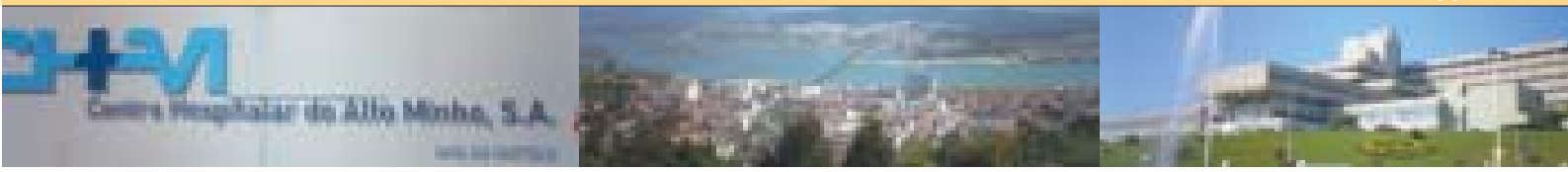
7 – O CRN informa ainda que convocou, para prestar esclarecimentos sobre esta matéria, o Director Clínico do Centro Hospitalar do Alto Minho. As conclusões obtidas naquela reunião serão oportunamente tornadas públicas.

DOCUMENTO 2 OFÍCIO DIRIGIDO A SUA EXCELÊNCIA O SENHOR PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Ex.mo Senhor
Chefe da Casa Civil de Sua Excelência o Senhor Presidente da República

Tendo em consideração as preocupações legítima e reiteradamente expressas por Sua Excelência o Senhor Presidente da República relativamente aos novos modelos de gestão hospitalar (nas quais o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos se revê) e que motivaram a promulgação da legislação referente à Entidade Reguladora da Saúde, tomo a liberdade de, previamente à respectiva divulgação pública, levar ao conhecimento de Sua Excelência o Senhor Presidente da República, através dos bons ofícios de Vossa Ex.ª, o texto da Conferência de Imprensa relativo à discriminação de doentes no Hospital de Viana do Castelo que a seguir se transcreve:

"CONFERÊNCIA DE IMPRENSA DO CONSELHO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS:
DISCRIMINAÇÃO DE DOENTES NO HOSPITAL DE VIANA DO CASTELO



1 – Publicou o Jornal Expresso, no passado dia 20 de Dezembro, a seguinte transcrição de declarações do Presidente do Conselho de Administração do Grupo Hospitalar do Alto Minho, a propósito da criação dentro de uma área específica daquele hospital com condições especiais, para atender doentes que não pertencem ao Serviço Nacional de Saúde: ***"temos que criar as condições para que o segurado seja atendido mais rapidamente e não seja misturado com os doentes do SNS, porque isso pode criar transtorno e defraudar as expectativas das seguradoras"*** e ***"Os doentes do SNS representam 90% da actividade. O objectivo é reduzir o peso do SNS, aumentando o peso dos outros. E isso pode fazer-se conseguindo acordos com seguradoras, como fonte alternativa de financiamento."***

2 – Constata o CRN a transparência, que fala por si, daquele delegado do Ministro da Saúde: a vocação dos Hospitais SA não é tratar doentes, mas sim arranjar dinheiro. Neste caso à custa dos que têm dinheiro e à custa dos que não têm.

3 – Considera o CRN que a aplicação das medidas anunciadas pelo Presidente do CA do Hospital de Santa Luzia prefigura violação objectiva de disposições constitucionais e legais tendo em conta que o Centro Hospitalar do Alto Minho S.A, no qual se inclui o Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo, está integrado no Serviço Nacional de Saúde (nº 2 do artigo 2º do Decreto-Lei nº 295/2002 de 11 de Setembro).

4 – Na verdade, são violadas:

– a alínea a) do nº 3 do Artigo 64º da Constituição da República: *"Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação".*

– o nº 6 da Base XII da Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto): *"O controlo de qualidade de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência".*

– a alínea d) da Base XXIV da Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto): *"O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas geográficas, e quaisquer outras no acesso aos cuidados",*

– o espírito e a letra do Decreto-Lei 309/2003, de 10 de Dezembro, que criou a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), designadamente:

- a alínea a) do nº 1 do artigo 25º: *"São objectivos da actividade reguladora da ERS, em geral: Assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde".*
- a alínea d) do nº2 do artigo 25º: *"Prevenir e punir práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde".*

4 – Neste contexto, deliberou o CRN oficiar o Senhor Ministro da Saúde no sentido deste accionar a intervenção da ERS que ele próprio criou para que esta previna e puna as práticas de rejeição discriminatória atrás enunciadas. O Conselho Regional do Norte sugere ainda ao Senhor Ministro da Saúde que contrate, de novo, o Prof. Doutor Vital Moreira, com vista à elaboração de um parecer jurídico sobre estas declarações do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Alto Minho, tendo em conta o apreço que Prof. Doutor Vital Moreira nutre pela ERS e que tem vindo publicamente a explicitar.

5 – O CRN deliberou ainda solicitar ao Senhor Provedor de Justiça as iniciativas que tiver por bem produzir sobre esta matéria e informa que esta comunicação foi previamente enviada à Presidência da República, a título informativo, tendo em conta as preocupações publicamente expressas pelo Senhor Presidente da Republica relativamente aos novos modelos de gestão hospitalar e que justificaram a promulgação do diploma relativo à ERS.

6 – O CRN informa ainda que convocou para prestar esclarecimentos sobre esta matéria o Director Clínico do Centro Hospitalar do Alto Minho. As conclusões obtidas naquela reunião oportunamente tornadas públicas."

Rogo-lhe que transmita a Sua Excelência o Senhor Presidente da República os nossos mais respeitosos cumprimentos e os votos de um feliz ano de 2004, os quais são extensivos a Vossa Ex.ª.

O Presidente do Conselho Regional do Norte

(Dr. Miguel Leão)

DISCRIMINAÇÃO DE DOENTES NO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE VIANA DO CASTELO

DOCUMENTO 3 OFÍCIO DIRIGIDO AO SENHOR PROVEDOR DE JUSTIÇA

Ex.mo Senhor
Provedor de Justiça

Com vista à superior intervenção de Vossa Ex.ª, vem o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos levar ao seu conhecimento as declarações do Presidente do Conselho de Administração do Grupo Hospitalar do Alto Minho, reproduzidas no Jornal Expresso, do dia 20 de Dezembro e que a seguir se transcrevem: *"temos que criar as condições para que o segurado seja atendido mais rapidamente e não seja misturado com os doentes do SNS, porque isso pode criar transtorno e defraudar as expectativas das seguradoras"* e *"Os doentes do SNS representam 90% da actividade. O objectivo é reduzir o peso do SNS, aumentando o peso dos outros. E isso pode fazer-se conseguindo acordos com seguradoras, como fonte alternativa de financiamento."*

Tendo em conta que o Centro Hospitalar do Alto Minho S.A, no qual se inclui o Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo, está integrado no Serviço Nacional de Saúde (nº 2 do artigo 2º do Decreto-Lei nº 295/2002 de 11 de Setembro), **a aplicação das medidas anunciadas pelo Presidente do CA do Hospital de Santa Luzia prefigura violação objectiva de disposições constitucionais e legais, designadamente as seguintes:**

– a alínea a) do nº 3 do Artigo 64º da Constituição da República: *"Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação"*.

– o nº 6 da Base XII da Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto): *"O controlo de qualidade de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência"*.

– a alínea d) da Base XXIV da Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto): *"O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas geográficas, e quaisquer outras no acesso aos cuidados"*.

– o espírito e a letra do Decreto-Lei 309/2003, de 10 de Dezembro, que criou a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), designadamente:

- a alínea a) do nº 1 do artigo 25º: *"São objectivos da actividade reguladora da ERS, em geral: Assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde"*.
- a alínea d) do nº2 do artigo 25º: *"Prevenir e punir práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde"*.

O Conselho Regional do Norte agradece antecipadamente a intervenção que Vossa Ex.ª tiver por adequada e apresenta-lhe os nossos melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Regional
(Dr. Miguel Leão)

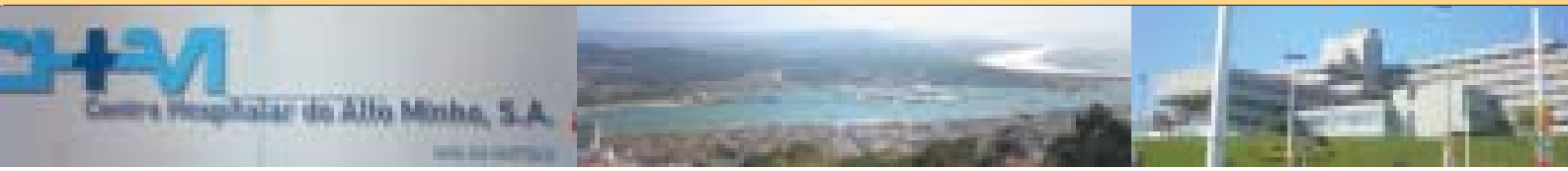
DOCUMENTO 4 OFÍCIO DIRIGIDO AO SENHOR MINISTRO DA SAÚDE

Senhor Ministro da Saúde

Excelência

Apreciadas as declarações do Presidente do Conselho de Administração do Grupo Hospitalar do Alto Minho, ao Jornal Expresso, de 20 de Dezembro, (***"temos que criar as condições para que o segurado seja atendido mais rapidamente e não seja misturado com os doentes do SNS, porque isso pode criar transtorno e defraudar as expectativas das seguradoras"*** e ***"Os doentes do SNS representam 90% da actividade. O objectivo é reduzir o peso do SNS, aumentando o peso dos outros. E isso pode fazer-se conseguindo acordos com seguradoras, como fonte alternativa de financiamento"***) vem o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos requerer a Vossa Ex.ª que accione a intervenção da Entidade Reguladora da Saúde, com vista ao cumprimento da alínea a) do nº 1 e da alínea d) do nº 2 do artigo 25º do Decreto-Lei 309/2003, de 10 de Dezembro.

Com os melhores cumprimentos
O Presidente do Conselho Regional
(Dr. Miguel Leão)



DOCUMENTO 5 OFÍCIO DIRIGIDO AO DIRECTOR CLÍNICO DO GRUPO HOSPITALAR DO ALTO MINHO

Ex.mo Senhor
Director Clínico do Grupo Hospitalar do Alto Minho

Tendo em conta o disposto no número 4 da Base XXXII da Lei 48/90 de 24 de Agosto, nas alíneas b) e f) do artigo 13º e nas alíneas e) e n) do artigo 44º do Estatuto da Ordem dos Médicos, na alínea d) do artigo 4º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar publicado pela Lei 27/2002 de 8 de Novembro e no nº 2 do Artigo 123 do Código Deontológico dos Médicos, determina o Conselho Regional do Norte a comparência de Vossa Ex.ª para uma reunião com o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, a ter lugar na Sede da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, à Rua Delfim Maia, 405, no Porto, no próximo dia 5 de Janeiro pelas 22 horas.

Com os melhores cumprimentos
O Presidente do Conselho Regional
(Dr. Miguel Leão)

DOCUMENTO 6 POSIÇÃO DO PROVEDOR DE JUSTIÇA ENVIADA AO CRNOM

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho Regional do Norte da
Ordem dos Médicos
Dr. Miguel Leão

ASSUNTO: *Contratação de serviços entre do SNS e outras entidades (como seguradoras ou subsistemas)*

Tendo por base a queixa que V. Exa. me dirigiu, em 8 de Janeiro de 2004, relativa às declarações do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A., reproduzidas no Jornal Express de 20 de Dezembro de 2003, informo o seguinte:

O artigo do Jornal Expresso, de 20 Dezembro de 2003, cujo teor integral há que ter em conta, reproduz declarações efectuadas à comunicação social pelo Presidente do Conselho de Administração do referido Centro Hospitalar, nas quais é **manifestada a intenção** de criar um regime de contratação com terceiros, com o alegado objectivo de rentabilizar a capacidade instalada e obter uma fonte alternativa de receitas.

Em nota à comunicação social (datada de 8.01.2004), o Gabinete do Senhor Ministro da Saúde veio corrigir as interpretações relativas ao eventual processo de contratualização dos Hospitais S.A. com terceiros, referindo que qualquer medida que possa vir a surgir nesse sentido não visará *"privilegiar os utentes das seguradoras em prejuízo dos utentes do SNS"*. Por outro lado, informa que *"acordos [...] com outras entidades, nomeadamente as Seguradoras e outros subsistemas, nunca podem pôr em causa a equidade de acesso dos utentes do SNS aos Hospitais públicos"*. Mais se refere nessa nota que *"nunca estará em causa alterar os modelos de atendimento dos Serviços de Urgência dos Hospitais da Rede do SNS, nem permitir qualquer tipo de discriminação no acesso dos utentes em geral"*.

Assinala-se que, até ao momento, não é conhecida qualquer decisão efectiva do Centro Hospitalar do Alto Minho no sentido da contratualização de serviços com entidades seguradoras (ou outras) ou de criar o anunciado serviço autónomo para a prestação de serviços a terceiros. Assim sendo, no caso em apreço, está-se perante uma simples declaração de intenção, prontamente corrigida, aliás, pela própria Tutela.

Saliento, a este propósito, que a intervenção do Provedor de Justiça está legalmente limitada às situações em que estejam em causa actuações ou omissões dos poderes públicos, sempre que as mesmas possam qualificar-se como ilegais ou injustas.

De qualquer modo, analisada a natureza jurídica dos Hospitais S.A. e o enquadramento jurídico que poderá permitir a concretização das medidas anunciadas, entendi formular uma **chamada de atenção** ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Alto Minho, nos termos do ofício cuja cópia junto para melhor elucidação de V. Exa..

Em face do exposto, compreenderá V. Exa. que não existe, para já, fundamento para a adopção de diligências adicionais por parte deste órgão do Estado, pelo que determinei o arquivamento do presente processo, sem prejuízo da sua reabertura, caso tal se venha a justificar.

Com os melhores cumprimentos,

H. Nascimento Rodrigues.

Junto: cópia do ofício dirigido, nesta data, ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A.

DISCRIMINAÇÃO DE DOENTES NO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO – HOSPITAL DE VIANA DO CASTELO

DOCUMENTO 7 POSIÇÃO DO PROVEDOR DE JUSTIÇA ENVIADA AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHAM

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar do Alto Minho
Dr. Fernando Manuel Marques

ASSUNTO: ***Contratação de serviços entre Hospitais do SNS e outras entidades (como seguradoras ou subsistemas)***

Na sequência das declarações efectuadas por V. Exa. à comunicação social, relativas à eventual contratualização de serviços com terceiros, por parte desse Centro Hospitalar, foi recebida neste órgão do Estado uma reclamação sobre o assunto, que deu origem à abertura do processo melhor identificado em epígrafe.

Sobre o mesmo assunto, tomei conhecimento da nota à comunicação social (datada de 8.01.2004), veiculada pelo Gabinete do Senhor Ministro da Saúde a qual veio referir que qualquer medida que possa vir a surgir nesse sentido não visará *"privilegiar os utentes das seguradoras em prejuízo dos utentes do SNS"*. Por outro lado, informa que *"acordos [...] com outras entidades, nomeadamente as Seguradoras e outros subsistemas, nunca podem pôr em causa a equidade de acesso dos utentes do SNS aos Hospitais públicos"*. Mais se refere nessa nota que *"nunca estará em causa alterar os modelos de atendimento dos Serviços de Urgência dos Hospitais da Rede do SNS, nem permitir qualquer tipo de discriminação no acesso dos utentes em geral"*.

