



32



ELEIÇÕES PARA A PRESIDÊNCIA DA OM

Depois de Miguel Leão, a palavra aos candidatos
Pedro Nunes e Carlos Silva Santos

GESTÃO DAS UNIDADES ESTRATÉGICAS
NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE
Adesão ao Curso motiva novas edições

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS
PREPARA MEGA-EXPOSIÇÕES
Numa parceria SRNOM-Galeria Cordeiros



DIRECTOR
José Pedro Moreira da Silva

EDITOR
Miguel Guimarães

CONSELHO EDITORIAL
Alfredo Soares
Anabela Rodrigues Correia
António Araújo
António Gomes da Silva
António Santa Comba
Cláudio Rebelo
Eugénia Parreira
Fátima Carvalho
Fátima Oliveira
José Manuel Fraga
Lurdes Gandra
Manuela Dias
Margarida Faria
Maria José Machado Vaz
Marlene Lemos

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
Inst. da Comunicação Social, n.º 123481

DEPÓSITO-LEGAL n.º
145698/07

PERIODICIDADE
Trimestral

TIRAGEM
13.000 exemplares

REDACÇÃO, COMPOSIÇÃO E MONTAGEM
MEDESIGN
Edições e Design de Comunicação, Lda
Rua Gonçalo Cristóvão, 347 - s/217
4000-270 Porto
Telefone 222001479
Telefax 222001490
medesign@medesign.pt
www.medesign.pt

IMPRESSÃO
Gráfica Maiadouro, S.A.

2 Editorial

António Santa Comba, membro do CRNOM

ENTREVISTAS

4 Eleições à vista

Na sequência de anterior entrevista ao Dr. Miguel Leão, nortemédico dá a palavra aos outros candidatos à Presidência da OM, Dr. Pedro Nunes e Prof. Carlos Silva Santos

NOTÍCIAS

13 Obituário

Homenagem ao Prof. António Rocha Melo

14 “Gestão das Unidades Estratégicas nas Organizações de Saúde”

Curso promovido pela SRNOM teve forte adesão. Já estão programadas novas edições

16 Agrupamentos de Centros de Saúde

«O Director Executivo deve ser um especialista em Medicina Geral e Familiar», defendeu Miguel Leão, em conferência de imprensa

19 Reconfiguração dos Centros de Saúde

Tema em debate em mais um “Chá em Família”

CULTURA

20 Parceria SRNOM – Galeria Cordeiros

Centro de Cultura e Congressos prepara mega-exposições

22 John Keats

Mais um médico escritor apresentado por Rodrigo Liberal

28 Para uma História Médica Portuguesa

Revistas Médicas Portuguesas (III), por A. S. Maia Gonçalves

LAZER

32 Pousada de S. Vicente, em Braga

A mais recente Pousada de Portugal

38 Amazónia

Um lugar no Mundo que “todo o mundo” devia visitar

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

44 Actividades desenvolvidas pela SRNOM

70 Agenda do Centro de Cultura e Congressos

72 Benefícios Sociais



ANTÓNIO SANTA COMBA
Membro do Conselho Regional do
Norte da Ordem dos Médicos

EDITORIAL

VOTEM PARA DEFENDER E UNIR OS MÉDICOS

Coube-me fazer o editorial deste número da revista nortemédico. Não é tarefa fácil para quem desempenhou as funções de vogal do Conselho Regional Norte da Ordem dos Médicos com a disponibilidade possível, dado os afazeres profissionais concomitantes. Não sou candidato nas eleições que se avizinham, portanto farei um balanço, da minha perspectiva, sobre o funcionamento da Ordem dos Médicos.

No início do mandato, fui nomeado delegado internacional da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, tendo assistido, no primeiro ano, às três reuniões do CPME (Comité Permanente dos Médicos Europeus), duas em Bruxelas e uma em Estocolmo. Como os colegas decerto não sabem, este comité tem como função fazer “lobbying” junto das estruturas europeias, das decisões tomadas em plenário. Aqui começa a minha desilusão: quando Portugal vota isoladamente uma moção, sem que tenha percebido o porquê de tal decisão... Não se discutem ideias, discutem-se pessoas! Por outro lado, a delegação portuguesa era uma das mais numerosas, se não a mais numerosa, dos países representados. Um desperdício de tempo e de dinheiro...

Falo aqui em dinheiro porque a gestão do património dos médicos tem de ser transparente, a todos os níveis. Ninguém deve estar isento de ser auditado internamente – e, caso seja necessário, externamente – pelos gastos efectuados pela Ordem / Secções Regionais. Mas no que concerne aos proveitos, também teremos de ser justos e moralmente correctos, o que não acontece, a meu ver, na cobrança de quotas em caso de doença prolongada. Embora esteja publicado o regulamento de cobrança de quotas e nele conste que o médico doente pode pedir a suspensão do pagamento de quotas em caso de doença prolongada, o facto é que essa suspensão só tem efeito a partir da data da entrada do requerimento, e isso parece-me imoral e iníquo. Como sabemos, existem doenças que nos roubam a capacidade de discernimento e outras são de tal gravidade

que ninguém se lembra das quotas, sobretudo se elas são pagas por transferência bancária, o que resulta numa muito inoportuna descapitalização dos médicos. Por isso, pessoalmente acho que **a suspensão do pagamento das quotas deveria fazer-se a partir da data do início da doença**, de que o médico teria de fazer prova, e não a partir da data de entrada de um requerimento.

Também **não me parece aceitável que se cobrem alugueres de espaço para reuniões de médicos**, integrados em comissões organizadoras de congressos de sociedades científicas, tal como aconteceu em 22 de Setembro passado, em Coimbra. A quantia cobrada não irá contribuir muito para financiar os projectos megalómanos daquela Secção...

Continuando a falar de dinheiro, já que somos acusados por muitos colegas de só cobrarmos quotas, importa dizer que **as verbas do Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos**, detentor de um capital de mais de cinco milhões de euros, **só deverão ser usadas para as finalidades a que o mesmo se propõe**, sem quaisquer subterfúgios.

No que concerne à política de Saúde, assistimos ao desmoronar do Serviço Nacional de Saúde, e este deveria ser um dos pontos fortes de actuação da Ordem dos Médicos, tal como consta nos seus Estatutos: “Promover o desenvolvimento da cultura médica e **concorrer para o estabelecimento e aperfeiçoamento constante do Serviço Nacional de Saúde**, colaborando na política nacional de saúde em todos os aspectos, nomeadamente no ensino médico e carreiras médicas”. A eficácia no que respeita a este item não tem sido visível.

Até que ponto será lícito falar-se em carreiras médicas nos hospitais EPES, quer para os novos quadros quer para os médicos pertencentes aos quadros permanentes? Provavelmente deveria ser um artigo a equacionar na **Revisão dos Estatutos da Ordem dos Médicos**, aparentemente desencadeada há dois anos pelo Conselho Nacional Executivo! **O Conselho Regional do Norte, bem**

ou mal, fez o seu trabalho de casa, fez uma proposta concreta, que nunca foi discutida pelo órgão competente. Permitam-me a expressão: foi metida na gaveta!

Falando agora de um assunto da maior importância para a minha especialidade: **saber se a Cirurgia Estética deverá ser considerada como uma “cirurgia de meios ou uma cirurgia de resultados”**. A Ordem dos Médicos, representada pelo seu Presidente, deverá comprometer-se com todos os cirurgiões plásticos acerca desta matéria, que é da maior relevância em situações de conflito judicial e com interesse nacional. Colegas cirurgiões plásticos, isto de que vos falo é já uma realidade; e, como sabem, as opiniões dos juristas nem sempre são coincidentes com as nossas, por desconhecimento da realidade específica da nossa profissão. Tanto os colégios da especialidade como as sociedades científicas devem estudar esta matéria e exigir da Ordem dos Médicos uma posição clara e inequívoca.

Por fim, é solicitado parecer à OM sobre quais os médicos que têm competência para participar em **“Juntas Médicas”**. **A minha humilde opinião, atendendo a que não existe definição de acto médico, nem de acto médico especializado, é que todos os médicos têm competência para participar nas mesmas...** É, como compreendem, uma redução ao absurdo, mas quando não se respeita, por não estar definido, o âmbito de actuação de cada especialidade, não pode haver outro parecer.

Tal como opina o SIM (Sindicato Independente dos Médicos), no seu Jornal Virtual, “aquilo que se pergunta é muito simples: há erro médico nas avaliações e pareceres das Juntas? Quando é que a Ordem dos Médicos fez uso das competências que lhe foram delegadas? Há atropelos deontológicos por parte desses elementos relativamente aos seus colegas médicos assistentes dos doentes submetidos a Junta Médica? O que diz o Código Deontológico? Há relatórios clínicos de eventual complacência por partes desses médicos assistentes? **Use a Ordem dos Médicos as competências específicas que já detém!**”

Como salientei no início, não sou candidato a nenhum órgão da Ordem dos Médicos. O meu propósito ao aceitar escrever este editorial foi o de vos fazer um apelo à “insurreição cívica”. Participem activamente na vida da Ordem, consultem as actas das reuniões, participem nas Assembleias Regionais, usufruam do que têm direito e, acima de tudo, utilizem a arma do Povo: **votem para defender e unir os Médicos.**

António Santa Comba

ELEIÇÕES À VISTA

NOVO BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS É ESCOLHIDO A 12 DE DEZEMBRO

DENTRO DE UM MÊS, OS MÉDICOS VÃO ESCOLHER O PRÓXIMO PRESIDENTE DA ORDEM. NA CORRIDA À LIDERANÇA ESTÃO PEDRO NUNES, MIGUEL LEÃO E CARLOS SILVA SANTOS. OS TRÊS CANDIDATOS ASSUMEM VISÕES DIFERENTES SOBRE O PAPEL DA ORDEM NO DOMÍNIO DA INTERVENÇÃO SOBRE A POLÍTICA DA SAÚDE. QUEM GANHAR, OCUPARÁ O LUGAR NOS PRÓXIMOS TRÊS ANOS.

nortemédico Texto **Patrícia Gonçalves**

É já no próximo dia 12 de Dezembro que os médicos de todo o país vão a votos para eleger o novo bastonário da Ordem dos Médicos. Pedro Nunes, Miguel Leão e Carlos Silva Santos assumem candidaturas diferentes, com ideias e princípios relativos à política da saúde também diferentes.

MIGUEL LEÃO

Tornou-se o primeiro candidato oficial à Presidência da Ordem dos Médicos, depois de ter apresentado a sua candidatura em Março. Nascido no Porto a 26 de Setembro de 1960, licenciou-se na Facul-

dade de Medicina da cidade. Especialista em Genética Médica e em Neurologia Pediátrica, mestre em Genética Médica pela Universidade do Porto, assistente convidado da Faculdade de Medicina do Porto, entre 1987 e 1995, foi secretário do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) entre 1990 e 1992 e presidente do CRNOM entre 1999 e 2004. A nível internacional exerceu o cargo de secretário-geral do Comité Permanente dos Médicos da Comunidade Europeia. Na entrevista concedida à Nortemédico em Abril, publicada no número 30, explicou os objectivos da sua candidatura: promover a institucionalização do fórum médico, incentivar reuniões periódicas com os dois sindicatos e colaborar activamente com as associações sócio-profissionais. Tudo para «Defender e Unir os Médicos».

PEDRO NUNES

«Consolidar a Independência e defender os médicos» são os lemas utilizados por Pedro Nunes que, assim, se recandidata a um segundo mandato. Nasceu em Lisboa a 17 de Março de 1954 e licenciou-se em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa no curso de 1977. Mestrado em Ciências Morfológicas, especializou-se em Oftalmologia, tendo sido responsável pela Cadeira de Deontologia Médica da FCML. Funda-



dor do Sindicato Independente dos Médicos (SIM), em 1979, foi ainda coordenador do Departamento Internacional da Ordem dos Médicos, bem como membro do Comité de Ética, Deontologia e Códigos Profissionais do Comité Permanente dos Médicos Europeus. Antes de se candidatar à liderança da Ordem dos Médicos, foi presidente do Conselho Regional do Sul.

Agora, e após três anos de mandato, volta a recandidatar-se. Em entrevista à Nortemédico, Pedro Nunes faz um balanço do trabalho desenvolvido até agora, classificando-o de positivo e lembrando que “os médicos recuperaram, em 2006, o lugar de profissão de maior prestígio na opinião dos portugueses”. Apesar de apontar o dedo à actuação do ministro da Saúde, Correia de Campos, nesta entrevista, concedida por escrito, acaba por ser o seu principal opositor, Miguel Leão, o grande alvo das suas críticas.

CARLOS SILVA SANTOS

Natural de Porto do Carro, Maceira, Leiria, Carlos Silva Santos reside em Lisboa. Licenciado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, em 1974, foi bolseiro da Fundação Calouste Gulbenkian do 2º ao 6º ano do Curso, tendo doutorado-se em Saúde Pública pela Universidade Nova de Lisboa, em 2004, na Especialidade de Medicina do Trabalho. Foi delegado Regional de Saúde e Co-

ordenador do Centro Regional de Saúde Pública da Região de Lisboa e Vale do Tejo até 2005 e é, desde essa altura e até agora, autoridade de Saúde Adjunta do concelho de Lisboa, colaborando regularmente em grupos de trabalho e em projectos de saúde pública (ocupacional e ambiental) em representação da Direcção Geral da Saúde. É ainda professor Auxiliar Convocado da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa desde 2004. Foi também sócio fundador do Sindicato dos Médicos da Zona Sul e membro do Conselho Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos no triénio 1993/1995. Aos 58 anos enfrenta agora o desafio de ser candidato à Ordem dos Médicos, assumindo-se como “uma alternativa”. Em entrevista, por escrito, à Nortemédico, Carlos Silva Santos considera que o ministro da Saúde, Correia de Campos, tem “uma perspectiva neoliberal da saúde, pelo que as suas intervenções vão no sentido de transferir para os utentes e doentes a responsabilidade e os custos dos cuidados de saúde cada vez mais parciais e fragmentados”. Na corrida eleitoral, não tem dúvidas em criticar o actual bastonário e opositor Pedro Nunes, acusando a direcção da OM de “com a sua incongruência” ter dado “uma ajudinha” ao “ministro de serviço dos interesses anti-SNS”.

Os dados estão lançados. Dia 12, os médicos serão chamados a decidir.



PEDRO NUNES, RECANDIDATO À ORDEM DOS MÉDICOS PARA «CONSOLIDAR A INDEPENDÊNCIA E DEFENDER OS MÉDICOS»

TODOS NÓS GOSTARÍAMOS DE EVITAR AS ASNEIRAS QUE O GOVERNO COMETE

(nortemédico) – Ao fim de três anos de mandato como bastonário da Ordem dos Médicos (OM), que balanço é que faz?

(Pedro Nunes) – O balanço é claramente positivo. Propus-me recenterar a Ordem no tecido social fazendo realçar a suas características de Associação Pública defensora da Saúde e da qualidade da Medicina. Em alternativa a uma Ordem corporativa que no actual quadro da vida social e política do País apenas pode averbar derrotas, propus-me construir uma Ordem que os Portugueses identificassem como sua defensora. Ao defender os doentes, a Ordem defende os médicos permitindo que o seu prestígio social aumente e consequentemente o seu poder de intervenção política. É muito importante que se compreenda que os médicos não são votados nas eleições legislativas pelo que, enquanto tal, não fazem leis. A capacidade dos médicos influenciarem as decisões depende do reconhecimento que os Portugueses lhes outorgarem. Dois factos provam a razão que me assistia quando o propus. Em primeiro lugar, o facto de os médicos terem recuperado em 2006 o lugar de profissão de maior prestígio na opinião dos Portugueses. Posição reforçada em 2007, atingindo um reconhecimento positivo de cerca de 80% (longe vão os tempos em que juizes e jornalistas nos ultrapassavam). O segundo facto que confirma a minha razão é incontornável... até o Dr. Miguel Leão já acredita que defender os médicos é defender os doentes (longe vão os tempos do orgulho médico). Com o orgulho que tenho em ser médico e em exercer diariamente a Medicina é com enorme satisfação que vejo até o Dr. Miguel Leão aderir às minhas ideias e propor agora como programa o que eu propus em 2004 e executei nestes três últimos anos... (mais vale tarde que nunca...)

No decorrer das várias reformas a que se tem vindo a assistir no sector da saúde, algumas das quais contestadas, acha que a OM conseguiu assumir um poder negocial junto do ministro da Saúde, Correia de Campos? Pode dar exemplos? A Ordem assumiu sempre o poder negocial e de magistério de influência. Claro que com um Governo arrogante da sua maioria parlamentar os resultados são os possíveis. Teriam sido certamente piores se a Ordem assumisse uma postura mal-educada e trauliteira ou se simplesmente se acobardasse e, te-

merosa, recusasse criticar o Ministro. A serenidade e tranquilidade são características dos fortes. A firmeza exerce-se pela coerência e pela perseverança. Aqueles que alardeiam pesporrência e se vangloriam de algum putativo poder são os mesmos que à primeira contrariedade se calam, sendo, nesse caso, o seu silêncio ensurdecedor. (Alguém já ouviu o Dr. Miguel Leão criticar este Ministro neste mandato?)... É que o tempo em que pôs a bandeira a meia haste e fez algumas tropelias foi o de um Governo de minoria a caminho de eleições em que todos sabiam ir ser derrotado. Quanto a exemplos, que mais são precisos que o Regulamento do Internato Médico que pela primeira vez outorga todos os poderes à Ordem ou o Estatuto do Medicamento que acabou com o direito de substituição pelos farmacêuticos? O pior dos cegos, palavra de oftalmologista, é o que não quer ver...

Há quem considere, contudo, que o bastonário deveria ter sido mais incisivo nas posições que foi assumindo ao longo dos últimos anos. Rejeita a ideia de que houve apenas uma preocupação em reagir, em vez de se antecipar às decisões do Ministério da Saúde?

Todos nós, a começar por mim próprio, gostaríamos que a Ordem conseguisse evitar as asneiras que o Governo comete, impedir a destruição das carreiras ou manter e aperfeiçoar o Serviço Nacional de Saúde. Simplesmente, é o Governo que define a agenda política, decide que temas estão “em cima da mesa” e se há oportunidade para determinados debates. Num médico ocupado exclusivamente com a sua vida profissional compreende-se alguma incompreensão, a crítica injusta ou mesmo o desagrado. Em pessoas experientes da política e do associativismo médico, tal tipo de críticas são mera demagogia populista e oportunismo eleitoral.

REFERENDO REGIONAL [SOBRE O ACTO MÉDICO] BLOQUEOU TODOS OS TRABALHOS EM CURSO

Existem algumas matérias “caras” para os médicos que continuam sem um desfecho. Um desses exemplos é a regulamentação do Acto Médico, sobre o qual o Conselho Regional do Norte promoveu um referendo e que obteve o apoio da esmagadora maioria dos clínicos nortenhos. O que é que foi feito desse documento que, na altura, o Dr. Pedro Nunes admitiu que serviria para base de trabalho?

O Acto Médico é matéria de interesse fundamental para todos os médicos e foi durante todo o meu mandato a minha primeira prioridade. Diga-se para os com falta de memória que o único projecto de Lei do Acto Médico com viabilidade foi negociado com o Ministério de Maria de Belém por uma comissão

composta pelo Dr. Rosalvo Almeida e por mim próprio, ao tempo vogal do Conselho Regional, para além de juristas da Ordem e dos Ministérios da Saúde e da Justiça. A não aprovação pela Ordem e consequente desistência do Governo deveu-se ao mesmo tipo de fundamentalismo populista que mais tarde levou ao veto do Presidente da República. Apesar de a Ordem, no meu mandato e por maioria do CNE, ter recuperado o documento inicial, apesar de alguma eventual disponibilidade do Dr. Jorge Sampaio e apesar de conversações com outros parceiros incontornáveis, o Ministro Correia de Campos sempre se recusou a propor tal legislação. Podemos especular se um referendo, realizado sobre um texto politicamente inaceitável para o actual Ministro, teria precisamente a função de inviabilizar as negociações que estavam a decorrer e servir os interesses pessoais de algum futuro candidato interessado em poder afirmar que a Ordem não o tinha conseguido. É bom, perante esta pergunta, recordar os desmemoriados que o Conselho Regional do Norte tinha conhecimento pleno de todas as conversações e desenvolvimentos havidos e que foi o lançamento do referendo regional que bloqueou todos os trabalhos em curso. Foi, aliás, tal falta de

inteligência estratégica, ou pura deslealdade, que desencadeou a primeira crise séria do meu mandato no seio do Conselho Nacional Executivo. Escusado será dizer que se tal não foi público deve-se a uma decisão de evitar desprestígio para a Ordem, mas tornou-se evidente, a partir desse episódio, que enquanto uns defendiam os médicos, outros defendiam projectos de poder pessoal...

Relativamente às carreiras médicas já fez questão de sublinhar que as carreiras laborais são matéria única e exclusiva dos sindicatos. Teria problemas em incentivar uma greve, caso fossem tomadas medidas extremamente prejudiciais para os médicos?

Curiosa a pergunta dirigida a um ex-sindicalista, fundador de um Sindicato e quem assumiu declarar publicamente, nos anos oitenta, ao Ministério de Leonor Beza, a primeira grande greve nacional de médicos. Nessa época, todos ainda muito jovens, era, de facto, necessária coragem para incentivar uma greve. Nessa altura, lembro-me de ter ao meu lado muitos médicos sindicalistas como os Drs. António Bento, Caldeira Fradique, Fernando Gomes, Merlinde Madureira, Mário Jorge, Armindo Rebelo, Reis Marques ou dirigentes da Ordem como os Drs. Santana Maia, Gentil Martins, Costa e Sousa, Guimarães dos Santos, Artur Osório, Pinto de Andrade, Pedro Correia da Silva ou o saudoso Professor Machado de Macedo. Dos que hoje falam em greves, como o Dr. Miguel Leão, não me lembro na época da sua presença. É que hoje é fácil falar em greve e invectivar os sindicatos a desencadeá-la. Fazê-lo é, no entanto, um insulto à maturidade dos dirigentes sindicais que não precisam do paternalismo da Ordem para avaliar quais as acções mais adequadas para a defesa dos médicos. Os Sindicatos, organizações adultas no tecido social português, agradecem que a Ordem faça bem o seu trabalho e os deixe tranquilamente fazer o que a eles compete...

CÓDIGO DEONTOLÓGICO SERÁ DISCUTIDO NO PRÓXIMO ANO

Outras questões que estão em cima da mesa prendem-se com a revisão do Código Deontológico e dos Estatutos da OM. Um dos seus opositores na corrida a bastonário, Miguel Leão, defende um referendo a estes dois documentos. Concorda?

Podemos sempre defender-se um referendo a tudo e mais alguma coisa. É popular e, como tal, em época de eleições fica bem. No entanto se se quiser abordar com lealdade esses dois temas há que separá-los e dizer com clareza:

– O Código Deontológico pode ser alterado e adaptado na sua redacção a uma realidade mais moderna. Não pode, em caso algum, tergiversar em matéria de princípios ou valores ou ser alterado ao sabor dos interesses do poder político ou das crises sociais. Quando do referendo sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez foi preciso muita firmeza para enfrentar toda a pressão desencadeada contra nós, médicos, e que visava pôr em causa a nossa autonomia e independência. Foi triste ver dirigentes como o tal candidato Miguel Leão não terem a necessária coragem e juntarem-se ao coro dos que pediam a revisão. É que se entre os médicos que defenderam o “Sim” no referendo se compreende tal apelo e se respeita a incompreensão, nos outros





tal postura é mero calculismo eleitoralista que só merece o nosso repúdio.

– No que respeita ao Estatuto da Ordem dos Médicos só a Assembleia da República tem poderes para o fazer e não depende para tal de qualquer referendo interno que os médicos resolvam fazer. O Dr. Miguel Leão sabe isso tão bem quanto eu pelo que me abstenho de qualificar a sua proposta...

Em que ponto é que se encontra a revisão desses dois documentos?

O Código Deontológico foi revisto, como é estatutário, pelo Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica da OM, estando a sua proposta em fase de contributos por parte do Conselho Nacional Executivo. Ainda neste mandato será enviada uma proposta final ao Conselho referido, a quem cabe propor a revisão. No próximo mandato (para que não haja poluição eleitoralista e “chicoespertismo”) será posto em debate público entre os médicos e por fim aprovado pelo Plenário de Conselhos Regionais. Quanto ao Estatuto, ele depende da aprovação pela Assembleia da República de uma Lei enquadradora das Ordens profissionais, que está neste momento em discussão na especialidade com todas as Ordens através de uma estrutura de articulação chamada CNOP. Não é conveniente, de momento, prestar mais informações públicas sobre esta matéria. Durante o próximo ano este assunto será seguramente discutido e têm os colegas o meu compromisso de garantir as autonomias regionais consolidadas na tradição e adequadas à nossa cultura institucional.

BASTONÁRIO TEM DIREITO À SUA OPINIÃO PESSOAL E TEM O DEVER DE TORNÁ-LA PÚBLICA

Por que optou por “meter na gaveta”, como o acusaram, a proposta de revisão dos estatutos da OM, apresentada pelo Conselho Regional do Norte? Não poderia ter sido adiantado trabalho,

como forma de pressão junto da Assembleia da República?

Qualquer ingénuo sabe a diferença entre adiantar trabalho e dar trunfos ao adversário. Não me parece que mesmo na “sueca” alguém mostre as cartas para... “adiantar trabalho”. Como não acredito em ingenuidades levo mais esta acusação à conta corrente da má fé...

Recentemente, a OM deu provimento a uma queixa sobre uma alegada recusa de um pedido de fornecimento de um medicamento a um doente. Apesar de só agora ter chegado uma queixa formal à OM, o Dr. Pedro Nunes

já tinha assumido publicamente a existência de rumores de que se estavam a passar este tipo de situações. Porque é que a OM não actuou antes, de forma a verificar o que, realmente, se está a passar?

A Ordem dos Médicos opôs-se e opor-se-á a qualquer acção que leve qualquer doente a ver-se impedido do acesso às terapêuticas adequadas ao seu caso clínico. Isto é válido para medicamentos inovadores como para o encerramento de SAP no interior ou à desarticulação de serviços públicos essenciais. Na sua acção, a Ordem dos Médicos escolhe os meios, os tempos e as acções mais eficazes para atingir os seus objectivos. Não é objectivo da Ordem promover os interesses de grupos, pessoas ou empresas comerciais. O nível de informação da Ordem é o adequado e depende daquilo que os médicos entenderem fazer-lhe chegar. Considerações de mediatismo ou eleitoralismo dos dirigentes da Ordem não devem nem serão tidos em conta.

Assumi a sua posição contra a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e tem tomado uma série de posições sobre a aplicação da nova lei nos estabelecimentos de saúde. Esta não seria uma matéria, pelo carácter de consciência individual que pressupõe, sobre a qual o bastonário não deveria pronunciar a sua opinião pessoal?

O Bastonário tem direito à sua opinião pessoal e tem o dever, por uma questão de lealdade e transparência, de torná-la pública. A reserva íntima a que enquanto cidadão teria direito, perco-a atentos os interesses dos médicos e da Ordem. Nunca confundi nem deixei que alguém confundisse posições pessoais com posições da Instituição. Por isso, a Ordem não tomou partido no referendo e só depois dos resultados eu manifestei publicamente a minha posição, neste caso do lado dos derrotados. Como Presidente da Ordem cumpria-me defender a Vida Humana como determina a Ética Médica, o direito dos médicos à Objecção de Consciência e as políticas públicas defensoras da mulher, como sejam o seu direito à informação e ao acesso à contracepção. Cumpria-me ainda, como o fiz, lançar o debate an-

tecipadamente inconclusivo mas imprescindível sobre o início da Vida e pugnar por decisões políticas baseadas em Valores e Princípios e não no mero utilitarismo e pragmatismo economicista. A prova de que a acção que desenvolvi foi a adequada a elevar os médicos na consideração pública e em manter a unidade da Classe está no apoio com que hoje me honram Colegas que se colocaram em lados opostos do referendo. Lembro o privilégio de ver apoiar a minha candidatura os Drs. António Sarmento, João Paulo Malta, Manuel Pestana, Maria João Vasconcelos, Ana Aroso e Miguel Oliveira e Silva. A exposição pública das minhas opiniões não impediu igualmente os convites para integrar as Comissões de Honra da Associação para o Planeamento da Família ou Abraço. O que me parece evidente é ser preocupante um Bastonário ter posições casuísticas de conveniência ou opiniões determinadas por partidos em que eventualmente milito. Posições próprias de raiz ética são desejáveis a qualquer cidadão envolvido na gestão da causa pública.

MANTENHO APOIO INQUESTIONÁVEL À LISTA DA DRA. ISABEL CAIXEIRO

Optou por manifestar o apoio inquestionável à lista liderada por Isabel Caixeiro para o Conselho Regional do Sul. Como viu a integração de Álvaro Beza como vice-presidente naquela lista, um apoiante de Miguel Leão?

Vi com muita simpatia e aplauso. O facto de o Dr. Álvaro Beza estar equivocado sobre qual a melhor opção para Presidente da Ordem dos Médicos não impede que seja um Colega por quem tenho grande simpatia e cujas ideias não diferem substancialmente das minhas. O meu apoio inquestionável, como disse, à lista da Dr.^a Isabel Caixeiro,

mantém-se e considero da parte dela uma atitude de grande generosidade, inteligência e vontade de servir os médicos alargando a lista a antigos opositores. Por outro lado estes, hoje, e de forma louvável, reconhecem ter mais em comum e ser mais importante lutar contra os inimigos dos médicos que as pequenas questiúnculas que antes os dividiam. Contrariamente ao Dr. Miguel Leão não exijo às pessoas com quem conto fidelidades acéfalas, nem tenho a pretensão de ser o iluminado dirigente de um qualquer grupo homogêneo de seguidores. Dou-me muito melhor entre pessoas com ideias próprias que muitas vezes me convençam de estar errado e me façam ver melhor os problemas. A única coisa que exijo a quem comigo trabalha é a mesma lealdade e transparência que eu igualmente dou. Penso que com o tempo e a maturidade, o Dr. Miguel Leão igualmente compreenderá que os dirigentes da Ordem são médicos de igual dignidade, inteligência e experiência e que o Presidente é meramente um representante e um *primus inter pares*.

Existiram algumas tomadas de posição e mesmo propostas, como a regulamentação do Acto Médico ou a revisão de estatutos, que foram tomadas pelo Conselho Regional do Norte (CNR) e que nunca tiveram seguimento na OM. José Pedro Moreira da Silva acusa-o de se mostrar sempre contra uma posição do CRN. Como reage?

Lamento a incapacidade do Dr. José Pedro Moreira da Silva, reiteradamente demonstrada ao longo de três anos, de ter ideias próprias e assegurar solidariedade aos seus companheiros da direcção nacional da Ordem. Caso o Conselho Regional do Norte tivesse conseguido defender ideias próprias e não ser uma mera, infeliz e lamentável correia de transmissão das estratégias pessoais da candidatura a Bastonário de quem se sabe, teria tido o Bastonário mais vezes ao seu lado e teria defendido, o que não fez, os interesses dos médicos do Norte. Não é possível ser levado a sério e defender quem nos elegeu quando damos todos os dias o dito por não dito ao sabor de um “poder” que nos controla. Todos nós no Conselho Nacional Executivo nos cansámos de tentar explicar estas verdades elementares ao Dr. Moreira da Silva.

O DR. MOREIRA DA SILVA CONFUNDIU BOA EDUCAÇÃO COM FALTA DE FIRMEZA

Não considera ter também contribuído para o clima de conflitualidade que se foi criando entre a direcção nacional da Ordem e o CRN?

O Dr. Moreira da Silva, como muitas outras pessoas



antes dele, confundiu boa educação, serenidade e tranquilidade, com falta de firmeza, carácter ou algum medo do confronto. Penso que houve quem não percebesse quando numa entrevista logo após as eleições expliquei que o Bastonário não era a Rainha de Inglaterra. Tal como, infelizmente, o Ministro da Saúde, também o CRN não percebeu que em matéria de princípios, valores ou no cumprimento das missões para que fui eleito ou resultam das regras do jogo democrático, a minha intransigência é total, o meu empenhamento absoluto e o meu medo ou sensibilidade a pressões zero.

Apoia a candidatura do Dr. Luís Monteiro, tal como ele já anunciou que o apoia a si para bastonário?

Voto como médico na Secção Regional do Sul, o que me permitiria dizer-lhe que só nesta faço escolhas. Estive como apoiante no lançamento da candidatura da Dr.ª Isabel Caixeiro e como convidado na do Prof. José Manuel Silva. Igualmente teria estado, já que fui convidado, no lançamento da outra candidatura da Secção Regional do Centro, uma vez que também aí conto com um considerável número de apoiantes. Infelizmente um compromisso simultâneo impediu-me. No lançamento da candidatura do Dr. Luís Monteiro não estive porque não me convidaram nem teriam que o fazer. Honra-me o apoio do Dr. Luís Monteiro como o de inúmeros membros da sua lista e não posso deixar de registar a confiança. Se forem eleitos contarão com a minha total lealdade e empenhamento, tanto mais quanto estou certo de poder contar com a sua forma leal e frontal de trabalhar. Não tenho qualquer dúvida que se trata de uma lista genuína de gente do Norte

para defender os interesses dos médicos do Norte, farta da subordinação destes aos interesses pessoais de um médico que vive no Porto. Não tenho também qualquer dúvida que o Dr. Luís Monteiro e a sua equipa de gente jovem não delapidariam os bens da Ordem ao serviço de interesses pessoais fosse de quem fosse. Só estes factos já seriam razão bastante para ver com agrado a sua vitória eleitoral. Como Bastonário não sou do Norte, do Centro ou do Sul, cabe-me defender os médicos nos seus interesses comuns. Como tal, não promovo ou apoio quaisquer listas regionais ou distritais e a excepção com que distingo a da Dr.ª Isabel Caixeiro tem a ver com a articulação no trabalho do dia-a-dia e com a imprescindível manutenção do seu cargo de Presidente da União Europeia dos Médicos de Clínica Geral. Aprendi com a Dr.ª Margarida Faria, Presidente do Distrito Médico de Vila Real, que a solidariedade institucional é mais importante que quaisquer solidariedades de grupo. A forma como me recebeu na visita ao seu distrito, após o CRN ter decidido não acompanhar o Bastonário, fez-me perceber que não teria o direito, no futuro, de interferir em quaisquer eleições regionais ou distritais. Por este motivo é meu compromisso não promover quaisquer listas ou grupos de Colegas aceitando naturalmente o apoio de todos que me quiserem distinguir com o seu. Tenho a certeza que após as eleições todos se empenharão comigo em CONSOLIDAR A INDEPENDÊNCIA e como tal em DEFENDER OS MÉDICOS. Os que se autoexcluírem unicamente se prejudicarão a si mesmos e a quem neles, por engano, tenha confiado.