De facto, os esclarecimentos prestados pelo Senhor Ministro da Saúde, nos termos dos especiais poderes de tutela que lhe são conferidos pelo artigo 6.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, constituem desde logo um limite à actuação dos Hospitais do SNS, que devem, neste contexto, pautar a sua actuação pelos princípios aí referidos: ***equidade de acesso dos utentes do SNS aos Hospitais públicos, não permitindo qualquer tipo de discriminação.***

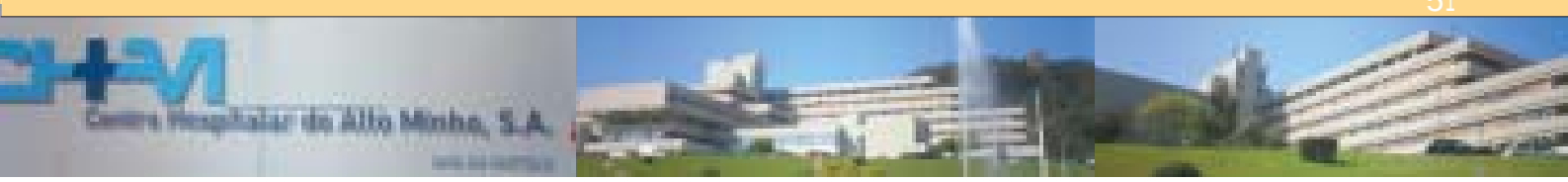
Porém – e sem me querer pronunciar sobre o mérito das recentes alterações legislativas relativas à organização e funcionamento do SNS –, permito-me salientar que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, que assumem a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, se regem, nomeadamente, pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (cfr. artigo 19.º), **pelos respectivos diplomas de criação, onde constam os estatutos necessários ao seu funcionamento**, pelo regime jurídico do sector empresarial do Estado, pela lei reguladora das sociedades anónimas, bem como pelas normas especiais cuja aplicação decorra do seu objecto social e do seu regulamento.

Na verdade, todos os hospitais que integram a rede de prestação de cuidados de saúde que constitui o SNS, independentemente da sua natureza jurídica, se regem pela Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto e pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, devendo nortear a sua gestão no respeito pelos princípios aí consagrados.

Da análise do diploma legal que cria o Centro Hospitalar a que V. Exa. preside (Decreto-Lei n.º 295/2002, de 11 de Dezembro) é possível concluir que esse Centro, **tem por objecto a prestação de serviços de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde de que é parte integrante** e que apenas **acessoriamente**, poderá *explorar serviços e efectuar as operações civis e comerciais relacionadas, directa ou indirectamente, no todo ou em parte, com o seu objecto*. De facto, quis aqui o legislador sublinhar que independentemente do regime jurídico assumido, o hospital está na sua essência primordialmente vocacionado para responder à satisfação das necessidades dos utentes do SNS. Neste contexto, os serviços e operações acabadas de referir só poderão ser realizados depois de satisfeitas as necessidades dos utentes do SNS, no sentido de a estes caber prioridade quanto à afectação do equipamento instalado e dos recursos humanos, um e outros em primeiro lugar dimensionados para a satisfação das mesmas necessidades dos utentes do SNS.

No mesmo sentido, importa referir que a actuação dos Hospitais S.A., deve cumprir escrupulosamente o contrato-programa plurianual celebrado com o Ministério da Saúde, no qual ficam estabelecidos *os objectivos e metas qualitativas e quantitativas, a sua calendarização,* ***os meios e instrumentos para os prosseguir****, designadamente de investimento, os indicadores para a avaliação do desempenho e do nível de satisfação das necessidades relevantes e as demais obrigações assumidas pelas partes* (cfr. artigo 24.º, n.º 1, do Decreto-lei n.º 295/2002, de 11 de Dezembro). Da componente financeira de cada contrato-programa será dado conhecimento prévio ao Ministério das Finanças (cfr. artigo 24.º, n.º 2, do mesmo diploma), o que implica que a esse Ministério sejam facultados todos os elementos que permitam identificar a natureza e proveniência das receitas e despesas estimadas.

Em suma, independentemente da forma de gestão assumida e atento o enquadramento legislativo mencionado, cumpre salientar que, por um lado, a contratualização de serviços com terceiros deve ser



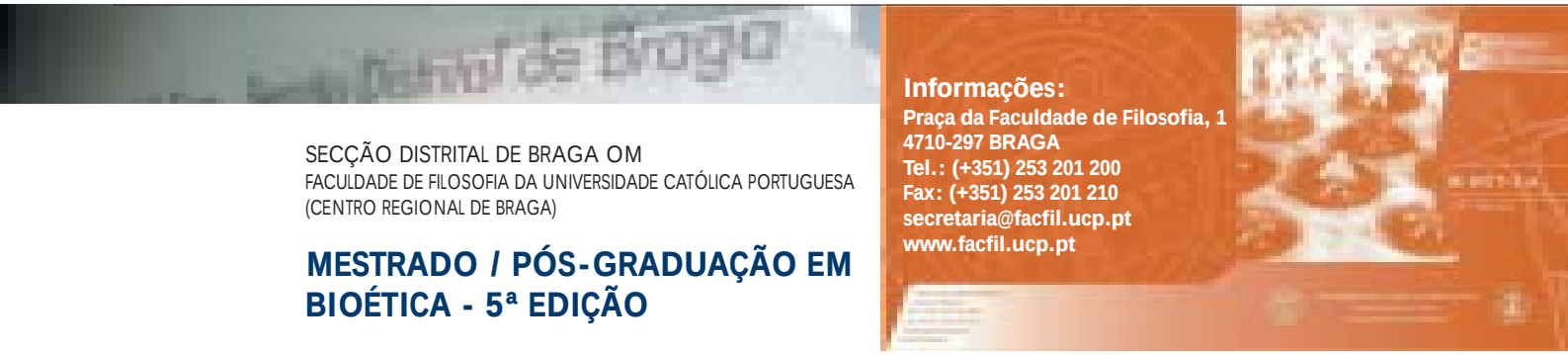
sempre acessória, e por outro, **que nunca podem ser postos em causa os direitos constitucionalmente consagrados de garantia de acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, cfr. artigo 64.º n.º 3 alínea a) da Constituição da República Portuguesa.**

Em face de todo o exposto, entendo formular esta especial chamada de atenção, por forma a alertar V. Exa., para o facto de que **qualquer eventual medida, no sentido das declarações públicas prestadas (e corrigidas pela Tutela), seja devidamente enquadrada nos parâmetros legais supra referidos, não desvirtuando os princípios e valores constitucionalmente consagrados de equidade no acesso aos hospitais que integram a rede de prestação de cuidados de saúde do SNS e garantindo o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina de que carecem.**

Não subsistindo, por ora, fundamento para a adopção de diligências adicionais por parte deste órgão do Estado, determinei o arquivamento do presente processo, sem prejuízo de reabertura, caso tal se venha a justificar.

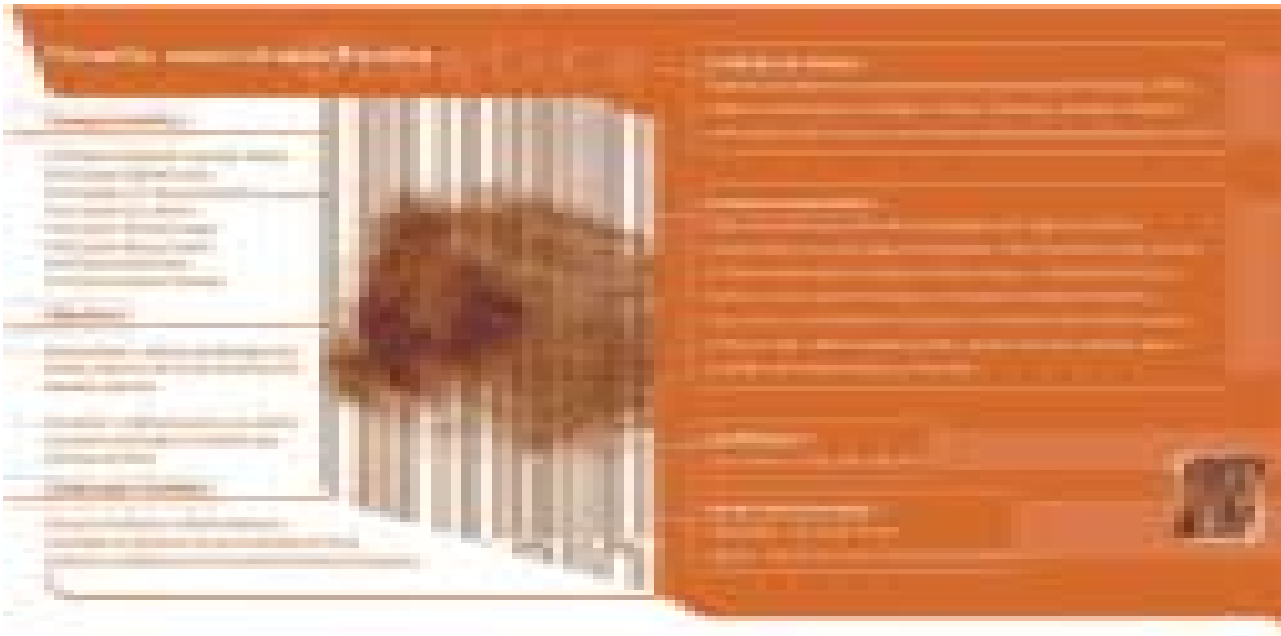
Com os melhores cumprimentos,

H. Nascimento Rodrigues



SECÇÃO DISTRITAL DE BRAGA OM
FACULDADE DE FILOSOFIA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
(CENTRO REGIONAL DE BRAGA)

MESTRADO / PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA - 5ª EDIÇÃO



CONVOCATÓRIA

ASSEMBLEIA GERAL DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA INTERNA

Nos termos dos artigos 7º § 5 a) do Regulamento Geral dos Colégios das Especialidades e 18º § 1 do Regimento do Colégio da Especialidade de Medicina Interna convoco os Membros do Colégio para a Assembleia Geral a realizar no dia 27/05/2004, às 18h00 no Grande Auditório do Tivoli Marinotel, em Vilamoura, com a seguinte ORDEM DE TRABALHOS
1) Relatório de Actividades do Conselho Directivo.
2) Discussão e votação do Projecto de ***Revisão do Programa de Formação do Internato Complementar de Medicina Interna*** proposto pelo Conselho Directivo.

CENTRO HOSPITALAR DA PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE
SERVIÇO DE URGÊNCIA DA ESPECIALIDADE DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA

DOCUMENTO 8 OFÍCIO AOS MÉDICOS DAQUELA ESPECIALIDADE

Ex.mo (a) Colega:

Tendo chegado ao conhecimento do Conselho Regional do Norte vários documentos e informações circunstanciadas relativamente ao funcionamento da urgência da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde vem este Conselho lembrar a Vossa Ex.ª:
1 – O CRN reafirma os princípios enunciados na carta oportunamente dirigida ao Ex.mo (a) Colega e que a seguir se transcreve:

«RUPTURA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR A GRÁVIDAS
Ex.mo (a) Colega
1 – Para conhecimento exacto do Ex.mo (a) Colega transcrevem-se as normas técnicas definidas pela Direcção do Colégio de Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia relativamente ao funcionamento de blocos de parto e aprovadas pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos:
"Os Blocos de partos de qualquer hospital não poderão funcionar com Recursos Humanos inferiores aos seguintes:
- *– 3 Médicos da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, sendo pelo menos 2 especialistas;*
- *– disponibilidade permanente de 1 Anestesista e 1 Pediatra;*
- *– pelo menos 2 enfermeiras, uma das quais obrigatoriamente com a Especialidade de Enfermagem Obstétrica.*

No que se refere ao equipamento para além das instalações e material obstétricos apropriados terá de contar com:
- *– sala de operações permanentemente disponível;*
- *– 1 Monitor fetal (cardiotocógrafo) por cada cama de partos;*
- *– 1 Ecógrafo sempre disponível;*
- *– instalação central de gases e vácuo:*
- *– 2 Camas de reanimação de recém-nascidos".*

2 – De acordo com as informações oficiais recolhidas pelo Conselho Regional do Norte os Hospitais integrados na ARS-Norte cujas equipas de urgência de Ginecologia/Obstetrícia, ainda que por motivos e em horários diferentes, não cumprem os requisitos definidos pela Ordem dos Médicos são: Amarante, Barcelos, Bragança, Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Chaves, Famalicão, Matosinhos, Mirandela, Santo Tirso, Vale do Sousa e Viana do Castelo. Cumprem os requisitos definidos pela Ordem dos Médicos os seguintes Hospitais: Guimarães, Maternidade Júlio Dinis, Santo António, S.João e Vila Nova de Gaia. O Hospital de Braga passou a cumprir os preceitos técnicos da Ordem dos Médicos após os médicos da especialidade, com grande abnegação, terem retomado a realização de horas extraordinárias face ao compromisso da ARS-Norte em proceder ao seu pagamento, de acordo com ofício emitido em 5 de Novembro pp.

3-Neste contexto, e atendendo às regras da boa prática acima transcritas, o CRN recomenda a todos os médicos de Obstetrícia/Ginecologia que enderecem o requerimento-tipo (em anexo) aos Presidentes dos Conselhos de Administração dos Hospitais que não cumprem as regras definidas pela Ordem dos Médicos. Esta atitude destina-se a salvaguardar a responsabilidade médica, protegendo os médicos de eventuais acusações de má prática devida a circunstâncias que os transcendem. O CRN sublinha, para que não restem quaisquer dúvidas, que os médicos que não procedam conforme esta recomendação estão a assumir pessoalmente a responsabilidade pela execução de actos médicos à revelia das normas técnicas da especialidade pelo que não poderão contar com o apoio da Ordem dos Médicos perante situações de litigância decorrentes de má prática.

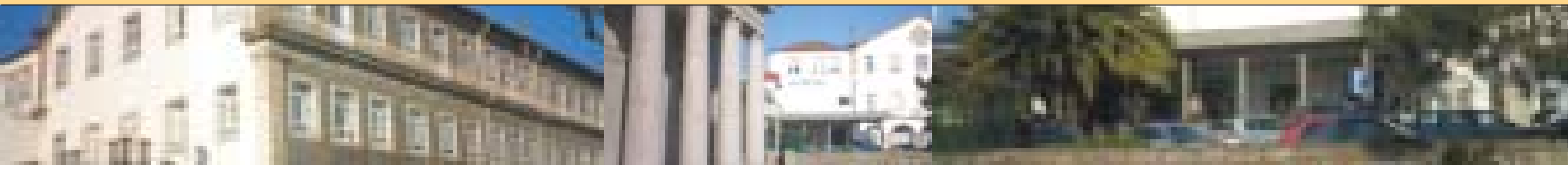
Com os melhores cumprimentos

Pelo Conselho Regional

(Dr. José Pedro Moreira da Silva)

Porto, 10 de Novembro de 2003»

2 – Tornando aqueles princípios mais claros importa destacar que um médico que actue reiteradamente à revelia das regras da boa prática (definidas pela Ordem dos Médicos) está a assumir, directa e pessoalmente, a responsabilidade pelas consequências dos actos que pratica. Exemplificando com um caso prático, um médico que aceite praticar actos próprios da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia à revelia das normas aprovadas (e que constam da carta acima identificada) deve ficar ciente que não poderá contar com o apoio da Ordem dos



Médicos em situações de litígio médico-legal resultantes da sua prática. Deve ficar ainda absolutamente ciente que a Ordem dos Médicos será forçada, ainda que a contra gosto, a reconhecer junto das instâncias judiciais a má prática desses médicos e a suscitar, evidentemente, as acções disciplinares adequadas à punição de actos que violem o estado da arte.

3 – Acresce ainda que, se, por hipótese, se vier a comprovar que os casos de não cumprimento das regras de boa prática obedecem a um padrão específico de comportamento (como seja o de parturientes sistemática e previamente observadas em ambulatório serem sistematicamente referenciadas, por e/ou para um determinado médico, para o serviço de urgência do hospital onde este exerce funções), estarão criadas as condições para que se especule sobre a dignidade do comportamento dos médicos envolvidos. Compreenderá o Ex.mo (a) Colega que estas situações (ainda que hipotéticas) podem criar especulações mediáticas ou até motivar, fundadamente, a intervenção disciplinar da Inspecção-geral dos Serviços de Saúde e/ou da Ordem dos Médicos.

Com os melhores cumprimentos

O (Dr. Miguel Leão)

DOCUMENTO 9 OFÍCIO DIRIGIDO AO DIRECTOR CLÍNICO

Ex.mo Senhor

Director Clínico do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Tendo em conta:

– um conjunto de documentos que se encontram na posse do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos,
– diversas declarações públicas veiculadas pelos órgãos de comunicação social,
– um conjunto de informações transmitidas ao Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos,

venho solicitar a Vossa Ex.ª, com vista ao esclarecimento do funcionamento do serviço de urgência da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, que envie a este Conselho Regional, no prazo de dez dias, cópia dos registos operatórios das cirurgias realizadas por cesariana nesse Centro Hospitalar nos anos de 2001, 2002 e 2003.

Deixa o Conselho Regional do Norte ao critério de Vossa Ex.ª o fornecimento destes elementos de prova relativamente à matéria em apreço. Sublinha desde já o Conselho Regional que, seja qual for a atitude que Vossa Ex.ª tiver por bem adoptar, a mesma será necessariamente enquadrada no contexto adequado e devidamente analisada, ponderada e divulgada, no estrito cumprimento dos estatutos, códigos e regulamentos da Ordem dos Médicos.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Regional

(Dr. Miguel Leão)

CENTRO MATERNO-INFANTIL DO NORTE

DOCUMENTO 10 INFORMAÇÃO DIRIGIDA AOS GRUPOS PARLAMENTARES DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRN-OM) tomou conhecimento que a Assembleia da República irá apreciar no próximo dia 19 de Fevereiro um projecto de resolução relativo ao Centro Materno-Infantil do Norte.
Tendo em conta as competências estatutárias da Ordem dos Médicos, julgamos relevante prestar a Vossa Ex.a a seguinte informação:
1 – Em 9 de Outubro de 2003, o CRN-OM enviou ao Senhor Ministro da Saúde, com a referência 3217, o ofício que a seguir se transcreve:

«Excelência:
Tendo em conta o previsto no Estatuto da Ordem dos Médicos, e para todos os efeitos e termos previstos no Código do Procedimento Administrativo, e demais legislação aplicável, vem o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos requerer a V. Ex.ª o envio do Plano Funcional do Centro Materno-Infantil que V. Ex.ª tem vindo a anunciar, bem como do Plano de Organização e Referenciação Assistenciais, no âmbito da saúde materno-infantil, relativo à Região Norte, em que aquele Centro se integrará.
Com os melhores cumprimentos.
O Presidente do Conselho Regional,
Dr. Miguel Leão.»

O Senhor Ministro da Saúde não respondeu a este ofício.

2 – Em 4 de Novembro de 2003, na ausência de resposta ao oficio acima transcrito, enviou ao Senhor Ministro da Saúde o requerimento que a seguir se transcreve:

«Senhor Ministro da Saúde

Excelência:

Requerimento
Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, representada pelo Presidente do Conselho Regional, vem, nos termos e para os efeitos do disposto no art.º 82. º, n.º 1, da Lei do Processo nos Tribunais Administrativos, requerer a V. Ex.ª que se digne proceder ao envio de certidão do Plano Funcional de Centro Materno-Infantil e do Plano de Organização e Referenciação Assistenciais no âmbito da saúde materno-infantil e relativo à Região Norte.
A presente certidão é requerida nos termos do disposto no art.º 6.º, alíneas c) e d), do Estatuto da Ordem dos Médicos (Decreto-lei n.º 282/77, de 5 de Julho).
O Presidente do CRN-OM;
Dr. Miguel Leão.»

O Senhor Ministro da Saúde não respondeu a este requerimento.

3 – Posteriormente os serviços jurídicos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos dirigiram ao Ex.mo Senhor Juiz do Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa a intimação que a seguir se transcreve:

«SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS, com sede na Rua Delfim Maia, 405, 4200 Porto,
Vem intentar,

INTIMAÇÃO PARA A PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES, CONSULTA DE PROCESSOS OU PASSAGEM DE CERTIDÕES (Artigo 104º do Código do Processo nos Tribunal Administrativos) contra
MINISTÉRIO DA SAÚDE na pessoa do Ex.mo Sr. MINISTRO DA SAÚDE com sede na Avenida João Crisóstomo, n. 09, 1000 Lisboa.
Termos e fundamentos:

1º

Em 04/11/2003 a Requerente requereu através de carta registada com aviso de recepção ao Requerido que lhe fosse emitida certidão do Plano Funcional do Centro Materno-Infantil e do Plano de Organização e Referenciação Assistenciais no âmbito da saúde materno-infantil e relativo à Região Norte - cfr. Doc. 1 que aqui se junta e se tem por integralmente reproduzido para todos os legais efeitos .

2º

Tal carta foi recepcionada pelos serviços do Ministério da Saúde em 05/11/2003 - cfr. o mesmo Doc. 1.

3º

Tal certidão foi requerida nos termos e para os efeitos do disposto nas alíneas c) e d) do artigo 6º do Estatuto da Ordem dos Médicos (DL 282/77, de 5 de Julho).

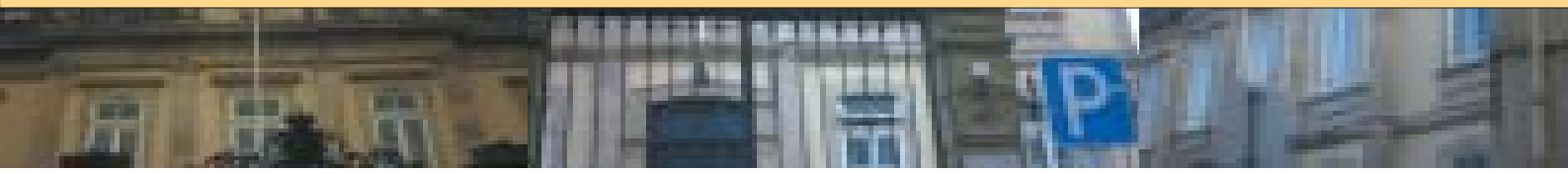
4º

Sucede que, apesar de diversas vezes ter sido a Requerente informada telefonicamente que o seu requerimento estava para despacho, aguardando-se a emissão da requerida certidão, certo é que, até a presente data, não foram os elementos requeridos fornecidos. Assim,

5º

vem a Requerente nos termos do disposto na lei processual administrativa requerer a intimação do Requerido para satisfazer o pedido que lhe foi dirigido.
Termos em que, e nos mais de Direito, REQUER a V.ª Ex.ª se digne ordenar a intimação do Requerido para, no prazo que lhe vier a ser fixado, vir prestar à Requerente as informações solicitadas.
Para o efeito, REQUER a V.ª Ex.ª se digne ordenar a citação do Requerido, para no prazo de 10 dias, responder, seguindo-se os demais termos até final.
JUNTA: um documento, procuração e duplicado legal.
VALOR: Euro 3.750,00 (três mil setecentos e cinquenta euros).
ANEXA: documento comprovativo da autoliquidação da taxa de justiça inicial.
OS ADVOGADOS»

O Conselho Regional do Norte aguarda a decisão do Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa.
Na certeza de que esta informação contribuirá para o esclarecimento dos Ilustres Deputados do Grupo Parlamentar a que Vossa Ex.ª preside apresento-lhe os meus respeitosos cumprimentos.
O Presidente do Conselho Regional do Norte OM
(Dr. Miguel Leão)



LISTAS DE ESPERA

O ESTRANHO CASO DOS DOENTES DESAPARECIDOS, A ESTRANHA PRODUTIVIDADE DOS HOSPITAIS SA E OS ESTRANHOS NÚMEROS DO SENHOR MINISTRO DA SAÚDE

DOCUMENTO 11 (10-02-04)

CONFERÊNCIA DE IMPRENSA DO CRNOM

OS NÚMEROS DO SENHOR MINISTRO DA SAÚDE

Em Setembro de 2003, vários órgãos de informação noticiaram, em sequência de uma entrevista do Senhor Ministro da Saúde à Agência Lusa, que:

– dos 123166 em lista de espera, haviam sido operados 67081 (36573 nos Hospitais SPA e 29181 nos Hospitais SA);
– tinha aparecido uma nova lista de espera com 98641 doentes (59605 nos Hospitais SPA e 39036 nos Hospitais SA).

Em entrevista à Agência Lusa, noticiada por outros órgãos de informação em 23 de Janeiro de 2004, o Senhor Ministro revelou que:

– dos 123166 doentes em listas de espera já haviam sido operados 91154; **daí resulta que se encontravam por operar 32012 doentes;**
– dos 123166 doentes em listas de espera 36692 haviam sido encaminhados, no âmbito do PECLEC, para o sector social e privado; **daí resulta que haviam sido encaminhados para o sector público 86474 doentes;**
– dos 36692 doentes encaminhados para o sector social e privado 20461 "recusaram a cirurgia, não tinham qualquer indicação cirúrgica ou simplesmente não apareceram no hospital no dia marcado para a cirurgia"; **daí resulta que foram operados nestes sectores 16231 doentes;**
– **destes números resulta ainda que foram operados no sector público 74923 doentes;**
– por mês, desde Julho de 2002 entravam em lista de espera 6600 doentes; **daí resulta que, ao fim de 17 meses, os novos doentes em lista de espera perfazem 112200.**

O Site do Ministério da Saúde revela, em 28 de Janeiro de 2004, e com dados referentes a Setembro de 2003 e a Dezembro de 2003 que:

– dos 123166 doentes em lista de espera haviam sido operados 71468 doentes (35434 nos Hospitais SPA e 36034 nos Hospitais SA).

Sob a forma de publicidade paga o Ministério da Saúde divulgou durante o mês de Janeiro de 2004 os resultados do primeiro ano dos Hospitais SA comparando a produção hospitalar entre Janeiro e Outubro do ano de 2003 com o ano de 2002 e que corresponde ao período de concretização do PECLEC (Novembro de 2002 a Setembro de 2003). Estes resultados são, entre outros,

– um aumento de 269809 consultas;
– um aumento de 32305 cirurgias (que incluem cirurgia programada, urgente e ambulatória).

AS PERGUNTAS DA ORDEM DOS MÉDICOS

Face as estes números é indispensável que:

1 – O Senhor Ministro da Saúde explique porque é que 20461 doentes (isto é 55,7%) referenciados para realização de cirurgia no sector social e privado não foram operados naqueles sectores, indicando a origem dos doentes (por hospital e por administração regional de saúde), a respectiva patologia, os motivos de recusa de cirurgia ou de não comparência e ainda as entidades do sector social ou privado para que estes doentes foram referenciados.

2 – O Senhor Ministro da Saúde explique, aceitando que o número de doentes operados no sector privado ou social foi de 16231 e no sector público foi de 74923 os motivos pelos quais a taxa de cirurgias realizadas no sector privado ou social foi de 44,3% e a taxa de cirurgias realizadas no sector público foi de 86,6%.

3 – O Senhor Ministro da Saúde explique porque é graças à sua gestão o número de doentes em lista de espera passou de 123166 para 144212 (o somatório dos doentes que não foram operados mais aqueles que entraram em lista de espera: 32012+112200).

4 – O Senhor Ministro da Saúde explique a notável produtividade dos Hospitais SA que terão resolvido o problema de 29181 doentes ou de 36034 doentes (conforme os números variáveis que são apresentados), criando uma lista de espera de 39036 doentes, ou seja, em apenas um ano de actividade, um acréscimo de lista de espera de cerca de 33% no primeiro caso ou de 8% no segundo.

5 – O Senhor Ministro da Saúde explique a notável produtividade normal dos Hospitais SA que terão realizado mais 32305 cirurgias (no total da sua actividade cirúrgica) quando no Site oficial do Ministério consta que realizaram 36034 cirurgias no âmbito do PECLEC.

6 – O Senhor Ministro da Saúde explique, de forma clara, porque é que o factor principal para o aparecimento de uma nova lista de espera nos Hospitais SA foi o aumento do número de consultas. Assumindo que a publicidade paga pelo Senhor Ministro da Saúde é verdadeira e que metade do acréscimo de consultas resultou de consultas de especialidades cirúrgicas, concluise que cerca de 135000 consultas geraram cerca de

LISTAS DE ESPERA

39000 doentes em lista de espera. Dito de outro modo, isto significa que se cada doente tiver realizado apenas uma consulta, 28,8 % dos doentes observados nos Hospitais SA foram integrados em lista de espera. Se admitirmos que um doente realizou duas consultas, antes de ser catalogado como estando em lista de espera, então 57,7% dos doentes observados em consultas de cirurgia nos Hospitais SA passou a estar em lista de espera.

EM RESUMO E SUPONDO VERDADEIROS OS NÚMEROS DO SENHOR MINISTRO DA SAÚDE CONCLUI-SE QUE:

– **O número de doentes em lista de espera passou de 123166 para 144216**; ou seja o Senhor Ministro pode começar a ser considerado um perigo para a saúde pública. Com este ritmo de crescimento de listas de espera, se o Senhor Ministro tivesse sido Ministro desde a fundação do SNS o número de doentes à espera seria cerca de 3600000 (o resultado da multiplicação de 25 por 144000).

– **As listas de espera dos Hospitais SA aumentaram entre 8 a 33%**, conforme os números que o Senhor Ministro queira fornecer. Excluída que esteja a hipótese de mentira premeditada, deste indicador podem resultar várias conclusões: o Senhor Ministro enganou-se na publicidade paga? O Senhor Ministro enganou-se na produtividade dos Hospitais SA ou, ao contrário, enganou-se na recuperação de listas de espera? O Senhor Ministro tem dificuldades de cálculo? Ou, afinal, a produtividade normal dos Hospitais SA foi menor que o habitual em cerca de 2700 cirurgias, já que derivaram a sua actividade normal para a recuperação de listas de espera?

– **Dos doentes em lista de espera, dos que foram referenciados para o sector privado e social desapareceram 55,7%; dos que foram referenciados para o sector público desapareceram 13,4%.** A menos que esteja perante um caso de polícia (ou de magia) será que o Senhor Ministro se enganou quanto ao número de doentes em lista de espera?

Para facilitar as explicações e as contas do Senhor Ministro, e para não onerar mais os encargos do Ministério da Saúde que pudessem comprometer os aumentos salariais dos gestores dos Hospitais SA recentemente anunciados, o CRN manifesta a sua disponibilidade para enviar a Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde, e a título de oferta, um máquina de calcular.

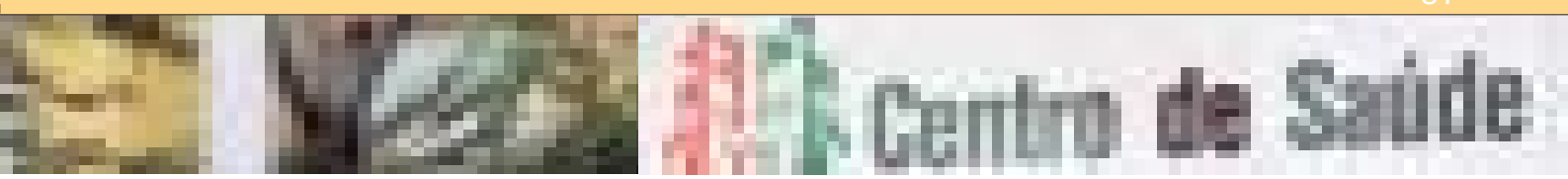
INTEGRAÇÃO DE CENTROS DE SAÚDE NA ESTRUTURA HIERÁRQUICA E ADMINISTRATIVA DE HOSPITAIS

DOCUMENTO 12 (23-02-04)

CARTA ABERTA AO MINISTRO DA SAÚDE

1 – O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos recebeu a comunicação que a seguir se transcreve dos Médicos de Família Carlos Arroz, João Rodrigues, José Luís Gomes, e Luís Pisco.

«Senhor Ministro da Saúde
Excelência,
Os Médicos de Família Carlos Arroz, João Rodrigues, José Luís Gomes, e Luís Pisco reuniram, em 9 de Fevereiro de 2004, no Ministério da Saúde, a pedido de V. Exª, para análise da aplicação do DL 60/2003, de 1 de Abril, e modelos alternativos para a gestão dos Centros de Saúde, conforme previsto na Lei de Bases da Saúde. Nessa reunião ficou clara a nossa postura de diálogo, transparência, objectividade e honestidade nas propostas apresentadas. Ficou igualmente clara a nossa indisponibilidade para constituirmos uma Comissão de Acompanhamento da aplicação do Diploma em referência com o qual, de forma unânime, nunca concordámos pelos perigos reais que encerra para os Cuidados Primários e para a Saúde dos Portugueses, consubstanciado nas inequívocas posições públicas das estruturas onde nos inserimos: SIM, FNAM, Ordem dos Médicos e APMCG.
Pela comunicação social fomos informados da decisão de V. Exª de entrega da gestão dos Centros de Saúde de Vila Real I e II, Santa Marta de Penaguião, Mesão Frio e Régua ao Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, SA, e comunicada aos respectivos Directores em 12 de Fevereiro de 2004.
Consideramos grave para a Saúde dos Portugueses a entrega da gestão dos Centros de Saúde a Sociedades Anónimas, encerrando propósitos de branqueamento de custos e de mobilidade forçada de profissionais de saúde que, objectivamente, levarão à sua destruição, caminhando V. Exª em sentido contrário ao preconizado pela OMS, isto é, no reforço dos Cuidados Primários de Saúde na assistência às populações.