Fernanda Jacinto, Tempo Medicina

CARLOS SILVA SANTOS, CANDIDATO A BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS QUER GARANTIR UNIDADE

TIVEMOS UMA ORDEM DIVIDIDA NO ÚLTIMO MANDATO

Já assumiu que é um candidato de ruptura. Ruptura com que ideias e com que projectos?

A minha candidatura a presidente da Ordem dos Médicos resulta de um processo longo e participado de análise crítica das insuficiências e limitações da intervenção da actual direcção da OM, em particular do seu Bastonário. Infelizmente, não existe hoje na OM um património de pensamento e reflexão sobre os principais problemas que dizem respeito aos médicos e à medicina. É preciso romper com

a falta de qualidade e de força colectiva dos contributos da OM para a defesa das carreiras médicas, garante da qualidade do exercício profissional organizado. É preciso implicar os médicos, todas as sensibilidades, na defesa das boas práticas num quadro ético actualizado e consentâneo com as necessidades e os valores de uma sociedade moderna. É preciso apresentar propostas que vão ao encontro das necessidades em saúde e de doença dos portugueses numa perspectiva global e antecipatória e não somente responder de forma superficial e casual aos problemas que a agenda mediática levanta. (Vidé o caso das necessidades de saúde da visão que deixam os actuais dirigentes da OM sem respostas cabais, fiáveis e socialmente aceitáveis).

No manifesto de candidatura, refere que a sua estratégia assenta na defesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Não é essa a defesa que também é protagonizada pelos seus opositores, Pedro Nunes e Miguel Leão?

É caso para dizer que muita força e muita virtude

tem o SNS para, apesar de continuamente atacado e desvirtuado, continuar a ser uma bandeira constitucional que, pelo menos formalmente, é defendida pelos três candidatos. No entanto não posso deixar de me diferenciar dos meus opositores. No caso do actual bastonário, tal promessa não encontra fundamento na sua já longa prática como dirigente da OM. Mesmo quando aparentemente diz defender o SNS, fá-lo de tal maneira pouco apoiado e com fracos argumentos que mais parece querer atingir objectivos contrários. A realidade é uma boa contraprova para a propaganda enganosa. Quanto ao Colega Dr. Miguel Leão, é fácil reconhecer o esforço que tem feito para alargar as suas perspectivas, tendo em vista conseguir uma mais larga base de apoio. Resta a dúvida, não desmentida pela sua prática como dirigente da Secção Regional Norte, se esta posição de defesa do SNS é mais táctica do que real.

É TEMPO DA ORDEM VOLTAR A SER DETERMINANTE NO PROCESSO DE DEFESA DO SNS



Como avalia a posição que a Ordem dos Médicos (OM) tem assumido perante o Ministério da Saúde nos últimos anos, período durante o qual se tem assistido a várias reformas no sector?

A OM é parte integrante do SNS e, como tal, deveria assumir as suas posições autónomas e independentes e tudo fazer para concertar as suas acções e intervenções com outros elementos essenciais do SNS – que é do povo português e não pertence a nenhum gabinete ministerial. As últimas direcções da OM têm sido apanhadas desprevenidas de pensamento estratégico colectivo e cientificamente fundamentado perante as arremetidas dos diversos gabinetes, curiosamente comprometidos com as teses neoliberais mais conservadoras. A defesa em progresso do SNS exige muito estudo, trabalho, reflexão e participação dos médicos, como de resto se verificou no período exaltante da luta pelas carreiras

médicas e pela implantação do SNS nas décadas de sessenta e setenta do século passado. É tempo de a OM voltar a ser determinante no processo de defesa do SNS renovado, que sirva as populações e corresponda aos legítimos interesses dos médicos e da medicina.

E que avaliação faz do ministro da Saúde, Correia de Campos?

O senhor ministro e o seu gabinete têm uma perspectiva neoliberal da saúde, pelo que as suas intervenções vão no sentido de transferir para os utentes e doentes a responsabilidade e os custos dos cuidados de saúde cada vez mais parcializados e fragmentados. Correia de Campos e a sua equipa assumiram o papel dominante de contabilistas do sistema e, na premência de aumentar as vantagens do capital e perante a limitação do orçamento, só têm um caminho: reduzir o serviço público e transferir paulatinamente as despesas para os doentes. Como ministro de serviço dos interesses anti-SNS tem cumprido sem ter a oposição efectiva e consequente da Direcção da OM que, aqui e acolá, com a sua incongruência, só tem dado uma ajudinha.

Acha que teria sido possível alterar algumas das medidas tomadas nestes últimos anos, com outro tipo de postura na OM? O quê e como?

Sem dúvida outra postura, outra qualidade de propostas, outra actuação mais vigilante sobre a descaracterização da prática médica, por certo teria dado outros frutos. A perspectiva de política de saúde e os planos que garantissem ganhos em saúde teriam prioridade sobre as intervenções avulsas atentatórias do SNS. A OM não pode limitar-se às intervenções do seu presidente a maior parte das vezes de forma responsiva. Tem de antecipar-se e apresentar projectos e programas de prestação integral de cuidados globais.





Quais são as suas prioridades, caso seja eleito presidente da OM?

Como consta do Manifesto aos Médicos, as nossas prioridades centram-se na defesa proactiva dos princípios e dos valores éticos e deontológicos da profissão médica; a garantia do direito constitucional à saúde; a manutenção, a modernização e dignificação das carreiras médicas; o desenvolvimento em progresso do SNS garantindo a sua sustentabilidade, a reorganização e o financiamento adequado; a participação em todas as questões relacionadas com a definição da política saúde nacional e sectorial e com o ensino e a educação médica e naturalmente a reestruturação interna da OM com a democratização dos seus processos de representação pluralista e a renovação dos seus estatutos

e dos seus códigos de boas práticas com especial ênfase para a deontologia do trabalho médico institucional público e privado.

DEFENDO UMA REESTRUTURAÇÃO INTERNA DA ORDEM

Tal como Pedro Nunes e Miguel Leão, também se mostra preocupado com o futuro das carreiras médicas. Com os modelos de gestão que estão a ser aplicados quer nas unidades hospitalares, quer nos centros de saúde, acha que ainda é possível assegurar as carreiras médicas?

As carreiras médicas são uma forma de organização do conhecimento e da prática médica que têm provado ser a melhor maneira de garantir a qualidade da medicina e muito têm contribuído para organizar o trabalho médico de forma efectiva. Outras formas e outras condições são necessárias para renovar a estrutura das carreiras e a avaliação do desempenho mas o seu estudo e a sua aplicação só serão efectivas com a participação dos médicos e das suas associações, em particular da alternativa OM.

Qual a sua posição sobre as alterações ao Código Deontológico? Considera que Pedro Nunes teve a atitude correcta quando assumiu publicamente a sua opinião sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez (IGV)?

Penso que sobre esta matéria as atitudes do Dr. Pedro Nunes têm sido de forma continuada incorrectas, unilaterais e não respeitadoras do sentir da classe. Denunciei mesmo que estas atitudes têm mostrado qual é o paradigma da má prática do Bastonário.

UM BASTONÁRIO EM PERMANENTE CONFLITO COM A SECÇÃO REGIONAL DO NORTE

No caso de ser necessária uma segunda volta nestas eleições à OM, à qual passassem Pedro Nunes e Miguel Leão, quem apoiaria e porquê?

Tudo estou a fazer para passar à segunda volta, pelo que a questão está hoje desactualizada. Na verdade sou o único candidato que garante a unidade da classe que pode evitar a triste situação que muito contribuiu para o desprestígio dos médicos, uma OM dividida no último mandato, com um bastonário em permanente conflito com a Secção Regional do Norte.

A nível interno, defende um bastonário “menos centralizador e absolutista”. As posições dos conselhos regionais serão importantes, mesmo que não coincidam com a sua?

A minha perspectiva de trabalho colectivo, respeitador do pensamento dos colegas, a minha formação e experiência na promoção de consensos levam-me a ter confiança num bom desempenho em cooperação com os colegas dos conselhos regionais e de outros órgãos eleitos.

Esta posição acerca do papel do bastonário também pode passar pela revisão dos estatutos da OM? O que propõe neste campo?

Neste campo, os princípios da representação proporcional e da criação de uma estrutura executiva permanente e efectiva para além de uma representação alargada que reúna regularmente e acompanhe a acção executiva devem estar presentes do projecto a construir com os médicos e a submeter ao poder político.

Já são conhecidas duas listas candidatas à Secção Regional do Norte. Uma encabeçada por José Pedro Moreira da Silva, que apoia Miguel Leão, e outra por Luís Monteiro, que apoia Pedro Nunes. Sente-se desfalcado a Norte?

Sempre defendemos que a eleição do presidente do Conselho Nacional Executivo, único órgão eleito directamente pelos médicos, deveria ser feito independentemente das listas para os restantes órgãos. Como tal, acompanho com atenção as declarações que afirmam que existem votantes na minha candidatura independentemente da lista a que estejam vinculados. O mérito da minha candidatura não vai por certo ficar prisioneiro das listas de composição estreita e monocolor – forte indício de tendências dominadoras e pouco abertas à participação alargada. ■

British Journal of Neurosurgery, August 2007; 21(4): 419–420

informa
healthcare

OBITUARY

Antonio Nogueira Da Rocha Melo



Antonio Nogueira Da Rocha Melo, formerly Director of Neurosurgical Services at the Santo Antonio General Hospital in Porto, died on Monday 30th April 2007, after a short illness. He was aged 83 years. Rocha Melo pioneered the development of neurosurgical services in the North of Portugal.

Rocha Melo was born on 11th December 1923 in Novelas, in the district of Penafiel, in the North of Portugal. He graduated with distinction in medicine and surgery from the University of Porto in 1953. Appointed to the Department of Neurology Rocha Melo received, through neurologist Corino de Andrade, both the stimulus and the opportunity, with the help of the British Council, to proceed to Edinburgh, in September 1955, for neurosurgical training under Professor Norman Dott and John Gillingham. Returning to Porto in 1958 he assumed specialist responsibility for neurosurgical services in the North of Portugal.

During the next twenty years Rocha Melo dedicated himself to the creation of a neurosurgical service of the highest standard. He raised substantial private funds to finance development. He became Chief of Neurosurgery in 1972 and Director in 1978. From 1980 to 1993 he occupied the Chair of Neurosurgery at the Institute Abel Salazar.

His unanimous election as Vice-President of the Sociedade Luso-Espanhola de Neurocirurgia in 1962 was, for a time, blocked by political influences in Portugal. He was elected President in 1966 and again in 1980. He was President of the Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria from 1974 to 1977.

In 1978 the Medical Council in Portugal charged him with establishing a Specialty College for Neurosurgery, to set standards for training and assessment according to EANS guidelines. He was elected Portuguese delegate to the European Association of Neurosurgical Societies in 1980.

Retaining his links with British Neurosurgery he remained an Associate Member of the SBNS and in 1987 he was invited to join the editorial board of the then fledgling *British Journal of Neurosurgery*.

From his student days Rocha Melo was a prominent member of groups agitating for democratic change (*Movimento de Unidade Democrática*). This was a life-long commitment, pursued regardless of personal hazard. Following the "Carnation Revolution" of 25th April 1974 he was appointed a member of the Municipal Assembly in Penafiel, participated in the *Manifesto Reformador*, and served on a commission for the rehabilitation of political prisoners.

For many years a collector of modern painting and supporter of emerging artists, in more settled times Rocha Melo became involved in the creation of the *Serralves Gallery for Contemporary Art* in Porto, serving on the board of that Foundation from 1989 to 1997.

On retirement in 1993 Rocha Melo was decorated by the President of Portugal, Mario Soares, with the *Grande Ordem Militar de Sant'Iago da Espada*. In 1996 he was made an Honorary Citizen of Penafiel. He was identified as one of the leading citizens of Porto in that city's Year of Culture in 1998. In 2007 he was made a Freeman of the City of Porto (*Medalha Municipal de Merito*) with a ceremony on the April 25th. His final illness prevented his attendance.

Rocha Melo concealed, within a frame not apparently robust, a personality of great strength and determination, braced by innate conviction.

O FALECIMENTO DO PROF. ANTÓNIO DA ROCHA MELO MOTIVOU A PUBLICAÇÃO NO BRITISH JOURNAL OF NEUROSURGERY DA NOTÍCIA QUE, COMO HOMENAGEM PÓSTUMA AO DISTINTO COLEGA, AQUI SE REPRODUZ

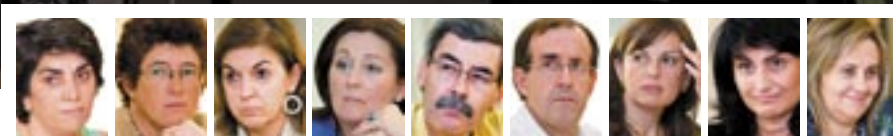
Shrewd and quick-witted, he was a man of wide knowledge and cultivated taste. He was at ease in any company. He was a supreme ambassador for Portuguese neurosurgery.

He married, in August 1955, Maria Helena Larcher Graca, who supported him in all his

ventures. A son Alan, born in Edinburgh, is now a family doctor in Penafiel. A daughter, Maria-Joao, holds a senior nursing post at the Hospital Santo Antonio. A granddaughter follows him in Medicine. Three nephews are neurologist, neurosurgeon and neuroradiologist respectively.



FORTE ADESÃO AO CURSO «GESTÃO DAS UNIDADES ESTRATÉGICAS NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE»



MÉDICOS ATENTOS AO SEU PAPEL NA GESTÃO DA SAÚDE

INSCRIÇÕES ESGOTADAS, BALANÇO FINAL “POSITIVO”. O CURSO «GESTÃO DAS UNIDADES ESTRATÉGICAS NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE», ORGANIZADO PELO CONSELHO REGIONAL DO NORTE, EM COLABORAÇÃO COM O ECONOMISTA MÁRIO JORGE CARVALHO, MOTIVOU O INTERESSE DOS MÉDICOS. A PROVA DE QUE, HOJE MAIS DO QUE NUNCA, GESTÃO E MEDICINA ESTÃO INDUBITAVELMENTE INTERLIGADAS.

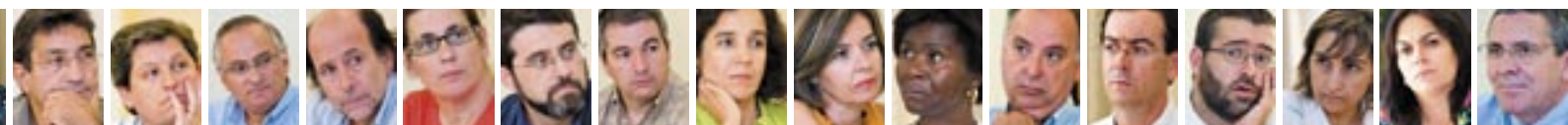
nortemédico Texto Patrícia Gonçalves • Fotografia António Pinto

Dois fins-de-semana, 25 médicos, um economista e muitas questões ligadas à gestão... e à saúde. Foi assim que decorreu, no passado mês de Setembro, o curso «Gestão das Unidades Estratégicas nas Organizações de Saúde», uma iniciativa do Conselho Regional do Norte, acreditada pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos. “Tivemos uma elevada participação e, acima de tudo, tive-

mos a oportunidade de, sem testemunhas ocultas, sem jornalistas, sem ministros, podermos avaliar os problemas na área da saúde e o papel do médico nas organizações, com todo o à vontade”, sublinhou Mário Jorge Carvalho, economista e responsável pelo curso de formação que decorreu nas instalações do Centro de Cultura e Congressos.

A forte adesão à iniciativa, confirmada pelo número máximo de inscrições atingido, comprova que cada vez mais “os médicos estão interessados por esta área”. “Acredito que se este curso fosse aberto a mais pessoas, teriam existido mais inscrições”, assinala Fernando Malvar, um dos 25 médicos que participou na formação.

Para Vasco Bessa, outro dos participantes no curso, não restam dúvidas de que começa a ser “inconornável” que a gestão da saúde em Portugal “passa pelo papel preponderante de intervenção dos médicos”. “Tudo parece fazer conjugar que é mais fácil incutir conceitos de economia e gestão em médicos, para gerir a saúde, do que incutir conceitos de saúde em economistas, para gerir a saúde”, advoga. Uma opinião partilhada por Fernando Malvar: “É mais fácil o médico aprender a parte de gestão, do que o gestor aprender tudo sobre medicina”.



POSIÇÃO PRÓ-ACTIVA DOS MÉDICOS

Mário Jorge Carvalho reitera que os médicos têm de se envolver nesta matéria, em vez de “se manterem na posição do quadrado de Aljubarrota a defender a sua tacha”. “Só – alude – com uma posição pró-activa é que se podem encontrar soluções eficazes

para a resolução dos problemas nas organizações de saúde”. Fernando Malvar anui: “Nesta área, é preciso que um médico conheça os conceitos básicos de gestão para poder trabalhar no seu dia-a-dia, independentemente do cargo que possa ocupar nos vários níveis do exercício da profissão”. Por isso, discorda de que, hoje, os médicos vejam a gestão como um mal necessário, argumentando que a gestão “faz parte do acréscimo de conheci-

mento e cultura da vida, a começar pelas próprias tarefas domésticas”.

Por outro lado, Vasco Bessa confessa a curiosidade pessoal e antiga por esta área. Agora, e numa altura em que se prepara para assumir responsabilidades de gestão no sector da medicina privada, “não gostaria de desempenhar funções sem ter o mínimo dos requisitos necessários”.

GESTÃO NA FACULDADE DE MEDICINA

Uma curiosidade que Fernando Malvar acredita que começa já a ter início nos bancos das faculdades. “Acredito – diz – que também começa a haver um interesse nesta matéria por parte dos jovens que ainda estão nas faculdades de medicina e que começam a perceber que necessitam de ter formação em gestão nos mais variados níveis de exercício”.

O interesse faz levantar a questão sobre a criação de uma disciplina de gestão da saúde nos planos curriculares dos cursos de Medicina. Mário Jorge Carvalho é prudente a comentar a pergunta, mas lá vai recordado que a licenciatura já abrange a estatística e econometria. “Os médicos consideraram que precisavam de saber desta área. Não sou a pessoa mais indicada para dizer que disciplinas devem ser lecionadas ou não num curso de Medicina, mas acho que deve ser uma questão a pensar”, conclui. ■

FRASES

→ “É um dado adquirido e indiscutível que os médicos têm de assumir as suas próprias responsabilidades nas organizações de saúde”.

MÁRIO JORGE CARVALHO, ECONOMISTA

→ “O perfil do médico encaixa-se no perfil da globalização, no sentido do entendimento das coisas que acontecem no mundo. O mundo tem um conceito de gestão a todos os níveis da sociedade”.

FERNANDO MALVAR, MÉDICO

→ “Este tipo de cursos têm toda a pertinência. Saímos da formação enriquecidos e com alguns dos conceitos básicos que tínhamos mais aprofundados”,

VASCO BESSA, MÉDICO

CANDIDATO À
ORDEM DOS MÉDICOS,
MIGUEL LEÃO, SOBRE OS
AGRUPAMENTOS
DE CENTROS DE SAÚDE

DIRECTOR EXECUTIVO “DEVE SER MÉDICO ESPECIALISTA”

MIGUEL LEÃO, CANDIDATO A PRESIDENTE DA ORDEM DOS MÉDICOS, DEFENDEU QUE O DIRECTOR EXECUTIVO DOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE DEVE SER UM MÉDICO ESPECIALISTA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR, COM EXPERIÊNCIA RECONHECIDA EM GESTÃO. “AS UNIDADES DE SAÚDE QUE VIVEM DE UMA CULTURA DE PROXIMIDADE DEVEM TER UMA EFECTIVA LIDERANÇA DOS MÉDICOS, COM O OBJECTIVO DE MELHORAR A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO”, ASSINALOU NUMA CONFERÊNCIA DE IMPRENSA REALIZADA NO PASSADO DIA 4 DE SETEMBRO, NA CASA DO MÉDICO.

nortemédico Texto Patrícia Gonçalves • Fotografia António Pinto

ESTE É O MOMENTO DE APRESENTAR ALTERAÇÕES

Com base na proposta de reconfiguração dos Centros de Saúde divulgada pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Miguel Leão sugeriu algumas alterações ao documento, lembrando que o processo legislativo ainda não está fechado. Aliás, argumentou, “o texto da Unidade de Missão é ainda uma declaração de princípios, mas no processo legislativo que se segue podem surgir evoluções em sentido muito diferente, pelo que este é o momento de apresentar alterações”.

No topo das alterações sugeridas aparece a questão do director executivo do agrupamento de saúde que, na proposta da Unidade de Missão, aparece

CONFERÊNCIA DE
IMPRENSA
[04.SET. 2007]



como sendo uma figura da gestão e não da medicina. Na opinião do candidato a bastonário da Ordem dos Médicos, este cargo deve ser assumido por um médico especialista em Medicina Geral e Familiar com cinco anos de efectiva experiência clínica e reconhecida experiência na área da gestão. “Um médico com experiência em gestão, vai gerir melhor do que um não médico”, advogou Miguel Leão.

Ainda no campo das propostas de alterações, o candidato defendeu que sejam “expressamente contempladas” algumas das competências do director clínico, abrangendo a formação contínua, as práticas clínicas, os protocolos com unidades hospitalares e a resolução de conflitos técnicos.

Já no quadro do Conselho Clínico, Miguel Leão propõe que as competências do director clínico “devem ser separadas daquelas que podem ser assumidas por não médicos”. Tudo porque, justificou, “não faz sentido que, em competências médicas, se pronuncie um conselho que integra não médicos”.

Por outro lado, mostrou-se ainda favorável à necessidade de ficar estabelecido na lei que o substituto do director clínico é o coordenador da Unidade de Saúde Pública. Um cargo, acrescentou, que também deve ser ocupado por um especialista em Saúde Pública. ■

mais
um encontro...

Chá em Família



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

RECONFIGURAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE: ATÉ AO LAVAR DOS CESTOS...

Até ao lavar dos cestos é vindima. O ditado popular já é velho e, talvez por isso, os médicos de Medicina Geral e Familiar não andam distraídos quanto à reforma em curso. Em tempo de vindimas e do pisar da uva, o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos organizou mais um «Chá em Família», com o assunto dominante: a nova proposta para a Reconfiguração dos Centros de Saúde.

Os atrasos na sua implementação, a autonomia de gestão e os problemas dos Centros de Saúde que não aderirem ao novo modelo organizacional foram alguns dos problemas levantados pelos médicos de Medicina Geral e Familiar que, no passado dia 3 de Outubro, participaram num serão diferente. Com a presença da jurista Inês Folhadela, da mentora da

iniciativa Fátima Oliveira e do presidente do Conselho Regional do Norte, José Pedro Moreira da Silva, discutiram-se os assuntos mais quentes da actualidade e que mais preocupam os clínicos.

UMA INICIATIVA COM O OBJECTIVO DE DAR APOIO AOS MÉDICOS

«Chá em Família» pretende ser um espaço aberto a todos os médicos de Medicina Geral e Familiar, onde se pode discutir opiniões, levantar dúvidas e recolher informações sobre a reforma que está a ser levada a cabo pelo Governo nos Cuidados de Saúde Primários. Em vez das habituais palestras ou conferências, “o Conselho Regional do Norte optou por uma iniciativa diferente, de carácter mais descontraído, mas sempre com o mesmo objectivo: dar apoio aos médicos”, reiterou Fátima Oliveira. ■



PARCERIA SRNOM E GALERIA
CORDEIROS COM MUITOS NOMES
CONSAGRADOS

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS PREPARADO PARA MEGA-EXPOSIÇÕES

É UMA DAS MAIS PRESTIGIADAS GALERIAS DE ARTE EM PORTUGAL. A CORDEIROS TRABALHA COM ARTISTAS CONSAGRADOS COMO JÚLIO RESENDE, ALMADA NEGREIROS, AMADEU SOUZA-CARDOSO, FERNANDO CALHAU, MÁRIO BISMARCK, JOSÉ MANUEL CIRIA, ZULMIRO DE CARVALHO, BONIFÁ-

CIO E ANTONIE TÀPIES. SÓ PARA ENUMERAR ALGUNS. NO PRÓXIMO ANO, EM PARCERIA COM A SECÇÃO REGIONAL DO NORTE, MUITOS DESTES NOMES PODERÃO SER VISTOS NO CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS.

nortemédico Texto Patrícia Gonçalves • Fotografia António Pinto

NOMES CONSAGRADOS

A lista de nomes de artistas consagrados que trabalham com a Cordeiros Galeria parece não ter fim. Quase nos perdemos a imaginar as obras dos maiores pintores e escultores portugueses e espanhóis juntos, num só espaço... no Centro de Cultura e Congressos da Casa do Médico. Pode ser assim já no início de 2008. Para o próximo ano, começam a ser programadas algumas exposições que prometem marcar o panorama cultural da cidade do Porto e, até, do país. É que um acervo assim, não se vê todos os dias. “Poderemos ter várias e diferentes exposições de arte. Desde mostras individuais de pintura, como por exemplo poderá acontecer com José Manuel Ciria – o artista espanhol, nascido em Manchester e radicado em Nova Iorque –, ou Bonifácio – outro artista espanhol que, recentemente, o Círculo de Bellas Artes de Madrid homenageou com uma grande retrospectiva

do seu trabalho –, até exposições colectivas com Júlio Resende, Julião Sarmento, Cabrita Reis, Antonie Tàpies, ou Barceló”, desvenda Agostinho Cordeiros, proprietário da galeria.



PINTURA E NÃO SÓ

Mas nem só de pintura se farão as exposições. Poderá haver mostras colectivas que juntem a escultura e mostras unicamente direccionadas para a fotografia. Em qualquer dos casos, “teremos presentes nomes conceituados internacionalmente”, garante, apontando como exemplo a grande exposição de fotografia que a Cordeiros está a organizar para o Museu da Alfândega do Porto.

LOCAL DE GRANDE PRESTÍGIO

A ideia de levar até ao Centro de Cultura e Congressos da Casa do Médico mostras tão distintas surgiu de uma forma simples. “Fui abordado pelo Dr. Miguel Guimarães – conta Agostinho Cordeiros –, no sentido de saber se estaria interessado em organizar algumas exposições no Centro de Cultura e Congressos. Senti-me muito sen-



O número de exposições e as datas ainda não estão definidas, mas dada a variedade de artistas e a própria vontade demonstrada pela Cordeiros Galeria, “espera-se que a ligação perdure no tempo”. Até porque os médicos, realça Agostinho Cordeiros, “são pessoas muito cultas e grandes apreciadores de arte”. Até como pintores... “Conheço a Artemédica [exposição anual que reúne dezenas de artistas médicos] e sei que existem médicos que pintam muito bem”, elogia.

sibilizado com o convite, até porque se trata de um local de grande prestígio”. Aliás, “já é muito comum em vários países da Europa realizarem-se exposições de arte em espaços como a Ordem dos Médicos, dos Engenheiros ou do Economistas”, acrescenta. Portugal parece estar a seguir os passos e o próprio galerista realça a importância das exposições “irem de encontro ao público”.

GALERIA COM HISTÓRIA

Agostinho Cordeiros sempre foi um apaixonado por arte e ainda recorda que a primeira exposição que organizou foi com obras que lhe pertenciam. “Imagine quantas obras eu tinha”, exclama. Foi dessa paixão que nasceu a Cordeiros Galeria, há 14 anos. Hoje, a imensidão de trabalhos – “centenas de obras de arte integram os fundos da Cordeiros Galeria –”, ocupam os mais diferentes espaços da emblemática sede, na Rua António Cardoso, no Porto. “Temos obras desde os 250 euros, aos dois milhões de euros”, confidencia, quase ao mesmo tempo que, orgulhosamente, acrescenta: “Temos um dos dois melhores quadros de sempre do Tâpies”.

Ao longo da sua história, várias têm sido as exposições promovidas pela Cordeiros Galeria, sempre assentes nas realidades portuguesa e espanhola e evidenciando o que de melhor existe entre o final do século XIX e os nossos dias. Há vários anos, como se sublinha no livro «Cordeiros 2007, arte moderna e contemporânea», que trabalha com artistas históricos da modernidade portuguesa e “do seu calendário de exposições contam mostras individuais de artistas como Mário Bismark e António Macedo, representados em exclusivo pela galeria”. ■



JOHN KEATS

(1795-1821)

MÉDICOS ESCRITORES

POR RODRIGO LIBERAL



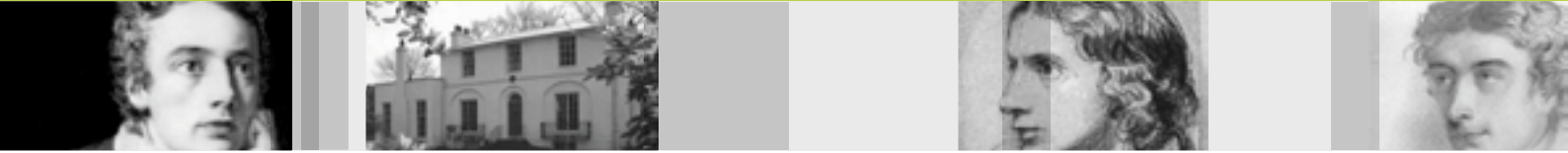
Rodrigo Liberal
Interno do H. S. João
roliberal@hotmail.com

JOHN KEATS ESTUDOU MEDICINA E FOI TREINADO PARA SE TORNAR CIRURGIÃO. PRECOCE NAS SUAS SENSIBILIDADES E FLUENTE NO SEU IMAGINÁRIO, FOI TAMBÉM O MODELO DO POETA ROMÂNTICO. DURANTE A SUA CURTA VIDA, KEATS PRODUZIU UMA PROFUNDA E IMPRESSIVA COLEÇÃO DE TRABALHOS. AOS VINTE E CINCO ANOS DE IDADE, JOHN KEATS SUCUMBIU A UMA DEVASTADORA TUBERCULOSE. UMA VIDA

COMO A PRÓPRIA ERA ROMÂNTICA: BREVE, BRILHANTE E POSSUÍDA POR VISÕES QUE TRANSCENDEM A PASSAGEM DO TEMPO.

Sonhando, encostado junto à janela do seu quarto em Londres, um jovem estudante de medicina, navegando pelos recantos da sua imaginação, escreveu as seguintes palavras: “Uma coisa bela é uma alegria para sempre”. E assim nasceu uma das frases mais célebres da Literatura Inglesa.

O autor, John Keats, foi o último e o maior dos poetas românticos ingleses, também considerado um



estudante de medicina consciencioso e brilhante. Na sua curta vida de apenas 25 anos, passou seis como estudante de medicina – exactamente o mesmo período que dedicou à poesia. Keats estava motivado para se tornar médico pelas razões certas: preocupação e desejo sincero de ajudar os outros.

INFÂNCIA E EDUCAÇÃO

John Keats nasceu a 31 de Outubro de 1795, em Londres, nas proximidades da Catedral de São Paulo. A sua mãe, Frances Jennings, era a filha mais velha de Alice e John Jennings, proprietários de um próspero estábulo, localizado em Moorgate, Londres. No dia 9 de Outubro de 1794, casou-se com Thomas Keats, que tinha sido empregado do referido estábulo.

A vida curta mas meteórica de John foi marcada por dramas repetidos. Quando tinha apenas 8 anos

de idade, o seu pai caiu de um cavalo e morreu; apenas dois meses após este trágico acontecimento, que terá abalado profundamente o pequeno John, a sua mãe voltou a casar. Passados seis anos, tinha Keats 14 anos, a sua mãe voltou para casa, gravemente doente, após ter contraído tuberculose; viria a morrer pouco tempo depois.

John Keats frequentou a Clarke's School, em Enfield, uma instituição privada com uma atitude

progressiva e liberal em relação à educação. A escola de Enfield era um estabelecimento independente e esclarecido, que se desenvolveu a partir de uma cultura dissidente muito vigorosa do final do século XVIII. Os principais dissidentes e reformistas dessa época estavam associados a esta escola; e o seu director, John Clarke, tinha conexões importantes com os intelectuais mais radicais desse tempo. Foi na escola de Enfield que John Keats formou a sua identidade política e imaginativa, imerso num ambiente onde os ideias progressistas e liberais das Revoluções Francesa e Americana permaneceram intactos, mesmo durante os anos menos optimistas que caracterizaram o fim do século XVIII.

A escola exerceu uma influência profunda na carreira de John Keats, especialmente após a morte dos seus pais. Foi também na escola que Keats travou conhecimento com Charles Cowden Clarke, filho do director, que o estimulou a escrever os seus primeiros poemas. Clarke afirmou que, durante os últimos anos em Enfield, Keats “leu toda a biblioteca da escola”, devorando uma variedade extraordinária de textos literários, históricos ou científicos, bem como escritos de natureza republicana e liberal que reflectiam as opiniões políticas e religiosas do fundador da escola.

CIRURGIA NO GUY'S HOSPITAL

Thomas Hammond, o médico que assistiu a mãe de John Keats durante a fase terminal da doença, encorajou o jovem Keats a prosseguir uma carreira médica. Desta modo, Keats foi, durante cinco anos, aprendiz do Dr. Hammond, um cirurgião competente e respeitado, com ligações ao Guy's Hospital. Estes anos passados com o Dr. Hammond foram “os mais plácidos de uma vida dolorosa”, já que o seu treino médico lhe disponibilizou tempo livre suficiente para que se deleitasse com os clássicos e desenvolvesse o seu interesse pela poesia.