A postura de V. Ex.ª para com os subscritores revela falta de ética e deslealdade, para além da utilização sistemática de estratégias de ocultação de propósitos, de todo inaceitáveis. Em Política não vale tudo, e os fins não podem justificar os meios quando se atropelam deliberadamente os mais básicos princípios morais e de relação.

Os subscritores não põem em causa deveres institucionais e de respeito para com o Governo e o Ministro da Saúde, mas consideram estar comprometida de forma drástica, e possivelmente de forma irremediável, a confiança no titular da pasta da Saúde, o Senhor Luís Filipe Pereira.

Com os nossos melhores cumprimentos

CARLOS ARROZ, JOÃO RODRIGUES, JOSÉ LUÍS GOMES, LUÍS PISCO»

2 – **A posição destes Colegas é subscrita pelo Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos e motivou, desde logo, um pedido formal ao Senhor Presidente do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos para que convoque, com carácter de urgência, uma reunião do Fórum Médico.**

3 – A posição ora assumida por este Conselho, para além de solidariedade com aqueles Colegas, pretende também salvaguardar a independência das diversas estruturas prestadoras de cuidados de saúde (Hospitais e Centros de Saúde) visto que estas assumem manifestamente objectivos e funções distintas, ainda que convergentes e complementares.

4 – Porque não está em causa qualquer conflito entre médicos pertencentes à Carreira Hospitalar e à Carreira de Medicina Geral e Familiar, é dever do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos apelar a todos os médicos, de todas as carreiras, para que continuem a cooperar entre si, como sempre têm feito, em prol dos direitos dos doentes.

Porto, 23 de Fevereiro de 2004

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

COBERTURA ASSISTENCIAL EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

DOCUMENTO 13 (02-03-04)

ANÁLISE DA POSIÇÃO DO CONSELHO ESTRATÉGICO SECTORIAL DA SAÚDE DO PSD/PORTO – NOTA DE IMPRENSA

1 – O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos apreciou a análise realizada pelo Conselho Estratégico Sectorial da Saúde do PSD/Porto relativamente à cobertura assistencial em Medicina Geral e Familiar no distrito do Porto veiculada pelo Colega Dr. Jaime Neto e difundida por vários órgãos de informação.

2 – Na mesma contrariava-se uma visão catastrófica do sistema de saúde e adiantavam-se números muito positivos relativamente à relação n.º de doentes por médico de família no distrito do Porto.

3 – Apresentou aquele Conselho Estratégico do PSD a existência de 897 médicos para 1.731.612 utentes, o que corresponde a um médico de família por 1.930 utentes. Este ratio é considerado aceitável por aquele Conselho já que se encontra dentro dos limites de um médico para 1500/2000 utentes.

4 – O Conselho Regional do Norte congratula-se vivamente com esta posição do PSD/Porto que revela uma evidente independência técnica e demonstra que, ao contrário do que tem apregoado o Senhor Ministro da Saúde, não são necessárias modificações legislativas substanciais relativamente aos Centros de Saúde, não é necessário integrar os Centros de Saúde na hierarquia funcional e administrativa dos Hospitais nem é necessário recorrer a médicos indiferenciados e mal qualificados para assegurar a prestação de cuidados de saúde no âmbito da Medicina Geral e Familiar.

Porto, 2 de Março de 2004

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

CRIAÇÃO DE NOVAS FACULDADES DE MEDICINA

DOCUMENTO 14 OFÍCIO DIRIGIDO AO PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO DA OM

Ex.mo Senhor

Presidente do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos

Decorreu no Porto, no passado dia 20 de Dezembro, uma reunião promovida pela Comissão Regional Consultiva de Ensino e Educação Médica da SRN da OM a pedido do Conselho Regional, com vista a analisar a criação de novas Escolas Médicas.

Nessa reunião estiveram representadas a Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho (através do Prof. Doutor Pinto Machado), a Faculdade de Medicina do Porto (através da Prof. Doutora Isabel Ramos) e o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (através da Prof. Doutora Corália Vicente). Participou ainda, como Chefe do Grupo de Missão para a Saúde, o Prof. Doutor Alberto Amaral, bem como a totalidade dos membros da Comissão Regional Consultiva de Ensino e Educação Médica, os Professores Doutores António Sousa Pereira (Coordenador), Alberto Barros e Francisco Cruz.

O consenso de todas estas personalidades justifica a posição do Conselho Regional, a qual passo a transmitir:

1 – A abertura de novas escolas médicas não resolve por si uma hipotética falta de médicos ou a sua distribuição assimétrica (por especialidades ou por regiões) bem como deficiências de organização do sistema de saúde.

2 – Os ratios internacionais apontam para a existência de uma escola médica por cada dois milhões de habitantes (aliás já ultrapassado em Portugal) e admissões de um aluno por 10000 habitantes e por ano (número também ultrapassado em Portugal).

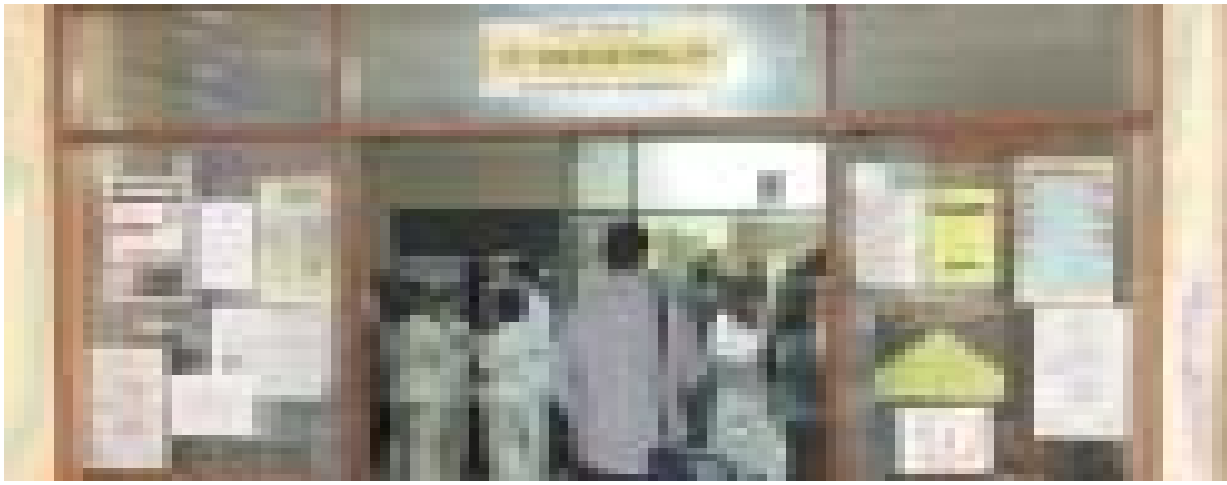
3 – A criação de novas escolas médicas (públicas ou privadas) deve obedecer a rigorosos critérios de qualidade, a serem avaliados por comissões internacionais de peritos independentes, a exemplo do que acontece com as escolas já existentes.

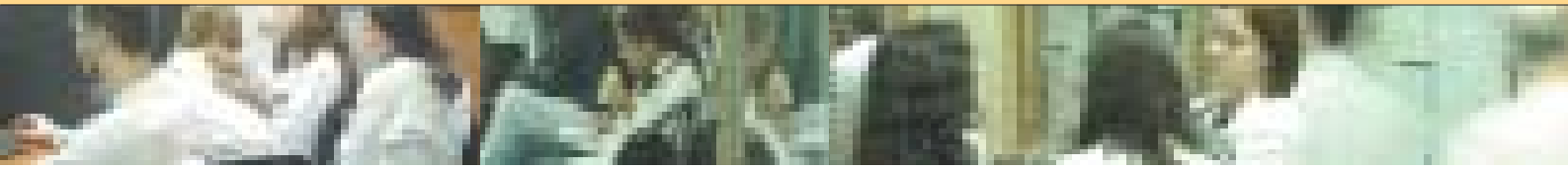
4 – O processo de acreditação das novas escolas deve ser conhecimento da Ordem dos Médicos que deve poder, à luz do seu Estatuto, restringir, total ou parcialmente, o âmbito da actividade profissional dos médicos licenciados por escolas médicas que não cumpram requisitos considerados fundamentais pela Ordem dos Médicos.

5 – A Ordem dos Médicos tem a obrigação social de defender a qualificação e a excelência dos profissionais que nela estejam inscritos e de criar e divulgar mecanismos de selecção, pelo que deve considerar a possibilidade de instituir mecanismos de aferição da qualidade dos licenciados que nela se pretendam inscrever, a exemplo do que já acontece com outras Ordens, como as Ordens dos Advogados, dos Arquitectos e dos Engenheiros.

Assim, e para discussão formal deste assunto, propõe o Conselho Regional do Norte que o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos solicite a comparência, para a sua reunião de Fevereiro, do Chefe do Grupo de Missão para a Saúde (Prof. Doutor Alberto Amaral) e do Presidente da Sociedade Portuguesa de Educação Médica (Prof. Doutor Martins e Silva).

Com os melhores cumprimentos
O Presidente do Conselho Regional
(Dr. Miguel Leão)





AUMENTO DOS NUMERUS CLAUSUS EM MEDICINA

DOCUMENTO 15 (10-02-04)

POSIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Ex.mo Senhor
Presidente da SRNOM
Dr. Miguel Leão

Assunto: **Aumento dos numerus clausus em Medicina**

A Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) vem, no seguimento das recentes notícias vindas a público, relativas ao anunciado **aumento de 300 vagas** nos cursos de Medicina para o próximo ano lectivo, à possível abertura de vagas de medicina para alunos/licenciados de/em Medicina Dentária (que entrariam directamente para o 4º ano em Medicina) e à possível **abertura de novos cursos**, possivelmente ministrados por instituições privadas, apresentar a sua posição oficial e lançar algumas ideias para o debate e, porventura, esclarecer alguns pontos que até agora não foram suficientemente explorados explanando à sociedade alguns pontos de vista que poderão contribuir para a discussão destes temas e para a correcta tomada de posição dos responsáveis governativos.

Sem mais de momento, subscrevo-me, com as mais cordiais saudações.

Pela Direcção da ANEM
Pedro Lopes (presidente)

CARTA ABERTA AO MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E DO ENSINO SUPERIOR

A necessidade de escrever e divulgar esta carta prende-se com algumas notícias que vieram a público. Trata-se do anunciado aumento de 300 vagas nos cursos de Medicina para o próximo ano lectivo, a possível abertura de vagas de Medicina para alunos/licenciados de/em Medicina Dentária (que entrariam directamente no 4º ano com reconhecimento automáticos das disciplinas do anos anteriores) e à possível abertura de novos cursos de Medicina. Relativamente a estes novos cursos, é notória a preparação da opinião pública para que sejam ministrados por instituições privadas.

Face a estas notícias, a Associação Nacional de Estudantes de Medicina deseja lançar algumas ideias para o debate e porventura, esclarecer alguns pontos que até agora não foram suficientemente explorados. Não pretende com esta carta apresentar premissas absolutas, mas oferecer à sociedade alguns pontos de vista que poderão contribuir para a discussão destes temas e para a correcta tomada de posição dos responsáveis governativos.

Assim, em seguida expomos o que nos parecem ser os motivos suficientes para afirmar que:

- Não há falta de médicos em Portugal;
- Não há necessidade de medidas intempestivas para aumentar o número de médicos em Portugal;
- Às actuais Faculdades de Medicina não lhes foram fornecidos os meios necessários que permitam um grande aumento das capacidades formativas;
- Os colegas de Medicina Dentária não têm formação que lhes permita passar directamente para o 4º ano da licenciatura;
- A abertura de novos cursos é desnecessária e qualquer abertura de novos cursos deverá ser muito bem ponderada e todo o seu processo acompanhado.

Muito se tem falado acerca da falta de Médicos em Portugal. Mas, a impressão subjectiva das necessidades de médicos não foi complementada com um estudo de base para conhecer as realidades locais particulares. Muitos evocam países europeus como a França e o Reino Unido, como modelos, quer de assistência de saúde, quer de formação universitária de jovens médicos. Na verdade, a França (330 médicos/100.000 habitantes)[i], tem sensivelmente o mesmo número de médicos do que Portugal (318/100.000), estando o Reino Unido a grande distância (164/100.000). Outros países da União Europeia, com sistemas de saúde modernos e de qualidade, como a Suécia (287/100.000) e a Dinamarca (284/100.000) têm também uma população médica significativamente inferior à Portuguesa.

Por outro lado, a nível de pessoal de enfermagem, Portugal apresenta um número de profissionais inferior a metade da média europeia, cifrando-se nos 367 enfermeiros por 100.000 habitantes, e a longa distância dos países supracitados: França (669/100.000), Suécia (843/100.000) e Dinamarca (937/100.000).

Tal impressão subjectiva de falta de médicos resulta do facto de as **populações sentirem**, de facto, uma

AUMENTO DOS NUMERUS CLAUSUS EM MEDICINA

falta de médicos que seria tão real, como o é preocupante, não resultasse de vários factores: uma clara **má distribuição** dos recursos existentes, a falta de enfermeiros, falta de clara definição de tarefas entre os vários profissionais de saúde (resultantes da não definição do acto médico) e a deficiente informatização dos serviços.

Basta comparar os 60 médicos por 100.000 habitantes da Região do Tâmega com os 1250 da Região do Grande Porto ou mesmo os 550 do concelho do Porto com os 80 do concelho de Baião, ou com os 30 do concelho de Celorico de Basto. Será que ainda haverá alguém capaz de afirmar que a aparente falta de médicos não se deve a uma má distribuição e a uma excessiva concentração de médicos nos grandes centros, com a consequente depauperação dos meios rurais?

No "Plano Estratégico para a Formação nas Áreas da Saúde" , pode ler-se:
"... a distribuição dos médicos apresenta, em Portugal, duas condicionantes importantes: ...distribuição regional desequilibrada... má distribuição por especialidades..."

Também no Plano Nacional de Saúde se pode ler:
"Relativamente ao pessoal médico, embora o número não se afaste da média de habitantes por médico dos países europeus, verifica-se uma má distribuição por especialidade, com carências marcantes nas carreiras de clínica geral e saúde pública, bem como em algumas especialidades Hospitalares, nomeadamente psiquiatria, anestesia, obstetrícia e pediatria.

A concentração de médicos e enfermeiros nos estabelecimentos de saúde do litoral, nomeadamente em Lisboa, Porto e Coimbra, tem conduzido a problemas de escassez destes profissionais nos serviços da extrema periferia com a consequente dificuldade de resposta às solicitações das populações que servem."

Tem também sido muito noticiado o envelhecimento da população médica e anunciada a crise dos anos 2016-2018, quando as reformas dos actuais médicos atingirem o seu máximo. Com efeito, tal facto é um dado indesmentível (1447 médicos aposentados em 2016 e 2017 e 1283 em 2018). Contudo, com as medidas de aumento de numerus clausus tomadas desde o ano de 1997, em nenhum momento haverá menos médicos no activo do que actualmente. Em todos os anos (à excepção de 2016, 2017 e 2019), serão colocados no mercado de trabalho (médicos especialistas) mais médicos do que os que se aposentam. Todas estas medidas culminarão em 2021, num excedente de 6350 médicos, quando comparado com os médicos especialistas existentes em 2002. Caso a média europeia de número de médicos se mantenha constante, Portugal ultrapassará esta média, algures entre 2007 e 2009, ou seja, muito antes que qualquer medida intempestiva tomada nesta altura possa vir a ter o mínimo efeito.

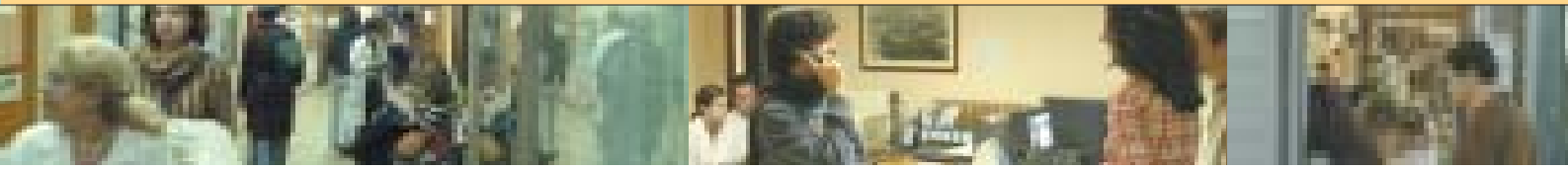
No que diz respeito à má distribuição geográfica consideramos que a solução deverá passar pela continuação da aposta no incremento de incentivos que tornam mais aliciante a deslocação dos médicos para regiões/especialidades mais carenciadas.

Apesar de tal esforço, por parte das Faculdades, estas não o viram recompensado com as devidas **reformas estruturais** e com o **investimento** necessário a tão grandiosa obra: formar os médicos do futuro. Já em 22 de Março de 1996, o presidente do Conselho Directivo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Prof. Doutor Pinto Machado, se exprimiu nesse sentido, em carta enviada à ministra da Saúde, dizendo que:
"As nossas faculdades de medicina não são instituições privadas: pertencem ao estado que as criou para lhes cometer o encargo, de tremenda responsabilidade, da formação geral dos futuros médicos. Ao mesmo estado cabe, pois, o dever indeclinável de as dotar de tudo o que lhes é ***imprescindível*** *para cumprirem a sua nobilíssima missão, para se cumprirem. Este dever é da ordem da mais elementar honestidade: seria* ***gravemente desonesto*** *que, não as dotando devidamente, o Estado lhes atribuísse uma* ***missão impossível!****"*

Como se vê, passados 7 anos... continua tudo na mesma!

Tão grande esforço por parte das Faculdades de Medicina só se traduzirá na prática daqui a **6/8 anos**, quando os alunos que então começaram os seus cursos forem já profissionais activos e **competentes**. Até lá, tememos que o Governo continue no seu ímpeto desmesurado de aumentar o número de vagas, sem o consequente aumento da qualidade de ensino, e que caminhemos, como em outros países tão próximos de nós para o **desemprego**. A verificar-se tal situação, não só teremos profissionais altamente graduados e especializados, compreensivelmente **frustrados**, como também estaremos a assistir a um assustador e incompreensível **desperdício** de recursos, sabendo-se o quanto custa formar um médico (cerca de doze mil euros/ano/aluno).

Foram também assinados com todas as faculdades de medicina, **contratos de desenvolvimento**, no valor de 150 milhões de euros. Contudo, e apesar de as faculdades de medicina terem cumprido a sua parte, a verdade é que continuam a funcionar nas mesmas instalações que tinham há 20 anos atrás. Caso venha a ser cumprido, permitirá a construção de **novas infra-estruturas**, que estarão concluídas (na melhor das hipóteses) daqui a 4/5 anos. Lembramos que no ano lectivo de 1997/98 entravam nas faculdades de medicina portuguesas 475 alunos e que, devido a sucessivos aumentos entraram



1050 alunos no corrente ano lectivo (correspondendo a um aumento de 120% em 7 anos). Entretanto, pede-se às Faculdades que aumentem, ainda mais de **imediato**, o seu número de alunos.

Até lá, os alunos terão que assistir a aulas teóricas **de pé**, porque não há lugar para todos, terão aulas práticas com mais de 15 pessoas em salas construídas para 8 e travarão lutas napoleónicas para que possam conquistar o direito de acesso a um microscópio... e tudo isto no ciclo básico.

No ciclo clínico será ainda muito **pior**. Primeiro porque não estão a ser desenvolvidas soluções integradas, quer de **agilização do ensino nos hospitais**, quer da melhoria das próprias **instalações** e **qualidade** de atendimento ao doente. Segundo porque não será **respeitada** a fragilidade do doente colocado perante grupos de 15, ou mais, alunos ávidos por **aprender** e por **executar** as manobras que lhe permitam chegar ao final do curso com algum conhecimento de actos médicos essenciais. Terceiro porque a relação aluno/doente não permitirá as necessárias oportunidades de aprendizagem por cada aluno de modo a adquirir as capacidades técnicas e científicas necessárias à futura prática clínica.

Mas a formação médica não depende só de estruturas físicas, depende também dos recursos humanos existentes. Atente-se na dificuldade em garantir recursos humanos de qualidade, já sentida pelas faculdades. É preciso apostar na formação, em **infra-estruturas** adequadas e um sistema de educação que permita a redistribuição dos alunos por centros hospitalares **afiliados** com qualidade acreditada e com real capacidade de ensino. Deixamos um desafio: como poderão as Faculdades suportar o aumento de vagas, quando se debatem com problemas de **falta de espaço**, de **falta de docentes**, de **falta de financiamento**, de **falta de articulação** com os hospitais e de um **Sistema Nacional de Saúde desadaptado** à realidade da população portuguesa?

A nível de recursos humanos é ainda fácil de perceber as extremas dificuldades com que se deparam as faculdades de medicina, vendo-se obrigadas a recorrer à disponibilidade de docentes voluntários, o que demonstra bem a vulnerabilidade das carreiras docentes. Deverá haver um enquadramento legal (que poderá incluir uma mais fácil acesso à investigação, alguma recompensa financeira e/ou alguns benefícios na progressão da carreira médica) de modo a que estes tenham condições para responder da forma mais adequada às exigências da docência.

A opção a tomar nas Faculdades de Medicina terá obviamente de passar por uma aposta clara e inequívoca na qualidade da formação. As Faculdades de Medicina, enquanto tal, não são apenas centros de ensino. São também, por excelência, centros de investigação e de prestação de serviços à comunidade. São, provavelmente um dos sectores da sociedade civil com maior reconhecimento internacional e com prestígio, conquistado com muito empenho e dedicação de todo o pessoal docente e discente, em condições muito aquém das desejáveis.

Mas também a nível de formação, a estratégia tem sido positiva. Apesar de todos os constrangimentos existentes, de todas as dificuldades sentidas durante a formação médica, de todas as queixas dos utentes, de todas as dificuldades subjectivas de falta de médicos e de todos os impedimentos que impedem os médicos portugueses de trabalhar mais e melhor, as estatísticas oficiais da OMS colocam o Sistema de Saúde Português, quando comparada a qualidade do atendimento com a despesa total na saúde, num muito honroso 13º lugar.

A opção de permitir uma maior abertura de vagas nas faculdades de Medicina irá levar a dois resultados altamente preocupantes: por um lado a que médicos licenciados (inclusivamente nas faculdade públicas e com o dinheiro de todos os contribuintes), não possam ter a formação pós-graduada necessária para a sua qualificação profissional, ou, numa fase posterior ao desemprego médico. Como se sabe, e apesar de todas as semelhanças, a Medicina terá que ser encarada como uma profissão diferente de todas as outras e, por isso mesmo, merecedora de um regime de excepção. A profissão médica, exige aos seus profissionais o respeito absoluto pela dignidade humana, a sublimação do seu doente e o cumprimento rigoroso dos mais elevados princípios éticos. A observação destes princípios exige antes de mais uma boa formação médica, incompatível com a transformação das universidades em fábricas de licenciaturas. Por outro lado, a experiência dos outros países mostra-nos que o excesso de médicos pode fazer perigar a excelência ética e técnica a que nenhuma classe se pode furtar. O desemprego médico é preocupante, não só para a classe médica, mas muito especialmente para a sociedade.

Além do mais, a diminuição da qualidade médica implica um aumento dos custos do SNS (está provado que médicos com menor formação pedem mais exames complementares de diagnóstico, referenciam mais para outros especialistas e receitam muitas vezes tratamentos desnecessários) e, acima de tudo, pior cuidados de saúde para quem deles precisa.

Embora não coloquemos objecções de princípio quanto ao ensino superior privado em Portugal, consideramos necessário garantir critérios de rigor e excelência na elaboração de qualquer novo curso, prin-

AUMENTO DOS NUMERUS CLAUSUS EM MEDICINA

cipalmente numa área tão sensível como a da medicina. A experiência que temos dos outros cursos privados diz-nos que em Portugal não há um controlo eficaz da qualidade do ensino ministrado. Julgamos que este problema, que já é preocupante nos outros cursos, é verdadeiramente vital no que respeita à medicina. Qualquer abertura de novos cursos nesta área deverá ser rigorosamente acompanhada, devendo existir para tal, mecanismos de avaliação e de correcção de eventuais falhas. Só tal garantirá a manutenção da excelência do projecto de forma a assegurar que no futuro não haja médicos a exercer sem as competências necessárias.

No final de década de 70, assistiu-se a um afastamento progressivo e justificado entre os cursos de Medicina e Medicina Dentária. As especificidades próprias de cada uma destas profissões originaram a evoluções curriculares adaptadas para cada uma das realidades, levando a que os currículos das Faculdades de Medicina Dentária (muito diferentes entre si), sejam completamente distintos dos currículos das Faculdades de Medicina. Se até há alguns anos atrás, os currículos dos 3 primeiros anos da licenciatura em Medicina Dentária teriam algumas semelhanças com os currículos das licenciaturas em Medicina, num passado recente (também devido à entrada em cena das faculdades de Medicina Dentária privadas), estas semelhanças são actualmente muito ténues. Desta forma, consideramos imprudente e insensato a anunciada abertura de vagas para Medicina especificamente para alunos da licenciatura de Medicina Dentária, o que só pode traduzir um profundo desconhecimento da realidade do Ensino Superior na Área da Saúde.

Como se tal não fosse suficiente, estas vagas "supranumerárias" teriam direito ao reconhecimento de todas as disciplinas dos 3 primeiros anos como feitas, independentemente do currículo permitir essas equivalências, transitando directamente para o 4º ano da licenciatura. Isto constituiria uma subversão completa de todo o sistema de acesso ao ensino superior, em que as oportunidades negadas a qualquer candidato aos cursos de Medicina seriam dadas aqueles que por qualquer motivo ingressaram num curso de Medicina Dentária. A justificação desta medida pela existência de um suposto excesso de Médicos Dentistas e o aumento exponencial da formação nos últimos anos, além de não ser confirmado pelos dados oficiais da Organização Mundial de Saúde (42,8 dentistas por 100.000 habitantes em Portugal, contra uma média europeia aproximada de 65 dentistas por 100.000 habitantes), justifica um erro com outro erro e tenta reparar o desequilíbrio criado na profissão de Médico Dentista, vindo a criar um novo desequilíbrio, desta vez na profissão médica.

Deixamos aqui o nosso **alerta** para que não se cometam de novo os mesmos erros e terminamos com as palavras do Prof. Ruy Lourenço, reitor da Faculdade de Medicina de New Jersey, que diz que: **"A solução não é formar maus médicos" .**

Se não quiserem ouvir os milhares de alunos de Medicina portugueses, pelo menos tenham a **sensatez** de ouvir quem tem provas dadas e de decidir com base em informações actualizadas e baseadas na realidade das Faculdades de Medicina.

Porto, 10 de Fevereiro de 2004

Pela ANEM

Pedro Lopes (presidente)

[1]Atlas of Health in Europe, WHO 2003, 99-102.
[1]Anuário Sanitário 2000, Direcção Geral de Saúde.
[1]Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde; Relatório preparado para os Ministérios da Educação e da Saúde pelo encarregado de missão, Prof. Doutor Alberto Amaral, Dezembro 2001, 9-23. [1]Plano Nacional de Saúde – Orientações estratégicas 2004-2010 (disponível em www.dgsaude.pt).

PROJECTO DE DIPLOMA SOBRE INTERNATO MÉDICO

DOCUMENTO 16 PARECER DO CONSELHO DIRECTIVO DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA INTERNA

O Conselho Directivo do Colégio de Medicina Interna da Ordem dos Médicos analisou o projecto de diploma sobre Internato Médico que mereceu os seguintes reparos e sugestões:

1. O argumento de que a fusão de internatos permitirá reduzir o hiato temporal entre etapas da formação pós-graduada não tem a importância que lhe é atribuída; no máximo ganham-se 6 meses;
2. Mas reconhece-se que o período total de formação ocupará menos 12 meses;
3. O ano profissionalizante, que tantas virtudes formativas tem permitido, ainda não é uma realidade em todas as escolas médicas portuguesas;
4. As administrações regionais de saúde, nas suas condições actuais de estrutura e dinâmica, não têm capacidade para avaliar as capacidades formativas dos serviços e respectivas idoneidades (preâmbulo, artigos 8º e 12º); essas funções são pertença da Ordem dos Médicos;
5. As atribuições das administrações regionais de saúde consignadas no número 1 do art.º 8 poderão colidir com as que são habitualmente da responsabilidade do D.M.R.S. do Ministério da Saúde;
6. Deverá ficar claramente estabelecido que todos os recém-licenciados, após aprovação no ano profissionalizante da licenciatura, deverão cumprir o "ano comum" (art.º 4.2), sem o qual não será autorizada a prática médica não tutelada de âmbitos público e privado;
7. Do articulado depreende-se que esta autorização não estará dependente da efectivação do exame nacional (art.º 13);
8. Também não se entende se a prova irá ter lugar no trimestre que precede o início do "ano comum" ou no último trimestre da etapa de formação inicial;
9. A designação de "ano comum" (art.º 4.2) é manifestamente infeliz; sugere-se a adopção de "Ano de Prática Comum", de "Ano de Estágio", de "Fase Geral do Internato", ou preferivelmente de "Estágio de Prática Clínica" (a lembrar uma designação antiga, mas plena de oportunidade);
10. O designado "ano comum" é um período importante para a maturação de desempenhos, de progressos cognitivos e de aprendizagem dos aspectos não-técnicos da profissão (problemas no contacto com doentes e familiares, na relação com colegas e outros intervenientes das organizações de saúde, na arte da comunicação, entre outros);
11. Assim sendo os estágios desse período de formação básica deverão efectuar-se em serviços de especialidades ecléticas, onde estejam instituídos programas formais de ensino pós-graduado;
12. Deverá ser evitado o figurino actual do Internato Geral, uma superficial, efémera e inútil passagem dos jovens médicos por serviços de 5 especialidades;
13. Antes se entende que aquele "ano inicial" deverá ser repartido por Medicina Interna (8 meses) e Cirurgia Geral (4 meses);
14. Não se alcançando o sentido da expressão "fase inicial com carácter mais geral" do período de formação específica, admite-se que ela possa corresponder ao tronco comum das disciplinas médicas e cirúrgicas, tal como se encontra em vigor nos países do Norte da Europa, cuja duração varia entre os dois e os três anos;
15. No ponto 5 do mesmo art.º 4 sugere-se que a Medicina Comunitária, uma designação equívoca, seja incluída no ramo médico de diferenciação (b) A Medicina);
16. O número 1 do artigo 17º vem levantar a questão da necessidade e do interesse da dedicação exclusiva (ou residência médica, na terminologia anglo-saxónica) durante a frequência dos internatos; 17. O regime de 42 horas semanais proposto (art. 17º .1) deverá ser remunerado, em qualquer circunstância, pela tabela de quem, nos moldes actuais, exerce em exclusividade de funções;
18. Certamente, pelo que ficou exposto nos pontos 15 e 16, e por outros motivos, o decreto-lei 73/90 (carreiras médicas) deverá ser urgentemente revisto;
19. O suplemento de deslocação de 10% (art.º 22.2) é claramente insuficiente, propondo-se um valor nunca inferior a 30% do índice 100 da escala salarial das carreiras médicas;
20. A ser aprovado, com ou sem modificações, este projecto, o Regulamento do Internato Médico carecerá de reformulação a curto prazo (art.º 23.3);
21. A cumprirem-se as disposições do art.º 30, será introduzida uma desigualdade clara de condições de acesso ao internato entre médicos de 3 cursos adjacentes; será conveniente considerar um período de transição de 2 anos;
22. É inaceitável o fim do "ano comum" previsto para Janeiro de 2007 (art.º 30.7).