A 1 de Outubro de 1815, e após concluir o último ano de aprendizagem com o Dr. Thomas Hammond, Keats matriculou-se no Guy's Hospital como estudante de medicina e cirurgia. A recém promulgada Acta dos Boticários (“New Apothecaries Act”) – um marco importante na História da Medicina Inglesa – exigia, além do período de cinco anos como aprendiz, um período adicional de pelo menos seis meses de assistência em âmbito hospitalar. Na verdade, Keats inscreveu-se num curso de um ano inteiro, provavelmente aspirando tornar-se, não apenas um Clínico Geral, mas com o objectivo de ser membro do Royal College of Surgeons.

Sir Astley Cooper, discípulo de John Hunter, foi um professor e cirurgião brilhante, tendo estabelecido o Guy's Hospital como uma prestigiada e famosa escola de cirurgia. Keats foi muito influenciado por Cooper, tendo tirando notas detalhadas das suas aulas. Vários pensamentos filosóficos, estimulados por Cooper durante as suas longas prelecções, estão também apontados no caderno de John Keats: “Na doença, o Homem da Medicina geralmente acerta; mas se ele não conseguir apurar uma doença, diz que é nervosa”.

Keats foi um estudante de medicina brilhante e vivo, cujo interesse pela beleza foi mais do que abstracto, tal como é evidenciado pelas inúmeras cartas de amor que escreveu a Fanny Browe. O romance de Keats com Fanny, de quem ficou comprometido em 1819, foi cruelmente interrompido, pelo seu



Londres, Séc. XIX. Ao centro, a Catedral de S. Paulo.



Guy's Hospital, Londres.



Sir Astley Cooper (1768-1841).

estado de saúde progressivamente debilitado. Esta história de amor foi uma das mais trágicas na história da literatura.

Sir Astley Cooper executou inúmeras operações espectaculares; em 1816, Keats ajudou-o a realizar a primeira laqueação da aorta abdominal, para tratamento de um aneurisma rapidamente expansivo da artéria ilíaca comum. Nesse ano, Cooper designou Keats como seu ajudante pessoal, o que permitiu uma relação de proximidade entre o grande cirurgião e o futuro poeta. Durante a segunda parte do curso, Keats foi aluno do Dr. Billy Lucas Junior, pessoa

descuidada, que muitas vezes executava tecnicamente mal as suas operações, chegando, por vezes, ao ponto da incompetência criminal. Keats, enquanto ajudante de Lucas, teve a responsabilidade de acompanhar o pós-operatório dos doentes de Lucas, que geralmente sofriam muito ou até morriam. A desilusão de Keats com a Cirurgia data da sua ligação a Lucas. Além disso, o seu demonstrador de anatomia, advertiu-o de que: “a faca do cirurgião pode dar vida ou provocar morte no espaço da largura de um cabelo”. O medo do jovem poeta em provocar dano aparentemente abalou a sua autoconfiança. Além disso, Astley Cooper avisava muitas vezes os seus estudantes que: “a cirurgia requer (...) um bom olho, uma mão constante e sobretudo uma mente que não seja facilmente abalável. (...) Mas a maior virtude durante uma intervenção cirúrgica deve ser a auto-posseção; a cabeça deve sempre dirigir a mão”.

A 25 de Julho de 1816, Keats passou nos difíceis exames (que incluíam tradução da Pharmacopoeia, teoria e prática médica, química farmacêutica e Matéria Médica) para a Society of Apothecaries, com distinção, um feito notável, já que foi o único de entre os seis candidatos que o conseguiu.

Nesta altura, John Keats ponderou abandonar a medicina, para dessa forma se dedicar exclusivamente à poesia. No entanto, em Outubro de 1816, Keats voltou ao Guy's Hospital, para completar um segundo ano, como ajudante de cirurgião. Keats ainda pretendia torna-se membro do Royal College of Surgeons, pelo que frequentou um curso avançado de cirurgia, cujas lições eram proferidas pelo lendário Astley Cooper. A primeira lição, publicada na revista *The Lancet*, constituiu um aviso claro aos futuros cirurgiões, a não entrarem na profissão, a menos que possuíssem um temperamento adequado a desempenhá-la. Para exacerbar este ponto, Cooper contou a história de um interno que acidentalmente abriu uma artéria: o doente perdeu muito sangue e acabou por morrer.

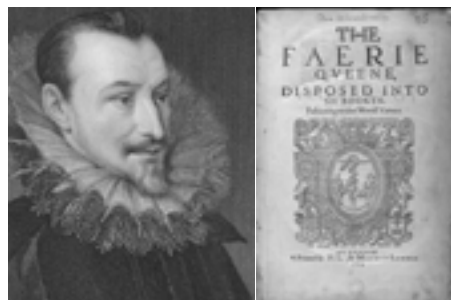
A decisão de Keats de abandonar a cirurgia baseou-se provavelmente na descoberta de que não estava emocionalmente adaptado para efectuar uma operação cirúrgica. A sua apreensão em causar dano – destruir mais do que salvar vidas – é confirmada ao admitir que “a minha última operação consistiu na abertura da artéria temporal de um homem; fi-lo

com a máxima exactidão; mas reflectindo sobre o que passou pela minha mente nesse momento, a minha destreza pareceu um milagre; e desde então, nunca mais peguei num bisturi”. Seis meses mais tarde, afirmou: “esqueci-me de toda a cirurgia”. Não foi, portanto, apenas a atracção pela poesia que levou Keats a abandonar a medicina, mas possivelmente o medo que ele, tal como Lucas, tinha de cometer um acidente fatal. O biógrafo Robert Gittings escreveu: “Ele (Dr. Lucas) fez com que muitos estudantes abandonassem a cirurgia; não porque fosse enfadonho, mas porque era perigoso”.

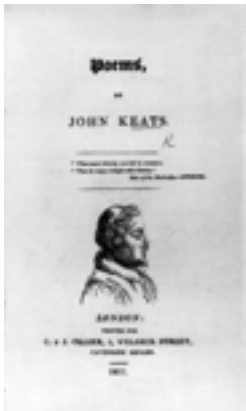
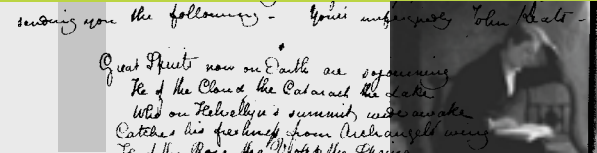
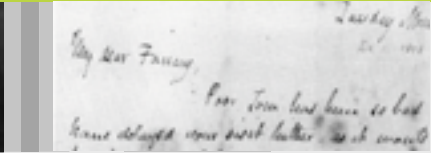
No entanto, Keats nunca abandonou completamente a ideia de exercer medicina. Guardou todos os seus livros de medicina, afirmando mais tarde que “estou contente por não ter entregue os meus livros, os quais voltarei a ler para manter vivo o pouco que sei”. Keats discutia casos clínicos com clareza e confiança, prescrevia fármacos aos seus amigos, e falou várias vezes em voltar a exercer medicina. Diagnosticou os seus próprios sintomas com maior exactidão do que os médicos que o observaram, quando contraiu tuberculose.

POESIA E BELEZA

A sua recém despertada paixão pelos prazeres da literatura e da imaginação nunca foi sufocada pela medicina, e sempre que o seu trabalho lhe deixava algum tempo livre, mergulhava na leitura e na tradução. Em 1815, John Keats terminou a tradução da “Eneida”; nesta altura tinha o hábito de, pelo menos uma vez por semana, atravessar Enfield para se encontrar com o seu amigo Cowden Clarke, e com ele “passear nos reinos do ouro” da literatura. Num dia muito importante para Keats, Cowden Clarke apresentou-lhe a obra de Spenser, tendo-lhe lido, numa tarde maravilhosa, o “Epithalamium”; nessa mesma tarde emprestou-lhe “*Faerie Queene*” – abria-se, assim, um novo mundo que viria a influenciar muito a sua obra. Charles Brown, o seu amigo mais íntimo durante os últimos anos da sua vida, afirma mesmo que a sua primeira tentativa de escrever foi devida à inspiração que Keats foi buscar a “*Faerie Queene*”. Escreveu Sir Sidney Colvin: “Embora tenha nascido para se tornar poeta, Keats desconhecia o seu talento inato, pelo menos até completar 18 anos de idade. Keats ficou encantado com o mundo de fadas de Spenser (...)”.



Edmund Spenser (1552-1599). “*The Faerie Queene*”, um dos seus trabalhos mais notáveis, inspirou profundamente Keats.



"Poems" (1817).

Em 1817, John Keats publicou o seu primeiro livro "Poems", marcado por concepções ultraromânticas; não obtém sucesso com esta obra, tendo sido fortemente atacado pela crítica. Em 1818, lança "Endymion" e inicia a produção de seu maior poema "Hyperion", que não chega a concluir. Em 1820 são publicados "Lamia", "Isabella", e cinco "Odes" – as imperfeições dos seus primeiros poemas haviam desaparecido totalmente.

A obra de John Keats divide-se entre as inúmeras referências à morte e um intenso sentimento de prazer com a vida. Influenciado pelos poetas gregos do período helénico e pelos poetas ingleses do século XVI, Keats persegue a perfeição estética; a sua poesia é marcada pelo sentimentalismo romântico, por imagens vibrantes de grande apelo sensual, e pela expressão de aspectos da Filosofia clássica.

Constitui uma especulação ociosa pensar naquilo em que Keats poderia ter contribuído, caso tivesse tido uma vida tão longa como outros poetas da sua era, e se tivesse assistido às últimas décadas do século, quando a revolução industrial, a mecanização e a burocracia começaram a dominar o país. Em Novembro de 1817, John Keats escreveu ao seu amigo Benjamin Bailey esta passagem notável: "Estou certo, apenas, da santidade dos afectos do Coração e da verdade da Imaginação. Tenho a mesma ideia

de todas as nossas Paixões, desde o Amor, estão todas no mesmo estado sublime e criativo de Beleza essencial". Poder-se-á pensar que isto o levaria a um mundo de fantasia que negligenciava o real, o tipo de beleza artificial que mais tarde Tennyson viria a descrever em "Idylls of the King". Nesta altura, a poesia de Keats estava a amadurecer de forma tão rápida, pelo que tal especulação pode ser incorrecta.

Esta foi, no entanto, uma intrusão rápida, e quase irrelevante. Quando escreveu "Hyperion", o seu poema mais maduro, ele volta à sua preocupação com o que a vida de um poeta deve ser, o que é realmente a



beleza, e qual a relação que pode ter com a vida de uma humanidade em constante sofrimento. Keats observa que o poeta se deve afastar de uma contemplação isolada da personalidade que possui, para se identificar ele próprio

com o mundo que o rodeia. Fora dessa identidade com o mundo, o poeta deve desenvolver uma compaixão universal, e utilizar a sua arte numa relação com ela.

Keats estava próximo de atingir o seu objectivo: um poema longo, épico, com intenção filosófica; e que poderia ter influência na literatura e na mente da era Vitoriana. O artista não pode seguir as ordens do seu intelecto, a não ser que estejam em harmonia com as suas intuições criativas.

ÚLTIMOS TEMPOS

No início de 1818, o irmão mais velho de John, Tom Keats, adoeceu, com tuberculose. Esquecendo tudo o resto, John, tal como já tinha feito com a sua mãe, tornou-se no enfermeiro do irmão, dispensando-lhe todos os cuidados de que necessitava; e, mais uma vez, sem sucesso: Tom morreu no final desse ano. Após a morte de Tom, um amigo de John Keats, Charles Brown, convidou-o para se mudar para Wentworth, próximo de Hampstead. É nesta altura que Fanny Brawe entra na vida de John; Keats e Fanny encontraram-se pela primeira vez em Novembro de 1818. Entre Dezembro de 1818 e Setembro de 1819, Keats escreveu a maioria dos poemas pelos quais é mais conhecido, incluindo "Ode to a Nightingale", considerado por Swinburne "uma das obras-primas do trabalho humano de todos os tempos".

Keats jamais viria a respirar um ambiente de calma e paz, igual a este em que as Odes foram escritas. A partir deste ano, atormentado por dívidas enormes, Keats foi forçado a completar poemas rapidamente, como forma de apaziguar o seu editor e pagar o dinheiro que este lhe ia emprestando. Além disso, é por essa altura que a sua garganta o começa a incomodar; um Inverno excepcionalmente rigoroso agrava ainda mais o seu estado de saúde. Charles Brown contou desta forma os eventos do dia 3 de Fevereiro de 1820: "Ele chegou às onze da noite, num estado que se assemelhava a uma feroz intoxicação. Um estado daqueles, nele, eu jul-



Manuscrito original de "Ode to a Nightingale". Publicado pela primeira vez nos "Annals of the Fine Arts" em 1819.

gava impossível, e isso foi aquilo que eu mais temi. Perguntei apressadamente: “Qual é o problema? Estás febril.” “Sim, sim.”, respondeu. Entrei no seu quarto, quando ele se estava a deitar. Enquanto se cobria com os lençóis frios, ele tossiu, e ouvi-o dizer “Aquilo é sangue que saiu da minha boca”. Dirigi-me a ele; estava a examinar aquela gota de sangue. “Traz-me a vela, Brown; deixa-me ver este sangue”, e após observá-la firmemente, dirigiu-me o olhar, com uma calma de expressão que jamais poderei esquecer, e disse “Conheço a cor daquele sangue; é sangue arterial; aquela gota de sangue é a minha certidão de óbito; vou morrer.”

Consumido por dores e fraqueza crescentes, parece provável que Keats não tenha escrito mais poesia. No entanto, escreveu cartas, em particular à sua amada Fanny. Em Fevereiro de 1820, escreveu: “Não a enganarei mais a respeito da minha saúde. Estive a recuperar durante três semanas e ainda não estou bem – isto prova que algo deve estar mal em mim”. Mais tarde, acrescentou: “Você sabe a nossa situação. Que esperança ainda resta? A minha saúde não me permitirá fazer nenhum grande esforço. Recomendaram-me até para não ler poesia, muito menos escrevê-la; desejava ter pelo menos uma pequena



esperança”. Em Agosto: “o meu peito está num estado tão nervoso que, algo extra, como falar com uma pessoa ou escrever uma nota quase me sufoca. Tenho mais para dizer mas devo desistir, uma vez que cada linha que escrevo me aumenta a tensão no peito”. Ainda nesse mês:

“Tornei-me doente no mundo irracional, com o qual você está a sorrir. Vejo apenas espinhos no futuro. Não tenho perspectiva de qualquer resto. Desejava que pudesse infundir um pouco de confiança no meu coração.”

Recomendado pelos seus médicos, John Keats viajou para Itália, com o seu amigo Joseph Svern. O seu médico, Dr. James Clarke, procedeu a várias sangrias e ordenou uma dieta demasiado restritiva. O seu estado foi piorando lentamente. Svern escreveu acerca da experiência: “Ele permanece tranquilo e submisso, por trás do seu semblante pesado. Durante três semanas, nunca o abandonei. Não tenho nada com que quebrar esta solidão terrível, a não ser escrevendo cartas. Dia após dia, noite após noite, aqui estou pelo nosso pobre amigo. O meu espírito, o meu intelecto e a minha saúde estão a quebrar.”

A sua doença entrava agora na fase terminal, e Svern permanecia, continuamente, sentado ao seu lado. Na manhã de 28 de Janeiro, para se manter acordado, Svern desenhou um esboço de Keats, no qual escreveu: “Desenhado para me manter acordado – um suor mortal cobriu-o durante toda a noite”. Num dos seus momentos de lucidez,

Keats perguntou a Svern: “Já viste alguém morrer? Bom, coitado de ti, pobre Svern. Agora tens de ser firme, já que não demorará muito”. Keats tinha finalmente perdido qualquer esperança de recuperação. À medida que o tempo passava, Keats ficou mais tranquilo e calmo, e parecia adormecer. Então, disse: “Svern, levanta-me. Estou a morrer. Morrerei tranquilamente. Não te assustes, tens que ser firme, e agradece a Deus por este momento ter finalmente chegado”.

John Keats morreu no dia 23 de Fevereiro de 1821, com 25 anos de idade. Foi sepultado, no cemitério protestante de Roma. Sob o seu túmulo foi esculpida a inscrição que ele mesmo redigira: “Aqui descansa um homem cujo nome está escrito sobre a água”.

A educação científica de John Keats, obtida num dos melhores centros médicos desse tempo, incutiu, indubitavelmente, no jovem poeta, a importância da observação escrupulosa e preceptiva, seja ela de uma paisagem, de um rouxinol, ou de um ser humano. Keats conciliou estes dois elementos divergentes da sua personalidade numa única amálgama sinérgica de ciência e poesia; a primeira, uma concentração intelectual intensa baseada num destacamento científico fresco; a segunda, um olho artístico obscurecido pela intensidade imaginativa, “com palavras de seda, e frases de prata”.

A percepção sensual e a clareza de expressão extraordinárias, a realização suprema da energia criativa, definem o génio de Keats, que produziu alguma da melhor Poesia de Língua Inglesa, de todos os tempos. Durante os últimos três anos antes de vida, John Keats produziu um corpo de poesia lírica de uma profundidade filosófica extraordinária. Keats foi um artista com poderes intelectuais distintivos, com um discernimento filosófico impressionante sobre a vida e a arte, tal como as suas cartas fascinantes – entre o melhor jamais escrito por um poeta – revelam.

A influência do seu treino médico no Guy’s Hospital, originou e fortaleceu a sua compaixão profunda pelo sofrimento humano. Keats, por vezes retratado como um visionário estranho, incapaz de suportar a pressão que uma carreira cirúrgica exige, distinguiu-se como um estudante de medicina sério. Este jovem e sonhador médico-poeta,

um dos imortais da poesia inglesa, foi obcecado pelo corpo e alma dos seres humanos: a medicina tratando o corpo, e a poesia aliviando a alma. ■



PARA UMA HISTÓRIA MÉDICA PORTUENSE



Dr. A. S. Maia Gonçalves

AO LEREM ESTES MEUS ESCRITOS, MUITOS DIRÃO: QUE LAMENTÁVEL PERDA DE TEMPO! OUTROS PERGUNTARÃO: PORQUÊ, E PARA QUÊ, TANTO ESFORÇO INGLÓRIO E ESTÉRIL, NÃO PROVEITOSO? TANTO NUMA COMO NOOUTRA EXPRESSÃO NÃO FALTAM CARRADAS DE LÓGICA. MAS QUEM NESTA VIDA PORFIA ENCONTRAR LÓGICA PARA TUDO, ARRISCA-SE A FICAR, VEZES SEM CONTA, DESILUDIDO E FRUSTRADO. MUITO EM ESPECIAL QUANDO SE TRATA DOS COMPORTAMENTOS HUMANOS, QUE OBEDECEM NÃO ÀS FORÇAS DA LÓGICA E DA RAZÃO MAS SIM ÀS FORÇAS DA AFECTIVIDADE, DO SIMPLES GOSTAR OU NÃO GOSTAR – JÁ PARA NÃO EXTREMAR O DISCURSO E APELAR AO USO DA PALAVRA AMOR, QUE É A CHAVE-MESTRA PARA LIBERTAR TODAS AS AMARRAS, TODAS AS RÉDEAS E TODAS AS MORDAÇAS. COMO DIZIA O NOSSO AMIGO LUÍS: “AMOR NÃO MOVIDO DE PRÊMIO VIL... QUE NÃO É PRÊMIO VIL SER CONHECIDO POR UM PREGÃO DO NINHO SEU PATERNO”.

Revistas Médicas Portuenses (III) CONCLUSÃO

III PERÍODO (1860 a 1897) Continuação...



■ Em chegando a Janeiro de 1894 o médico **Oliveira Castro** que em 1880, como vimos, esteve na origem da Revista originalíssima a que deu o nome de Medicina Dosimétrica, apareceu então como fundador, editor e proprietário de uma nova revista baptizada desta vez com o nome de **MEDICINA MODERNA**, cuja Redacção entregou aos cuidados do seu sobrinho, também médico, **Ferreira de Castro**. Foi uma mudança de título e uma sucessão sem interrupções.

Mas se os títulos alguma ideia querem exprimir, esta mudança da Medicina Dosimétrica, de Oliveira Castro, de 1880, para a Medicina Moderna, de Ferreira de Castro, em 1894, traduzirá, para além de alguns aspectos editoriais e gráficos, uma evolução nos conteúdos, resultante, seguramente, dos grandes avanços da Farmacologia e da Farmacêutica.

Ferreira de Castro contava com o apoio de um número razoável de colaboradores efectivos, 14, cujos nomes vinham enunciados no cabeçalho.

Longa foi também a vida da Medicina Moderna pois durou até Dezembro de 1923, o que equivale a dizer que foi presença constante, na cidade, durante cerca de 30 anos consecutivos, transformando-se, assim, num dos mais duradouros periódicos médicos Portuenses, e também por isso se constituiu numa das mais fiéis e completas fontes de informação de toda a vida institucional e assistencial médicas na cidade do Porto.

Em Janeiro de 1921 o prestígio e a aceitação da Medicina Moderna atingiram o auge com a entrada de **A. dos Santos Pereira** na qualidade de Redactor, “subindo” Ferreira de Castro para Director e transformando-se de mensal em quinzenal.

Em Janeiro do ano seguinte, 1922, receberam mais um reforço: o de **J. Martins Barbosa** para Redactor Secretário, continuando Santos Pereira como Redactor principal. E sempre tendo como timoneiro o médico Ferreira de Castro que, por toda a sua probidade mas também por esta sua actividade jornalística, se tornou numa das figuras médicas mais conhecidas e mais respeitadas na cidade do Porto. O último exemplar da Medicina Moderna tem a data de 25 de Dezembro de 1923.

Como havíamos prevenido, vamos agora registar três periódicos verdadeiramente singulares que, apesar de se dizerem oriundos de estabelecimentos farmacêuticos, tiveram uma importante participação de médicos, do que resultou uma combinação e um produto final verdadeiramente singular e muito elogiado, por exemplo por Maximiano Lemos.



■ No mesmo mês de Janeiro do mesmo ano de 1894, em que foi lançada a medicina moderna, a espelhar a sugerida força da nova e poderosa indústria farmacêutica mas também, há que reconhecer, como fruto da inteligência e dinamismo de algumas gerações de médicos contemporâ-

neos (neste caso da mesma família) é lançado ao público o BOLETIM DA PHARMACIA J. B. BIRRA E IRMÃO*.



■ Na mesma linha de intervenção, no ano seguinte, em **1895**, mas dizendo-se referente ao período 1894/1895, e oriunda também de um outro estabelecimento comercial da cidade (desta vez da Pharmacia Magalhães, na Rua do Rosário) apareceu uma original e esplêndida revista reclamando-se “de conhecimentos práticos”. Chamava-se **NOVIDADES MÉDICO-PHARMACEUTICAS** e

tinha como redactor o muito conceituado médico **Júlio Cardoso**, que era Tenente-Coronel Médico – Inspector de Saúde e mais tarde Director do Dispensário do Porto para Crianças Pobres e Director do Hospital Militar.



■ Embora inexplicável por mim, de momento, alguns anos mais tarde, em **1912**, esta “Novidades Médico-Pharmaceuticas” aparece “promovida” a **JORNAL DOS MÉDICOS E PHARMACEUTICOS PORTUGUESES**, de cuja direcção continuava a encarregar-se o mesmo médico **Júlio Cardoso**, acompanhado agora de **Álvaro Machado**, Clínico do Dispensário Anti-Tuberculoso e também Professor do Liceu Rodrigues de Freitas.

A partir de Janeiro de **1914**, para além daqueles dois clínicos, passou a surgir também o nome de **Annibal Cunha**, professor na Escola Superior de Pharmácia do Porto.

A simples leitura destes nomes de médicos e destes títulos de periódicos, tão originais quanto excelentes, faz despertar imediatamente uma imensa curiosidade e o desejo de aprofundar, uns e outros, procurando desvendar todas as interligações que se adivinham entre a Medicina e a Farmácia naqueles recuados tempos. Pelas mais variadas razões, esse estudo aprofundado, terá, porém, que ficar para outra oportunidade, pois ultrapassa o espírito sincrético deste trabalho, já para não falar do espaço disponível.

*Numa das minhas pesquisas bibliográficas tropecei, um dia, com a seguinte tese de licenciatura em Medicina, cá no Porto, em 1888: “O Método Burggräviano” por Manoel Bernardo Birra.

IV PERÍODO (Posterior a 1897)

Tal como adoptamos nos Períodos anteriores, também vamos sub-dividir este IV Período em 2 fases: – numa primeira fase, relataremos o que se passou desde 1897, data do aparecimento da que classificamos de III Gazeta Médica do Porto, até a implantação da República em 1910, ou melhor, até à Reforma Médica que aconteceu pouco depois, em 23 de Fevereiro de 1911, e que elevou a Escola Médico-Cirúrgica à categoria de Faculdade de Medicina; – na segunda fase, falaremos das publicações que surgiram posteriormente àquele histórico acontecimento de 1910.

A – Desde 1897 até à Fundação da Faculdade de Medicina (1911)



■ Em Outubro de **1897** apareceu aquela que designamos por a terceira **GAZETA MÉDICA DO PORTO**, que se constituiu como o Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Porto, a qual por sua vez nascera de uma cisão surgida no seio da anteriormente existente Sociedade União Médica.

Esta Gazeta tinha a Presidente da Comissão de Redacção o nosso já bem conhecido e ilustre **Maximiano Lemos**, razão pela qual passaremos a designá-la familiarmente pela “**Gazeta do Maximiano**”, enquanto pelo mesmo critério à segunda chamaremos a “**Gazeta do Aires de Gouveia**” e a primeira ficará conhecida como a “**Gazeta do João Ferreira**”. Os restantes elementos da Comissão de Redacção eram **Carlos Lima**, **Perry de Sampaio**, **António Andrade Júnior**, **Luís Viegas**, **Clemente Pinto** e **Evaristo Saraiva** como Secretário. Terá durado até 1901.



■ Em Abril de **1904** surgiu uma revista médica, mensal, bem cuidada e ambiciosa, de nome **PORTO MÉDICO**. Tinha como Directores **Alfredo de Magalhães** e **Souza Júnior** e como Secretário da Redacção **Pires de Lima**. Logo na Introdução, assinada por Alfredo de Magalhães, se diz que “nunca uma publicação desta índole foi mais justificada, nem mais natural, nem mais oportuna perante a deplorável desagregação

depois da implantação da República em 1910, ou melhor, até à Reforma Médica que aconteceu pouco depois, em 23 de Fevereiro de 1911, e que elevou a Escola Médico-Cirúrgica à categoria de Faculdade de Medicina; – na segunda fase, falaremos das publicações que surgiram posteriormente àquele histórico acontecimento de 1910.

do corpo clínico Portuense. São factos que não vale a pena exumar”.

Mesmo sem “exumar” esses factos, fica-se com a convicção de que Alfredo de Magalhães estava a referir-se à recente cisão que havia ocorrido entre a classe médica portuense... e que conduziu à criação, em 1897, da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Porto. Diz também que tornava-se imperiosa “uma reabilitação patriótica e científica”, tanto mais que estava previsto realizar-se, em 1906, em Lisboa um Congresso Internacional de Medicina e Cirurgia dar boa nota de nós próprios.

O PORTO MÉDICO, “periódico científico” que, segundo O Tripeiro, Alfredo de Magalhães, “quando lente, sustentou por alguns anos e para o qual montou tipografia própria” (Typographia de O Porto Médico), publicava-se de 10 a 15 de cada mês.

O seu último número, sem qualquer aviso ou anúncio, terá sido o de Fevereiro de 1909.



■ Em 1907, estando ainda vivo o “Porto Médico”, com a data de 1 de Janeiro, surgiu uma nova “Revista Quinzenal de Ciências Médicas”, denominada de GAZETA DOS HOSPITAIS DO PORTO. Ao reclamar-se “dos hospitais do Porto” esta Gazeta dava assim mostras de uma grande ambição ao querer aglutinar ou, mesmo, liderar todos os hospitais da cidade, o que condiz com o numerosíssimo elenco técnico para a sua produção. Como Redactores, mais uma vez, à frente de uma lista que incluía **Dias de Almeida**, **Souza Júnior** e **Pires de Lima**, lá aparecia o nome do incansável **Maximiano Lemos**. Como Secretários Adjuntos: **Teixeira Bastos** e **Teixeira Ribas**. Como colaboradores efectivos, uma infindável lista de nem mais nem menos que 51 nomes, entre os quais, curiosamente, o de uma (e única) senhora **D. Leonor da Silva**, apresentados, todos, no frontispício da revista.

Esta Gazeta dos Hospitais do Porto foi o último exemplar destas publicações que estamos a rever a utilizar a qualificação de Gazeta, título que, desde o Zodíaco, de 1749, pelas nossas contas, foi registada por 7 (sete) vezes. Depois da implantação da República, em 1910, nunca mais foi utilizado um tal título.

■ Esta própria Gazeta dos Hospitais, em chegando a 1914, alterou o seu nome, primeiramente para VIDA MEDICA e SCIENTIFICA, e posteriormente, em 1915, ambicionando ter um carácter e uma audiência nacionais, para PORTUGAL MEDICO. Em sub-título arrogavam-se de querer transformar-se em “Arquivos Portugueses de Medicina” (isto a despeito de, naquela data, como veremos no parágrafo seguinte, estar em publicação a nova série dos “Archivos de História da Medicina Portuguesa” de Maximiano Lemos). Como seu redactor principal constou sempre o mesmo nome, **A. Garrett**, que em Novembro de 1961 faleceu súbita e inesperadamente, sucedendo-lhe no mesmo cargo o seu filho **J. Garrett**.



■ Em 1910, tal como já referi, o incansável Maximiano Lemos, desta vez com a ajuda de um jovem Professor, **João de Meyra**, retomou a publicação dos ARCHIVOS DE HISTÓRIA DA MEDICINA PORTUGUESA, que tinham ficado suspensos em 1896. Esta nova série dos Archi-

vos de História da Medicina Portuguesa publicou-se, bi-mensalmente e de forma ininterrupta, durante uma dúzia de anos, e só acabou quando Maximiano Lemos adoeceu gravemente e veio a falecer em 1923.

Os Archivos de Historia da Medicina permanecem assim como verdadeiros tesouros da Cultura médica portuguesa.

■ Em 1970, quase meio século depois, **Luís de Pina**, num gesto de homenagem a Maximiano Lemos e numa tentativa de reabilitação da História da Medicina Portuguesa, editou um pequeno volume, referente ao período de 1968 a 1970, que seria o primeiro número do que o autor chamou a 3ª série dos Arquivos de História da Medicina Portuguesa. Infelizmente não passou desse exemplar único.

B – Posterior à Fundação da Faculdade de Medicina, em 1911.

Neste intervalo de tempo tão longo e tão rico de importantes acontecimentos político-sociais como, por exemplo, a I Grande Guerra de 1914-1918, na qual Portugal participou com um Corpo Expedicionário (CEP); a revolução de 28 de Maio de 1926 e a consequente instalação de uma Ditadura Militar que se prolongou até 1933; uma nova Constituição Política, em 1933; a II Grande Guerra, desde 1939 até 1945, etc., poderíamos tentar algumas sub-divisões, como fizemos, aliás, nos períodos anteriores.

São tão poucos, porém, os periódicos médicos que temos para registar que seria um exagero fazê-lo.

Ao contrário, quase apeteceria, isso sim, investigar o porquê de tamanha pobreza editorial nesta matéria. Assim:



■ Em Janeiro de 1914 surgiu uma nova revista médica, a primeira nova publicação após a implantação da República em 1910, com o nome ARQUIVO MÉDICO.

Numa versão algo semelhante aos primórdios desta história que estamos contando, os autores

deste Arquivo Médico afirmavam que pretendiam “registar o Movimento Médico Internacional”. Era seu Director **Ângelo César das Neves**, então Chefe



de Serviço no Instituto Pasteur no Porto. Aos olhares de hoje, surpreende ver como este Arquivo Médico aparece profusamente preenchido com anúncios de medicamentos recomendados e até assinados pelos próprios médicos recomendadores. Naqueles recuados tempos, pelos vistos, seria uma prática eticamente aceitável. Hoje, penso, uma igual prática seria considerada totalmente reprovável. Moral da História: mudaram-se os tempos mudou-se a ética. Não terá passado do número 5.



■ Em 1925, oriundos da Faculdade de Medicina, apareceram, ainda que sem época certa de publicação os ARQUIVOS de CLÍNICA MÉDICA, mais uma vez por virtude de outra personalidade notável e digna dos nossos maiores elogios por tudo quanto o seu esforço representa de dedicação ao ideal de “ensinar”. Refiro-me a **Thiago de Almeida**, verdadeiro baluarte, entre muitos outros, da Instituição Universitária.



■ Em Janeiro de 1928, os médicos do Hospital da Misericórdia do Porto, numa tentativa mais que louvável de “não deixarem no olvido os casos da sua prática diária”, e recordando e invocando os seus antecessores (a Gazeta de 1859 e a Revista de 1888), fizeram publicar o número um do que apelidaram, muito simplesmente, de BOLETIM CLÍNICO do Hospital Geral de Santo António.

Foram seus redactores iniciais os médicos **Santos Pereira** e **Álvaro Rosas**.



■ A partir de Dezembro de 1940 em diante, falar de Jornalismo Médico Portuense, por mais exagero que possa parecer, é falar de uma personalidade médica verdadeiramente ímpar, já que foi ele quem esteve na origem de praticamente todas as publicações médicas periódicas que desde então surgiram a público oriundas desta cidade do Porto. Estou a falar de **Mário Cardia**, pioneiro do Jornalismo Médico moderno no nosso País: “deve ter sido o primeiro que fez do jornalismo médico uma profissão” (J. Andresen Leitão). **Mário Cardia** começou por fundar no dia 1 de Dezembro de 1940 (fica-nos a impressão de não ter sido uma data de puro acaso, quando nesse dia se assinalava a comemoração de tricentenário da Restauração de Portugal face à usurpação e ocupação de Portugal pela Castela Filipina) o JORNAL DO

MÉDICO e aí se manteve como Director durante os 10 anos seguintes.

O Editorial do 1º número, com o título “Tenhamos Fé”, é um autêntico manifesto patriótico de solidariedade e de esperança desejando ser “sobretudo, um novo porta-voz das aspirações e dos interesses da Classe Médica, com a preocupação de ajudar a Ordem dos Médicos... cuja fundação tinha sido oficializada em Dezembro de 1938... a desempenhar a sua honrosa missão”.

A partir de 1950, o “Jornal do Médico”, com a saída de Mário Cardia, passou a ser dirigido por **Armando Pombal**.

■ Ainda em 1948, **Mário Cardia**, juntamente com o **Dr. Cannadell**, fundou mais uma outra revista: ACTA ENDOCRINOLÓGICA E GINECOLÓGICA HISPANO-LUSITANA, a qual veio depois a desdobrar-se em duas e das quais Mário Cardia continuaria, aliás, como director, em acumulação, lembre-se, com a direcção do Jornal do Médico.

■ Irrequieto, activo, mal deixou a chefia do Jornal do Médico, **Mário Cardia** de pronto fundou, em 1950, mais uma outra revista: O MÉDICO, publicação quinzenal, de início, mas que depois passou a semanal. Aí permaneceu durante os 24 anos seguintes, até falecer em 1974.

■ Num sentido de colaboração internacional que já ficara manifesto com a publicação da Acta Hispano-Lusitana, **Mário Cardia** ainda acrescentou à sua já pesada responsabilidade jornalística a edição portuguesa (em 1964) de uma outra revista: EUROPA MÉDICA. Hoje, passados mais de 40 anos em que tanto se fala da União Europeia, não deixa de surpreender tamanha precocidade nas ante-visões de Mário Cardia.

E pronto. Acabei de colocar por uma certa ordem as migalhas sobre as Revistas Médicas Portuenses que eu fui encontrando e juntando ao longo do tempo que me tem sido dado para respirar.

Sei perfeitamente que ainda lhe falta muito para poder ser considerado um trabalho perfeito, imaculado.

Mesmo assim guardo a esperança de que depois de mim virá quem... quem nele algum proveito encontrará.

Não quero terminar este trabalho sem deixar aqui expressos os meus sinceros agradecimentos a todos os amigos que ao nível do Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos, da Biblioteca Central da Faculdade de Medicina, da Biblioteca Municipal do Porto e na Medesign sempre se mostraram prontos a ajudar-me. ■

POUSADA DE S. VICENTE EM BRAGA

COM VISTA PARA O MUNDO EMPRESARIAL



BRAGA É UMA CIDADE REQUINTADA, COM DOIS MIL ANOS DE HISTÓRIA. SEMPRE TEVE UMA GRANDE OFERTA AO NÍVEL DA HOTELARIA, MAS FALTAVA-LHE UM SERVIÇO DE POUSADA. A S. VICENTE FOI INAUGURADA RECENTEMENTE E QUIS PREENCHER ESSA LACUNA. ASSENTE NUMA ANTIGA ALBER-

GARIA, A UNIDADE ESTÁ A APENAS DEZ MINUTOS A PÉ DO CENTRO HISTÓRICO. MAS, PARA ALÉM DA COMPONENTE TURÍSTICA, A POUSADA DIRIGE-SE A UM SEGMENTO ALVO MUITO CONCRETO: O MUNDO EMPRESARIAL.

LOCALIZAÇÃO, SERVIÇOS E ESTRUTURAS DE SUPORTE MARCAM AS PRINCIPAIS VANTAGENS

A Pousada de S. Vicente é uma boa opção para uma estadia onde se alterna o repouso com vários recursos culturais, recreativos ou profissionais da cidade de Braga. Equipado com 26 quartos, o empreendimento é a herança de um antigo palacete, rodeado por um bonito jardim. O restaurante, o salão nobre, as salas de reuniões e a piscina não lhe tiram o charme e a independência de uma casa de família, onde até existe uma capela do final do séc.

XIX, com talha original. As pessoas têm alojamento próprio proporcionado pelas Pousadas de Portugal, com vista para uma cidade cheia de motivos de interesse, como a Sé de Braga, o Sameiro ou o Bom Jesus. Mas, para além de todo o apoio e colaboração com a região turística onde está inserida, a Pousada de S. Vicente é também um importante instrumento para o mundo dos negócios.

SERVIÇO TOPO DE GAMA

Natália Maia, promotora regional, não tem dúvidas: “Cada vez mais as empresas procuram o serviço da Pousada porque temos a vantagem de estarmos localizados junto aos principais acessos da cidade. A albergaria antiga que aqui existia proporcionou-nos essa possibilidade”. O mercado empresarial não busca apenas o alojamento. Precisa de uma série de serviços de suporte e a Pousada de S. Vicente foi preparada para responder a essas necessidades. Existe uma ampla e eficaz sala de restauração, salas próprias para reuniões, congressos e eventos, que fazem parte de uma estrutura que foi construída estrategicamente para satisfazer essas actividades. As salas estão equipadas com o material audiovisual necessário, numa combinação perfeita entre o serviço de reunião e de alojamento.



“Por se encontrar no centro da cidade – explica Natália Maia –, a S. Vicente consegue dar resposta a outro tipo de mercado, que não apenas o do cliente de pousadas”.

A promotora regional acrescenta que “estamos enquadrados nas pousadas charme e, por isso, não temos que ter as preocupações das pousadas natureza e históricas, que estão situadas em parques naturais ou em fortalezas”.

A Pousada de S. Vicente nasceu de um antigo palacete do séc. XIX, que dá o “charme”

a uma parte nova: “Temos duas alas completamente distintas – mostrou Natália Maia. A principal é de charme, com quartos adequados à época e que reflectem um bocadinho o romantismo do séc. XIX. Depois temos uma ala nova, muito direccionada para uma pessoa que vem do trabalho e quer continuar a trabalhar”. Há até mais quartos vocacionados para esse segmento do que para o cliente individual, que vai visitar Braga e não quer ficar num hotel. Prefere outro tipo de serviço, um serviço topo de gama que é apanágio das pousadas e que marca a diferença. “Guimarães tem duas pousadas e Braga estava aqui um bocadinho despida de unidades deste género”, reconhece Natália Maia, que serviu de cicerone na visita a este empreendimento, que foi inaugurado no dia 16 de Abril de 2007. “A fase inicial é sempre um bocadinho complicada, porque herdamos uma instalação já existente. Foi necessário mostrar às pessoas que agora já não temos aqui uma albergaria. Não é que isso seja negativo. Mas a questão agora é mostrar que temos um serviço distinto e queremos que os clientes venham experimentar”, conta a promotora regional.

Este novo serviço implica uma diferença de custos em relação à albergaria e, por isso, “é preciso dizer ao nosso cliente que vai pagar um bocadinho mais... mas o serviço e a oferta dentro da unidade serão muito diferenciados”. No fundo, os responsáveis



pela Pousada de S. Vicente fazem um esforço no sentido da fidelização dos clientes antigos, além da referida estratégia de atingir outros horizontes: “Conseguimos conquistar o mercado que havia aqui – revela Natália Maia. Mantivemos a relação. Os colaboradores desta unidade eram já da albergaria e as pessoas não tiveram assim uma quebra. Foi um processo contínuo. As empatias que se criaram entre as pessoas continuam a ser respeitadas”.

POUSADA INSPIROU FC PORTO

Os clientes são maioritariamente portugueses e de empresas locais. Normalmente a unidade é requisitada por gente de Braga, Vieira do Minho, Guimarães ou Porto. A Pousada de S. Vicente tem funcionado de uma forma positiva. A equipa do FC Porto, por exemplo, já a experimentou a propósito de um jogo com o Braga. O clube tomou conta dos 26 quartos e encheu completamente o empreendimento. Talvez por isso já se pense em melhorá-lo ainda mais, num futuro próximo, com uma possível ampliação das instalações. Ainda não há uma posição oficial sobre esta possibilidade mas antevêm-se algumas surpresas para os próximos tempos, tal o sucesso que a pousada está a ter nesta altura.

BACALHAU À MODA DE BRAGA PARA UM CLIENTE EXIGENTE

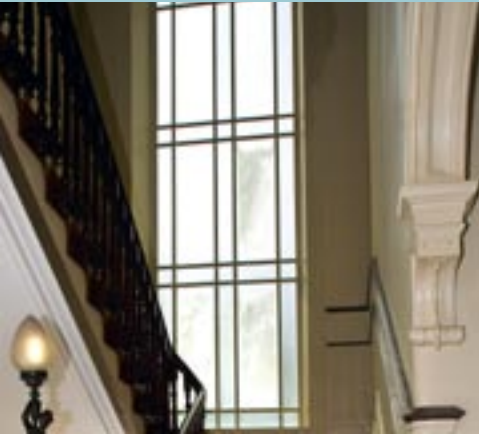
Falar de gastronomia minhota é sempre um motivo de regozijo para os apreciadores da boa comida. Principalmente quando é condimentada pelos pratos típicos de uma região, servidos num restaurante com serviço de pousada. Por estar perto de centro de Braga, a S. Vicente tem registado um bom desempenho ao nível da restauração. E as especialidades são realmente tentadoras.

Carlos Lourenço, responsável pelo restaurante denominado “Beijo de Frade”, revela um pouco os segredos culinários: “O que distingue a nossa cozinha são os pratos típicos desta região, que são compostos à base do cabrito do monte (caldeirada de cabrito). Temos também o bacalhau com broa tradicional de Braga, à narcisa, além do lombo de vitela de raça



barrosã com risoto de tomate, que é muito bom”. O bacalhau típico de Braga é muito conhecido e Carlos Lourenço mostra onde está a mais valia: “O bacalhau é frito, com molho de cebolada, à moda aqui da cidade. O bacalhau à Braga e o bacalhau com broa são muito requisitados”.

Os vinhos são, naturalmente, os típicos da região: “Os vinhos daqui são os verdes e os do Douro. Temos o Alvarinho, um monocasta que é um vinho típico, e temos também os vinhos usuais, como o Muralhas, o Quinta da Aveleda, o Quinta de Salgueiro e o Vila Beatriz (da Póvoa de Lanhoso). Normalmente os vinhos mais requisitados são as ofertas aqui da zona. Depois, temos ainda os vinhos do Douro. O Castelo D’Alva é da zona da Pesqueira e é muito bom. E temos também os vinhos normais, que os restau-



rantes servem usualmente, que são vinhos mais elaborados e mais caros”, explica Carlos Lourenço. O restaurante da Pousada de S. Vicente regista uma maioria de clientes portugueses, que desfrutam da cozinha regional. Dos estrangeiros, a maioria são americanos e ingleses, que querem conhecer a zona histórica de Braga, como o Bom Jesus ou o Sameiro, e acabam também por provar a gastronomia da pousada. Carlos Lourenço acrescenta ainda que está habituado a trabalhar para um tipo de cliente de classe média-alta, um cliente exigente, que busca um serviço requintado como aquele que é oferecido nesta unidade.

partir do séc. V, esta zona foi invadida por diversos povos (suevos, visigodos, árabes), dando origem a um período muito conturbado. As coisas só acalmaram verdadeiramente quando D. Pedro (primeiro bispo de Braga), reorganizou a diocese, cerca de 1070. A cidade fortaleceu as estruturas fundamentais em torno da catedral e D. Henrique, D. Dinis e D. Fernando levaram depois a cabo a construção de diversas muralhas para defenderem a urbe.

Braga do séc. XVI não teve grande protagonismo ao nível dos descobrimentos da época. O clima era mais de intensa religiosidade, que ficou bem demonstrada pela quantidade de mosteiros, conventos e igrejas construídos na altura. Só mais tarde, D. Diogo de Sousa alterou um pouco as coisas. Com ideias renascentistas, o arcebispo desenvolveu a região, transformando-a numa nova Bracara.

A cidade teve também importante protagonismo no período barroco, através dos arcebispos da Casa de Bragança e do arquitecto André Soares, que deixaram um vasto legado da sua obra. No final do séc. XVIII assistiu-se à transição para o neoclássico, por intermédio do engenheiro e arquitecto Carlos Amarante.

Depois da turbulência das invasões francesas e das lutas liberais, Braga desenvolveu-se porque tirou partido do regresso de alguns portugueses que estiveram no Brasil. Foi um “iluminismo” tropical que trouxe dinheiro para introduzir infra-estruturas e equipamentos. Foi nesta altura que o centro cívico transitou da zona da Sé para o Jardim Público, hoje conhecido por Avenida Central.



A CIDADE DOS ARCEBISPOS E DOS MONUMENTOS RELIGIOSOS

A zona de Braga tem vestígios de ocupação humana que remontam há milhares de anos, desde o período megalítico. Há mesmo quem garanta que Braga é a mais antiga cidade portuguesa. Por volta do ano 200 A.C. os romanos passaram por este Vale do Cávado, dando origem à cidade de Bracara Augusta, já nos primórdios da nossa era. Mas, a





SÉ CATEDRAL

No séc. XX a cidade desenvolveu recursos ao nível da água, saneamento e transportes, registando um enorme crescimento demográfico depois do 25 de Abril. Braga cresceu imenso ao nível urbanístico, económico e cultural, não faltando quem não tenha dúvidas em colocar a cidade no terceiro lugar do ranking nacional. Por tudo isto, a capital do Minho, também denominada a cidade dos arcebispos, tem uma grande quantidade de locais para visitar.

A Sé catedral, por exemplo, é um dos locais mais famosos, porque reúne os vários estilos arquitectónicos das épocas que atravessou, desde 1093. Apesar das demoradas obras que sofreu até ao séc. XVIII, o monumento apresenta uma grande variedade de vestígios arquitectónicos, que vão desde o românico ao gótico, com vários momentos de inspiração barroca. No interior, a estrutura religiosa manuelina está bem expressa no altar-mor e na pia baptismal. Os cônegos têm assento num cadeiral de uma impressionante beleza artística. Este tesouro arquitectónico conta ainda com dois órgãos de tubos (um deles com 2400 tubos), que produzem sons realmente fantásticos. Nesta catedral encontram-se os túmulos de Henrique de Borgonha e sua mulher, Teresa de Leão, e os condes do Condado Portucalense, pais do rei D. Afonso Henriques.

Visitar a Sé é ter um encontro com um passado longínquo, recheado de uma notável riqueza artística, histórica e litúrgica. Por isso é por demais conhecida a expressão popular “Mais velho do que a Sé de Braga”, que se refere à veteranaria de alguma coisa.

SANTUÁRIO DO SAMEIRO

O Santuário do Sameiro já é mais recente. Começou a ser construído ainda antes da criação do Santuário de Fátima. Por isso tornou-se num grande centro de devoção à Imaculada Conceição. Este Santuário Mariano é hoje o segundo maior em número de peregrinos, só ultrapassado pelo Santuário de Fátima.

A história das peregrinações neste local remonta ao XIV. Mais tarde, no século XVII, foi constituída uma confraria com o nome de Bom Jesus do Monte. Face ao aumento de peregrinos no século XVIII iniciou-se a construção do actual santuário. O projecto é da autoria de Carlos Amarante (1784), e evoca as cenas da paixão de Cristo. É seguramente um dos mais belos santuários do mundo. Este templo é também famoso pela imponente escadaria exterior, com dois pilares no topo onde se encontram a Virgem e o Coração de Jesus. Um dos pontos mais altos do Santuário do Sameiro foi a visita do Papa João Paulo II, em Maio de 1982.

SANTUÁRIO DO BOM JESUS

O Santuário do Bom Jesus é uma importante referência do barroco. É considerado como uma das maiores atracções turísticas da região, numa intervenção desenvolvida por Vila-Lobos e André Soares. Diz-se que as origens da estância remontam ao princípio do século XIV, quando alguém colocou uma cruz no alto da encosta do Monte Espinho, depois de uma batalha. Bem depressa esta cruz foi abrigada por uma ermida, que se tornou meta de peregrinação por parte dos bracarenses e de outros fiéis das redondezas. Do primitivo templo ficaram o pórtico e as capelas laterais. O escadório desenvolve-se em ziguezague, com uma capela alusiva à “Via Sacra” em cada patamar. Ao subirmos vemos também o chamado escadório dos Cinco Sentidos, com fontes alegóricas dando o aspecto do cálice da consagração. No cimo encontramos a igreja, mandada construir originalmente por D. Rodrigo de Moura Teles. Mais tarde, numa altura em que já estava em ruínas, foi substituída pela actual, no tempo de D. Gaspar de Bragança.

O adro da igreja, projectado por Carlos Amarante em 1784, apresenta oito estátuas, que representam personagens que intervieram na condenação, paixão e morte de Cristo.



Esta estância não se limita a ter uma profunda característica religiosa. É, também, uma estância turística. Nela, o peregrino e o turista encontram um ambiente que convida ao descanso e ao recolhimento. Este santuário serviu de inspiração a numerosas construções pelo mundo fora, como o Bom Jesus de Congonhas, no Brasil, e o Santuário de Nossa dos Remédios, em Lamego. Este monumento dispõe ainda de um funicular do séc. XIX movido a água, que em três minutos vence um declive médio de 30,9%, numa extensão de 285 metros.



Salvador, a Capela de Nossa Senhora da Penha, a Capela de S. Sebastião e a Capela de Santa Maria Madalena, esta última situada na Serra da Falperra.

A Pousada de S. Vicente tem vários programas que convidam a visitar a chamada Casa dos Coimbrãs, uma construção que em 1471 servia de residência ao deão D. Martim Anes. Até hoje o edifício sofreu várias remodelações mas

ainda mantém as janelas em estilo manuelino. A Capela dos Coimbrãs, do séc. XVI, tem um carácter renascentista de tom Florentino.

A Fonte do Ídolo, um santuário rupestre, é o único monumento romano de Bracara Augusta ainda hoje conhecido. O Mosteiro de Tibães foi fundado antes da nacionalidade, tendo sofrido várias reconstruções até ao séc. XVIII. O Palácio dos Biscainhos integra o museu e um jardim histórico. O imóvel constitui um precioso testemunho do modo de vida da nobreza entre os séculos XVII e XVIII. As diversas colecções de artes decorativas são uma mais valia para o estudo da vivência doméstica e social dessa época. Os jardins e o museu correspondem a uma escultura e arquitectura de elevado interesse artístico. As termas romanas do Alto da Cividade estão datadas do séc. I e constituem, também, um importante espólio histórico.

A região de Braga foi ainda presenteada com uma Serra da Falperra que é um requinte da natureza. Faz parte do sistema montanhoso Alvão-Marão e tem 1134 metros de altitude. A Falperra é uma das três serras que atravessam o distrito, para além da Cabreira e do Gerês. ■

RIQUEZA ARQUITECTÓNICA

Braga tem muitos outros locais de interesse, que podem ser alvo de uma visita, sendo o turismo religioso um dos mais importantes, dada a diversidade dos locais sacros. O antigo Paço Arquiepiscopal, por exemplo, é constituído por três blocos de construções distintas. Inicialmente foi construída uma ala em estilo gótico que remonta ao séc. XVI. Seguiu-se um corpo em estilo barroco erigido no séc. XVIII e um outro sector que integra edifícios mandados construir por diversos arcebispos, entre os séculos XVI e XVIII.

Outras igrejas dignas de visita são a Igreja de Santa Cruz; a Igreja de S. Marcos, anexa ao hospital do mesmo nome; a Igreja do Pópulo, fundada por Frei Agostinho de Jesus; a Igreja do Carmo e a ermida de Nossa Senhora de Guadalupe.

De salientar ainda a Igreja de Santiago da Cividade, a Igreja da Misericórdia, a Igreja dos Congregados, a Igreja de S. Vitor, a Igreja de S. Vicente, a Capela do





AMAZÓNIA

NO ÉDEN FALA-SE O PORTUGUÊS

HÁ UM LUGAR NO MUNDO QUE “TODO O MUNDO” DEVERIA VISITAR. É AQUI, MAIS QUE EM QUALQUER OUTRA PARTE, QUE GANHAMOS A NOÇÃO DE QUE SOMOS INSIGNIFICANTES DIANTE DO PODER DA NA-

TUREZA. ASSIM COMO SOMOS, EM IGUAL MEDIDA, RESPONSÁVEIS PELAS GRANDES OFENSAS QUE LHE SÃO INFLIGIDAS. UMA ANTÍTESE? NÃO... UM ALERTA!



AMAR A NATUREZA COMO NUNCA ANTES

Desengane-se, já a partir deste parágrafo, quem aguarda por uma descrição de um paraíso sem mácula. E não se tratará aqui do assunto que deveria estar na ordem do dia, sempre: a desflorestação. A Amazônia não é um destino turístico de excelência por muitas razões, de entre as quais a menos óbvia mas talvez a que nos assola no primeiro minuto depois da chegada seja: arribar aqui fá-lo quem apanhar um avião; desejar permanecer, porém, não é para todos, é para quem ama a Natureza. Muitos dos

que visitam as franjas desta floresta não mais dizem “amar” a Natureza sem antes medir as suas palavras. Porque só é amor se for incondicional e sem lugar a exceções. Ninguém ama a Natureza mas à exceção das aranhas gigantes, borboletas nocturnas da dimensão de pardais, cobras de oito

metros, piranhas, jacarés, plantas que não podem ser tocadas, temperaturas altíssimas e uma humidade no ar altamente desaconselhada a quem sofra de bronquite e proibida a quem padeça de asma. Se todos nutríssemos pela Natureza o amor que achamos, esta não sofreria a mais mínima parcela do mal que lhe tem sido infligido. Em troca, os homens não teriam sofrido metade dos desaires dos últimos anos, à mão pesada e justa daquela. Ainda assim, continuamos a ignorar que uma relação, qualquer que seja, só sobrevive de reciprocidade. Até que pisamos esta terra húmida, quente, esta bruma com cheiro a vida.

MANAUS, CAPITAL DO PULMÃO DO MUNDO

É a capital daquele que não poderia deixar de ser o maior Estado do maior país da América do Sul. Na confluência do rio Negro com o Amazonas, esta é a mais rica cidade do Norte brasileiro e a mais famosa no mundo (nós, portugueses, por possuímos uma relação sentimental com o país, diríamos sempre que seria o Rio), precisamente por se situar no centro da maior e mais cobiçada floresta tropical do Mundo. Surgiu em 1669 com um simples forte (São José do Rio Negro), erguido pelos portugueses, e foi elevada a vila no ano de 1832 sob a denominação de Manaus, (“a mãe dos Deuses”), em homenagem à nação indígena dos manaós. Pouco mais de 20 anos





depois, em 1848, passa a cidade e vê novamente o seu nome ser mudado para Cidade da Barra do Rio Negro. Só em 1856 adquire a designação que ainda hoje mantém, até receber a “algunha”, já em pleno século XX, de “Paris dos Trópicos”, fruto da vibrante atmosfera que então se vivia e que se devia à época áurea da borracha, de cuja produção vivia quase exclusivamente e que a tornava, então, a cidade mais rica do Brasil. Essa áurea ainda hoje pode ser sentida nas ruas, nos monumentos, num património sociocultural tão rico como diverso do restante país. A miscelanização das gentes contribuiu para este mosaico cultural que é uma incursão pelo centro de Manaus.

MANAUS EM 24 HORAS

A maioria dos pacotes turísticos concedem um dia em Manaus, enquanto se aguarda transferência para o Hotel Ariaú Amazon Towers. Aproveite-as da melhor forma. Comece o dia com um sumo natural nos “botecos” da Zona Franca. Se é energia de que necessita, aconselhamos guaraná. Antes de entrar no Mercado Municipal Adolfo Lisboa, onde poderá adquirir artesanato autêntico e as já famosas poções que tudo curam, passe pela Casa da Alfândega, um edifício com cerca de 100 anos. Pergunte pela Churrascaria Búfalo e almoce nessa que é já um símbolo de Manaus. Visite os Jardins Botânicos e observe algumas das espécies animais que, no dia a seguir, já poderá ver em liberdade. O Teatro Amazonas é de visita obrigatória. Com uma agenda de espectáculos muito preenchida, é mais que certo que possa assistir a um concerto. Para um final de dia inesquecível, dirija-se à praia da Ponta Negra. É aí que estão os melhores restaurantes da cidade e as discotecas mais badaladas.



NADA NOS PREPARA PARA O QUE SE SEGUE

Ao primeiro contacto, estranha-se que tamanha metrópole possa estar situada no centro da maior floresta tropical do mundo. A dimensão do rio e o seu tráfego fluvial fazem lembrar uma Istambul, não fora a temperatura e a névoa que paira no ar, fruto da humidade, densa e quente, que não per-



HOTEL ARIAÚ AMAZON TOWERS

mite que nos mantenhemos secos, que engelha as páginas do meu caderno de notas. Mas depressa concluímos que tão distinto local não tem par no Mundo. Serve apenas como “base operacional” que antecede a partida para a floresta. Não permite que nos preparemos, não serve para nos habituarmos à ideia de que, de seguida, embrenhar-nos-emos no Verde Profundo. É uma cidade cosmopolita demais para que percebamos que, em seu torno, reina a Natureza, poderosa, hostil a muitos, soberba. Contudo, e em boa verdade, nada nos prepara para o que se segue!

DE MANAUS AO ARIAÚ AMAZON TOWERS

De Manaus ao hotel que nos aguarda, a viagem é feita de barco. Nem o som do motor da embarcação consegue omitir os ocasionais gritos das aves, ora implícitas pela densa folhagem, ora cruzando este vasto mar que é, aqui e até desaguar no Atlântico, o Amazonas. Araras, papagaios, urubus, tudo isto parece normal ao comandante, que distingue, em pleno voo, uma arara amarela de uma vermelha. Para mim, é muito mais. Aliás, perco grande parte do tempo fixando o caudal escuro (estamos no rio Negro), esperando ver aparecer um boto vermelho, o quase mítico golfinho de água doce. O Comandante explica-me que seria preciso penetrar

pelos mangais, em águas mais calmas e não tão profundas. Contento-me então a respirar este vento quente que me bate na cara, este ar puro, o mais puro do planeta mas muito, muito pesado. Desde que aqui cheguei, ainda não vi o sol. As nuvens, que parecem estar a poucos metros acima, formam um manto compacto, intransponível. Cerca de duas horas depois, entramos num braço do rio Negro. A floresta adensa-se, a distância entre margens é agora mínima. Este afluente chama-se Ariaú, e poucos metros depois, revela-nos aquilo que parece ter saído de um cenário de filme. Uma construção em madeira, pintada de verde, vários metros acima das águas, parece estar fundido com a floresta. A imagem é de tal forma intensa que, ainda antes de subir, terei pensado que era num lugar destes que eu queria viver o resto da vida. O hotel é um labirinto de passarelas aéreas, à altura da copa das árvores, dando a perfeita noção de que este é, durante a estadia, o nosso meio natural. Foi idealizado em 1980, aquando de uma expedição de Jacques Costeau à Amazônia. Nesses anos, apenas cientistas com o seu conhecimento de causa começavam já a preocupar-se com preservação da floresta e o abuso da mesma por parte de uma economia globalizada, lutando por uma consciencialização mundial em relação à necessidade de um turismo sustentável. Hoje, este é o maior hotel na selva do mundo e conta com 20 anos. Isto faz com que tivesse sido pioneiro na preocupação ambiental.

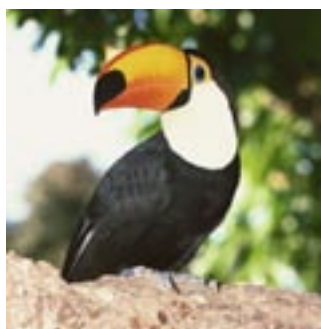


VIAGEM AO CENTRO DO REINO ESMERALDA

Em termos científicos, entende-se por Selva Amazônica a Bacia do Rio Amazonas, com uma área total de 7 milhões de km² de floresta húmida, densa e, em 95% da sua extensão, impenetrável. É tão desfavorável à vida humana como ambos os pólos ou mesmo os desertos. Isto, claro, numa perspectiva actual, que o “cordão umbilical” que nos ligava

à natureza foi, para sempre, cortado. Para as tribos da floresta, esta é dadivosa e tudo o que precisam para sobreviver encontra-se ali. Aliás, todas as doenças que assolam estes povos foram levadas pelos brancos e, paradoxalmente, a indústria farmacêutica é a maior interessada nos recursos amazónicos.

A dimensão desta que se poderá assemelhar à ideia que temos de Éden é tal que, para além do Brasil, que detém cerca de 60% da mesma, a Amazônia encontra-se ainda dentro das fronteiras da Colômbia, Peru, Venezuela, Equador, Bolívia, Guiana, Guiana Francesa e Suriname. Representa mais de metade das florestas tropicais que ainda restam no Mundo e é, sem dúvida, a maior.



A ROAD TO NOWHERE

A Transamazônica é por aqui tão mítica como a Route 66 no imaginário dos Bikers e amantes de Road Movies. Ao contrário desta última, porém, a Transamazônica existe, mas numa perspectiva a que convencionámos chamar “civilizada”, é intrasitável! O seu projecto teve início nos anos 70 quando a ditadura militar tentou proteger da avidéz internacional os recursos naturais desta região, sob o slogan “integrar para não entregar”. Numa primeira fase, intentava ligar João Pessoa, Acre e Paraíba, unindo-a à rede de estradas peruanas para assim ligar todo o país ao Pacífico e, logo, ao mercado asiático. Do ponto de vista social, a colossal obra foi justificada com a frase “Mover Homens Sem Terra para Terras Sem Homens”, isto é, deslocar as gentes do Nordeste, assolado por anos de secas, para uma espécie de “Terra da Oportunidade” Sul-Americana. Ao longo de 5.400 quilómetros, pequenas “agrovilas” foram erguidas para o efeito. Mas cedo os nordestinos descobriram que o solo amazónico era, para os seus fins, inculco. Não há mercado quando a totalidade dos produtores apenas vendem o que a Amazônia permite plantar: Mandioca. A Estrada começou a degradar-se de tal forma que, hoje em dia, é apenas uma sombra do que foi e nem isso do que foi projectado ser.



A MAIOR BIODIVERSIDADE DO PLANETA

Quando aqui cheguei, a primeira ideia ocorrida foi a de que isto não poderia ser apenas exótico para mim. Teria de ser para qualquer um, incluindo brasileiros, uma vez aqui chegados. Imaginei, também, a visão com que se depararam quem, pela primeira vez, teve contacto com uma tribo da floresta. Segundo uma quase lenda, terá sido Francisco de Orellana quem, durante uma batalha com Tapuyas, na qual também as mulheres lutavam ao lado dos homens, atribuiu a denominação a esta zona onde, tal como Heródoto havia descrito em relação a África, as mulheres eram guerreiros destemidos. Para se ter uma vaga ideia (para uma noção real daquilo que aqui tratamos, bastam cinco minutos depois da chegada) da dimensão natural desta área, saiba-se que são cerca de 2 milhões de espécies de insectos, 10 mil de plantas e duas mil de mamíferos e aves. É a maior biodiversidade do planeta, com 75 mil espécies de árvores e 150 mil de plantas (equivalendo a 90 mil toneladas) por cada quilómetro quadrado. Uma em cinco espécies de aves do mundo é amazónica. Finalmente, e para que se perceba a origem de tantos problemas sociais, questões políticas e especulações de vária ordem, foram registadas na região, até agora (sabendo-se que muito mais está por descobrir), 438 mil espécies vegetais de interesse económico ■



GUIA AMAZÓNIA

QUANDO IR:

Se vai em negócios, esqueça os meses de Janeiro e Fevereiro. Dificilmente encontrará alguém no seu local de trabalho. Isto coincide igualmente com a estação das chuvas na linha do Amazonas, que tem início em Dezembro e conhece o seu pico de Março a Maio, muito embora este período de tempo tenha vindo a diminuir, muito graças à desflorestação. Quanto menos humidade, mais respirável se torna o ar da Amazônia, mas conte sempre com temperaturas altas.

COMO IR:

A TAP voa, com regularidade, para Brasília, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo. Daí poderá fazer a ligação com Manaus, se pretende uma viagem mais directa, ou para Belém se pretende subir o rio de barco até Manaus. Tenha em conta que de Belém a Santarém são dois dias, Santarém a Manaus outros dois. Se desejar prosseguir por via fluvial até à fronteira com o Peru e Colômbia, conte com mais oito dias.

O QUE FAZER:

Podem optar pelas excursões à floresta oferecidas pelo Ariáú, mas o nosso conselho vai sempre ao encontro da interacção com os locais. Nesse caso, poderá pescar piranhas e comê-las com malagueta e lima. Junte-se aos locais durante os fins de semana numa das inúmeras praias de areia branca que, ao contrário do que se imagina, existem. Negocie com alguém que detenha um barco ou uma viatura uma ida a Roraima, que se creê ter sido a inspiração para "Mundo Perdido" de Sir Arthur Conan Doyle. Adquirir guaraná sob todas as formas, desde pó afrodisíaco a concentrado em sumo (suco, e não o refresco enlatado consumido em todo o país). Explore o arquipélago das Anavilhanas, bem próximo do Ariáú Towers, o segundo maior arquipélago fluvial do Mundo, com ilhas cobertas de floresta impenetrável e praias paradisíacas.

GASTRONOMIA:

Inevitavelmente, peixe. Alguns com nomes bem engraçados (enfim, o que dirão os locais das nossas espécies), como pirarucu, tucunaré e tambaqui, todos eles dignos de uma prova. Os pratos de marisco são um pouco mais caros mas são uma boa opção para quebrar a monotonia que, de facto, existe. O prato típico do Pará, pato no tucupi, pode ser a única carne que irá provar durante a sua estada. Existem frutas e vegetais únicos no mundo que convém serem provados o mais frescos possível (não será difícil), e o café é inevitavelmente bom. Evite comida de vendedores de rua.

ONDE FICAR:

O Ariáú Amazon Towers Hotel, de arquitectura única e pioneira no que toca à procura do mínimo impacto ambiental, construído sobre palafitas à altura da copa das árvores, é perfeito para quem aqui chega em busca do isolamento de tudo o que seja minimamente parecido com a vida na cidade. Mas oferece todas as infraestruturas e serviços indispensáveis a uma estada memorável, como restaurantes, bares, piscinas, salões de convenções, fitness, salão de beleza, carrinhos de golf, etc. Todo o staff e guias do hotel são indígenas especializados em vida na selva.