O Conselho Directivo, considerando que são urgentes reformulações de todas as etapas do ensino médico, nas fases pré e pós-graduada, entende que este projecto de diploma não é interessante na forma e no conteúdo, não se prevendo que, por si só, constitua um factor de progresso na formação médica. A abertura à implementação de troncos comuns na fase de aprendizagem das especialidades será a ideia mais positiva, ainda que não original.

O Conselho Directivo do Colégio da Especialidade de Medicina Interna manifesta a sua vontade de colaborar no planeamento e implementação deste ou doutro projecto de modificação do internato médico.

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ORTODONTIA ORGANIZADO PELA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DOCUMENTO 17 POSIÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS E ANÁLISE À POSIÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

"Assunto: Curso de Pós Graduação em Ortodontia
Análise da Posição da Ordem dos Médicos Dentistas
Exercício de actividades de Ortodontia

Parecer

Foi presente a este Departamento Jurídico diversa documentação relativa ao assunto em epígrafe, para análise e emissão de parecer.

Tal documentação é constituída, essencialmente, por uma cópia da carta dirigida pelo Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas ao Reitor da Universidade do Porto, acompanhada de parecer emitido pelo Director do Departamento Jurídico da dita Ordem e, bem assim, de ofício da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses.

Seria útil para a economia do presente parecer termos acesso ao programa dos cursos de pós graduação que estão na origem desta questão. No entanto e na falta destes elementos, vamos partir do princípio de que o alegado quanto a esta matéria no parecer da OMD é correcto.

Importa, pois, antes de mais, determinar a situação em concreto, tanto quanto ela transparece dos aludidos elementos.

- A Faculdade de Medicina da Universidade do Porto está a organizar um curso de pós graduação/mestrado em Cirurgia Ortognática e Ortodontia, destinado exclusivamente a médicos;
- A Ordem dos Médicos Dentistas, ao tomar conhecimento dos aludidos cursos, manifestou-se no sentido de que não se trata de um curso, mas antes de dois, já que serão concedidos dois diplomas distintos.
- E, no que concerne ao curso de Ortodontia, a posição da OMD é a de que o acesso à formação na área de especialidade de ortodontia depende da prévia obtenção de diploma certificado ou outro título de Médico Dentista.
- Como fundamento para esta posição é invocado o disposto no art. 2.º da Directiva 78/687/CEE.
- Acrescenta, ainda, que o uso dos títulos de formação não pode ser confundível com os títulos profissionais, pelo que o uso de um diploma de especialização em ortodontia (que, segundo se refere, será concedido a quem conclua a pós graduação) será, violador dos art. 8.º e 17.º da Directiva 78/686/CEE e art. 4.º do D.L. 327/87.
- Termina considerando que, face às ditas ilegalidades, se o curso for efectivamente aprovado, será apresentada queixa à Comissão Europeia.

Apreciemos, agora, se a posição defendida pela OMD tem alguma sustentação.

Para tanto e antes de mais, vejamos o teor dos normativos citados.

O art. 2.º da Directiva 78/687/CEE dispõe que:

1. Os Estados-membros velarão por que a formação que conduz à obtenção de um diploma, certificado ou outro título de ***dentista especialista*** *satisfaça, pelo menos, as seguintes condições:* (Sublinhados nossos.)

a) Pressuponha a realização completa e com êxito de cinco anos de estudos teóricos e práticos a tempo inteiro no âmbito do ciclo de formação previsto no art. 1.º, ou a posse dos documentos referidos no art. 7.º da Directiva 78/686/CEE;
b) Inclua um ensino teórico e prático;
c) Seja efectuada a tempo inteiro durante, pelo menos, três anos e sob o controlo das autoridades ou organismos competentes;
d) Seja efectuada num centro universitário, num centro de saúde, de ensino e de investigação ou, eventualmente, num estabelecimento de saúde reconhecido para o efeito pelas autoridades ou organismos competentes;
e) Inclua a participação pessoal do dentista candidato a especialista na actividade e nas responsabilidades dos serviços em causa.
2. Os Estados-Membros farão depender a concessão de um diploma, certificado ou outro titulo de dentista especialista da posse de um dos diplomas, certificados ou outros títulos de dentista referidos no art. 1.º ou dos documentos referidos no n.º 1 do art. 7.º da Directiva 78/686/CEE. (Sublinhados nossos).
3. Os Estados-Membros designarão, no prazo fixado no art. 8.º, as autoridades ou organismos competentes para a concessão dos diplomas, certificados e outros títulos previstos no n.º 1.
4. Os Estados-Membros podem derrogar ao disposto na alínea a) do n.º 1. Os beneficiários de tal derrogação não podem invocar o art. 4.° da Directiva 78/686/CEE.

Por seu turno, o art. 8.º da Directiva 78/686/CEE dispõe que:

1. Sem prejuízo do disposto no art. 17.º, os Estados-membros de acolhimento velarão por que seja reconhecido aos nacionais dos Estados-Membros que preencham as condições fixadas nos art. 2.º, 4.º, 7.º e 19.º o direito a usarem o respectivo título de formação, desde que não seja idêntico ao título profissional, e, eventualmente, a sua abreviatura, do Estado-Membro de origem ou de proveniência, na língua deste Estado. Os Estados-membros de acolhimento podem exigir que esse titulo seja seguido do nome e local do estabelecimento ou do júri que o concedeu.
2. Quando o título de formação do Estado-membro de origem ou de proveniência puder ser confundido, no Estado-membro de acolhimento, com qualquer título que exija, neste Estado, formação complementar não obtida pelo interessado, o Estado-membro de acolhimento pode exigir que aquele use o respectivo titulo de formação do Estado-membro de origem ou de proveniência em forma adequada, a indicar pelo Estado-membro de acolhimento.

E o art. 17.º da mesma Directiva 78/686 estabelece que:

1. Quando, no Estado-membro de acolhimento, estiver regulamentado o uso do titulo profissional relativo a uma das actividades referidas no art. 1.º, os nacionais dos outros Es-

tados-membros que preencham as condições fixadas no art. 2.º, no n.º 1 do art. 7.º e no art. 19.º, usarão o título profissional do Estado-membro de acolhimento que, neste Estado, corresponda àquelas condições de formação e utilizarão a sua abreviatura.
2. O n.º 1 é igualmente aplicável ao uso do título de dentista especialista pelas pessoas que preencham as condições fixadas, respectivamente, no art. 4.º e no n.º 2 do art. 7.º.

Dos preceitos ora transcritos resulta claro, em nosso entender, que a interpretação efectuada pela OMD é, no mínimo, tendenciosa.

Na verdade, a OMD esquece a existência da Directiva 93/16/CE (consideradas as subsequentes alterações), da qual resulta que há diversas especialidades médicas que se dedicam à prevenção e tratamento das doenças da boca, dentes e estruturas anexas, ou sejam, a estomatologia e a cirurgia maxilo-facial – apenas para referir as duas que existem em Portugal.

Ora, existindo legislação comunitária que prevê o reconhecimento de diplomas, certificados e outros títulos quer de médicos, quer de médicos dentistas, e respectivas especialidades, sendo que existem especialidades médicas que se dedicam ao tratamento da boca, dentes e estruturas anexas, não vemos que se possa concluir que os licenciados em medicina não possam ter acesso a formação na área da ortodontia/ortodôncia.

De resto, se assim fosse, teríamos de concluir pela ilegalidade dos programas de formação do internato complementar de estomatologia e, bem assim, de cirurgia maxilo-facial, na medida em que prevêem a formação na predita área – vide a Port. 238/97, de 04.04 (estomatologia) e a Port. 337/97, de 17.05 (cirurgia maxilo-facial).

Assim, como **primeira conclusão** afirma-se que o acesso a formação na área da ortodontia/ortodôncia não está dependente da obtenção de um diploma de licenciado em medicina dentária.

Questão diversa é o uso do título de "dentista especialista em ortodontia".

Na verdade e como aliás resulta da própria designação do titulo, esta especialidade é própria dos médicos dentistas, em conformidade com o previsto nas Directivas 78/686 e 78/687.

Consequentemente, **a formação adequada para a obtenção do aludido titulo** está restrita aos que possuam a formação de base de dentista, que em Portugal é a licenciatura em Medicina Dentária.

Ou seja, apenas está limitado o acesso à formação para a obtenção do título de dentista especialista em ortodontia, o qual é exclusivo dos médicos dentistas.

Mas tal não significa que apenas estes profissionais possam exercer as técnicas próprias da ortodontia/ortodôncia, pois, como já ficou aflorado supra, quer os estomatologistas, quer os cirurgiões maxilo-faciais têm formação específica e diferenciada nesta mesma área e, por conseguinte, estão especialmente habilitados a praticar os actos respectivos.

Mais: de acordo com o estabelecido na Portaria n.º 765/78, de 23 de Dezembro, a ortodontia é uma actividade que também pode ser praticada por odontologistas – vide n.º 1 do art. 3.º da Lei 4/99, de 27 de Janeiro.

É, pois, absurdo pensar que estamos perante actos próprios e exclusivos dos médicos dentistas e uma tal interpretação não tem qualquer apoio na legislação vigente, quer de nível comunitário, quer de âmbito nacional.

Nesta medida e como **segunda conclusão**, afirma-se que a actividade na área da ortodontia pode ser exercida por médicos, médicos dentistas e, bem assim, por odontologistas.

No que respeita ao diploma que será emitido pela Faculdade de Medicina do Porto aos médicos que frequentem a pós graduação em Ortodontia. reconhece-se, contudo, que se a sua designação é a de "especialização em Ortodontia", a mesma é confundível com o titulo de dentista especialista em ortodontia cuja utilização apenas pode ser feita por médicos dentistas.

Deste modo, aconselha-se a que de tal diploma não conste qualquer referência a "especialização" ou expressão semelhante.

Assim e em conclusão:

- **As Directivas comunitárias sectoriais, destinadas a facilitar o exercício efectivo do direito de estabelecimento e da livre prestação de serviços, são, no que ao caso interessa, a Directiva 93/16/CE, relativa aos títulos de médico e de médico especialista e as Directivas 78/686/CEE e 78/687/CEE, relativas aos títulos de dentista e de dentista especialista;**
- **Ora, as Directivas relativas à actividade de dentista não restringem as actividades próprias do tratamento da boca, dentes e estruturas anexas a estes profissionais, mas apenas e tão só o uso dos respectivos títulos de dentista especialista;**
- **Na verdade, da Directiva 93/16/CE (considerando as alterações posteriores, inclusive da Directiva 2001/19) resulta a existência de especialidades médicas que se dedicam à mesma área de actividade, embora com títulos distintos e, bem assim, formação também diversa.**
- **Do exposto resulta que a legislação comunitária invocada pela OMD não pode ser interpretada no sentido de que a formação na área da ortodontia é restrita aos médicos dentistas.**
- **Aquilo que se retira dos normativos invocados é que o acesso à formação que conduz à obtenção do titulo de dentista especialista em ortodontia está condicionado à prévia obtenção do título de médico dentista.**
- **Ou seja, qualquer outra formação, de nível académico ou de outro âmbito, em ortodontia pode ser acedida por médicos ou até por odontologistas.**
- **E tanto assim é que os programas de formação do internato complementar de estomatologia e de cirurgia maxilo-facial prevêem, especificamente, a formação na dita área.**
- **Do exposto resulta que nada obsta a que a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto organize e ponha em funcionamento um curso de pós graduação ou de mestrado em ortodontia, cujo acesso seja restrito a médicos.**
- **Todavia, o diploma que for emitido a quem conclua com aproveitamento o aludido curso não deve mencionar que se trata de um curso de «especialização» em ortodontia, pois tal diploma poderá ser confundido com o título de dentista especialista próprio dos médicos dentistas."**

REALIZAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS POR VIA TELEFÓNICA

DOCUMENTO 18 (05-01-04)

ESCLARECIMENTO ENVIADO AOS MÉDICOS RELATIVAMENTE ÀS SUAS IMPLICAÇÕES DEONTOLÓGICAS, DISCIPLINARES E PENAIS

ASSUNTO: CONSULTAS MÉDICAS POR VIA TELEFÓNICA

Ex.mo(a) Colega:

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos tem vindo a receber informações díspares, mais ou menos fundamentadas, da existência de actividades promocionais, mais ou menos organizadas, de várias entidades, com vista ao aliciamento de médicos para a realização de consultas por via telefónica. Aquelas actividades promocionais poderão estar a ser fundamentadas em alguns protocolos (de duvidosa legalidade) e a angariação de médicos para tais práticas pode revestir-se quer da oferta de créditos em dinheiro através de chamadas de valor acrescentado, quer através de créditos em chamadas telefónicas, quer ainda através da oferta de telemóveis mediante a celebração de contratos de permanência para a sua utilização.

Sem prejuízo das conclusões que vierem a constar dos pareceres já solicitados à Procuradoria-geral da República e à Direcção Geral das Contribuições e Impostos, o CRN da Ordem dos Médicos leva ao seu conhecimento que:

1 – O Conselho Nacional Executivo aprovou, em 13 de Março de 2001, uma deliberação referente a "Aconselhamento Telefónico" cujo aspecto essencial se transcreve: "**Assim, uma opinião expressa pelo telefone a propósito de uma descrição de sintomas feita pelo próprio doente ou por quem o representa, sem prévia observação do doente, não corresponde a um acto médico e como tal não envolve responsabilidade civil ou criminal do médico**".

2 – No mesmo sentido, deliberou o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médico, em 30 de Setembro de 2003, atendendo a um parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas que: "**o aconselhamento médico por chamadas telefónicas não pode ser considerado um acto médico e, portanto, não é susceptível de qualquer tipo de cobrança**".

3 – Por outro lado, estabelece o número artigo 9º do Decreto-Lei 100/94, de 19 de Abril, com a redacção introduzida pelo Decreto-Lei 48/99, de 16 de Fevereiro, que "**é proibido, ao titular da autorização no mercado, bem como à empresa responsável pela promoção do medicamento, dar ou prometer, directa ou indirectamente, a pessoas habilitadas a prescrever ou a dispensar medicamentos, prémios, ofertas, benefícios pecuniários ou em espécie, excepto quando se trate de objectos relacionados com a prática da medicina ou da farmácia e de valor intrínseco insignificante**", bem como que: "**é proibido às pessoas habilitadas a prescrever e a dispensar medicamentos pedir ou aceitar, directa ou indirectamente, prémios, ofertas, benefícios pecuniários ou em espécie, por parte do titular da autorização no mercado e da empresa responsável pela promoção do medicamento, ainda que os mesmos sejam recebidos no estrangeiro ou ao abrigo de legislação estrangeira**".

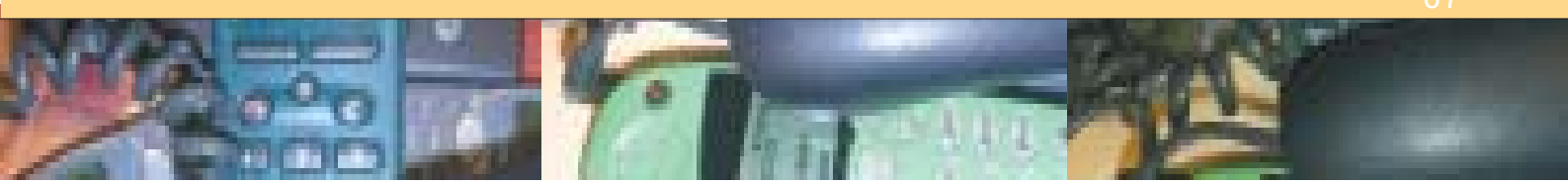
4 – Acresce ainda que, nos termos do Protocolo celebrado entre a Ordem dos Médicos e a APIFARMA (Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica), publicado na Revista da Ordem dos Médicos de 22 de Julho de 2002, **se entende por valor intrínseco insignificante, o valor de 35 Euros**.