Localização: Sendo o único complexo hoteleiro de toda a Amazônia, fica a 60 quilómetros a noroeste de Manaus, na margem direita do Rio Negro e próximo do Arquipélago das Anavilhanas.

EXCURSÕES OPCIONAIS

Nadar com os botos – Os botos cor de rosa são os golfinhos da região amazônica que fascinam e empolgam todos os visitantes pela sua beleza singular e facilidade com que conseguem interagir com o ser humano. O floating estrategicamente localizado no paranã do Rio Ariáú permite a todos os hóspedes e visitantes a rara oportunidade de poder brincar, filmar e fotografá-los, para além da emoção causada pelo suave contacto com esse inteligente e fascinante animal.

Passeio de carrinho – Com a sua estrutura única, o Ariáú Amazon Towers possibilita aos seus hóspedes a oportunidade de mover-se por entre as copas das árvores pelos seus passadiços de madeira que unem as torres de apartamentos e circundam todo o complexo hoteleiro num total de oito quilómetros de extensão.

Sobrevoar a Amazônia – Sobrevoar a selva amazônica é uma actividade guardada para hóspedes especiais e com tempo suficiente para viver intensamente a emoção de estar na Amazônia. Segurança e conforto poucos metros acima da maior biodiversidade do planeta.

Sobrevivência na selva – Como obter água, fogo e alimento, como orientar-se e construir abrigo, são estas algumas das oficinas do curso de sobrevivência na selva amazônica. Estar em íntima ligação à Natureza e poder dela retirar o sustento essencial à sobrevivência. As saídas são em pequenos grupos com guias regionais e capacitados para uma aventura inesquecível e totalmente segura na selva amazônica.

Encontro das águas – A união das águas escuras do caudaloso Rio Negro com as águas barrentas do Rio Solimões produzem este fenómeno mundialmente conhecido como "encontro das águas".

CONTACTOS:

Escritório Central: Manaus – Amazonas – Brasil
Rua Leonardo Malcher 699, Centro
CEP: 69010 170

Tel: 55 92 2121 5000 / 21215050

Fax: 55 92 3233 5615

Número gratuito (no Brasil): 0800 702 5005

e-mail: "treetop@ariautowers.com.br"

Escritório Lisboa - Portugal
Travessa João de Deus, 12, 3º andar

Chiado, 1200 Lisboa

Tel: 351 21 324-0032

Fax: 351 21 324-0034

SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

**1. QUALIDADE DO EXERCÍCIO
PROFISSIONAL**

1. Relativamente ao funcionamento do Serviço de Urgência da Unidade de Mirandela do Centro Hospitalar do Nordeste (CHNE), recebeu o Conselho Regional do Norte (CRN) a exposição enviada pelos cirurgiões daquela Unidade que se transcreve como **documento 1a**. Sobre este assunto, pediu o CRN informações ao Conselho de Administração (CA) da referida Unidade, tendo recebido a documentação que se transcreve como **documento 1b**. Como **documento 1c** transcreve-se a posterior resposta do CRN ao Presidente do CA do CHNE e o requerimento-tipo delegando responsabilidade civil, penal e disciplinar que foi enviado aos cirurgiões daquela Unidade, bem como um esclarecimento adicional dos cirurgiões ao Director do Departamento de Cirurgia Geral do CHNE (**documento 1d**). Ainda sobre este assunto, pediu o CRN Parecer ao Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral, o qual consta do **documento 1e**.

2. Do Director do Serviço de Ortopedia do CHNE – Unidade de Macedo de Cavaleiros, recebeu o CRN a exposição que se transcreve como **documento 2**. Na sequência, decidiu o CRN pedir Parecer ao Colégio da Especialidade de Ortopedia.

3. Do colega Victor Manuel Sanfins, cardiologista do Serviço de Cardiologia do Hospital Sra. da Oliveira, de Guimarães, recebeu o CRN a exposição que se transcreve como **documento 3a**. Na sequência, pediu o CRN Parecer ao Colégio da Especialidade de Cardiologia, o qual se transcreve como **documento 3b**.

4. Relativamente às declarações do Ministro da Saúde acerca da Oftalmologia e das listas de espera para actos

cirúrgicos, recebeu o CRN, do presidente do Sindicato dos Médicos da Zona Sul (SMZS), cópia da Carta Aberta dirigida àquele responsável governamental pelos oftalmologistas do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto (**documento 4**).

**2. FORMAÇÃO MÉDICA E TITULAÇÃO DE
ESPECIALISTAS**

1. Recebeu o CRN cópia da carta enviada pelo Director do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa ao Presidente do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral contestando a negação da idoneidade formativa ao Serviço que dirige (**documento 5a**), da qual remeteu cópia para o Conselho Nacional Executivo (CNE) da OM. Igualmente recebeu o CRN cópia da resposta posteriormente enviada pelo Presidente do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral àquele Director de Serviço (**documento 5b**). Recebeu ainda o CRN cópia da exposição/requerimento dirigida pelo Director do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Padre Américo ao Presidente do CNE no sentido da não homologação do Parecer do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral (**documento 5c**).

2. Enviado pelo CNE, recebeu o CRN cópia de documentação sobre Idoneidades Formativas dos Serviços de Radiologia para 2008 produzida pelo Colégio da respectiva Especialidade, que se transcreve como **documento 6**.

3. Enviado pelo Presidente do CNE, e na sequência de reunião realizada com a Associação Nacional dos Estudantes de Medicina (ANEM), recebeu o CRN cópia dos Pareceres daquela Associação sobre: Data do Exame de Seriação do Acesso à Área Médica de Especialização



(**documento 7a**); Concurso Especial para o Acesso a Medicina por Licenciados (**documento 7b**); Implementação do Processo de Bolonha no Curso de Medicina (**documento 7c**).

3. ACTO MÉDICO

1. Enviado pelo Presidente do CNE, recebeu o CRN, para apreciação urgente, o Parecer daquele Conselho sobre o envolvimento de não médicos no socorro e controlo médico da emergência pré-hospitalar. O texto do referido Parecer é transcrito como **documento 8**, encontrando-se destacadas as alterações sugeridas pelo CRN.
2. Recebeu o CRN um ofício da ERS que remetia uma denúncia anónima sobre alegado exercício ilegal da especialidade de oftalmologia (**documento 9a**). Em resposta, enviou o CRN à ERS a carta que se transcreve como **documento 9b**.

4. CARREIRA MÉDICAS

1. O CRN teve conhecimento do novo projecto ministerial sobre carreiras médicas (documento publicado no site www.nortemedico.pt). O documento está a ser alvo de análise por parte do CRN e da Comissão Regional Consultiva para o Serviço Nacional de Saúde.

5. MEDICINA CONVENCIONADA

1. Recebeu o CRN o texto da Deliberação final da ERS sobre o processo de inquérito relacionado com a contratação de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) ao exterior pela Unidade Local de Saúde de MATosinhos (ULSM) (ver *nortemedico* 31, páginas 63 e 74-77). O teor da decisão é adiante transcrito como **documento 10**. Uma transcrição mais alargada da referida Deliberação pode ser consultada no site oficial da ERS.

6. GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. O CRN procedeu à análise do Relatório do Grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários relativo

à Reconfiguração dos Centros de Saúde (texto integral em <http://www.mcp.min-saude.pt>), tendo aprovado propostas de alteração das quais deu conhecimento ao Coordenador daquele Grupo de Missão e aos médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar do Norte (**documento 11**).

2. Sobre o processo de construção do Centro Materno Infantil do Norte / substituição do Hospital de Crianças Maria Pia, recebeu o CRN do Dr. José Manuel Pavão o Relatório que se publica como **documento 12**.

7. ORGANIZAÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS

A – ORGANIZAÇÃO INTERNA DISTRITAL

1. Na sequência da publicação no Diário de Notícias do passado dia 6 de Julho de uma notícia que anunciava a existência de uma queixa contra o Dr. Miguel Leão, deliberada pelo CNE, relativa a “despesas ilegais”, emitiu o CRN a Nota de Imprensa que se transcreve como **documento 13**.

B – CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS

1. Uma listagem dos eventos mais significativos realizados no Centro de Cultura e Congressos e a agenda para os próximos meses encontram-se nas páginas 70 e 71.

CENTRO HOSPITALAR DO NORDESTE – UNIDADE DE MIRANDELA

CIRURGIA GERAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

EXPOSIÇÃO DOS CIRURGIÕES DAQUELA UNIDADE



DOCUMENTO 1A
(21 JUN 2007)

Exmo. Sr. Dr. José Pedro Moreira de Silva
Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Os cirurgiões da Unidade de Mirandela do Centro Hospitalar do Nordeste foram confrontados com uma deliberação do C.A. de 18-6-07 definindo a assistência no Serviço de Urgência e do internamento entre as 0 e 8 horas apenas com um cirurgião em presença física, retirando o cirurgião em regime de prevenção. A deliberação define que todas as cirurgias que tenham de ser efectuadas nesse período serão realizadas na Unidade de Bragança, sendo os doentes transferidos, após terem sido estabilizados.

Assim consideramos que:

1. Esta medida impede a realização de cirurgias emergentes no período referido.
2. A Unidade de Mirandela gera um número de 25 pós-operatórios por semana, efectua cirurgia diferenciada, e com este modelo de assistência não pode garantir a reintervenção emergente em pós-operatório.

3. Não é aceitável que uma Unidade Hospitalar que tem consignada uma urgência médico-cirúrgica (caso de Mirandela) não tenha capacidade operatória 24 sobre 24 horas, dado ter sido retirado o cirurgião em prevenção no período entre as 0 e as 8 horas.

4. Não é seguro o tratamento de situações clínicas (exemplo: hemorragia digestiva alta, traumatismo abdominal) que possam motivar uma intervenção cirúrgica emergente quando a operacionalidade cirúrgica está comprometida entre as 0 horas e as 8 horas.

Denunciamos esta situação que em nosso entender compromete o serviço assistencial, pode traduzir-se em grave prejuízo para os doentes e atropela o conceito de assistência cirúrgica numa urgência médico-cirúrgica. Pedimos a vossa intervenção e apoio nesta situação em que quer o nosso trabalho quer a segurança dos doentes estão comprometidos.

Lionel Castro, Costa Pereira, Hermano Marques, Júlia Granda, Hermínia Martins

PEDIDO DE ESCLARECIMENTO DO CRN AO PRESIDENTE DO CA



DOCUMENTO 1B

Ex.mo Senhor Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Nordeste, EPE

Acusamos a recepção do ofício de V. Exa. n.º 281 sobre o assunto em epígrafe, datado de 12 de Julho p.p. e, após análise de toda a correspondência trocada entre os Médicos Cirurgiões e o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Nordeste, EPE, relativamente às condições de funcionamento do Serviço de Urgência de Cirurgia Geral do Hospital de Mirandela, o Conselho Regional realça que é ao CA do CHNE que compete “decidir sobre a admissão e gestão de pessoal”, bem como “definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital EPE nas áreas clínicas e não clínicas, propondo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação”, tudo nos termos do disposto nas alíneas n) e c) do artigo 7º do DL 233/2005, de 29 de Dezembro.

Do mesmo modo, é ao Director Clínico que compete “participar na gestão do pessoal médico, designadamente nos processos de admissão e mobilidade interna, ouvidos os respectivos directores de serviço”, nos termos do estatuto na alínea i) do artigo 9º do supra referido diploma.

Assim, desde que se encontrem respeitadas estas regras de competência funcional, sempre serão permitidas alterações na cobertura dos serviços.

Não obstante, do ponto de vista da boa prática médica e das legis artis, não temos qualquer relutância em afirmar que aquelas decisões de administração e gestão dos recursos terão sempre de respeitar o direito à saúde dos doentes, salvaguardando a sua segurança e bem-estar. Assim, se tais decisões de administração e gestão dos recursos – em especial dos médicos –, violar aquelas regras a responsabilidade será de quem as toma.

Deste modo, consideramos que a deliberação do CA do CHNE não respeita as exigências da boa prática

REQUERIMENTO TIPO DELEGANDO RESPONSABILIDADE CIVIL, PENAL E DISCIPLINAR, DIRIGIDO AO DIRECTOR CLÍNICO DO CHNE

ACTIVIDADE DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM CIRURGIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHNE



Ex.mo Senhor Director Clínico do CHNE

..... médico, especialista de Cirurgia com categoria de..... portador da cédula profissional n.º....., a exercer funções neste Hospital, vem expor e requerer a V. Ex.ª o seguinte:

O signatário esteve, até esta data, integrado em Equipa de Urgência da Especialidade de Cirurgia em regime de presença física com apoio de outro especialista em Cirurgia em regime de prevenção.

Em tais circunstâncias, a deliberação do Conselho de Administração do CHNE de alterar este regime, poderá determinar a responsabilidade – civil, disciplinar e, até, penal – deste, porquanto, tendo o requerente conhecimento antecipado das circunstâncias em que o seu desempenho decorre, nada fez para as prevenir ou evitar.

No desempenho das suas funções, cabe ao requerente observar, para além dos deveres já aludidos, especiais obrigações de carácter deontológico e até legais, bem como o cumprimento das regras técnicas aprovadas pela Ordem dos Médicos

O desempenho do requerente, nas presentes circunstâncias, poderá pôr em causa a qualidade dos actos ministrados, com prejuízo para a saúde dos doentes.

Assim, REQUER a V. EX.ª que se digne:

Confirmar por escrito a ordem de prestação de serviços sem apoio, por parte do requerente, nas circunstâncias aludidas, em especial, para efeitos de exclusão da sua responsabilidade civil, disciplinar ou penal que possa decorrer

médica. Caberá, no entanto, a este CA alterar aquela deliberação se o entender e sendo certo que, para nós, é já claro que face às diversas trocas de correspondência entre os Médicos Cirurgiões e o CHNE a surgirem situações de responsabilidade (civil, penal, administrativa) esta será destes órgãos e das pessoas que os ocupam.

Com os melhores cumprimentos.
O Presidente do Conselho Regional,
Dr. J. Pedro Moreira da Silva.

RESPOSTA DO CA DO CHNE

À Ordem dos Médicos
Exmos. Srs.:

Em resposta ao V/ ofício ref.^a 1665 de 2 de Julho de 2007, vem este Conselho de Administração informar de que a carta remetida a essa prestigiada Ordem, subscrita pelos 6 médicos cirurgiões da Unidade Hospitalar de Mirandela do CHNE, retrata apenas parcelarmente todo o processo de alteração da cobertura do SU do CHNE por parte do Serviço de Cirurgia, nas duas Unidades de Bragança e Mirandela.

Com efeito, e decorrente da análise periódica à actividade do Serviço de Cirurgia efectuada no âmbito da programação anual e dos controlos de actividade dos Serviços de Acção Médica, verificou-se que o Serviço de Cirurgia do CHNE apresentava a seguinte cobertura da Urgência nas duas Unidades de Bragança e Mirandela:

Unidade Hospitalar	08h – 16h	16h – 24h	00h – 08h
Mirandela	1 PF + 1 PV	1 PF + 1 PV	1 PF + 1 PV
Bragança	1 PF + 1 PV	1 PF + 1 PV	2 PV

PF: Presença Física PV: Prevenção

Para os mesmos turnos, foi a seguinte a actividade, na Urgência, do Serviço de Cirurgia referentes a 2006:

Actividade Anual	08h – 16h	16h – 24h	00h – 08h	TOTAL
Doentes vistos ^(a)	1.561	1.097	234	2.892
	2.771	2.194	315	5.280
Cirurgias urgentes	81	193	11	285
	159	85	13	257
Doentes vistos ^(a) / dia	4,3	3,0	0,6	7,9
	7,6	6,0	0,9	14,5
Cir. urgentes / mês	6,8	16,1	0,9	23,8
	13,3	7,1	1,1	21,4

■ MIRANDELA ■ BRAGANÇA (a) Episódios de urgência + pedidos de colaboração.

Conforme se pode constatar, a Unidade de Mirandela apresentava a mesma cobertura do SU em todos os turnos, independentemente de o turno das 00h-08h ter um afluxo de utentes de apenas 1/5 dos outros turnos. Por outro lado, o efectivo em presença física naquele turno era superior ao verificado na Unidade de Bragança, sendo que a Unidade de Mirandela detinha um nível de actividade substancialmente inferior. E ainda de realçar a diminuta actividade no que a Cirurgias Urgentes concerne, quer em Mirandela quer em Bragança, naquele turno, com apenas cerca de uma intervenção urgente por mês, em cada uma das unidades.

Tendo em atenção o exposto, aliado ao facto de o SU da UH Mirandela não dispor de Serviço de Ortopedia, não existindo, portanto, Traumatologia (apenas disponível em Bragança, dada a escassez de ortopedistas) foi colocada a questão, em reunião com o Serviço de Cirurgia do CHNE, de passar o SU de Mirandela a ser assegurado em regime de prevenção, podendo o SU de Bragança, quer

directamente daquelas mesmas circunstâncias (cfr. Constituição da República Portuguesa e Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Pública).

(Local de Trabalho e Data)
PEDE DEFERIMENTO.

(Assinatura)

C/conhecimento: Ordem dos Médicos

pela maior actividade registada, quer porque disponibilizando Traumatologia, passar a ser assegurado por um médico em presença física e outro de prevenção, caso o Director do Departamento obtivesse a concordância dos profissionais.

Na semana seguinte à reunião efectuada, foi recebido um fax, comunicando que os cirurgiões do S. Cirurgia de Mirandela não se disponibilizavam a assegurar o SU em regime de prevenção (docs. A1, A2), não obstante estar já, no regime anterior, um cirurgião de prevenção.

Face a esta posição assumida e após profunda reflexão, o CA aprovou a Deliberação 148A/CA/07, passando o SU de Bragança a ser assegurado, no período 00h-08h, no tocante ao S. Cirurgia, por um cirurgião em presença física e outro de prevenção, e deixando de existir cobertura de Cirurgia, no mesmo período, na UH Mirandela face à recusa dos cirurgiões em prestar serviço em regime de prevenção. Dado que os considerandos são perfeitamente explícitos e exaustivos, deixa-se à consideração de V. Exas. o entendimento do espírito de tal deliberação cuja cópia se anexa (Anexo B).

A 18 de Junho foram apresentadas três cartas ao CA (anexos C1, C2, C3), manifestando as reservas dos Serviços de Medicina e Anestesia, reservas estas que surgiram na sequência de reunião havida entre aqueles médicos e os do S. Cirurgia da UH Mirandela, promovida por estes últimos. Da leitura das cartas, pode-se depreender que o entendimento da situação por parte dos Serviços de Medicina e Anestesia era a de que assumiriam os doentes de Cirurgia no período 00h-08h, o que não estava contido na deliberação em causa, mas tão somente o acompanhamento, estabilização e transferência dos doentes para o SU de Bragança onde seriam assistidos por Cirurgia.

No entanto, e no sentido de responder à apreensão manifestada pelas especialidades de Medicina e Anestesia, o CA deliberou autorizar a cobertura, no período das 00h-08h, do SU pelo S. Cirurgia, por um médico em presença física (v. Anexo D). Foi na sequência desta deliberação que os cirurgiões da UH Mirandela enviaram a carta à Ordem dos Médicos que V. Exas. anexam.

Como V. Exas. poderão aquilatar, da leitura de tal carta nunca poderia a Ordem dos Médicos avaliar a situação de uma forma integral, já que se tratou de um processo que foi iniciado em Janeiro. Foi assim com muito agrado que se recebeu o V/ pedido de informação, dando ao CA do CHNE a oportunidade de informar cabalmente todos os contornos do assunto em questão, o que infelizmente nem sempre sucede, como é exemplo a notícia que se anexa, citando o bastonário da Ordem dos Médicos (Anexo E).



DOCUMENTO 1C
(12 JUL 2007)

Resta apenas informar V. Exas. que o assunto está definitivamente resolvido, porquanto cirurgiões da UH Mirandela, de uma forma aliás louvável, fizeram chegar ao CA a disponibilidade em cobrir o SU, no tocante ao segundo elemento, em regime de voluntariado. O CA, de imediato fez transmitir o seu acordo, tendo inclusive informado de que passaria a remunerar, em regime de chamada, toda e qualquer colaboração solicitada ao segundo elemento, no âmbito de qualquer cirurgia de urgência no período.

Considera este CA que a cobertura do SU no período das 00h-20h por um elemento em presença física e um elemento em regime de chamada é uma excelente alternativa (quer na garantia da prestação de cuidados de saúde, quer na adequação dos recursos postos à disposição face à procura daqueles cuidados), à cobertura por dois elementos em regime de prevenção. Apenas nunca tinha colocado tal alternativa, dado ser geralmente aceite o desagrado com que é encarado o regime de chamada, o que normalmente não se passa com o regime de prevenção, além de que exige também o acordo prévio dos médicos.

Do exposto, e em súmula, reafirmam-se os princípios que nortearam todas as decisões tomadas por este CA, no decurso de todo este processo:

1. Nunca foi posta em causa a necessidade de cobertura do SU do CHNE, 24h/24h, por parte da Cirurgia, e a ser assegurada por dois elementos;

2. Sempre se pretendeu assegurar que tal cobertura de 24h/24h do SU por parte da Cirurgia se efectuasse nas Unidades Hospitalares de Bragança e Mirandela também por dois elementos;

3. No entanto tal cobertura deve ser coerente com a procura existente e com a articulação necessária com outras especialidades básicas de um SU Médico-Cirúrgico, nomeadamente a Traumatologia, de forma a não hipertrofiar desnecessariamente o quadro de Cirurgia Geral no SU;

4. Nunca se colocou o primado do (tão agora mediaticamente enfatizado) “princípio economicista”, dado que apenas se tratava da permuta de regimes que actualmente já se verificam em Bragança e Mirandela, não existindo, portanto, diminuição de custos;

5. Dado que o CA não pode obrigar a ser aceite o regime de prevenção, garantiu a presença física de um elemento, dando resposta à intranquilidade manifestada pelos médicos internistas e anestesistas;

6. Sempre este CA manifestou a não irredutibilidade da decisão, bastando atentar-se para o que consta no ponto 3. da deliberação DEL 148A/CA/07 (Anexo B).

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho de Administração do CHNE

Dr. A. Henrique Machado Capelas

ANEXO A1

ASSUNTO: SERVIÇO DE URGÊNCIA DE CIRURGIA

Segundo o despacho de 05/09/86 II.ª série n.º 204, que ainda não foi revogado, todos os hospitais a partir do nível 2 (SUMC) deverão ter serviço de urgência baseado na presença física de médicos da valência de cirurgia de acordo com os documentos anexos.

Ouvidos todos os cirurgiões, foi consensual que a presença física de um cirurgião vinte e quatro horas sobre

vinte e quatro horas no hospital é condição fundamental, necessária para o normal funcionamento do serviço e promoção da qualidade dos serviços prestados, não se dispondo a assegurar o funcionamento de serviço em regime de prevenção. Junto anexo documento.

Mirandela, 19/01/2007

A Directora do Serviço de Cirurgia da Unidade de Mirandela

Hermínia Júlia Martins Milheiro de Oliveira

ANEXO A2

ASSUNTO: SERVIÇO DE URGÊNCIA

Os elementos do serviço de Cirurgia da Unidade Hospitalar de Mirandela, em reunião de serviço foram unânimes em que, para assegurar o normal funcionamento do serviço e poder promover a qualidade dos serviços prestados, é fundamental a presença de um cirurgião no serviço em presença física, vinte e quatro horas sobre vinte e quatro,

não aceitando que a assistência ao doente seja efectuada em regime de prevenção.

Lionel Castro, Ana Simões, Júlia Granda, Hermano Marques, Costa Pereira, Hermínia Martins

Mirandela, 22/01/2007

A Directora do Serviço de Cirurgia da Unidade de Mirandela

Hermínia Júlia Martins Milheiro de Oliveira

ANEXO B

CENTRO HOSPITALAR DO NOROESTE, EPE.

Deliberação do Conselho de Administração

DEL148A/CA/07 • Data: 27/04/2007

Considerando que o Conselho de Administração definiu como estratégico garantir a cobertura do SU Hospitalar para o Distrito de Bragança, 24 horas sobre 24 horas, nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia, Anestesia e Pediatria nas Unidades de Bragança e Mirandela, cobrindo assim o Distrito a Norte e a Sul, centralizando-se apenas a especialidade de Ortopedia, no que a Traumatologia diz respeito, na Unidade Hospitalar de Bragança, por escassez de recursos;

Considerando que, muito embora a cobertura do SU pela especialidade de Cirurgia deva ser baseada na presença física, o deva também ser em função do número de doentes entrados pelo SU, evitando a permanência física de cirurgiões que possa originar hipertrofia do quadro de Cirurgia Geral no SU, sem correspondência em produtividade desejada;

Considerando que o número de doentes atendidos no SU pela especialidade de Cirurgia no período das 00h às 08h é significativamente inferior ao número de doentes atendidos nos outros dois períodos do dia, não atingindo sequer 1/5 da média dos outros dois períodos;

Considerando que a actual cobertura do SU pelo S. Cirurgia nas duas Unidades Hospitalares apresenta relevante discrepância, como se pode depreender do Quadro infra, já que Unidade de Bragança, para um número de 315 doentes assistidos no período das 00h às 08h no ano de 2006, assegurou o SU com 2 cirurgiões de prevenção, enquanto a Unidade de Mirandela, para um número de 234 doentes assistidos, assegurou o SU, naquele período, com um cirurgião, de presença física e outro de prevenção;

Considerando que os médicos cirurgiões localizados em Mirandela subscreveram carta informando o Conselho de Administração de que não estariam disponíveis para assegurar a cobertura do SU em regime de prevenção no período das 00h às 08h (muito embora um dos ele-

mentos já estivesse, naquele período, em tal regime); Considerando que aos profissionais médicos não pode legalmente ser imposta a prestação de serviços em regime de prevenção, caso não exista concordância por parte dos mesmos, Considerando que as especialidades de Medicina Interna e Anestesia asseguram o SU na Unidade de Mirandela, Bragança e Macedo de Cavaleiros, no caso das duas primeiras em presença física 24/24h pelas duas especialidades, permitindo assim acautelar o necessário acompanhamento e segurança dos doentes internados;

Ouvidos que foram o Director do Departamento de Cirurgia, os responsáveis do S. Cirurgia das Unidades de Bragança e Mirandela e os responsáveis dos SU das duas Unidades Hospitalares, o Conselho de Administração na sua reunião de 27 de Abril de 2007, deliberou que, a partir do mês de Junho p.f., em dia a determinar pela Direcção Clínica, a cobertura do Serviço de Urgência, por parte do Serviço de Cirurgia, será assegurada da seguinte forma:

Horário	UH BRAGANÇA	UH MIRANDELA
08h – 20h	1 PF+1PV	1 PF+1PV
20h – 00h	1 PF+1PV	1 PF+1PV
00h – 08h	1 PF+1PV	-----

1. Nestes termos, o Sr. Director do Departamento de Cirurgia apresentará ao Sr. Director Clínico a nova escala do SU, recorrendo, para a cobertura do período das 00h às 08h, preferencialmente aos profissionais da Unidade Hospitalar

de Bragança, dado o incómodo e custos acrescidos com as deslocações que derivam desta alteração;

2. Pode a Direcção do Departamento propor outro regime de cobertura do SU na Unidade de Bragança, para o referido período, caso verifique existirem dificuldades em assegurar tal cobertura, ou seja do interesse dos profissionais desde que fique garantida pelo Departamento de Cirurgia, a permanente assistência aos utentes naquele período;

3. A todo o momento, e caso haja acordo dos profissionais da Unidade Hospitalar de Mirandela, poderá ser retomada a cobertura do SU naquela Unidade em regime de prevenção, o que, aliás, o CA veria com agrado.

Anexo: Mapa de cobertura do SU nas Unidades Hospitalares de Bragança e Mirandela

UH BRAGANÇA				
	00h-08h	08h-16h	16h-24h	Total
N.º de episódios/ano	315	2,771	2,194	5,280
N.º episódios/dia	0,9	7,6	6,0	14,5
Cobertura actual	2PV	1PF+1PV	1PF+1PV	

UH MIRANDELA				
	00h-08h	08h-16h	16h-24h	Total
N.º de episódios/ano	234	1.561	1.097	2.892
N.º episódios/dia	0,6	4,3	3,0	7,9
Cobertura actual	1PF+1PV	1PF+1PV	1PF+1PV	

ANEXO C1

Exmo. Senhor Director Clínico do CHNE

ASSUNTO: Continuidade de cuidados aos doentes internados de cirurgia no período das 0.00 às 8.00 horas
Com conhecimento: Presidente do CA do CHNE

Na sequência da decisão tomada pelo Conselho de Administração do CHNE da não existência da especialidade de cirurgia dos 0.00 às 8.00 horas, a partir do dia 18/06/2007, venho solicitar a Vossa Excelência que determine:

- 1 – Quem recebe o turno (doentes) de cirurgia.
- 2 – Quem assume a responsabilidade dos doentes internados e do recobro.

Estas questões tornaram-se mais pertinentes porque me foi comunicado pelos Directores/Responsáveis dos serviços de Anestesiologia e Medicina Interna que estes não se responsabilizam pelos doentes cirúrgicos, excepto quando estes apresentarem patologia do âmbito das respectivas especialidades.

Solicito resposta urgente.

Os melhores cumprimentos,
 Mirandela, 18 de Junho de 2007

Ilda Matos

Adjunta de Director Clínico

ANEXO C2

Exmo. Senhor Presidente do CA do CHNE

ASSUNTO: Apoio aos doentes internados no serviço de Cirurgia da Unidade Hospitalar de Mirandela das 0.00h às 08.00h.

Em resposta ao documento recebido no dia 14 de Junho de 2007, os Médicos do serviço de Anestesia da Unidade Hospitalar de Mirandela informam que não se responsabilizam pelos doentes internados no serviço de cirurgia, os operados e que permaneçam o recobro e os vindos do exterior, perante qualquer complicação do for cirúrgico, dado tratar-se de doentes que levantam questões que ultrapassam as competências técnicas do serviço de Anestesia.

Consideramos que a inexistência de um cirurgião residente 24 horas no hospital se traduz num claro prejuízo para os doentes cirúrgicos. A manter-se a situação e no interesse

dos doentes, os médicos do serviço de Anestesia não podendo pactuar com esta situação gravosa para os mesmos, vem manifestar a sua indisponibilidade para assegurar o serviço entre as 00.00h e as 08.00h.

Mais informamos V. Ex.^a que sobre esta matéria será solicitado parecer jurídico à Ordem dos Médicos e ao Sindicato Médico.

Sem outro assunto, agradecendo desde já toda a disponibilidade dispensada.

Com os melhores cumprimentos,
 Mirandela, 18 de Junho de 2007

O Serviço de Anestesia

Maria Dulce Cunha Santos Rosa

José Maria Rodrigues Perez

Vera Lúcia Rocha Moura

ANEXO C3

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Administração do CHNE

ASSUNTO: Apoio aos doentes internados no serviço de Cirurgia da Unidade Hospitalar de Mirandela das 0.00h às 08.00h.

Em resposta ao documento recebido no dia 14 de Junho de 2007, os Médicos do serviço de Medicina Interna, após contacto com a Directora de serviço e de departamento, Dra. Prudência Vaz, informam que não se responsabilizam pelos doentes internados no serviço de cirurgia, bem como os doentes vindos do exterior do foro cirúrgico, dado tratar-se de doentes que levantam questões que ultrapassam as competências técnicas do serviço de Medicina.

Reafirmamos no entanto a nossa inteira disponibilidade para apoiar todas as situações do âmbito da nossa especialidade quer na enfermaria de cirurgia ou qualquer outro serviço desta unidade hospitalar.

Mais informamos V. Ex.^a que sobre esta matéria será solicitado parecer jurídico à Ordem dos Médicos e ao Sindicato Médico.

Sem outro assunto de momento, agradecendo desde já toda a disponibilidade dispensada.

*Com os melhores cumprimentos
Mirandela, 18 de Junho de 2007
O Responsável do Serviço de Medicina Interna
Fernando Emanuel R. Nogueira*

ANEXO D

DELIBERAÇÃO DO CA DE 18/06/2007

Considerando que os profissionais médicos do Serviço de Cirurgia da Unidade Hospitalar de Mirandela mantêm a recusa na cobertura do SU no período das 00h-08h em regime de prevenção,

Considerando que o número de cirurgias urgentes do S. de Cirurgia no período das 00h-08h no ano de 2006 foi diminuta, sendo apenas de 13 na Unidade de Bragança e 11 na Unidade de Mirandela (em média 1 de 5 em 5 semanas);

Considerando que os Serviços de Anestesia e Medicina Interna daquela Unidade emitiram carta, na sequência da Deliberação 148A/CA/07, manifestando a preocupação no acompanhamento dos doentes internados do foro cirúrgico;

Considerando que a segurança e acompanhamento dos doentes não pode ser posta em causa, e que o CA está sempre disposto a melhorar os cuidados de saúde a prestar, tendo em conta a melhor utilização dos recursos;

O CA deliberou que a cobertura do SU por parte do S. Cirurgia passe a ser o seguinte, em substituição do horário que figurava na Deliberação 148A/CA/07:

Horário	UH BRAGANÇA	UH MIRANDELA
08h – 20h	1 PF+1PV	1 PF+1PV
20h – 00h	1 PF+1PV	1 PF+1PV
00h – 08h	1 PF+1PV	1 PF

O cirurgião em presença física na Unidade de Mirandela no período das 00h-08h assegurará a residência (internamento) e a assistência no SU. Caso haja necessidade de intervenção cirúrgica naquele período, assegurará a transferência do doente para a Unidade de Bragança, com excepção, como é evidente, dos que necessitem de apoio clínico de especialidade não existente na Unidade de Bragança, e de acordo com a rede de referência hospitalar.