5 – Neste contexto, e à luz da conjunção dos princípios deontológicos e legais atrás enunciados, alertam-se os médicos para as consequências disciplinares e penais que a violação daqueles princípios poderá acarretar aos infractores.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Regional

(Dr. Miguel Leão)



DOCUMENTO 19

INFORMAÇÃO DO MINISTÉRIO DAS FINANÇAS RELATIVAMENTE ÀS IMPLICAÇÕES FISCAIS DA ADESÃO DOS MÉDICOS A UM CONTRATO DE NÚMERO TELEMÓVEL PROFISSIONAL COM A EMPRESA NET SAÚDE – OFICIO DIRIGIDO AOS MÉDICOS INSCRITOS NA SRNOM

Ex.mo(a) Colega:

Em 11 de Junho de 2003 o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos solicitou ao Ex.mo Senhor Director Geral dos Impostos um parecer vinculativo destinado a caracterizar as implicações fiscais da adesão dos médicos a um contrato de número de telemóvel profissional com a Empresa Netsaúde.

Após uma diligência formal realizada em Dezembro junto de Sua Excelência a Senhora Ministra de Estado e das Finanças foi recebida da Direcção de Serviços do Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Singulares a resposta que a seguir se transcreve e cujos aspectos essenciais se encontram sublinhados.

«ASSUNTO: Enquadramento do serviço netmédico.

Em resposta ao pedido de informação apresentado por V. Exa. e em conformidade com o despacho do Sr. Director-Geral, exarado em 04/02/11, na informação n.º 106/04, tenho a honra de informar que:

1. Tendo por base os pressupostos que a seguir se indicam

- *O serviço netmédico visa a prestação de serviços aos médicos, a disponibilização de um número de contacto preferencial para atendimento dos pacientes e a disponibilização de informação de natureza médica.*
- *Os médicos ao aderirem ao contrato netmédico celebrado com a empresa Netsaúde passam a dispor de uma linha preferencial no operador Vodafone à qual é atribuído um número profissional.*
- *Por cada chamada feita para o número profissional do médico (que só serve para receber chamadas), é pago pelos doentes um custo de cerca de Euro 0,60/minuto, recebendo o médico um crédito de Euro 0,12, por igual período de tempo, atribuído pela Vodafone.*
- *Os créditos atribuídos aos médicos servem para compensar a factura Vodafone relativa às chamadas efectuadas pelo número pessoal do médico. Subsistindo crédito a favor do médico após a referida compensação, a Netsaúde processá-lo-á a favor do médico.*
- *O pagamento (atribuição do crédito) ao médico é feito pela Vodafone e é função do número e duração das chamadas feitas para o número de telefone profissional atribuído pela Vodafone (só em caso de excesso o pagamento é feito pela Netsaúde).*

2. O pagamento de Euro 0,12/minuto aos médicos não constitui retribuição de um serviço médico mas sim a retribuição pela angariação de chamadas para a rede Vodafone para números cujo custo de chamada é superior ao normal (cerca de Euro 0,60/minuto).

3. Nesta medida, aquela retribuição aos médicos assume a natureza de uma comissão, sujeita a IRS pela categoria B (rendimentos empresariais e profissionais) e a retenção na fonte de acordo com as regras estabelecidas para este tipo de rendimentos, a efectuar no momento do respectivo pagamento ou colocação à disposição.

4. De todas as importâncias recebidas é obrigatório dar quitação, nos termos do art.º 787º do Código Civil.

5. No caso concreto, porque se trata de um serviço de telecomunicações, para as pessoas que telefonam para o número profissional, a quitação é dada pela factura/aviso de pagamento emitida pela operadora telefónica e correspondente recibo de pagamento ou talão processado pelas caixas multibanco.

6. Relativamente às importâncias creditadas/pagas aos médicos pelas chamadas que foram efectuadas para os respectivos números, deve das mesmas ser dada quitação pelos médicos à operadora ou à Netsaúde, conforme estas sejam pagas por uma ou por outra entidade, em conformidade com o previsto no art.º 115.º do Código do IRS.

7. O custo da chamada efectuada pelo doente para o número profissional da rede Vodafone não constitui despesa de saúde, tal como o não é o custo das chamadas que qualquer doente faça para o consultório ou domicílio do seu médico.

Com os melhores cumprimentos
A Directora de Serviços,
(Irene Antunes Abreu)»

Assim, o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

atenta a informação anterior relativamente à realização de consultas médicas por via telefónica e a que agora se acrescenta, vem alertar todos os Colegas para os seguintes aspectos essenciais desta questão:

a) Nos termos da deliberação do Conselho Nacional Executivo, fundamentada no parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas, o aconselhamento médico por chamadas telefónicas não pode ser considerado um acto médico e, portanto, não é susceptível de cobrança.

b) Conforma consta da informação da Direcção Geral dos Impostos o pagamento de Euro 0,12/minuto aos médicos não constitui retribuição de um serviço médico mas sim a retribuição pela angariação de chamadas para a rede Vodafone para números cujo custo de chamada é superior ao normal (cerca de Euro 0,60/minuto).

c) Reduzida a relação contratual entre qualquer médico e a empresa Netsaúde a uma função de angariação de chamadas para uma rede telefónica e sendo os créditos/rendimentos obtidos por aquela angariação de chamadas sujeitos a IRS pela categoria B (rendimentos empresariais e profissionais) é vedada aos médicos em dedicação exclusiva aquela angariação. Nestes termos os médicos que violem esta norma legal incorrem em responsabilidade disciplinar perante o Ministério da Saúde.

d) Tendo o conta o expresso nos pontos 3, 4, 5 e 6 da informação da Direcção Geral dos Impostos deverão os médicos eventualmente aderentes àquele contrato cumprir escrupulosamente aquelas determinações visto que se o não fizerem estarão a incorrer em crime de evasão fiscal.

e) O cumprimento por parte dos médicos das suas obrigações fiscais, para além de ser um dever cívico, impedirá que junto da opinião pública se possam gerar especulações inadequadas e injustas quanto a alegadas evasões fiscais.

DISPENSA DE MEDICAMENTOS EM FARMÁCIAS DE OFICINA E REGIMES DE COMPARTICIPAÇÃO

DOCUMENTO 20 POSIÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS

1 – Princípios gerais relativos à prescrição, comparticipação e dispensa de medicamentos

O Despacho 21930/2003 visa modificar as condições de prescrição e de dispensa de medicamentos até agora prescritos e dispensados no âmbito hospitalar ou com comparticipação diferenciada, conforme o local de prescrição.

Sem prejuízo de uma análise mais profunda, dependente de consulta sistemática aos seus órgãos técnico-científicos, entende a Ordem dos Médicos que a melhoria de acesso dos doentes a esses medicamentos bem como a uniformização das respectivas comparticipações, são iniciativas louváveis mas que devem obedecer aos seguintes princípios fundamentais:

a) a melhoria do acesso na dispensa de medicamentos pressupõe uma prévia melhoria do acesso ao nível da prescrição médica;
b) o alargamento da dispensa de medicamentos às farmácias de oficina não pode por em causa a farmacovigilância, a monitorização e a avaliação da eficácia terapêutica realizadas pelos médicos assistentes dos doentes nem criar condições para falências terapêuticas;
c) o alargamento da dispensa de certos medicamentos às farmácias de oficina não pode por em causa a saúde pública através da amplificação ou da criação de resistências a agentes bacterianos ou virais ou até a utilização indevidamente generalizada de medicamentos com indicações terapêuticas particularmente específicas;
d) a melhoria de acesso ao nível da prescrição impõe que os medicamentos em análise possam ser prescritos, pelos médicos habilitados ao exercício profissional autónomo;
e) a comparticipação dos medicamentos agora em análise deve ser uniforme, garantindo a universalidade e a equidade das fórmulas de tratamento dos doentes, o que significa que aquela não pode estar condicionada à qualificação profissional do médico prescritor, ao local da prescrição ou ao local da dispensa;
f) o alargamento da dispensa de alguns medicamentos às farmácias de oficina não pode acarretar qualquer aumento de encargos para os doentes consumidores.

2 – Medicamentos considerados como de dispensa exclusiva em farmácias hospitalares

Verificados os pressupostos atrás enunciados e considerando como referência a listagem de patologias e especialidades farmacêuticas anexas à documentação fornecida na reunião do passado dia 16 de Janeiro, **a Ordem dos Médicos considera que as seguintes especialidades farmacêuticas devem ser exclusivamente dispensadas nas farmácias hospitalares:**

– *Darbepoetina alfa, Epoetina alfa, Epoetina beta e ferro para administração intravenosa (medicamentos utilizados no tratamento de insuficientes renais crónicos e transplantados renais).*
– *Zidovudina, Didanosina, Zalcitabina, Medicamentos incluídos no Anexo ao Despacho 280/96 de 6/9 (medicamentos utilizados no tratamento de indivíduos infectados pelo VIH).*
– *Betaferon, Avonex, Rebif, Copaxone (medicamentos utilizados no tratamento da esclerose múltipla).*
– *Felbamato (medicamento utilizado no tratamento do síndroma de Lennox-Gastaut).*
– *Micofenolato de mofetil (medicamento utilizado na profilaxia da rejeição aguda do transplante renal e do transplante cardíaco alogénico).*
– *Ribavirina e Peginterferão (medicamentos utilizados em doentes com Hepatite C).*
– *Anti-hemofílicos, antineoplásicos, tuberculoestáticos e anti-lepróticos.*

3 – Medicamentos considerados como dispensáveis em farmácias de oficina

Verificados os pressupostos atrás enunciados e considerando como referência a listagem de patologias e especialidades farmacêuticas anexas à documentação fornecida na reunião do passado dia 16 de Janeiro, **a Ordem dos Médicos considera que as seguintes especialidades farmacêuticas poderão ser também dispensadas nas farmácias de oficina:**

– *Medicamentos necessários ao tratamento de doentes com fibrose quística.*
NOTA: MEDICAMENTOS JÁ DISPENSADOS EM FARMÁCIAS DE OFICINA MAS COM COMPARTICIPAÇÃO ESPECIAL SE DISPENSADOS EM FARMÁCIAS HOSPITALARES.

– *Medicamentos constantes do Anexo ao Despacho 3/91 de 8/2, do Despacho 11619/2003 de 22/5 e do Anexo II da Portaria 743/93 de 16/8 (medicamentos utilizados no tratamento de insuficientes renais crónicos e transplantados renais).*
NOTA: MEDICAMENTOS JÁ DISPENSADOS EM FARMÁCIAS DE OFICINA MAS COM COMPARTICIPAÇÃO ESPECIAL SE DISPENSADOS EM FARMÁCIAS HOSPITALARES.

– *Genotropin, Humanotrope, Salzen, Norditropin, Nutropinaq, Zomacton (hormonas de crescimento utilizadas em doentes com deficiência de hormona de crescimento e no síndroma de Turner).*
– *Riluzol (medicamento utilizado no tratamento da esclerose lateral amiotrófica).*
– *Medicação antiespástica, antidepresssiva, indutora do sono e vitamínica (medicamentos utilizados em doentes com paraplegias espásticas familiares e ataxias cerebelosas hereditárias).*
NOTA: MEDICAMENTOS JÁ DISPENSADOS EM FARMÁCIAS DE OFICINA MAS COM COMPARTICIPAÇÃO ESPECIAL SE DISPENSADOS EM FARMÁCIAS HOSPITALARES.

– *Sandostatina, Sandostatina Lar e Somatulina LP (medicamentos utilizados em doentes acromegálicos).*
– *Hormonas hipofisárias do crescimento.*
NOTA: MEDICAMENTOS JÁ DISPENSADOS EM FARMÁCIAS DE OFICINA MAS COM COMPARTICIPAÇÃO ESPECIAL SE DISPENSADOS EM FARMÁCIAS HOSPITALARES.

NOVOS BENEFÍCIOS SOCIAIS ACORDADOS COM A SRNOM

A SRNOM TEM VINDO A ACORDAR COM DIVERSAS EMPRESAS DESCONTOS NOS SEUS PRODUTOS E SERVIÇOS. NA SEQUÊNCIA DAS LISTAS QUE TÊM VINDO A SER PUBLICADAS (VER NÚMEROS ANTERIORES DESTA REVISTA), SEGUE UMA LISTAGEM DE NOVAS EMPRESAS ADERENTES, COM OS RESPECTIVOS CONTACTOS E TAXAS DE DESCONTO ACORDADAS.

ARTIGOS PARA DESPORTO

CASA MAGRIÇO
Rua Stº. Ildefonso, 3844 . 200-466 Porto
Prç. da Batalha, 104 . 4000-101 Porto
(Tel: 22 5194180 | Fax: 22 5194189)
c.magriço@mail.telepac.pt
Desc. 5% em todos os artigos.

CABELEIREIROS

JORGE LIMA-CABELEIREIROS
Prç. da Batalha, 137 – 1º
(Tel: 22 2008685)
R. Gonçalo Cristóvão, 124
(Tel: 22 2000533)
R. Luis Veiga Leitão, Lj 201-5º Piso
(Tel: 22 6064488)
Pr. de Liège, 98 – Foz do Douro
(Tel: 22 6107117)
Desc. 20% em todas as lojas.

LUZIA SILVA, LDA.
R. Campo Alegre, 1236, Edf. Botânico
4150-174 Porto
(Tel: 22 6090153)
Desc. 20%

MANUEL CARDOSO, Cabeleireiro
Rua Formosa, 337 – 1º 4000-252 Porto
(Tel: 22 2051713)
Desc. 15%.

OFICINAS AUTO

AUTO ARCA D'ÁGUA, Automóveis, Lda.
Prç 9 de Abril, 7/19 . 4200-422 Porto
Tel: 22 8317170 | Fax: 22 8301070
www.autoarcadagua.pa-net.pt
Desc. em vários serviços entre 10% e 30%.

HOTEIS

RESIDENCIAL DOS LOIOS
R. Dr. António C. Ferreira, 2 . 4520-214 Sta. Maria da Feira
Tel: 256 379570 | Fax: 256 379579
residencial_loios@hotmail.com
Desc. 10% (semana) ou 15% (fins de semana).

CASA DA EIRA
Turismo no Espaço Rural
Tel: 251 921905 | Fax: 251 921904
mail@casaeira.net
Desc. 20%.

HOTEL TURISMO DE BRAGA****
Praceta João XXI . 4715-036 Braga
Tel: 253 206000
www.hotelturismobraga.com
Desc. 15%.

HOTEL CARANDÁ***
Av. da Liberdade, 96 . 4715-037 Braga
Tel: 253 614500 | www.hotelcaranda.com
Desc. 15%.

ESTALAGEM DO BRAZÃO
Av. Dr. João Canavarro . 4480-668 Vila de Conde
Tel: 252 642016 | Fax: 252 642028
Desc. 15%.

QUINTA DOS RIBEIROS
6050-048 Alpalhão
Tel: 245 745100 | Fax: 245 745103
Desc. 20%.

SANAhotels:

SANA CLASSIC REX HOTEL***
(ao Parque Eduardo VII)
Rua Castilho, Lisboa
Tel: 21 3882161 | Fax: 21 3887581
Desc. 20%.

SANA CLASSIC EXECUTIVE HOTEL***
(ao Museu Calouste Gulbenkian)
Av. Conde Valbom, Lisboa
Tel: 21 7951157 | Fax: 21 7951166
Desc. 20%.

SANA CLASSIC CAPITOL HOTEL***
(à Prç. Marquês de Pombal)
Rua Eça de Queiróz, Lisboa
Tel: 21 3536811 | Fax: 21 3526165
Desc. 20%.

SANA CLASSIC RENO HOTEL***
(ao Museu Calouste Gulbenkian)
Av. Duque D'Ávila, Lisboa
Tel: 21 3135000 | Fax: 21 3135001
Desc. 20%.

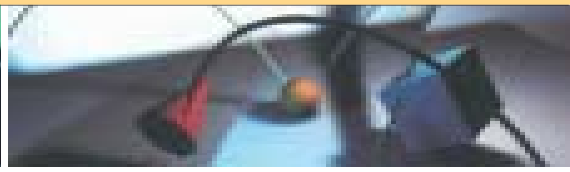
SANA CLASSIC PARIS HOTEL***
(ao Casino do Estoril) Av. Marginal, Estoril
Tel: 21 4670322 | Fax: 21 4671171
Desc. 10%.

SANA PARK SESIMBRA HOTEL****
(frente ao Mar) Av. 25 de Abril, Sesimbra
Tel: 21 2289000 | Fax: 21 2289001
Desc. 10%.

SANA PARK METROPOLITAN HOTEL****
(ao Hosp. Sta. Maria)
Rua Soeiro Pereira Gomes, Lisboa
Tel: 21 7982500 | Fax: 21 7950864
Desc. 20%.