ANEXO E

O bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, considera **ridícula** a decisão do Centro Hospitalar do Nordeste em ter apenas um médico cirurgião, em presença física, entre as 0h00 e as 08h00, nas urgências de Mirandela. Acrescenta que, ao encerrar o bloco operativo do hospital durante a noite, a Urgência não está a funcionar como unidade médico-cirúrgica, ao contrário do que ficou estipulado no protocolo assinado entre a autarquia mirandelense e o Ministério da Saúde:

“Isto é absolutamente ridículo! Mais vale fechar o bloco, pois tem um cirurgião que não pode operar, então questiono que vai ele fazer durante a noite. Será um cirurgião para a avaliação de qualquer caso, por exemplo, porque os cirurgiões não operam só, também fazem diagnósticos, e depois se o doente precisar de ser operado, terá de mandá-lo para Bragança. Quer dizer, isto significa que o hospital não tem uma urgência cirúrgica que esteja a responder, tem uma equipa de atendimento com algumas valências, como um cirurgião. Mas todos os doentes terão de ser transferidos, durante a noite, em caso de precisarem de ser operados, porque para operar são necessários pelo menos dois cirurgiões, um anestesista, enfim toda uma equipa completa. O que acontece aqui é que Mirandela deixou de ser uma urgência médico-cirúrgica e os do-

entes que necessitam de cirurgia ficam condicionados de ter acesso a Vila Real ou Bragança e isto tem um significado em termos de deslocação e de transporte. É evidente que é um retrocesso na malha que deveria estar implementada no país”.

No entanto, o bastonário da Ordem dos Médicos também considera que esta situação é a consequência dos protocolos assinados entre as câmaras e o Ministério da Saúde. **Pedro Nunes acha lamentável a forma como tem sido feita a reestruturação dos serviços de urgência em Portugal, porque o plano técnico foi deixado de lado e substituído por protocolos avulso, quando se sabe que as autarquias não têm os conhecimentos técnicos necessários para garantir a adequação da implementação desta rede de urgências.** Para Pedro Nunes, esta opção teve a vantagem para o Governo de travar a reacção popular às medidas que iriam ser tomadas, mas teve como consequência desarticular completamente a coerência de qualquer serviço de urgência do país.

Entretanto, **o presidente da câmara de Mirandela vai pedir uma reunião de carácter urgente com a administração do Centro Hospitalar do Nordeste** e denunciar ao Ministério da Saúde e a ARS Norte que foi violado o protocolo assinado em Abril para a manutenção da urgência médico-cirúrgica no hospital de Mirandela:

“Mirandela, através de uma medida administrativa do Cen-

tro Hospitalar revogou uma decisão do Ministro da Saúde, assumida em protocolo, de ter uma urgência médico-cirúrgica no Hospital. Sejamos claros, o Ministro cedeu, não só por vontade dele próprio, mas também pela reivindicação da população ao longo dos tempos e determinação em ter uma urgência médico-cirúrgica. Esta decisão, na altura, foi contra a vontade do Centro Hospitalar e da sua direcção e de outros interesses instalados nesse processo. E agora, o Centro Hospitalar, por decisão da administrativa de só deixar um médico em presença física e não autorizando também um em prevenção, como estava até aqui, permite que administrativamente não funcione a urgência médico-cirúrgica, porque um médico apenas não pode não pode

fazer o trabalho de urgência que lhe surja nos casos graves, tendo que ir para Bragança ou Vila Real. É destruído, administrativamente, a componente cirúrgica da urgência de Mirandela e isto tem que ser da responsabilidade do Centro Hospitalar. Por isso, exijo uma reunião urgente com o CHN para lhe pedir responsabilidades, além de informar o Ministro e a ARS Norte de que assinaram um protocolo com a Câmara Municipal e agora o Centro Hospitalar não o cumpre”.

TEXTO: CIR, CADEIA DE INFORMAÇÃO REGIONAL – 20/06/07

Com os melhores cumprimentos

Rita Paulino

Gabinete de Comunicação e Imagem

ESCLARECIMENTO ADICIONAL DOS CIRURGIÕES

Exmo. Sr. Director do Departamento de Cirurgia do CHNE

Em resposta ao seu E-mail com data de 13.07.2007 (16:41 h), depois de reunião com os cirurgiões desta unidade, cumpre-me informar:

1 – Os médicos do Serviço de Cirurgia da Unidade de Mirandela do CHNE não fizeram nenhuma proposta de Voluntariado ao CA.

2 – Em face da decisão do CA que limita o serviço assistencial na Unidade de Mirandela no período entre as 00 h e as 08 horas a um médico residente, impedindo assim a realização de cirurgias, os cirurgiões acordaram entre si manter em regime de voluntariado a prevenção do cirurgião ajudante.

3 – Esta situação (prevenção voluntária) tem como objectivo poder manter a realização de cirurgia diferenciada na Unidade de Mirandela sem que se ponha em risco a segurança dos doentes e permitindo uma adequada assistência no serviço de urgência, consignado em acordo com a tutela como urgência médico-cirúrgica.

4 – Em tempo útil foram pedidas instruções ao director de departamento de cirurgia (cc/ à Ordem dos Médicos) a propósito de qual o tipo de cirurgias consideradas adequadas numa unidade sem capacidade operatória

nas 24 horas dada a decisão do CA de retirar o apoio cirúrgico entre as 00 h e as 08 h. O Director de Departamento ainda não respondeu, e como tal, para assegurar o mesmo nível de cirurgias e a segurança dos doentes, manteve-se a prevenção voluntariamente.

5 – O regime de chamada não garante a resposta de um cirurgião ajudante, pois não há obrigatoriedade de comparecimento quando solicitada.

6 – Como se depreende, os cirurgiões da Unidade de Mirandela não fizeram nenhuma proposta para regime de chamada e consideram fundamental para o normal funcionamento da Unidade de Mirandela a existência de um cirurgião em prevenção de apoio ao cirurgião residente.

7 – Assim, enquanto não forem tomadas medidas correctas e idênticas nas duas unidades para a resolução do problema criado, os médicos do serviço de Cirurgia desta unidade aceitam temporariamente o regime de Prevenção em voluntariado para o segundo elemento no período das 00 h às 08 h.

Esperando ter esclarecido o vosso equívoco quanto a uma proposta para trabalho em regime de chamada,

Ao dispor



DOCUMENTO 1D
(18 JUL 2007)

PARECER DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL

Exmo. Senhor Dr. J. Pedro Moreira da Silva
Presidente do Conselho Regional do Norte da OM

Analisando todo o Processo que nos foi enviado solicitando um Parecer técnico, único que podemos emitir, informamos:

1 – Trata-se de um Centro Hospitalar constituído por 3 Unidades Hospitalares, em que segundo os elementos que nos foram presentes, existe Serviço de Cirurgia Geral em 2 dessas Unidades – Bragança e Mirandela. Trata-se de uma decisão política que não compete à Direcção do Colégio apreciar.

2 – As condições mínimas exigidas pela Direcção do Colégio de Cirurgia Geral para qualquer Serviço de internamento na Especialidade são:

- Presença física permanente (24 horas por dia, 7 dias na semana) de um médico Especialista em Cirurgia Geral.
- Existência ou de um Serviço de Urgência de Cirurgia Geral que respeite os requisitos definidos no Regimento do Colégio, ou em alternativa, de meios rápidos de trans-

ferência de doentes para Hospital coma referida Urgência de Cirurgia Geral.

3 – Pelos documentos que nos foram presentes não existe Serviço de Urgência de Cirurgia Geral na Unidade de Mirandela. Não se consegue entender as razões que levam a manter em funcionamento um Bloco Operatório de Urgência, quando aparentemente não existem Serviços Cirúrgicos de Urgência (Cirurgia Geral, Ortopedia, Obstetrícia/Ginecologia, etc.).

4 – Não compete à Direcção do Colégio pronunciar-se sobre protocolos de política de Saúde. Com os elementos que nos foram presentes, o Serviço de Cirurgia da Unidade de Mirandela respeita as exigências mínimas para um Serviço de internamento em Cirurgia Geral, e não mais que essas.

Com os melhores cumprimentos,
O Presidente da Direcção do Colégio,
Dr. Carlos Manuel Carvalho Santos



DOCUMENTO 1E
(18 SET 2007)

CHNE – UNIDADE DE MACEDO DE CAVALEIROS PREVENÇÃO DE ESPECIALIDADE DE ORTOPEDIA A DOENTES INTERNADOS

CARTA DO DIRECTOR DO SERVIÇO



DOCUMENTO 2
(23 AGO 2007)

Exmo. Sr. Dr. J. Pedro Moreira da Silva
Presidente do Conselho Regional do Norte da OM

Assunto: Prevenção de especialidade de Ortopedia a doentes internados na Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros

Venho solicitar a V. Exa. informação e orientação em relação a uma situação que passo a expor:

1. Com o Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro foi criado em 1 de Janeiro de 2006 o Centro Hospitalar do Nordeste que unificou os Hospitais de Macedo de Cavaleiros, Mirandela e Bragança.
2. Existiam dois Serviços de Ortopedia que foram reunidos num só, passando a funcionar a traumatologia no Hospital de Bragança (Unidade Hospitalar de Bragança) e a Ortopedia programada no Hospital de Macedo de Cavaleiros (Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros - UHMC) distando entre si 42 km (aprox. 35 min.).
3. Os doentes urgentes são tratados e internados na UBH, sendo o serviço de Urgência assegurado por dois ortopedistas em presença física.
4. As cirurgias programadas são efectuadas pela equipa respectiva de cada dia na UBH, existindo uma prevenção de 24 horas de um elemento dessa equipa no dia da cirurgia e rotativa ao fim de semana. Esse elemento assegurava o apoio pós-operatório aos doentes operados, da sua equipa e das outras, passando também visita e dando altas ao fim de semana.

5. Se existisse uma urgência cirúrgica que necessitasse de intervenção, deveria transferir o doente para a UHB, por ter sido extinta a urgência cirúrgica da UHMC.

6. Após Maio de 2007, o Conselho de Administração (CA) decidiu, por razões de economia, terminar a prevenção de Ortopedia aos doentes internados na UHMC. Continua a existir prevenção de Anestesiologia até às 24 horas dos dias de semana e após esta hora e ao fim-de-semana há apenas apoio de Medicina Interna. A direcção clínica determinou que o colega de Medicina Interna que está de residência na UHMC deverá seguir os doentes internados e se existir uma complicação a necessitar de cuidados não médicos, ou médicos que o próprio não possa assegurar deverá transferir o doente para a UHB.

7. Os doentes internados na UHMC não têm visita de especialidade ao fim de semana e feriados. Foi feita uma proposta pelo CA de pagar 4 horas de prevenção ao Sábado de manhã que nenhum colega aceitou.

Pretendia saber se esta situação se coaduna com uma boa prática médica e se estaremos, ou não, enquanto Serviço e médicos do mesmo Serviço a incorrer em alguma ilegalidade ou erro sancionável pela Ordem dos Médicos.

Agradecia uma orientação, se possível, de modificação ou manutenção da situação actual com a brevidade possível, para podermos agir em conformidade.

URGÊNCIA DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL SRA. DA OLIVEIRA – GUIMARÃES

EXPOSIÇÃO DE MÉDICO DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA



DOCUMENTO 3A

Exmo. Colega
Dr. José Pedro Moreira da Silva
Presidente da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos

O Signatário é Médico Cardiologista, inscrito na Ordem dos Médicos (OM) com a cédula profissional n.º 33 867 e exerce funções no Serviço de Cardiologia do Hospital Sra. da Oliveira de Guimarães.

Na Instituição onde exerço funções estão a ser programadas algumas alterações que me levantam muitas dúvidas quanto à sua correcção técnica.

Escrevo assim ao Colega de modo a ter, da minha Ordem, um parecer que me permita manter na minha actividade profissional as obrigações para com os Doentes que a mesma implica.

Concretizando:

- 1 – Desde 1997 que a equipa de Urgência de Cardiologia (UCIC e apoio ao internamento e Serviço de Urgência) é constituída por dois Médicos Especialistas em presença física, de 2.ª a 6.ª feira, entre as 9h e as 24 horas e por um Médico Especialista em presença física e outro de prevenção no restante período (das 0 às 9h de 2.ª a 6.ª feira e ao fim de semana).

2 – Até à data os Internos da Especialidade integram esta equipa, como elementos supra-numerários, de modo a cumprirem o período obrigatório de 12 horas de Urgência, sobre a supervisão de Especialistas, conforme previsto no programa curricular de formação de Cardiologia.

Pretende a actual gestão ter em cada equipa de urgência de Cardiologia dois médicos, independentemente da sua diferenciação. Ou seja, uma equipe de dois Especialistas seria igual a uma equipa de um Especialista e um Interno. Poderá também acontecer que ao interno fosse, na prática, imposto um horário em que cumprisse as 12 horas de urgência do tempo de formação sozinho, apenas com um Especialista de prevenção.

Assim, partilha o Conselho Regional desta opinião? As equipas são de facto equivalentes e pode o Interno, nas 12 horas de formação estar sozinho de urgência?

Aguardando que com a brevidade possível o parecer da minha Ordem, subscrevo-me com elevada consideração.

Victor Manuel Sanfins

PARECER DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE CARDIOLOGIA

Assunto: Exposição do Sr. Dr. Victor Manuel Sanfins

Durante a formação dos Internos do Internato Complementar de Cardiologia, cuja duração é de 60 meses (55 meses efectivos de estágios), o Interno está obrigado a cumprir 12 horas semanais em Serviço de Urgência.

Tratando-se de um período de formação, é boa prática que o Interno esteja sempre supervisionado enquanto exerce as suas funções em qualquer sector em que esteja integrado.

Quando escalado em Serviço de Urgência, sempre e desde que haja escala de Urgência de presença física da Especialidade de Cardiologia, deve estar integrado na equipa da sua Especialidade. O mesmo é afirmar que o Interno não poderá ser escalado sozinho, como “Cardiologista” em regime de presença física, mesmo havendo um Especialista em regime de prevenção.

Admite-se a possibilidade de no último ano do internato, por solicitação do Director de Serviço e com o devido consentimento do Director do Internato Médico

e do Director Clínico da Instituição, haver autorização para que o Interno seja escalado em regime de prevenção e, nessa altura, poderia ficar em escala de presença física sozinho (Circular Normativa n.º 23/91 do Departamento de Recursos Humanos da Saúde de 04/11/91).

Contudo, entende o Colégio de Especialidade de Cardiologia que o Interno do Internato Complementar de Cardiologia não pode, em circunstância alguma, ser escalado a exercer isoladamente, funções de Especialista. Cabe ao Colégio de Especialidade de Cardiologia zelar pela condigna formação dos seus especialistas, estará atento a eventuais situações que violem esses princípios e espera contar com a colaboração dos Colegas no sentido da denúncia de situações anómalas.

Com os melhores cumprimentos.

Atenciosamente

O Presidente da Direcção do Colégio,

Dr. Manuel Cruz Ferreira

OFTALMOLOGISTAS DO INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA DR. GAMA PINTO

CARTA ABERTA AO MINISTRO DA SAÚDE

Ao Exmo Sr. Ministro da Saúde
Dr. A. Correia de Campos

BEM PREGA FREI TOMÁS...

Os Médicos Oftalmologistas do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto (IOGP) ouviram e leram as declarações do Exmo. Sr. Ministro da Saúde acerca da Oftalmologia e das suas listas de espera para actos cirúrgicos.

Quando em Maio de 2007, por ordens superiores os médicos do IOGP foram mobilizados para prestar serviço de urgência no Hospital de Santa Maria EPE (HSM), alertaram o Sr. Ministro da Saúde e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para a natural quebra de produtividade que viria a ocorrer no IOGP visto que, parte do seu horário de trabalho iria ser adstrito a outra instituição, o HSM. Apesar deste alerta, foi celebrado um protocolo entre os Conselhos de Administração (CA) dos dois hospitais, com o aval da ARSLVT e do Ministro da Saúde.

Conforme previsto pelos médicos do IOGP, documentado e avisado por escrito, a todas as entidades envolvidas neste protocolo, a nossa lista de espera para consultas e cirurgias aumentou, o número de cirurgias e consultas efectuadas baixou, os meios complementares de diagnóstico e tratamentos decaíram significativamente.

Foi interposta uma Providência Cautelar que, apesar do seu carácter de urgência, ainda não teve decisão no

Tribunal Administrativo e Fiscal de Lisboa porque os CA do HSM e do próprio IOGP, vieram invocar, sem devidamente fundamentarem, o denominado “interesse público”.

Os Médicos Oftalmologistas do IOGP querem manter a sua actividade no SNS confinada à sua Instituição porque, só assim, poderão continuar a manter o mesmo nível de resposta quantitativa e qualitativa necessária aos doentes que necessitam de cuidados em oftalmologia.

A questão centra-se mesmo na ponderação do interesse público. Centra-se onde podemos fazer mais pelos doentes que necessitam de cuidados oftalmológicos. Passa por situar a fronteira, a definição de urgência oftalmológica e onde médicos oftalmologistas diferenciados como os do IOGP podem realmente fazer a diferença.

O Sr. Ministro classificou como “alerta”, esta iniciativa de viagem oftalmológica a Cuba das gentes dos “Algarve”. Nós respondemos que não serão necessários médicos estrangeiros, nem idas a Cuba, ou quaisquer outros destinos, se as estruturas físicas, as capacidades instaladas e os recursos humanos estiverem devidamente motivados, aproveitados e, principalmente, lhes forem dadas as devidas condições e compensações para exercerem o seu trabalho.

Ao permitir a desestruturação do IOGP, reconhecido como uma unidade do SNS de alta qualidade e grande produtividade, o Sr. Ministro contradiz por actos o que anuncia nos media.



DOCUMENTO 3B



DOCUMENTO 4

Denegrir a imagem dos médicos que ajudaram a colocar o SNS de Portugal no 12º lugar do ranking internacional, desdenhar do esforço pessoal e económico que cada médico dedica à sua formação continuada para prestar cuidados de qualidade, de acordo com o estado da arte, é atitude inqualificável. Pretender explicar as falhas do SNS, as suas inoperâncias com a desculpa de os médicos não quererem trabalhar, de necessitarem

de métodos biométricos para aprenderem a cumprir as suas funções, são explicações demasiado simplistas, mesmo que soem bem nos média, só enganam durante algum tempo os distraídos ou os intelectualmente míopes.

Médicos Oftalmologistas do Instituto de Oftalmologia
Dr. Gama Pinto

HOSPITAL PADRE AMÉRICO IDONEIDADE FORMATIVA DO SERVIÇO DE CIRURGIA

CARTA DO DIRECTOR DO SERVIÇO, DR. ANTÓNIO FERRÃO AO PRESIDENTE DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL



DOCUMENTO 5A
(21 JUN 2007)

Exmo. Senhor Presidente do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos.

Acabo de tomar conhecimento do teor da deliberação, de 26 de Maio último, da Direcção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral, que – dando provimento às determinações da Comissão de verificação de idoneidade formativa emitidas na sequência de visita efectuada, há mais de seis meses, ao Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, EPE (HPA) – entendeu negar idoneidade formativa ao serviço de cirurgia geral que tenho a honra de dirigir.

A deliberação em causa nunca teria merecido qualquer comentário da minha parte, não fora o carácter insólito da fundamentação em que a mesma se baseia, e que passo a transcrever na íntegra: “*Verificando-se então, e continuando a verificar-se ainda, face à grelha de avaliação anual que, nos foi enviada, um atropelo às hierarquias da Carreira Médica, visto estar o Serviço de Cirurgia a ser dirigido por um médico que não é Chefe de Serviço, quando existem Chefes de Serviço, e contrariando isto as Normas obrigatórias para a atribuição de idoneidade formativa, foi deliberado anular a idoneidade formativa ao Serviço de Cirurgia Geral desse Hospital*”.

Na verdade, ressalta do supracitado texto da comunicação escrita enviada ao HPA que a Comissão de verificação de idoneidade não se pronunciando acerca das condições dos recursos humanos, materiais e técnico-científicos, (não) existentes no Serviço de Cirurgia Geral do HPA, tidos como essenciais para assegurar a desejada idoneidade formativa do serviço, e cuja verificação lhe competia – ao invés de cuidar da substância, apenas se preocupou com a forma, como se duma mera comissão administrativa, destinada a fiscalizar o cumprimento da lei e dos regulamentos, se tratasse.

E, se assim não foi, pelo menos assim parece, face ao injustificável silêncio acerca das verdadeiras condições pelas quais, em boa verdade, se medem a capacidade e a aptidão de um serviço hospitalar para formar especialistas, em suma, para que possa ser considerado idóneo para o efeito. O silêncio total nesta matéria legitima-nos a presunção de que o Serviço de Cirurgia Geral do HPA reúne, afinal, as condições materiais e técnico-científicas para formar médicos especialistas em cirurgia geral, já que o único alegado obstáculo ao reconhecimento de idoneidade reside na circunstância de o respectivo director não se encontrar provido na categoria de chefe de serviço, ainda que já graduado e aprovado em mérito absoluto em concurso público para essa mesma

categoria.

Não posso crer que a nossa Ordem, sabendo que o estatuto das carreiras médicas consagrou há já mais de quinze anos a possibilidade de os directores de serviço serem recrutados de entre assistentes hospitalares graduados (e mesmo na falta destes, de entre simples assistentes) desde que manifestem notórias capacidades de organização e qualidades de chefia, venha agora acolher interpretações, no mínimo duvidosas, que põem em causa a legitimidade de actos e procedimentos da Administração Pública sobre os quais, que se saiba, nunca tomou posições públicas consequentes, e que, nem sequer se enquadram no novo paradigma hospitalar, os hospitais EPE, onde as categorias da carreira médica hospitalar tendem a desaparecer, face à figura única do contrato individual de trabalho onde a especialidade é o único traço diferenciador dos médicos contrata os.

Atitude de defesa duma pretensa hierarquia da carreira médica é não só obsoleta no momento actual, como própria de uma postura sindicalista, em nada consentânea com a natureza e a tradição da Ordem dos Médicos, e que atraiçoa a distância e elevação com que esta sempre tratou os assuntos relativos às carreiras médicas do Serviço Nacional de Saúde. A Ordem dos Médicos bateu-se continuamente pelo primado dos exames de graduação como elemento determinante da competência médica, posição que por certo não foi alheio o facto de o legislador ter consagrado o requisito prévio da obtenção dos graus de especialista e de consultor para admissão aos concursos de provimento para lugares dos quadros da função pública nas categorias de assistente e de chefe de serviço, respectivamente, das diversas carreiras médicas.

Por tudo isto, é, no mínimo, estranho que um Comissão encarregada de verificar a idoneidade formativa de um determinado serviço hospitalar invoque, como obstáculo ao seu reconhecimento, um pretenso “*atropelo, às hierarquias da Carreira Médica*”, baseando-se para tal apenas no facto de o responsável do serviço não se encontrar formalmente provido na categoria de chefe de serviço, parecendo esquecer-se que o mesmo é um dos seus pares no colégio da especialidade, no pleno gozo dos seus direitos, e que, para além disso, possui há já largos anos o mais alto grau da carreira hospitalar em cirurgia.

Uma posição destas é tanto mais grave quanto pressupõe, por si só, um voto de suspeição genérica lançada, por parte de um Colégio de especialidade da Ordem

dos Médicos, sobre a idoneidade de todos os serviços hospitalares dirigidos por pares seus a quem, não obstante não terem logrado ainda uma vaga na categoria de chefe de serviço, os responsáveis pela gestão hospitalar reconheceram, de harmonia com a lei, possuírem notórias capacidades de organização e qualidades de chefia, determinantes da sua escolha para dirigir esses mesmos serviços.

Não vejo outra interpretação que não a da suspeição genérica, subjacente ao motivo apresentado ao HPA para anular a idoneidade ao Serviço de Cirurgia Geral de que sou director. Qualquer interpretação alternativa seria bem mais grave (e, por isso, me recuso a aceitá-la) e certamente bem mais prejudicial para a desejada e necessária acreditação interna e externa da Ordem, factor não negligenciável, nos dias que correm, para cimentar o seu prestígio e o da classe médica em geral.

Aliás, a fundamentação em causa faz supor que a dita Comissão considera que a minha nomeação para o cargo de director do Serviço de Cirurgia Geral do HPA (e todas as que são feitas com o alegado *atropelo às hierarquias da Carreira Médica*), não sendo ilegal, é no entanto juridicamente impeditiva da concessão de idoneidade formativa ao serviço. Mas tal impedimento, a existir, só pode provir de normas regulamentares, há muito tacitamente derogadas pelo regime consagrado no decreto-lei regulador do estatuto das carreiras médicas.

Na verdade, não é concebível que o legislador ordinário, ao mesmo tempo que fixa as condições para o reconhecimento da idoneidade formativa dos serviços hospitalares, imponha critérios para o recrutamento de directores de serviço hospitalar potencialmente impeditivos do reconhecimento da idoneidade formativa dos mesmos serviços. Se um dos requisitos desta idoneidade fosse o de a direcção de serviço ser assegurada por um chefe de serviço (desde que naquele existam médicos com essa categoria), então os directores de serviço teriam que ser recrutados preferentemente de entre chefes de serviço, de modo a garantir, tanto quanto possível, a desejável idoneidade formativa a todos os serviços.

Ora, acontece que não é assim nem tende a sê-lo. No já mencionado novo paradigma hospitalar, as categorias e a carreira deixam de existir e não me parece que, enquanto sobreviver um chefe de serviço, tenha que lhe caber a direcção do serviço para que este possa considerar-se idóneo para formar especialistas. A contradição é óbvia e a argumentação inconsistente.

Usar de um falso argumento com o intuito de justificar a denegação de uma pretensão legítima, como parece ter sido o caso, constitui uma falta grave, sobretudo, se cometida com ausência de boa-fé, e, como tal, passível de adequada averiguação em sede disciplinar, no âmbito da Ordem.

Se não bastasse, faço questão de salientar aqui, em abono da idoneidade formativa estranhamente anulada, que este serviço e esta direcção foram distinguidos pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto com o honroso convite para participar no ensino da cirurgia, tendo eu sido contratado, para o efeito, como professor auxiliar convidado da disciplina de Cirurgia.

Acresce que esta direcção de serviço tem, também, sido convidada pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia para ministrar cursos avançados de cirurgia laparoscópica, designadamente colo-rectal, vindo desse modo premiada a qualidade técnica e científica, bem como de inovação, que lhe vêm sendo reconhecidas.

Finalmente, e também contraditório com a anulação de idoneidade total ou parcial, é de referir que este serviço tem vindo a dar regularmente formação em estágios parcelares dos internatos de especialidade, como acontece neste momento, em que acolhe internos de especialidade de Ortopedia.

Por tudo o que acabo de expor, e porque não quero acreditar que sejam motivos inconfessáveis que explicam que o mesmo mereça sistematicamente o voto negativo da Comissão e da direcção do Colégio de Cirurgia Geral, solicito a V. Ex.^a se digne esclarecer-me, tendo em vista uma eventual tomada de posição a apresentar junto dos órgãos próprios da Ordem dos Médicos, do seguinte:

a) Quais as normas que alegadamente obrigam a que o director de um serviço hospitalar esteja provido na categoria de chefe de serviço, sempre que há médicos com esta categoria nesse serviço, e cuja violação impede a concessão de idoneidade formativa ao serviço;

b) Tal entendimento é perflhado pelos órgãos de governo da Ordem dos Médicos ou apenas do Colégio de Especialidade de Cirurgia e, neste caso, a que nível foi firmado tal entendimento?

Faço questão de expressar a V. Ex.^a que nada fará esmorecer a minha determinação em obter o reconhecimento da idoneidade a que o serviço que tenho a honra de dirigir tem direito, por mérito próprio, porque estou certo de poder afirmar, sem falsa modéstia, que se todos os hospitais públicos e privados portugueses tiverem a mesma atitude de empenhamento técnico e humano que caracteriza HPA, cada vez melhor será a assistência médica e cirúrgica portuguesas.

Com os meus melhores cumprimentos

António Ferrão

Membro do Colégio de Especialidade de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos
Membro do Conselho Distrital do Porto da Ordem dos Médicos
Director do Serviço de Cirurgia do Hospital Padre Américo - Vale do Sousa, EPE
Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

C/C aos Exmos. Senhores:

Presidente da Ordem dos Médicos.
Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.
Presidente do Conselho Distrital do Porto da Ordem dos Médicos
Director Clínico do Hospital Padre Américo
Director do Internato Médico do Hospital Padre Américo
Presidente do Conselho de Administração do Hospital Padre Américo



DOCUMENTO 5B

RESPOSTA DO PRESIDENTE DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL

Exmo. Senhor
Director do Serviço de Cirurgia
Hospital Padre Américo - Vale do Sousa, EPE

A carta que enviou ao Presidente do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral, referente à anulação da Idoneidade formativa do Serviço que dirige, foi analisada com alguma indignação na reunião tida em Coimbra no dia 21 de Julho p.p. De facto, o Colega ignora todas as recomendações que lhe foram feitas no dia 27 de Outubro de 2006, que de resto estão exaustivamente expressas no relatório da Comissão de verificação de Idoneidade formativa, de que lhe envio cópia em anexo para lhe avivar a memória. Acusa a referida Comissão de se ter preocupado unicamente com a forma e não com a substância, expressa nas condições materiais e técnico-científicas verificadas nos Serviços, sabendo bem que isso não corresponde à verdade.

O que a Comissão verificou e lhe comunicou foi que havia disfuncionalidades na vossa Unidade de Cuidados Intensivos, que a cirurgia largamente predominante era de média cirurgia, que as intervenções mais avançadas que a colecistectomia pareciam muito pouco frequentes, que num dos dois Processos observados havia erros graves na avaliação pré-operatória que pode ter determinado uma estratégia terapêutica incorrecta, como que em jeito de conclusão que “a patologia corrente na actividade hospitalar não é compatível com a formação em áreas abrangentes e indispensáveis na formação de cirurgiões”. Se isto não é uma análise exaustiva das condições materiais e técnico-científicas, não sei o que será.

Como regra, habitualmente a Direcção de um Serviço fica a cargo dos naturalmente mais diferenciados, que serão os mais graduados na carreira médico-hospitalar. Mas como em qualquer regra, há excepções, e admitimos que possam ser Especialistas que manifestem notórias capacidades de organização e qualidades de chefia. No entanto, e no caso presente, após a análise técnica do desempenho do Serviço feita anteriormente, esse nunca poderá ser o caso. Apesar disso estamos sempre abertos a acolher eventuais explicações que nos queiram dar, e a emitir as convenientes recomendações, como de resto aconteceu recentemente com outro Hospital em que se verificava idêntica situação, e em que de imediato a Direcção Clínica nos solicitou uma reunião, deu as necessárias explicações, acatou as nossas recomendações, e tudo está em vias de ser ultrapassado. De novo, não é este o caso, pois até a Co-

missão de verificação de idoneidade estranhou no seu relatório não ter tido contacto com qualquer elemento da Administração.

Foi-lhe recomendado que como forma de começar a corrigir todas estas inadequações para a correcta formação de futuros cirurgiões, diligenciasse junto do Conselho de Administração para o seu provimento como Chefe de Serviço, para deixar a posição eventualmente fragilizada em que se encontra, e pudesse então de pleno direito e com autoridade inquestionável mudar o tipo de desempenho que à ocasião foi verificado, não compatível sequer com a idoneidade formativa já de si escassa (24 meses), que como benefício de dúvida e como eventual incentivo a uma melhoria necessariamente significativa da actividade desse Serviço, lhe fora atribuída.

Lamentamos também que um Membro do Conselho Distrital do Porto da Ordem dos Médicos evidenciasse semelhante pressa no anúncio do fim das Carreiras Médicas, esquecendo que mesmo para os Especialistas em C.I.T. está ainda em negociação o Contrato Colectivo, que terá que consagrar necessariamente, a existência de Carreiras Médicas, e sobretudo que o faça no momento em que a Ordem dos Médicos concentra toda a sua energia e empenho na manutenção de Carreiras Médicas. Lamentamos também que tivesse misturado o ensino pré-graduado com o pós-graduado, como se da mesma temática se tratasse, quando bem sabe que assim não é, pois as condições necessárias ao primeiro nada têm a ver com as exigências do segundo.

A terminar gostaríamos que nos elucidasse quanto a quem ameaçou com procedimento disciplinar, se a mim enquanto Presidente da Direcção do Colégio e por tal relator das decisões tomadas por unanimidade na reunião da mesma, se a toda a Direcção do Colégio, se à Comissão de verificação de idoneidade, ou se a todos.

*Com os melhores cumprimentos,
O Presidente do Colégio da Especialidade,
Dr. Carlos Santos.*

C/C aos Exmos. Senhores:

Presidente da Ordem dos Médicos;
Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos;
Presidente do Conselho Distrital do Porto da Ordem dos Médicos;
Director Clínico do Hospital Padre Américo;
Director do Internato Médico do Hospital Padre Américo;
Presidente do Conselho de Administração do Hospital Padre Américo.

ANEXO

RELATÓRIO DA VISITA AO HOSPITAL PADRE AMÉRICO PARA VERIFICAÇÃO DA IDONEIDADE E CAPACIDADE FORMATIVA DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Deslocou-se ao Hospital Padre Américo, para verificação da idoneidade e capacidade formativa do Serviço de Cirurgia Geral, uma comissão constituída pelo Dr. Carlos Nogueira e Prof. Doutor Manuel Queiroz Medeiros, designados pelo Conselho Directivo do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral, e pelo Dr. Filipe Santos, em representação da Secção Regional do Norte. Não compareceu o representante dos Internos, por razões que fundamentou.

1. À chegada ao Hospital, a Comissão foi recebida pelo Director de Serviço, Dr. Ferrão, que é Assistente Hospitalar Graduado da Carreira Médica Hospitalar.

2. Por razões alheias à nossa vontade, não tivemos qualquer contacto com o Director do Hospital, o Director Clínico e o Director do Internato Médico, facto que nos surpreendeu por ter partido do Hospital Padre Américo a solicitação para ser revista a Idoneidade do Serviço de Cirurgia Geral.

3. Também não foi possível contactar com um dos dois Chefes de Serviço de Cirurgia Geral do Quadro do Hospital e com o Interno do Internato Complementar.

4. O facto de não termos contactado com estas pessoas não permitiu compreender por que razão a Direcção do Serviço altera a hierarquia da Carreira Médica Hospitalar.

5. Contactámos com o Chefe de Serviço, Dr. Cardoso, que dirige a Cirurgia do Ambulatório e que, na opinião

do Director do Serviço, tem feito um excelente trabalho. Também esta afirmação do Director do Serviço contribuiu para tornar difícil o entendimento do referido em 4.

6. O Director do Serviço foi muito solícito e prestou, com simpatia, toda a colaboração durante a visita. Deixou, claramente, a noção de que é um profissional dinâmico e preocupado.

7. Foi visitada a Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital (UCIH), que deixou a impressão, pela estrutura e pelo funcionamento, de ter boas capacidades, mas que pareceu subaproveitada (apenas 3 doentes, 1 deles a respirar ar ambiente e a tomar a sua refeição em tabuleiro, completamente autónomo) – o responsável acumulava o seu trabalho na Unidade com o turno na VMER em simultâneo.

8. O Serviço de Internamento não tem Unidade de Cuidados Intermédios para assistir no pós-operatório os doentes que não justificam internamento na UCI.

9. Observámos o plano operatório de uma semana e o livro de registos das operações realizadas no Serviço e constatou-se que a cirurgia largamente predominante é de média cirurgia. As intervenções mais avançadas do que a colecistectomia pareceram-nos muito pouco frequentes.

10. Compulsámos dois processos clínicos colhidos de forma aleatória e pudemos verificar que, ao contrário da generalidade dos hospitais, estavam preenchidos, o

que constitui nota a registar. Contudo, num dos casos constatou-se que foi efectuada uma amputação abdominoperíneal do recto a um doente com idade próxima dos 50 anos, que tinha sido proposto para ressecção anterior do recto. A avaliação pré-operatória não terá sido feita correctamente pois com um estadiamento correcto deveria ter sido efectuada terapêutica neo-adjuvante.

A avaliação que compete fazer à Ordem dos Médicos está relacionada com a formação, para a qual deve ser exigência fundamental a qualidade e a diversidade, sob orientação dos mais qualificados. No Hospital Padre Américo, onde há dois Chefes de Serviço, não parece que a orientação da formação esteja sob a responsabilidade dos mais qualificados. Não foi possível clarificar se está justificada qualquer excepção à regra que melhor pode garantir a qualidade na formação técnica e científica dos Internos da Especialidade de Cirurgia Geral (ver alíneas 2, 3 e 4 deste relatório). Por outro lado, a patologia corrente na actividade hospitalar não é compatível com a formação em áreas abrangentes e indispensáveis na formação de cirurgiões.

A Comissão de Verificação de Idoneidades não encontra pistas que permitam alterar a capacidade formativa do Serviço de Cirurgia Geral, a não ser para limitar a que está actualmente em vigor, que é de 24 meses.

EXPOSIÇÃO-REQUERIMENTO POSTERIOR DIRIGIDO PELO CHEFE DO SERVIÇO DE CIRURGIA AO PRESIDENTE DO CNE

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho Nacional Executivo da OM

DIRECÇÃO DO SERVIÇO DE CIRURGIA DO HOSPITAL PADRE AMÉRICO – VALE DO SOUSA. E.P.E., aqui representado pelo seu Director de Serviço, vem EXPOR e REQUERER a V.^a Ex.^a:

1. Encetou a Direcção do Serviço de Cirurgia, e de acordo com os procedimentos legais aplicáveis, o pedido de avaliação anual da idoneidade – ano de 2008, conforme documentação entregue nos serviços competentes.

2. Na sequência desse pedido de avaliação, veio a ter lugar em 27 de Outubro de 2006 uma visita ao Serviço de Cirurgia e que o Signatário, na qualidade de Director do Serviço, acompanhou.

3. Do relatório elaborado pela Comissão, o Serviço de Cirurgia e o seu Director só vieram a ter conhecimento no passado dia 3 de Setembro, data em que foi recepcionada a carta subscrita pelo Senhor Presidente do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral com data de 06.08.2007 e ref.^a n.º 1894 – cuja cópia se anexa sob o Doc. 1. (n.d.r. 5b).

4. Antes dessa data, o Director de Serviço de Cirurgia teve apenas conhecimento do ofício que, em Maio de 2007, o Colégio de Cirurgia Geral endereçou ao Director do Internato do Hospital Padre Américo – Vale do

Sousa, E.P.E., e no qual dava conta do teor da deliberação tomada pela Direcção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral e cujo parecer era de que haveria que negar idoneidade formativa ao Serviço de Cirurgia daquele mesmo Hospital já que “verificando-se então e continuando a verificar-se ainda, face à grelha de avaliação anual que nas foi enviada, um atropelo às hierarquias da Carreira Médica, visto estar o Serviço de Cirurgia a ser dirigido por um médico que não é Chefe de Serviço, quando existem Chefes de Serviço, e contrariando isto as Normas obrigatórias para a atribuição de idoneidade formativa, foi deliberado anular a idoneidade formativa ao Serviço de Cirurgia Geral desse Hospital”.

5. Repita-se que o Serviço de Cirurgia – apesar de ter sido este o Requerente da avaliação da idoneidade, conforme se pode constatar pela simples consulta do respectivo processo –, apenas teve conhecimento desta “deliberação” porque dela lhe foi dado conhecimento informal por parte do Director do Internato do Hospital Padre Américo – Vale de Sousa E.P.E.,

6. sendo que, não fora a atitude deste Director, sempre teria o Serviço de Cirurgia e o seu Director permanecido – a até à presente data – na ignorância da deliberação do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral.

7. Sucede que, em face de tal tomada de conhecimento, o Director do Serviço de Cirurgia endereçou, por seu



DOCUMENTO 5C
(14 SET 2007)

motu próprio, ao Ex.mo Senhor Presidente do Colégio da Especialidade a carta de 21.08.2007 e que se anexa sob o Doc. 2 (n.d.r. 5a),

8. carta essa que mereceu a resposta de 06.08.2007 e já junta sob o Doc. 1. (n.d.r. 5b).

9. Ora, desde já há que estranhar que, estando a Ordem dos Médicos e os seus órgãos submetidos, no que toca a procedimentos como o aqui em causa, à observância do Código do Procedimento Administrativo (doravante designado abreviadamente por CPA), nunca tenha sido o Serviço de Cirurgia e/ou o Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E., notificado para, nos termos do disposto nos artigos 100º e ss. do aludido diploma legal se pronunciar,

10. tanto mais que a deliberação tomada por aquele Colégio foi de conteúdo desfavorável ao Requerente.

11. Ta facto inquina de forma insanável todo o procedimento, sendo susceptível de determinar a sua invalidade.

12. Sem prescindir sempre se dirá que, quer a razão pela qual “foi deliberado anular a idoneidade formativa ao Serviço de Cirurgia Geral” – cfr. supra ponto n.º 4 – quer o Relatório da visita ao Hospital Padre Américo – supra referido no ponto n.º 3 – estão eivadas de erros acerca dos pressupostos de facto e de violação de lei.

13. Na verdade, e quanto à deliberação do Colégio da Especialidade – que, refira-se em abono da verdade, carece de eficácia externa já que, nos termos do Decreto-Lei 208/2004, de 18 de Agosto (redacção actual) e da Portaria n.º 183/2006, de 22 de Fevereiro, “o reconhecimento da idoneidade é feito por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta da Ordem dos Médicos, ouvido o CNIM” – sempre a mesma, para produzir efeitos, carece da aprovação por parte do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos,

14. pois, quer nos termos Estatutários, quer nos termos Regulamentares, os Colégios da Especialidade não detêm competências decisórias, sendo que os seus pareceres não são sequer, vinculativos.

15. Tais competências deliberativas estão, como resulta do ponto 5.8. do Regulamento de Avaliação da Idoneidade dos Serviços para Fins de Formação de especialistas – aprovado pelo Conselho Nacional Executivo, em 18 de Junho de 1994 –, confiados a este CNE, a quem compete avaliar os parecer emitidos pelas Colégios e sua homologação.

16. Ora, desde logo e quanto ao motivo invocado para fundamentar o parecer do Colégio da Especialidade – seja, o facto de haver “um atropelo às hierarquias da Carreira Médica, visto estar o Serviço de Cirurgia a ser dirigido por um médico que não é Chefe de Serviço, quando existem Chefes de Serviço, e contrariando isto as Normas obrigatórias para a atribuição de idoneidade formativa” – sempre se dirá que o mesmo revela a mais profunda ignorância quanto às disposições em vigor e quanto às novas realidades jurídicas decorrentes da consagração legal de hospitais entidades públicas empresariais.

17. Na verdade, das normas em vigor à data da emissão daquele parecer e da apresentação deste requerimento – decorrentes do DL 203/2004, da Portaria 183/2006, do Regulamento da Avaliação da Idoneidade dos Serviços para Fins, de Formação de Especialistas, da Portaria 555/2003, de 11 de Julho (que consagra o Programa de Formação do Internato Complementar da Área Profissional Médica de Cirurgia Geral), do Regimento do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral e do Regulamento Geral dos Colégios das Especialidades – em

parte alguma resulta a existência de uma norma – seja ela de carácter legal, seja ela de carácter regulamentar – que, de forma imperativa prescreva que, para um Serviço ter idoneidade formativa é necessário que seja dirigido por um chefe de serviço.

18. Deste modo, o aludido parecer faz uma grosseira e errada interpretação das normas em vigor, criando um constrangimento ao reconhecimento das idoneidades formativas onde a lei e os regulamentos não lhe permitem,

19. o que bem demonstra o arbítrio de tal parecer.

20. Depois sempre se dirá que – e mesmo que não estivéssemos em presença de um Hospital que reveste a natureza jurídica de entidade pública empresarial – o Decreto-lei 73/90, de 06 de Março, que regula as carreiras médicas (com a redacção que lhe foi dada pelo Decreto-lei 398/93, de 24 de Novembro) determina no seu artigo 41º que “2 – O director de serviço é nomeado pelo conselho de administração, sob proposta do director clínico, ouvido o director de departamento, quando exista. 3 – O director de serviço é nomeado de entre chefes de serviço ou, na sua falta ou, mediante proposta fundamentada, entre assistentes graduados que, em qualquer dos casos, manifestem notórias capacidades de organização e qualidade e chefia; na falta de assistentes graduados e nas mesmas condições, poderá ser nomeado de entre assistentes” (o sublinhado é nosso).

21. Seja, é o próprio diploma das Carreiras Médicas – que o dito parecer considera ter sido violado, que permite que o director do serviço não seja chefe de serviço.

22. Isto é, o dito parecer do Colégio de Especialidade faz uma errada interpretação da lei, pelo que tal sempre há-de pôr em causa a sua validade

23. Mais ainda: o Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E., reveste a natureza jurídica de entidade pública empresarial, pelo que se encontra submetido ao regime jurídico do Decreto-lei 2331/2005 de 29 de Dezembro.

24. Assim, a questão que aquele parecer do Colégio da Especialidade suscita prende-se também com a nomeação de médicos para o exercício de cargos dirigentes e de chefia no âmbito dos hospitais E.P.E.

25. O Estatuto destes hospitais é, como se disse, o que resulta do Anexo I do DL 233/2005, o qual contempla diversos cargos dirigentes a exercer por médicos, como é o caso do director clínico (cfr. artigo 6º n.º 2 e artigo 9.º) e de outros trabalhadores titulares de cargos de direcção e chefia.

26. Não obstante a natureza de entidade pública empresarial, estes hospitais – à semelhança do que sucedia com os seus antecessores, hospitais s.a. –, fazem parte dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde e integram a rede de prestação de cuidados de saúde.

21. Tal é a conclusão a retirar da redacção da Base XII n.º 2 e da Base XXXVI n.º 1 da Lei de Bases de Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações resultantes da Lei 27/2002, de 08 de Novembro, esta última que aprovou o novo regime jurídico de gestão hospitalar e, em especial, o seu artigo 2º).

28. Ora, no âmbito da regulamentação dos diversos modelos de hospitais do Serviço Nacional de Saúde que a referida Lei 27/2002 veio a criar/clarificar, foi aprovado o Decreto-lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto que, não obstante o seu âmbito de aplicação privilegiado ser o dos hospitais que integram o sector público administrativo (os chamados hospitais s.p.a.) – cfr. artigo

1º deste último diploma –, no artigo 41.º o legislador expressamente refere que a diploma é susceptível de aplicação subsidiária aos hospitais do SNS integrados na rede de prestação de cuidados de saúde.

29. Assim, por força deste artigo 41.º do DL 188/2003, impor-se-ia a conclusão de que – e a não ser que o DL 233/2005 disponha diversamente –, todas as normas contidas naquele e relativas às nomeações de médicos para cargos de direcção (nomeadamente o previsto no artigo 20º relativo aos serviços de acção médica, quanto aos directores de departamento e aos directores de serviço que teriam que ser escolhidos “... de entre os chefes de serviço ou, na sua falta, de entre assistentes graduado que, em qualquer dos casos, manifestem notórias capacidades de organização e qualidades de chefia” e na falta destes “... e nas mesmas condições... de entre assistentes” – cfr. n.ºs 2 e 3 do citado artigo 20º), serão de aplicar aos hospitais e.p.e.

30. No entanto esta aplicação apenas pode ocorrer, como determina o próprio artigo 41º, subsidiariamente. Seja, e dito por outro modo, quando o diploma que cria e regulamenta os hospitais e.p.e. não contiver solução ou não impuser outra solução, pois se a contiver ou impuser é esta a que se aplica.

31. Cabe, assim, indagar se, no âmbito do DL 233/2005, há ou não resposta à questão de saber quais as qualificações que os médicos devem possuir para poderem ser nomeados para cargos dirigentes e de chefia.

32. Saliente-se que, nos termos do disposto no artigo 13.º do Anexo II do DL 233/2005 e, no que se refere aos membros do conselho de administração, o diploma dispõe expressamente que, aos membros deste órgão se aplica “... o estatuto do gestor público, sem prejuízo do disposto no artigo 20.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde”.

33. Deste modo, pode concluir-se que, no que respeita, pelo menos, ao cargo de director clínico, a nomeação deste deve obedecer ao preceituado no aludido artigo pelo que, a não ser que diversamente seja previsto nos Estatutos dos hospitais e.p.e., os mesmos devem ser nomeados de acordo com o Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março e que regula o estatuto do Gestor Público.

34. Assim, não vemos razões para que, na nomeação do director clínico, se tenha que aplicar o disposto no artigo 20.º do DL 188/2003 até porque o artigo 2 da Lei 27/2002 a isso não obriga.

35. Quanto aos demais dirigentes (v.g. directores de departamentos e serviços, chefes de departamentos e/ou serviços), o diploma dos hospitais e.p.e. refere, apenas, no artigo 7º alíneas a) e f) que compete ao Conselho de Administração do hospital definir as remunerações dos titulares dos cargos de direcção e chefia, bem como, designar o pessoal para estes cargos.

36. Nada mais é dito, nomeadamente, no que toca aos critérios e/ou requisitos para tais nomeações, afigurando-se, assim, *prima facie*, que a decisão do Conselho de Administração é inteiramente livre, já que se o legislador quisesse ter imposto limites às nomeações expressamente o teria declarado.

37. Reiterando-se que a regra para a contratação de pessoal para estes hospitais é a do contrato individual de trabalho, não podemos igualmente perder de vista que o próprio Código do Trabalho possui normas específicas para os trabalhadores em comissão de serviço (cfr. artigos 244.º e ss. do Código do Trabalho).

38. Nenhuma dessas regras contempla as restrições resultantes, quer da aplicação directa do artigo 20.º do DL 188/2003, quer da sua aplicação subsidiária e por via do artigo 41.º do mesmo diploma.

39. É que, reitere-se, as carreiras e categorias previstas no Decreto-Lei 73/90, de 6 de Março, em especial aquelas contempladas no artigo 26.º, são inaplicáveis aos contratos individuais de trabalho.

40. Dir-se-á então que, porque a legislação laboral não se refere aos constrangimentos do artigo 20º do DL 188/2003 e porque o artigo 41.º prevê a aplicação subsidiária daquele diploma a todos os hospitais que fazem parte do Serviço Nacional de Saúde, dever-se-á, nas nomeações para os cargos dirigentes e de chefia, ter-se em consideração as categorias de chefe de serviço, assistente graduado e de assistente.

41. Tal solução coloca, no entanto, diversas perplexidades e algumas reticências.

42. Desde logo, com tal solução aplica-se aos cargos dirigentes (que não de gestão) requisitos mais exigentes e próprios da função pública que para os gestores (director clínico) não têm que ser respeitadas.

43. Depois, tal solução irá gerar desigualdades de tratamento que o legislador não pode ter querido criar.

44. É que, conforme dispõe o artigo 14.º do DL 233/2005, o regime do pessoal trabalhador dos hospitais e.p.e. é o do contrato individual de trabalho.

45. Deste modo, e apesar de na maioria (senão na totalidade) dos hospitais e.p.e. ainda sobreviverem os vínculos jurídicos da função pública – e que, de resto, são salvaguardados pela própria lei –, certo é que poderá vir a suceder que um determinado hospital tenha todos os seus médicos abrangidos por contratos individuais de trabalho aos quais não se aplicam – porque a isso não estão obrigados, nem foi objecta de regulamentação por parte de negociação colectiva –, as carreiras e categorias da função pública, seja o artigo 26.º do DL 73/90.

46. Assim, a aplicação daquele artigo 20.º DL 186/2003 sempre geraria desigualdades de tratamento que não poderão ser, à luz do Direito do Trabalho, admitidas.

47. É que, muitos dos hospitais e.p.e. resultaram da transformação dos hospitais s.a. e, alguns destes, da transformação de unidades locais de saúde, o que significa que médicos titulares de contratos individuais de trabalho desde há quase 10 anos têm visto a possibilidade de progressão na categoria/carreira vedada, dada a inexistência de qualquer contratação colectiva e/ou lei que lhes reconheça esse direito.

48. Deste modo, pode suceder que um médico, que caso estivesse abrangido pela contratação da função pública já poderia deter a categoria de chefe de serviço e/ou assistente graduado, não a detém porque, repita-se, há vários anos, está abrangido pelo contrato individual de trabalho.

49. A defesa da aplicação daquele artigo 20.º do DL 188/2003 determina, assim, que este médico não poderá ser nomeado para qualquer cargo dirigente ou de chefia.

50. Tal solução cria uma desigualdade de tratamento que, repita-se, é intolerável à luz dos princípios gerais do Direito do Trabalho e que urge corrigir.

51. De resto, saliente-se ainda que, a aceção da expressão “cargos dirigentes e de chefia” no direito privado (e é, fundamentalmente, pelo Direito das Sociedades Comerciais, pelo Direito do Trabalho e demais ramos de direito privado que os hospitais e.p.e. se regem) é diferente da que é utilizada no direito público.

52. Veja-se a este propósito o artigo 244.º do Código do Trabalho em que o que está, essencialmente, em causa é a existência de uma relação de confiança no exercício de cargos de direcção dependentes da administração.

53. Deste modo e por via de uma interpretação sistemática, não faz sentido que, para o exercido do cargo de director clínico se prescindia da titularidade do grau de chefe de serviço ou assistente graduado quando para cargos de direcção ou chefia inferiores àquele estes requisitos sejam necessários.

54. Diferente solução poderá vir a ser criada por via de contratação colectiva, nomeadamente com a criação de uma carreira médica no âmbito do contrato individual de trabalho, com categorias de progressão e com um sistema de correspondência entre a carreira e categorias criadas e aquelas outras constantes do DL 73/90.

55. Assim, todo e qualquer médico poderá ser objecto de nomeação para os cargos dirigentes e de chefia de um hospital e.p.e. sendo que, de acordo com os princípios de boa gestão a que o Conselho de Administração está obrigada por via do estatuto dos gestores públicos – em especial o princípio da responsabilidade –, com toda a certeza as suas escolhas irão recair sobre as pessoas que revelem as necessárias qualidades de organização e de chefia.

56. Pelo exposto, é óbvio que o parecer do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral labora em errada interpretação do Direito quanto nega a idoneidade ao Serviço de Cirurgia do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa E.P.E.

57. Acresce ainda que, e independentemente dos já demonstrados atropelos jurídicos, o parecer do Colégio da Especialidade patenteia o mais claro desvio de poder.

58. Desde logo, e como já se disse, nunca o Director do Serviço de Cirurgia foi formalmente notificado do parecer do Colégio da Especialidade, tendo tido apenas conhecimento do Relatório da Visita dos Ilustres Membros do Colégio com a carta de 06.08.2007.

59. De resto, nesta carta é lamentável que o Ex.mo Senhor Presidente do Colégio de Cirurgia Geral se permita afirmar que “como regra habitualmente a Direcção de um Serviço fica a cargo dos naturalmente mais diferenciados, que serão os mais graduados na carreira médico-hospitalar. Mas como em qualquer regra, há excepções, e admitimos que possam ser Especialistas que manifestem notórias capacidades de organização e qualidades de chefia. No entanto, e no caso presente, após análise técnica do desempenho do Serviço feita anteriormente, esse nunca poderá ser o caso”.

60. É que tal afirmação manifesta a mais profunda ignorância acerca do Direito aplicável,

61. e até patenteia o mais profundo desrespeito pelos regulamentos da Ordem dos Médicos, já que o n.º 3.2 alínea d) do Regulamento de Avaliação da Idoneidade

dos Serviços para Fins de Formação de Especialistas determina que “a Direcção do serviço, unidade, secção ou departamento tem que ser exercida, efectivamente, por um especialista inscrito no respectivo Colégio de Especialidade, e o estilo de gestão deve reconhecida-mente estimular o envolvimento e a participação de todo o quadro clínico e restante “staff” na dinâmica e no desenvolvimento do serviço” (o sublinhado é nosso).

62. Assim, é o parecer do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral violador daquela norma, sendo que o seu Presidente se permite tecer considerações acerca das capacidades do Director do Serviço de Cirurgia em matéria para a qual não está habilitado legal ou regulamentarmente.

63. De resto, o Director do Serviço de Cirurgia Geral é Médico Especialista, inscrito no Colégio de Especialidade de Cirurgia Geral desde 16 de Junho de 1992.

64. Tal afirmação assume gravidade redobrada porquanto o Presidente do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral foi Director do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa quando então era um “mero” assistente graduado.

65. E tento concorrido a chefe de serviço neste Hospital – não tendo, no entanto, logrado, um lugar do quadro –, não se quer crer que seja esse o motivo que explique a inexplicável posição assumida pela Colégio da Especialidade.

66. Acresce ainda que, o Director do Serviço de Cirurgia, para além de habilitado com o grau de Consultor, já prestou provas públicas para um lugar de chefe de serviço de Cirurgia Geral do Hospital de S. João, E.P.E. – do qual está hoje destacado –, tendo sido aprovado por mérito absoluto.

67. Do mesmo modo, é inconcebível que o Presidente do Colégio da Especialidade utilize esta sua função para pretender “acertar contas” quanto ao facto de o Director do Serviço de Cirurgia ser membro do Conselho Distrital do Porto da Ordem dos Médicos.

68. É que, com as devidas adaptações, também o Director do Serviço de Cirurgia pode lamentar o facto de, sendo o Presidente do Colégio da Especialidade membro de um sindicato médico, não pressione este para, pela já tão anunciada e legalmente obrigatória negociação colectiva, vir a consagrar as carreiras médicas no âmbito dos contratos individuais de trabalho.

69. O Director do Serviço de Cirurgia não questiona as carreiras médicas nem a sua necessidade.

70. Lamenta, porém, que os sindicatos – entre os quais aquele do qual o Presidente do Colégio faz parte –, tardem em negociar a consagração das mesmas no âmbito do contrato individual de trabalho.

71. E quanto a isso, caberá apenas esclarecer que são os sindicatos que detêm o poder de negociação colectiva e não as ordens profissionais.

72. Isto apesar de todos os esforços que a Ordem dos Médicos tem feito para salvaguardar as carreiras médicas, cuja inércia sindical conduz ao seu esquecimento.

73. De resto é lamentável que, nesta matéria, o Presidente do Colégio venha confundir questões de natureza técnico-científico-formativa, com política de saúde.

74. Na que respeita ao Relatório que, como já exaustivamente ficou dito, só agora foi comunicado ao Director do Serviço de Cirurgia, sempre caberá esclarecer que a data em que a Comissão se deslocou ao Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E. foi fixada por esta que foi previamente alertada para o facto de coincidir com a

data de aniversário do Hospital, para a qual se previam eventos comemorativos.

78. A Comissão sabia que, nessa data e à mesma hora, iria ter lugar no Auditório do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E. uma sessão solene comemorativa daquele aniversário, na qual estiverem presentes o Director do Hospital e o Director Clínico, o que os impediu de acompanhar a visita da Comissão.

76. Estes impedimentos, bem como o do Director do Internato Médico, foram explicados ao Presidente do Colégio e aos Ilustres Membros da Comissão, sem que tal tenha sido considerado prejudicial para o trabalho de avaliação da Comissão.

77. Aliás, o Presidente do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral transmitiu ao Director da Serviço que tal facto não era importante, até porque ele se encontrava em litígio com o Presidente do Conselho de Administração do Hospital, razão pela qual não iria presidir à Comissão de Avaliação, delegando a presidência noutra Colega.

78. Acresce ainda que, um dos chefes de serviço e o interno da especialidade se encontravam em gozo de férias, não se vislumbrando motivo para que, à luz do Decreto-lei 100/99, fossem tais férias interrompidas.

79. Estranho é assim que, estando a Comissão ciente destes constrangimentos, refira no seu Relatório que (apenas) o representante dos Internos não compareceu “por razões que fundamentou”.

80. Apesar dos elogios com que brindam o Director do Serviço de Cirurgia, é lamentável que a Comissão use a informação que lhe foi prestada por aquele quanto ao trabalho desenvolvido pelo Dr. Gonçalves Cardoso na Unidade de Cirurgia de Ambulatório – trabalho esse que, em qualquer parte, será sempre qualificado de excelente – para reforçarem dúvidas sobre a alegada alteração da hierarquia da carreira médica, concluindo implicitamente e afinal por aquilo que o Presidente do Colégio de Cirurgia Geral, na missiva de 06.08.2007 tão explicitamente afirma quanto à (in)competência do Director do Serviço

81. É que apenas se crê que só mesmo por desconhecimento do que seja uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório e do que é um Serviço de Cirurgia Geral é que se pode chegar a tal paralelismo quanto ao perfil requerido para dirigir uma e outro.

82. Quanto ao trabalho desenvolvido pela Unidade de Cuidadas Intensivos, o Director do Serviço de Cirurgia Geral não pode nem deve fazer quaisquer comentários, pois esta unidade não depende do Serviço que dirige. No entanto, regista-se o facto de a Comissão, com base na análise de um dia de trabalho, extrair conclusões para os restantes 364 dias do ano.

83. Quanto à inexistência de uma Unidade de Cuidadas de Saúde Intermédios de Cirurgia regista-se que a Comissão e o Colégio da Especialidade a consideram imprescindível.

84. É que o princípio da igualdade de tratamento consignado no artigo 5.º do CPA impõe que todos os hospitais portugueses que não a possuam vejam ser-lhe retirada idoneidade formativa, quicá até assistencial.

85. É que, curiosamente, só há bem poucos anos o próprio Hospital de S. João, hospital central e um dos maiores do País, passou a possuir tal unidade.

86. Mas também é de lamentar que a Comissão tenha ignorado a informação de haver já decisão para a instalação de tal unidade, tudo aliás no âmbito das novas competências que o Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E. irá assumir enquanto núcleo do novo Centro Hospitalar.

87. Do mesmo modo, atabalhoadas e apressadas as conclusões vertidas no ponto 9. do Relatório.

88. Em primeiro lugar, não é método credível, tal pouco aceitável, medir a actividade assistencial de um Serviço de Cirurgia pela observação do movimento de um bloco operatório durante uma semana. Em 52 semanas, uma semana não é uma amostra, sequer, fiável.

89. O Serviço de Cirurgia Geral tem mais de 2.700 intervenções/ano no bloco central.

90. O Serviço tem produção científica elaborada a partir de trabalho operatório, apresentada ou publicada pelo Serviço, como sucedeu no Congresso Nacional de Cirurgia e no Congresso Internacional de Cirurgia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

91. Também não se pode aceitar a conclusão incita no ponto 10. do Relatório extraída de um de dais processos consultados!

92. O doente em causa foi proposto para cirurgia após consulta de grupo no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, e.p.e. sendo que a decisão quanto ao tipo de tratamento cirúrgico, médico, adjuvante ou neo-adjuvante a realizar foi colegial, como aliás sucede com todos os doentes com patologias oncológicas atendidos no Serviço de Cirurgia Geral e conforme os procedimentos rigorosamente protocolados.

93. De referir ainda que o Serviço de Cirurgia do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E., é um dos poucos serviços que em Portugal se sujeita regularmente a auditoria interna, devidamente protocolada, e já publicamente apresentada no Congresso Nacional de Cirurgia.

94. No que concerne ao penúltimo parágrafo do Relatório, se é certo que a afirmação de que a formação médica especializada deve ser feita com “qualidade e diversidade, sob orientação dos mais qualificados”, rejeita-se a conclusão de que isso não sucede no Serviço de Cirurgia do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E.

Pelo exposto REQUER a V.ª Ex.ª se digne não homologar o parecer do Colégio de Cirurgia Geral e, de acordo com os poderes conferidos ao CNE, conceder idoneidade total ao serviço de Cirurgia do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E.

Penafiel, 14 de Setembro de 2007

O Director do Serviço,

(Prof. Dr. António Ferrão)

CC/ Presidente do Conselho Administração do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E.

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

SERVIÇOS DE RADIOLOGIA – IDONEIDADE FORMATIVA

PARECER DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE RADIOLOGIA ENVIADO AO COORDENADOR NACIONAL PARA A PÓS-GRADUAÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS



DOCUMENTO 6

Exmo. Senhor Dr. José Ávila Costa
Coordenador do Conselho Nacional para a Pós-Graduação da Ordem dos Médicos

Junto enviamos a nossa apreciação após análise dos Inquéritos/questionários enviados e cujo preenchimento foi efectuado pelos Serviços candidatos e que chegaram a este Colégio da Especialidade já validados pelas respectivas Direcções do Internato Médico das instituições, o parecer da Direcção do Colégio vai ser individualizado para cada uma delas tendo por base os critérios de idoneidade da Especialidade de Radiodiagnóstico e numa série de requisitos técnico-científicos, em conformidade com o Regimento deste Colégio aprovado em CNE de 25.06.1997, das disposições estabelecidas no Regulamento Geral dos Colégios da Especialidade e pela portada n.º 241/99 de 6 de Abril de 1999.

Assim, a Idoneidade Formativa é concedida a instituições que reúnam as seguintes condições:

1. Serão considerados com capacidade formativa os Serviços com Idoneidade Total ou Parcial e casos excepcionais.
2. A Direcção do Serviço deve ser assegurada por um especialista inscrito no Colégio de Radiologia pelo menos há 5 anos.
3. Deve existir um quadro médico no mínimo com 4 especialistas em regime de prestação de serviços de 35 horas semanais.
4. O número de Internos a atribuir deve respeitar um ratio mínimo do 2:1 na relação especialistas/internos.
5. O número mínimo de Internos atribuídos a cada serviço idóneo é de 2, independentemente da fase de formação em que se encontrem.
6. O tempo de formação na Instituição de acolhimento terá que ser, no mínimo, igual a 50% do tempo total previsto para o Internato da Especialidade.
7. Os estágios parcelares realizados fora da instituição de acolhimento deverão ser efectuados em Serviços de Radiologia com idoneidade reconhecida pela Ordem dos Médicos e só serão contemplados para as seguintes valências:
 - Angiografia.
 - Mamografia
 - Radiologia Pediátrica
 - Neurorradiologia
 - Ecografia Obstétrica
 - Ressonância Magnética

- Doppler
- Intervenção vascular e não vascular
- Radiologia de Urgência (se se tratar de um IPO)
- Densitometria

8. O Serviço de Radiologia de urgência deve contemplar um período de 12 horas semanais a partir do 2º ano de internato

9. O Serviço deve possuir tecnologia adequada e modernizada para a realização das várias valências a ministrar no decurso do Internato, no mínimo englobando sectores do Radiologia Convencional, Ecografia o Tomografia Computorizada.

10. As instalações devem possuir condições adequadas ao fim em vista.

11. No inquérito enviado pela Instituição candidata deverá constar um programa formativo tipo do internato com esquema de rotatividade anual definido.

12. Devem estar previamente definidos e assegurados os estágios nas valências a realizar fora do Serviço candidato em Instituições consideradas idóneas pela OM.

13. Deve existir formação em urgência, na própria instituição ou em regime de protocolo com instituições afins.

14. A instituição candidata deve possuir especialidades médicas e cirúrgicas diferenciadas, preferencialmente compreendendo as áreas de Medicina, cirurgia, ortopedia, ginecologia e anatomia patológica.

15. Deve existir um arquivo central do hospital e do próprio Serviço bem como reuniões de formação com carácter semanal.

16. A Instituição deverá estar dotada de meios informáticos incluindo acesso à Internet e permitir acesso a biblioteca especializada.

17. A estatística do serviço para as diversas valências deve comportar um número considerado adequado de exames anuais. Com carácter orientador fornecem-se os seguintes números:

Radiologia convencional: 50.000

Mamografia: 2200

Ecografia: 5000

TAC: 2500

Ressonância Magnética: 1000

Angiografia: 250

Segue-se o mapa descritivo de Idoneidades e Capacidades Formativas para o ano 208, organizado por zonas:

[...]

POSIÇÕES DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA

SOBRE A DATA DO EXAME DE SERIAÇÃO DO ACESSO À ÁREA MÉDICA DE ESPECIALIZAÇÃO

A Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM), reunida em 27 de Janeiro de 2007, analisou e debateu a questão da data de realização do Exame de Seriação para Acesso à Área Médica de Especialização. A incerteza que envolve este assunto tem sido motivo de apreensão para os estudantes de Medicina. Assim, a

ANEM considera que:

Esta prova exige por parte dos alunos uma elevada dedicação, pela capital importância na decisão do seu futuro profissional, e um tempo de estudo extenso, pela carga bibliográfica e pelo nível de detalhe que implica. A realização deste Exame no final do 6º ano resulta,



DOCUMENTO 7A

consequentemente, numa diminuição da vivência dum ano fundamental para a aquisição de aptidões no respeitante à prática médica. A antecipação da actual data tornaria esta experiência ainda menos profícua, comprometendo seriamente o conceito de “6º Ano Profissionalizante” defendido tanto pelas Escolas Médicas como pelos estudantes de Medicina.