SANA PARK MALHOA HOTEL****
(à Praça de Espanha) Av. José Malhoa, Lisboa
Tel: 21 3827270 | Fax: 21 3827275
Desc. 20%.

SANA PARK LISBOA HOTEL****
(no Centro da Cidade)
Av. Fontes Pereira de Melo, Lisboa
Tel: 21 3827270 | Fax: 21 3827275
Desc. 20%.



IV REUNIÃO INTERNACIONAL DE ACTUALIZAÇÃO EM CIRURGIA DO ESÓFAGO E DO ESTÔMAGO

3 e 4 de Maio de 2004

Alf ndega do P orto
Organiza o: Serviço de Cirurgia B do Hospital de S. João/Faculdade de Medicina do Porto
Director: Prof. Doutor Cardoso Oliveira

Programa (resumo):

- Desenvolvimentos mais recentes da investigação científica em Oncobiologia e em Genética e os avanços nas Técnicas de Diagnóstico e na Terapêutica da patologia do esófago, da junção esófago-gástrica e do estômago.
- Cuidados de enfermagem nos doentes cirúrgicos: "A pessoa e a doença maligna esófago-gástrica".
- Exposição dedicada ao contributo da imagem na transmissão da técnica cirúrgica (Prof. Amélia Ferraz, do Museu de História de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto).
- (após a Reunião) Curso Prático de Cirurgia Experimental, presidido pelo Prof. Carlos Ballesta López, em que serão abordadas diversas técnicas de plastia do esófago e do estômago por laparoscopia.

Secret rio -Geral: Prof. Doutor Amadeu Pimenta
Serviço de Cirurgia B, Hospital de S. João / Faculdade de Medicina do Porto
http://cirurgia-b.med.up.pt
Secretariado: The House of Events
Rua Engº Frederico Ulrich, 2650
4470-605 Moreira da Maia
Tel.: 22 940 82 84 **Fax**: 22 940 82 82
e-mail: *info@the.pt*

1º SIMPÓSIO DA UNIDADE DE NEUROFISIOLOGIA DO HOSPITAL DE S. JOÃO

MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA NOS CUIDADOS INTENSIVOS E BLOCO OPERATÓRIO

15 de Maio de 2004

Casa do M dico — Porto
Organiza o: Unidade de Neurofisiologia – Hospital de S. João (Coordenadora: Dra. Georgina de Sousa)

Programa (resumo):

- Monitorização EEG nas UCIs e Serviço de Urgência
- Monitorização EEG-Poligráfica nas UCIs Neonatais
- Monitorização Neurofisiológica no Bloco Operatório
- Monitorização Neurofisiológica na Cirurgia Raquidiana
- Novas Técnicas de Imagem Anatómica e Funcional integradas com Monitorização Neurofisiológica no Bloco Operatório

Secret rio: José Augusto Mendes Ribeiro
Unidade de Neurofisiologia
Hospital de S. João
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4202-451 Porto
Telefone: 225512172
e-mail:
amendesribeiro@hsjoao.min-saude.pt
site:
www.consultorio.info/simposio

CURSO DE SEGURANÇA E GESTÃO EM RESÍDUOS DE LABORATÓRIO

Local de realiza o:
Ordem dos Médicos - Porto
Destinat rios:
Médicos

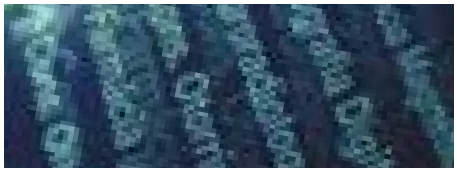
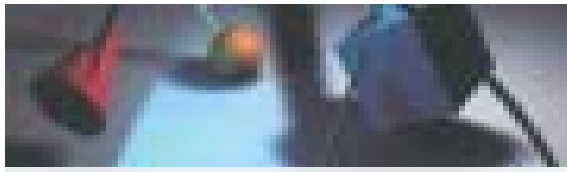
Curso aconselhado pelo Colégio de Patologia Clínica

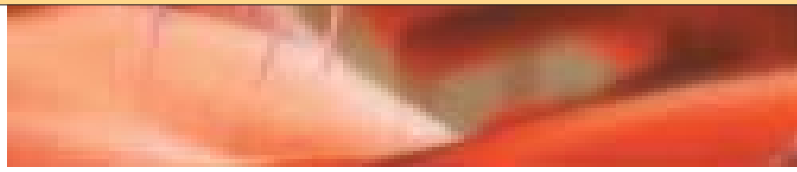
N... de formandos: 12
Dura o: 21 horas
21 de Maio das 16h às 21h;
22 de Maio das 9h às 14h;
28 de Maio das 15h às 21h;
29 de Maio das 9h às 14h

PROGRAMA (resumo):

- Enquadramento legislativo
- Conceitos fundamentais sobre Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SHST)
- Riscos associados aos Laboratórios
- Implementação das Boas Práticas de Laboratório
- Acidentes laboratoriais e processos gerais de descontaminação
- Prevenção de acidentes laboratoriais. Medidas correctivas

Departamento Forma o:
Ordem dos M dicos
Av. Almirante Gago Coutinho, nº 151
1749-084 Lisboa
Tel.: 218427100
Fax 218427101



JORNADAS DE MEDICINA INTENSIVA DA PRIMAVERA 2004
DA EVIDÊNCIA À EXPERIÊNCIA

20 e 21 de Maio

Seminário do Vilar — Porto
Organização: UCIP do HGSA

Secretariado Administrativo: Acrópole · Rua de Gondarém, 956 - r/c · 4150-375 Porto
Tel: 226199680 | Fax: 226199683 · geral@acropole-servicos.pt
Contacto na UCIP do HGSA: Nazaré Leite
Hospital Sto. António · Largo Prof. Abel Salazar· 4099-001 Porto
Tel: 222 077 500 | Fax: 222 009 483 · ucip@hgsa.min-saude.pt

PROGRAMA (grandes temas):

- Da Evidência à Experiência
- Das recomendações à prática - Um desafio às Administrações
- O estado da arte – Infecções graves
- O estado da arte – Trombólise e anti-coagulação
- O estado da arte – Controlo metabólico no doente crítico
- Prevenção em cuidados intensivos – Meta-análise na prática clínica
- Qualidade de Vida após cuidados intensivos
- Recursos e Qualidade em cuidados intensivos

As Jornadas serão precedidas (dias 18 e 19 de Maio, também no Seminário do Vilar) de cinco cursos delineados em colaboração com a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos (ESICM) e baseados no seu modelo de formação conhecido pelo nome de PACT (Patient-Centred Acute Core Training), tendo por temas:

– "TCE no palitraumatizado". Directora Dra. Ernestina Gomes
– "Sépsis e infecção grave". Director Dr. José Artur Paiva
– "Insuficiência respiratória e princípios da ventilação mecânica". Directora Dra. Irene Aragão
– "Sedação no doente crítico". Directora Dra. Elizabete Neutel
– "Nutrição no doente crítico". Director Dr. Paulo Martins

2º CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ACUPUNCTURA

Instituto de Ci ncias Biom dicas de Abel Salazar
Universidade do Porto

Sociedade Portuguesa de Acupunctura
Faculdade de Medicina - Universidade de Santiago de Compostela
Director: Dr. Jorge Gonçalves (UP)
Coordenador Cient fico: Dr. Fernando Salgado (USC)
Docentes (10): Médicos licenciados pelas Universidades do Porto, Coimbra, Lisboa, Santiago de Compostela, Barcelona, Saragoça, Pekin e Nanjing.

Destinat rios: Licenciados em Medicina inscritos na OM
Candidaturas: 3 de Maio a 14 de Junho
Selec o de candidatos: 15 a 20 de Junho
Inscri es: 21 de Junho a 10 de Setembro
Propina: 2.400 Euros
N.... de vagas25
Dura o: 300 horas (teóricas e práticas)
Calend rio: início em 8 de Outubro
Hor rios: sextas-feiras, sábados e domingos
Local: ICBAS - Pós graduações

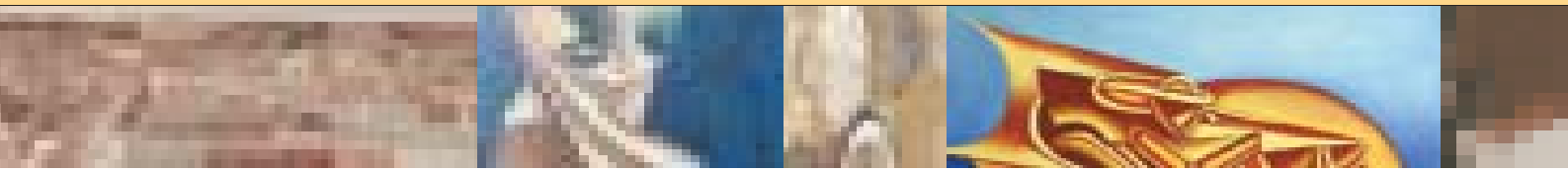
O programa do Curso baseia-se no modelo aprovado pela Ordem dos Médicos para acesso à competência em Acupunctura.
Informa es e Inscri es:
Secretaria de Alunos do ICBAS
Largo Abel Salazar, 2
4099-003 Porto
Tel.: 222062211
Fax: 222062232

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS

ACONTECEU...

Reuniões científicas

- 8 a 10 e 22 a 24 Jan – Reunião do Instituto de Nefrologia – 1º Curso de Pós-Graduação em Terapêuticas de Suporte Renal.
- 13 Jan – Reunião Científica da Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular da Universidade do Porto.
- 17 Jan – Jornadas de Medicina Intensiva da Primavera – H.S.A.
- 17 Jan – Jornadas de Medicina Subaquática – Federação Portuguesa de Actividades Subaquáticas.
- 20 Jan – Reuniões Científicas da Unidade de Investigação da Faculdade de Medicina do Porto.
- 31 Jan – Jornadas de Ortopedia da Criança do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.
- 6 Fev – Simpósio sobre Riscos Profissionais [Organização do CRNOM].
- 6 e 7 Fev – Reunião do Instituto de Nefrologia – 1º Curso de Pós-Graduação em Terapêuticas de Suporte Renal.
- 10 Fev – Reunião Científica da Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular da Universidade do Porto.
- 14 Fev – Congresso de Radiologia [Instituto de Radiologia Dr. Pinto Leite].
- 3 a 5 Mar – Jornadas de Ciências Dentárias do Norte.
- 3 a 6, 12 e 13 a 26 e 27 Mar – Curso Master In Business Strategy II 2004.
- 4 a 6 Mar – Reunião do Instituto de Nefrologia – 1º Curso de Pós-Graduação em Terapêuticas de Suporte Renal.
- 4 Mar – 1ª Reunião de Cirurgia Refractiva.
- 9 Mar – Reunião Científica da Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular da Universidade do Porto.
- 12 Mar – Palestra: "Sexualidade – Projecto de Vida".
- 13 e 14 Mar – Reunião do Grupo de Trabalho da Doença Inflamatória do Intestino - ESPGHAN.
- 20 Mar – Reunião do Grupo de Fotobiologia da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venerologia.
- 26 Mar – Reunião Inter-Hospitalar do Norte | Pediatria.
- 27 Mar – Assembleia Geral do Colégio de Medicina Geral e Familiar.
- 27 Mar – Reunião da Associação Portuguesa do Doente com Imuno-Deficiência Primária.



Reuniões organizadas pelo CRNOM

- 8 a 10 e 29 a 31 Jan – Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”. [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN].
- 30 Jan – Reunião para Médicos do Internato Complementar. Organização da FNAM,SIM, SMN e SRNOM.
- 19 a 21 Fev – Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”. [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN].
- 06 Mar – Seminário de Integração Profissional para Internos Gerais.
- 11 a 13 Mar – Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”. [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN].
- 19, 20, 26 e 27 Mar – Curso de Formação para Orientadores dos Internatos Médicos [Dep. de Formação da O.M., S.R.S/S.R.N].

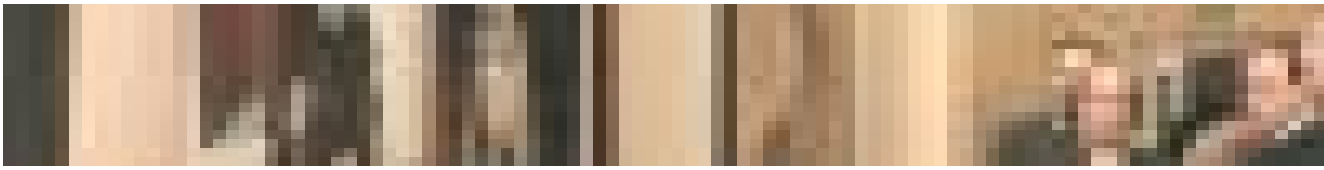
Actividades de cultura e lazer

CONCERTOS

- 10 Jan – Concerto de Natal pelo Grupo de Bandolins de Esmoriz – Faculdade de Medicina do Porto.
- 21 Mar – MaiOrff [Audição-Instrumentos/Iniciação].

EXPOSIÇÕES DE PINTURA

- 1 a 31 Jan – Miguel Louro.
- 5 a 31 Jan – Olga Fiadeiro.
- 5 a 28 Fev – Mário Rocha.
- 1 a 31 Mar – Domingos Rodrigo Valente.



VAI ACONTECER...

Reuniões científicas

- 1 a 3 Abr – 5º Simpósio da Fundação Bial.
- 13 Abr – Reunião Científica da Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular da Universidade do Porto.
- 2 e 3, 16 e 17, 23 e 24 Abr – Curso Master In Business Strategy II 2004.
- 24 Abr – Congresso Ressonância Magnética Fetal.
- 30 Abr – Colóquio da Associação Portuguesa de Deficientes.
- 6 a 8 Mai – Reunião do Instituto de Nefrologia – 1º Curso de Pós-Graduação em Terapêuticas de Suporte Renal.
- 7 e 8, 14 e 15, 21 e 22, 28 e 29 Mai – Curso Master In Business Strategy II 2004.
- 7 e 8 Mai – XIX Jornadas de Ortopedia [H.S.J].
- 11 Mai – Reunião Científica da Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular da Universidade do Porto.
- 15 Mai – Simpósio sobre Monitorização Neurofisiológica nos Cuidados Intensivos e Bloco Operatório.
- 28 Mai – Reunião Inter-Hospitalar do Norte | Pediatria.
- 08 Jun – Reunião Científica da Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular da Universidade do Porto.
- 4 e 5, 18 e 19 Jun – Curso Master In Business Strategy II 2004.

Reuniões Organizadas pela SRNOM

- 1 a 3, 22 a 24 Abr – Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos” [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN].
- 2 e 3, 16 e 17, 23 e 24 Abr – Curso de Formação para Orientadores dos Internatos Médicos. [Dep. de Formação da O.M. S.R.S/S.R.N].
- 13 a 15 Mai – Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos” [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN].
- 21 Mai – Encontro Nacional de Médicos da Carreira de Medicina Geral e Familiar [SIN/SRNOM].
- 21 e 22, 28 e 29 Mai – Curso de Segurança e Gestão em Resíduos de Laboratórios [Dep. de Formação da O.M. S.R.S/S.R.N].
- 18 Jun – Dia do Médico.
- 24 a 26 Jun – Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos” [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN].
- 8 Jun – Sessão de Inauguração da Exposição ArtMédica.

Actividades de cultura e lazer

- 30 Abr – Baile de Gala da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, integrado na Queima das Fitas.
- 05 Jun – Espaço T - Associação para o Apoio à Integração Social e Comunitária - Leilão.

EXPOSIÇÕES DE PINTURA

[Paredes do Corredor do Centro de Cultura e Congressos]:

- Até 30 Abr – Exposição colectiva de Aurora Rodrigues, Sandra Guimarães e M. Carmo Diogo.
- Até 30 Abr – Vicente Daffon.
- De 1 a 30 Mai – Luís Alves.

[Paredes do Bar do Centro de Cultura e Congressos]:

- De 3 a 30 Abr – Roque Leite Pires.
- De 1 a 31 Mai – Flor Maria Rocha.

[Em todas as salas do Centro de Cultura e Congressos]:

- De 9 a 22 Jun – Exposição ArtMédica.