Existe um real desfasamento na estruturação do 6º ano profissionalizante entre as sete Escolas Médicas, verificada ao nível da carga horária de contacto, métodos e datas de épocas de avaliação, e datas de conclusão, o que acarreta desigualdade na disponibilidade temporal para o estudo entre os diferentes alunos. São de salientar os casos particulares da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e a Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, que têm uma avaliação final teórica em Julho dirigida às valências do 6º ano, com conteúdo programático e bibliografia não coincidentes com as do exame de seriação. A fixação da data do exame em Outubro, com menos tempo de es-

tudo livre, só viria a acentuar estas diferenças e agravar as desigualdades.

Acresce a isto que existem Escolas Médicas, o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que têm épocas de Avaliação de Recurso e para Conclusão da Licenciatura, aprovadas para o actual ano lectivo, de Setembro a Novembro, tornando inviável a inscrição para o Exame dos alunos que a elas recorrem se este for realizado antes de Dezembro.

Pelas razões atrás enunciadas, e pelo facto de não existir nenhuma razão que o sustente, a realização do Exame de Seriação do Acesso à Área Médica de Especialização em Outubro deve ser posta fora de questão. A ANEM, defende assim, no interesse dos estudantes de Medicina e pela da qualidade da sua formação médica, que a data deste Exame seja anunciada o mais rapidamente possível e que esta seja fixada, de forma definitiva, em Dezembro, de preferência na terceira semana.

SOBRE O CONCURSO ESPECIAL PARA O ACESSO A MEDICINA POR LICENCIADOS



DOCUMENTO 7B

A Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM), reunida em 17 de Dezembro de 2006, analisou e debateu a intenção do Governo de criar um concurso especial para acesso ao curso de Medicina por titulares do grau de licenciado.

Assim, e considerando que:

- Portugal dispunha, em 2004 de 3,42 médicos por 1000 habitantes, um número superior à média europeia (EU25) de 3,28 médicos por 1000 habitantes¹;
- Os problemas pontuais de falta de recursos humanos devem se essencialmente a distribuição regional desequilibrada, bem como por uma má distribuição por especialidades, problemas cuja resolução passa pela reorganização do Sistema Nacional de Saúde²;
- Nos últimos anos, por pressões sociais e Políticas diversas, tem se assistido a um aumento sucessivo do número de alunos que ingressam na licenciatura de Medicina;
- As Escolas Médicas não têm dado uma resposta eficaz a este aumento, quer por falta de condições físicas, quer de recursos humanos, com a conseqüente deterioração da qualidade do ensino médico em Portugal;

A ANEM manifesta-se contra a criação de vagas especiais para licenciados, à custa de um aumento de vagas. Este aumento não vem responder a nenhuma necessidade real e fundamentada em estudos, e apenas viria aumentar as carências pedagógicas na formação dos futuros médicos.

A criação de vagas especiais para licenciados, mesmo não implicando um aumento do número total de ingressos, causa-nos também sérias reservas, nomeadamente:

- A desigualdade criada por diferentes métodos de seriação, que afectará, necessariamente, os princípios da igualdade e da justiça no acesso ao Ensino Superior;

- A indefinição acerca dos métodos de seriação para este contingente, não estando criados, neste momento, mecanismos justos e eficazes para tal;

- A ineficácia desta medida como promotora da investigação biomédica, uma vez que a motivação para a investigação dos candidatos a este tipo de concursos não é necessariamente maior que a dos candidatos ao concurso geral;

- O perigo da criação de “cursos-trampolim”, adequados aos critérios de seriação que vierem a ser estabelecidos, para a entrada em medicina;

A Associação Nacional de Estudantes de Medicina não entende, assim, a necessidade da criação de mais um contingente especial, com regras diferentes, para o acesso à licenciatura em medicina. Este novo concurso irá apenas aumentar as desigualdades no acesso, sem vantagens consideráveis, quer para a formação médica, quer para a saúde pública em Portugal.

A ANEM continuará atenta a todos os desenvolvimentos sobre este assunto, tendo sempre presente os objectivos comuns da melhoria da qualidade do ensino médico e dos cuidados de saúde prestados em Portugal.

¹ The World Health Report 2006 – Global distribution of health workers in WHO Member States.

² Proposta de Plano Estratégico para a Formação nas Áreas da Saúde, Grupo de Missão para a Saúde, Sociedade Portuguesa de Educação Médica, 2003.



DOCUMENTO 7C

SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE BOLONHA NO CURSO DE MEDICINA

Reunida em Assembleia-geral no dia 24 de Março de 2007, a Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) analisou e debateu a Implementação do Processo de Bolonha no curso de Medicina.

A ANEM concorda plenamente com os objectivos deste processo, essencial para assegurar a qualidade, permitir a mobilidade e garantir as qualificações dos portugueses no espaço Europeu.

Há, no entanto, alguns pontos da aplicação concreta deste processo ao curso de Medicina sobre os quais a ANEM não pode deixar de tomar posição. Os modelos de adequação dos sete cursos de Medicina, a nível nacional, não têm seguido uma necessária coerência em relação a algumas matérias fulcrais, que no entender da ANEM deveriam ser alvo de um consenso entre as Escolas Médicas.

Neste sentido, e tendo presente uma vontade construtiva de contribuir para a continua melhoria da Educação Médica em Portugal, a ANEM pronuncia-se sobre a Aplicação do Processo de Bolonha ao curso de Medicina.

DO ACESSO AO MESTRADO DE MEDICINA POR LICENCIADOS EM OUTRAS ÁREAS

Pelo disposto no Artigo 19º do Decreto-Lei no 74/2006, caberá às Escolas Médicas definir, no futuro Mestrado Integrado de Medicina a possibilidade de aceder, por equivalência à Licenciatura, directamente ao segundo ciclo do Mestrado.

A Associação Nacional de Estudantes de Medicina entende não existir nenhuma outra licenciatura que possa conferir este acesso. Da sucessiva integração das cadeiras clínicas nos primeiros anos, resulta que estes anos não podem, no presente, ser substituídos por formação em qualquer outra área.

Assim, as Escolas Médicas deverão definir que apenas os alunos que iniciem o Mestrado Integrado de Medicina possam ter acesso à segunda parte do Mestrado, não atribuindo equivalências de grau a quaisquer outras Licenciaturas

DA EQUIVALÊNCIA ENTRE O NOVO GRAU DE MESTRE EM MEDICINA E O ANTIGO GRAU DE LICENCIADO EM MEDICINA

A adequação dos cursos de Medicina ao Processo de Bolonha conduz à co-habitação entre médicos com grau de Licenciado (com formação prévia à implementação) e Mestres (com formação posterior à implementação). Apesar das diferentes nomenclaturas nos graus académicos, a natureza e configuração idênticas dos currículos formativos justificam a sua não diferenciação

para efeitos de formação pós-graduada bem como para o acesso a concursos públicos ou de outra índole.

Além disso, sempre que no passado surgiram reestruturções curriculares no curso de Medicina não houve necessidade aos licenciados prévios às mesmas de reingresso no Ensino Superior para obtenção de equivalência, uma vez que não se põe em causa as suas aptidões médicas.

Assim, todas as Escolas Médicas devem encetar esforços para que, a partir de 2008, todos os seus alunos se graduem com o título de Mestre, e não devem estabelecer mecanismos de equivalência com a anterior Licenciatura, pois esta deverá ser considerada automática.

DA REALIZAÇÃO DE UM ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE OBJECTO DE RELATÓRIO FINAL

A ANEM entende como essencial que um estágio de natureza profissional objecto de relatório final seja parte integrante do Mestrado Integrado de Medicina.

O carácter do actual 6º ano vai de encontro a este estágio profissional, no sentido em que se trata de uma formação eminentemente prática, baseada na aquisição de competências essenciais para o exercício da profissão médica. A realização obrigatória de uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projecto compromete os objectivos do 6º ano, como ano de preparação para a prática clínica.

Não obstante, poderá ser dada alternativa, aos alunos interessados em seguir uma carreira mais vocacionada para uma vertente académica ou de investigação, de concluírem o seu Mestrado Integrado através da realização de uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projecto originais.

DA EXISTÊNCIA DE MÓDULOS OPCIONAIS

A ANEM considera fulcral a existência de módulos opcionais, devidamente creditados, no currículo das Escolas Médica, que permitam e incentivem a construção do próprio percurso académico pelo aluno. Esta medida vem de encontro ao espírito do próprio Processo de Bolonha, pois permite alargar competências em outras áreas enriquecedoras para a formação médica.

A realização de uma área opcional deverá fazer parte do currículo de todos os anos, correspondendo a um mesmo número de ECTS. A escola médica deve facultar alternativas suficientes, e deverá haver também abertura para que o aluno se proponha a uma outra área opcional, que deverá ser sujeita a aprovação e avaliação.

Qualquer outra formação relevante que não seja possível enquadrar como módulos opcionais deverá ser incluída no suplemento de diploma.

ENVOLVIMENTO DE NÃO MÉDICOS NO SOCORRO E CONTROLO MÉDICO DA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

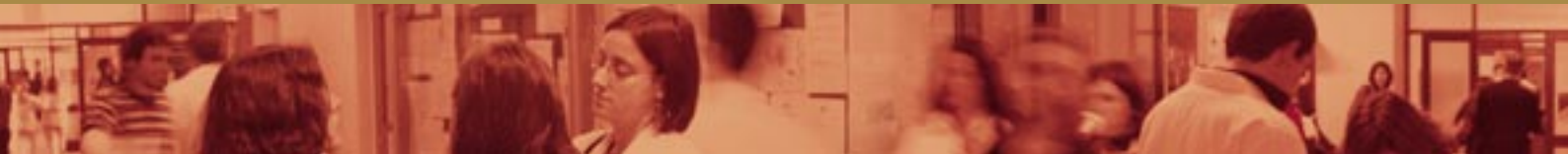
PARECER DO CNE DA OM

No sentido de contribuir para uma clarificação da posição da Ordem dos Médicos em relação ao assunto supracitado, objecto de discussão na última Assembleia Geral da Competência em Emergência Médica, e face a medidas recentemente anunciadas pelo Ministério da Saúde, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos aprova o seguinte parecer:

1. Deve considerar-se obrigatório e inquestionável o controlo médico do exercício técnico na emergência pré hospitalar. O contrário seria atentatório dos legítimos direitos dos doentes a uma assistência com a máxima qualidade e eficiência.

2. Deve considerar-se contrário ao entendimento prevalente até à data, sobre responsabilidades, competências

DOCUMENTO 8
(17 JUL 2007)



e funções assumidas pelos diversos intervenientes no socorro pré-hospitalar, e, como tal, particularmente preocupante e totalmente inaceitável:

a) A possibilidade de o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) vir a reconhecer aos Tripulantes de Ambulância de Emergência capacidade para efectuar actos diferenciados, enquadráveis no que é habitualmente entendido como acto médico, como a inclusão de intervenções como a administração de fármacos (por exemplo, sedativos endovenosos) e a execução da desfibrilhação cardíaca manual.

b) O facto de o Ministério da Saúde, sob proposta do INEM, admitir a constituição de “equipas intermédias” apenas integradas por enfermeiro e tripulante de ambulância, sem médico, com capacidade para efectuar actos diferenciados enquadráveis no que é entendido como acto médico, como a administração de fármacos trombolíticos (que podem ser causa de efeitos adversos potencialmente graves) em situações de enfarte agudo do miocárdio.

3. Em função das medidas de recrutamento de pessoal de enfermagem para a operacionalização (!?) das denominadas “equipas intermédias – de suporte imediato de vida” ou “equipas SIV”, a Ordem dos Médicos considera que a eventual existência destas equipas no terreno implica que em toda e qualquer situação que envolva manobras de suporte avançado de vida seja obrigatório o imediato accionamento da equipa medicalizada mais próxima e/ou adequada para “rendez-vous” com a primeira, de forma a garantir a validação médica presencial dos actos diferenciados e maximizar os recursos de assistência aos doentes. Como as medidas de suporte básico de vida devem ser seguidas, assim que possível, de medidas de suporte avançado de vida, é óbvio que devem desenvolver-se todos os esforços no sentido de apostar na medicalização de todas as viaturas rápidas de intervenção diferenciada em situações de emergência.

4. Considerando a natureza particularmente exigente da missão do Serviço de Helicópteros de Emergência Médica, com resposta a situações de transporte primário e secundário envolvendo doentes críticos, considera-se obrigatório prever equipas medicalizadas neste Serviço, sendo totalmente impossível e inaceitável o transporte de doentes críticos apenas por não médicos e a consignação de equipas helitransportadas denominadas “SIV”, sem médico em presença física.

5. É profundamente preocupante a possibilidade de se assistir a uma pseudo-reforma da emergência pré-hospitalar baseada em posturas reactivas a acontecimentos, em vez de estratégias e planeamentos a longo prazo, propiciadoras de soluções participadas, sustentáveis e de acordo com a *leges artis*.

6. Deve considerar-se fundamental que a definição de normas para a assistência em situações de emergência seja precedida de apreciação pela Ordem dos Médicos.

7. Deve considerar-se competência da Ordem dos Médicos:

a) A definição das situações julgadas passíveis de intervenção não médica, muito especialmente no que concerne à execução de actos médicos mediante delegação de competências,

b) Bem como a definição dos mecanismos de acompanhamento e auditoria, no sentido de garantir a manutenção do controlo médico directo (no local) ou indirecto (via meio de telecomunicação) em todas as situações.

8. Deve considerar-se fundamental o envolvimento médico na emergência pré-hospitalar, seja na triagem inicial do pe-

dido de socorro, no accionamento de meios ou na integração de equipas móveis com actuação imediata junto do doente grave.

9. De igual modo, deve considerar-se fundamental a presença médica na central de triagem e orientação de doentes urgentes e defender-se a medicalização da resposta pré-hospitalar nas situações mais graves (através da intervenção da viatura médica de emergência e reanimação e dos helicópteros ambulância), devendo as respectivas equipas integrar, no mínimo, médico e enfermeiro.

10. Sem a integração médica na equipa destacada para o local e durante o transporte do doente grave, não deve considerar-se aceitável a criação de equipas de socorro com competências para além do suporte básico de vida.

11. Em circunstâncias específicas e apenas como último recurso, mediante ordem médica, com protocolo de actuação definido pela Ordem dos Médicos, poderá considerar-se aceitável a execução de alguns procedimentos limitados, habitualmente enquadráveis no designado suporte imediato de vida (que não é sinónimo de suporte avançado de vida).

12. Reconhece-se que, para além de situações que não exigem médico no local da ocorrência e transporte, existem realidades onde, embora fosse desejável a presença médica, condicionalismos vários limitam esta intervenção directa.

13. Se é verdade, no entanto, que a realidade nacional impõe a necessidade de soluções alternativas em áreas geográficas com acessibilidades difíceis, as opções assumidas devem respeitar os requisitos operacionais e a tradição dos modelos instituídos em Portugal.

14. Analisada a realidade do País, compreendendo a sua tradição, valorizando a capacidade instalada e constatando a evolução da emergência pré hospitalar, sugere-se que, feito o possível em relação à medicalização directa na resposta pré-hospitalar, o verdadeiro desafio reside na qualificação mínima das tripulações da rede de ambulâncias de emergência, ainda muito deficitária, e não na criação de estruturas “intermédias” com competências funcionais tecnicamente discutíveis, senão mesmo inaceitáveis.

15. Embora se aceite a execução de actos por delegação e sob controlo médico, apenas como último recurso, devem estes ser enquadrados e auditados de modo a garantir a boa prática e segurança dos cidadãos.

Em conclusão, em função do exposto e dos acontecimentos recentes, tem a Ordem dos Médicos o dever de alertar publicamente para os riscos inerentes ao envolvimento de não médicos de uma forma não devidamente coordenada. Deve, ainda, impor o respeito por um estatuto legal que lhe confere direitos e deveres na regulação da actividade técnica na emergência médica, definindo para que procedimentos e em que circunstâncias é que poderá haver delegação de competências.

Pretende-se, com o descrito, contribuir para a defesa, por parte da Ordem dos Médicos, das boas práticas e da segurança na assistência pré-hospitalar aos doentes urgentes e emergentes.

Coimbra, 17 de Julho de 2007
O CNE da OM

EXERCÍCIO ILEGAL DA ESPECIALIDADE DE OFTALMOLOGIA

CARTA DA ERS REMETENDO DENÚNCIA ANÓNIMA



DOCUMENTO 9A

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

Vimos por este meio remeter cópia de denúncia anónima recebida nesta Entidade relativa a alegado exercício da es-

pecialidade de oftalmologia em usurpação de funções.

*Com os melhores cumprimentos,
O Vogal do Conselho Directivo
Dr. Joaquim Brandão*

RESPOSTA DO CRN À ERS

Exmo. Senhor Dr. Joaquim Brandão

Recebeu este Conselho Regional o ofício de V. Exa. (Ref. O.AV/414 - 07, de 13 de Agosto) que capeava uma denúncia anónima relativa a alegado exercício da especialidade de Oftalmologia em usurpação de funções.

Sem prejuízos das iniciativas que este Conselho Regional houver por bem tomar, permitimo-nos levar à consideração de V. Exa. o seguinte:

1. Nos termos do art.º 3.º do Dec. Lei 309/2003, de 10 de Dezembro, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tem por objecto a regulação e a supervisão da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde.

2. É atribuição da ERS, nos termos do art.º 60.º do mesmo Dec. Lei a regulação e a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas à observância dos níveis de qualidade e à segurança e aos direitos dos doentes. Mais: expressamente o n.º 2 do art.º 60.º estabelece que constitui atribuição da ERS “defender, os interesses dos utentes”.

3. Estabelece o art.º 81.º do supracitado Decreto-Lei que estão sujeitos à regulação da ERS as entidades e estabelecimentos, integrados ou não na rede de prestações de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, bem como as entidades externas titulares de acordos, contratos e convenções.

4. Nos termos do art.º 34.º do mesmo Decreto-Lei, compete aos agentes da Entidade Reguladora que desempenhem funções de fiscalização «identificar, para posterior actuação as entidades que infringam as leis e regulamentos sujeitos à fiscalização da Entidade Reguladora!».

5. Nos termos da Portaria n.º 639/2006, de 23 de Junho, estão sujeitos à inscrição na ERS e pagamento das respectivas taxas, às entidades abrangidas pelo art.º 80.º do Dec. Lei 309/2003, de 10 de Dezembro, sendo considerados para efeitos de pagamento das referidas taxas um conjunto de técnicos de saúde, nomeadamente técnicos de diagnóstico e terapêutica.

6. O Dec. Lei n.º 564/991 de 21 de Dezembro, estabelece como profissão que integra a Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, a profissão de Ortopista.

7. É à luz deste quadro legal que este Conselho Regional analisou o ofício de V. Exa., tendo ainda constatado graças a uma diligente procura do site oficial da ERS (seguramente exaustivo e actualizado) que nenhum dos estabelecimentos referenciados na carta anónima enviada por V. Exa. estava registado na ERS.

Neste contexto, rogamos a V. Exa. que nos esclareça se os referidos estabelecimentos são, ou não, abrangidos pela regulação dessa Entidade, ou seja, *mutatis mutandis*, se são, ou não, considerados estabelecimentos de saúde.

Rogamos ainda a V. Exa. que nos informe se, para efeito

do exercício das competências da ERS, são considerados técnicos de diagnóstico e terapêutica as profissões de Ortopista e Optometrista.

8. Visto que está cometida à ERS a função específica de defender os interesses dos utentes, o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos solicita a Vossa Ex.ª nos esclareça se foram (ou não) utilizados os agentes de fiscalização de que a ERS dispõe, com vista ao cumprimento das disposições legais citadas em 4), tanto mais, que, sem prejuízo do procedimento criminal que couber por alegado crime de usurpação de funções, os comportamentos denunciados sempre poderão prefigurar uma situação de publicidade enganosa, objectivamente lesante daqueles interesses.

9. Considerando as extraordinárias e públicas preocupações dessa Entidade com a área da Medicina Convencionada, requer este Conselho que Vossa Ex.ª nos informe das diligências efectuadas pela ERS, usando uma vez mais os agentes de fiscalização de que dispõe, com vista a verificar a regularidade de uma prática que claramente se enquadra na alínea g) do art.º 8.º do Dec. Lei n.º 309/2003 e porque a carta anónima enviada por Vossa Ex.ª expressamente refere a existência de uma relação contratual entre uma entidade privada e o Serviço Nacional de Saúde (“O Dr. João Gaspar faz-se passar por oftalmologista ao efectuar consultas de oftalmologia a utentes portadores de credenciais emitidas pelo Serviço Nacional de Saúde...”).

10. Relativamente aos locais referenciados na carta anónima enviada por V. Exa. temos a informar que o território jurisdicional da Secção Regional do Norte abrange apenas Vila Nova de Gaia.

11. Visto que da mesma carta consta a designação *Vistaclinique* (aparentemente localizada em Vila Nova de Gaia) o Conselho Regional manifesta a V. Exa. a sua disponibilidade para designar um elemento deste Conselho com vista à realização de uma acção inspectiva ao estabelecimento “Vistaclinique” a realizarem conjunto com a ERS.

12. Finalmente atendendo que compete à ERS zelar pelos manuais de boas práticas, nos termos do art.º 26.º do Dec. Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, este Conselho Regional informa V. Exa. que é objectivamente considerada má prática o exercício de actos próprios da especialidade de Oftalmologia por profissões com a designação de Ortopista ou Optometrista, pelo que pelo que solicita informação detalhada relativamente às diligências levadas a cabo por essa ERS com vista a zelar pelo cumprimento de regras de boa prática.

*Com os melhores cumprimentos,
O Presidente do Conselho Regional,
Dr. J. Pedro Moreira da Silva*



DOCUMENTO 9B

PROCESSO ULSM - AQUISIÇÃO DE MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

DECISÃO FINAL DA ERS



DOCUMENTO 10

... Nos termos e para os efeitos dos artigos 27.º e 36.º do Decreto-lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, o Conselho Directivo da Entidade Reguladora da Saúde, deliberou em 19 de Julho de 2007, emitir a seguinte recomendação e instrução, dirigida à Unidade Local de Saúde de Matosinhos:

a) A Unidade Local de Saúde de Matosinhos, deverá de forma imediata assegurar que a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, inscritos nos Centros de Saúde de Matosinhos, quando exista internalização de MCDT em função da capacidade instalada dessa unidade de saúde, se realiza nas melhores condições em termos de qualidade, celeridade, eficiência, as quais não poderão ser inferiores às que teriam lugar se os utentes pudessem continuar a recorrer a operadores privados convencionados;

b) Sempre que a ULSM verifique que não pode prestar os cuidados de saúde requeridos nas melhores condições em termos de qualidade, celeridade, eficiência, nos termos definidos na alínea anterior, deverá ser entregue ao utente a credencial correspondente (P1), para que este possa escolher livremente o prestador convencionado para a realização dos MCDT prescritos. Será considerado inexistência de capacidade instalada, a não realização dos MCDT prescritos nos prazos e com

a qualidade normalmente verificada no sector convencionado.

c) As presentes recomendações não contêm com a necessária execução do que venha a ser julgado pelos Tribunais Administrativos quanto à legitimidade da internalização de MCDT na vigência dos contratos de convenção celebrados, nem fazem precluir qualquer obrigação de indemnização ou compensação de operadores privados que deva ter lugar. Mais se reserva a ERS o direito de rever ou adoptar nova recomendação ou instrução à luz do que venha a ser decidido pelos Tribunais.

d) Sempre que a ULSM constate não ter capacidade para realizar os MCDT prescritos nos Centros de Saúde que a integram, deverá, de forma imediata, emitir as credenciais (P1) respectivos, as quais serão sempre entregues directamente aos utentes, podendo estes recorrer aos serviços de operador convencionado por si livremente escolhido.

e) Em consequência, todos os procedimentos internos, designadamente os que se encontram previstos no Boletim Normativo n.º 360, deverão ser alterados em conformidade, mediante deliberação do Conselho de Administração da ULSM.

O Conselho Directivo

RECONFIGURAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE RELATÓRIO DO GRUPO DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

PROPOSTAS DE ALTERAÇÃO

Exmo. Senhor Dr. Luís Pisco

O Conselho Regional do Norte procedeu à análise do Relatório do Grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários e sugere as seguintes alterações:

1 – Director Executivo (página 14)

Critérios de designação:

Aditar: Médico especialista em Medicina Geral e Familiar, habilitado, pelo menos, com o grau de consultor e com 5 anos de efectiva experiência clínica na especialidade. Manter os restantes critérios.

2 – Conselho Clínico (página 15)

Modificar: “Os outros dois vogais são o Coordenador da USP e o Coordenador da URAP. Substituir a designação de vogais por adjuntos como consta do Organigrama da página 13. Redefinir as competências do Conselho Clínico e do Director Clínico do seguinte modo:

Competências do Conselho Clínico: Assegurar a governação clínica no ACS, promovendo a disseminação e a incorporação de boas práticas na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente:

- organizar as actividades de formação contínua
- dar instruções para o cumprimento das normas técni-

- cas emitidas pelas entidades competentes
- homogeneizar as práticas utilizadas nas várias unidades funcionais
- fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde
- dar parecer e acompanhar a execução dos planos anuais de acção das unidades funcionais do ACS
- promover a divulgação de medidas de desempenho, garantindo a transparência
- promover a investigação e a aprendizagem interna
- verificar o grau de satisfação dos profissionais

Competências do Director Clínico:

- supervisionar as actividades de formação contínua
 - analisar a efectividade de práticas clínicas
 - adoptar protocolos e práticas baseadas na evidência
 - realizar auditorias clínicas e gestão do risco
 - definir as regras de articulação e protocolos de colaboração com unidades hospitalares
 - decidir sobre conflitos de natureza técnica
 - exercer voto de qualidade no Conselho Clínico
- Aditar: O Director Clínico é substituído nas suas faltas e impedimentos pelo Coordenador da USP.



DOCUMENTO 11

3 – UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) (página 19)

Modificar: O Coordenador da UCC é, sempre que possível, um médico especialista em Medicina Geral e Familiar, sendo designado, de entre os profissionais da UCC, pelo Director Executivo da ACS mediante parecer favorável do Conselho Clínico.

4 – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (página 19)

Modificar: A URAP é uma unidade funcional de apoio às restantes unidades do ACS que integra profissionais das áreas de medicina dentária, higiene oral, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, ser-

viço social, nutricionismo e outros não afectos a outras unidades funcionais.

5 – Prestação dos serviços de apoio (página 25)

Modificar: existência de uma relação cliente-fornecedor por “existência de uma relação utente-prestador”. Modificar estrutura prestadora orientada para o cliente por “estrutura prestadora orientada para o utente”.

*Com os melhores cumprimentos,
O Presidente do Conselho Regional,
Dr. Pedro Moreira da Silva*

CENTRO MATERNO-INFANTIL DO NORTE

RELATÓRIO SOBRE O HOSPITAL DE CRIANÇAS MARIA PIA – PORTO



DOCUMENTO 12
(01 AGO 2007)

Da leitura dos diversos pareceres que nos foram facultados sobre a questão de construção do Centro Materno-Infantil do Norte, projecto que se arrasta há três décadas e que fundamentalmente prevê a substituição do centenário Hospital de Crianças Maria Pia, no Porto, pareceres esses que dizem respeito aos Colégios de Especialidade de:

- Pediatria
- Cirurgia Pediátrica
- Neo-Natologia
- Psiquiatria da Infância e Adolescência
- Ginecologia-Obstetrícia
- Cardiologia Pediátrica,

resulta uma visão que podemos caracterizar do seguinte modo:

1. Os profissionais ligados ao grupo etário pediátrico demonstram claramente um denominador comum que aponta as suas preferências para uma instituição de características destinadas exclusivamente à criança e à assistência especializada em suas variadas e modernas vertentes.

2. Os profissionais da área de Ginecologia e Obstetrícia, portanto ligados ao grupo etário dos adultos, demonstram uma preferência pelo enquadramento em Hospitais gerais ou pelo menos nas suas proximidades.

No caso em apreço que se situa objectivamente na necessidade de substituir o muito envelhecido Hospital Maria Pia que foi construído exclusivamente para “assistir e tratar crianças pobres e doentes”, e que está situado no coração da cidade do Porto, o que parece ser mais consensual é a sua substituição por uma unidade autónoma, que responda as solicitações das sub-especialidades médico-cirúrgicas pediátricas, embora possa estar perto ou muito próximo dum grande hospital, para partilhar (porque não?!) do seu equipamento e tecnologia.

De resto, era esta visão muito próxima da unanimidade de opiniões que o projecto primitivo consagrava, uma vez que prevê a construção da unidade pediátrica nos terrenos anexos à Maternidade Júlio Dinis, em ampla conexão funcional com este estabelecimento, aproveitando a proximidade do Hospital Santo António e o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Nesta perspectiva, importa avaliar o seu papel e capacidade assistencial, tendo em conta que não devem ser multiplicados actos médicos em estruturas hospitalares, bem como avaliar também a localização dessas

estruturas no espaço urbano, como era exemplo recente o projecto no Hospital de S. João, onde já se encontram concentradas muitas especialidades pediátricas, além de que é considerado uma zona de trânsito rodoviário complexo e saturado.

Todavia, e o que importa referir e parece andar infelizmente olvidado, é o verdadeiro papel dos Hospitais Pediátricos, que continuam a ser construídos em todo o Mundo, e respeitadas as suas características que não foram alteradas pelo tempo.

Recorda-se a propósito quanto tem sido investido no Hospital D. Estefânia (Lisboa) e o novo Hospital Pediátrico de Coimbra, aqui a 100 km do Porto!

Surpreendentemente, a decisão política de substituir o velho e degradado Hospital de Crianças Maria Pia desmembra este Hospital e reparte as suas valências por espaços geográficos distintos, um pouco ao sabor da voragem e dos apetitosos modelos de gestão dos Hospitais vizinhos, os quais vêm assim recuperados e revitalizados os seus serviços que nos últimos anos morriam à míngua de clientela, pondo em causa a sua continuidade. Não é esta a realidade do Serviço de Pediatria no Hospital Santo António?

Quem não foi considerado e respeitado neste projecto foram as próprias crianças doentes e familiares que, carentes de assistência, vão andar de Herodes para Pilatos, da maternidade no largo do mesmo nome, para o CICAP e daqui para o Hospital Santo António, um inaceitável desrespeito pela comodidade e eficiência devida aos doentes.

Para além do seu papel assistencial único, especializado, experiente e da escola, os Hospitais Pediátricos asseguram a indispensável relação de trato, afecto, carinho com os doentes e seus familiares, como também assegura um papel pedagógico único que deixa marca nos espíritos jovens que estão no percurso de construção de personalidade.

A concretização do projecto do CMI do Norte, tão anunciado pelo Ministério da Saúde, não tardará a revelar-se como um monumental erro histórico, que justificado de argumentos e provas frágeis dos tecnocratas de saúde, irá ser aos poucos substituída pelas iniciativas dos investidores privados, colidindo assim com um preceito constitucional que não deverá desconhecer-se.

Ao nível das outras regiões do País, a cidade do Porto e a região norte ficarão privados dum Hospital Pediátrico

altamente especializado, perdendo-se a sua escola e privando as novas gerações de assistência especializada e qualificada.

P.S.: Deve ser realçado o esforço que a A.R.S. do Norte dispensou, ouvindo uma multidão de personalidades

sobre este projecto. Curiosamente, só não ouviu o Harry Potter e o Director do Serviço de Pediatria do Hospital Maria Pia!... Merecia inquérito!

Dr. José Manuel Pavão

«DESPESAS ILEGAIS» NA ORDEM DOS MÉDICOS

NOTA DE IMPRENSA DO CONSELHO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

1 – O Diário de Notícias de ontem anuncia a existência de uma queixa contra o Dr. Miguel Leão deliberada pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (CNE/OM).

2 – Sobre esta matéria o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos declara que:

- Refuta por completo os fundamentos daquela queixa.
- Desmente formalmente, sem prejuízo do exercício do direito de resposta e dos procedimentos criminais a que houver lugar, o relato do Diário de Notícias relativamente à decisão do CNE/OM: todos os elementos do Conselho Regional do Norte que integram o CNE/OM votaram contra a proposta de queixa apresentada pelo Dr. Pedro Nunes, Presidente/Candidato a Presidente da Ordem dos Médicos.
- Manifesta o seu apoio e solidariedade ao Dr. Miguel Leão e elogia e subscreve as actividades que tem desempenhado desde 2005 como Presidente da Mesa da Assembleia Regional do Norte da Ordem dos Médicos, como Coordenador da Comissão Regional Consultiva para o Serviço Nacional de Saúde e como Coordenador da Comissão nomeada pelo Conselho Regional para rever o Estatuto da Ordem dos Médicos.

3 – O CRN/OM salienta que esta notícia aparece oportunamente divulgada com claros intuítos eleitoralistas e, por isso, remete todos os esclarecimentos suplementares para a pessoa a cujos interesses este “passe de magia jurídica” possa servir: o Dr. Pedro Nunes, Presidente/Candidato a Presidente da Ordem dos Médicos.

4 – O CRN/OM informa ainda que encetará juntos das entidades competentes as diligências necessárias ao completo apuramento das implicações financeiras das actividades desenvolvidas pelo Conselho Nacional Executivo, pelo seu Presidente e pelos Conselhos Regionais nos últimos anos.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos



DOCUMENTO 13
(07 JUL 2007)

LISTERIOSE EM PORTUGAL Informar para prevenir

A Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica tem disponível online um questionário destinado a promover a recolha sistemática de informações que permitam avaliar o grau de sensibilização de profissionais de saúde em relação à listeriose: prevenção - alimentos de risco, populações de risco -, diagnóstico e declaração de ocorrências, necessidades de formação e de informação. A sua administração enquadra-se no projecto “Listeriose em Portugal - informar para prevenir”, financiado pelo programa Saúde XXI, e os resultados que dele advierem constituirão uma base importante para a criação de materiais de apoio à prevenção e ao diagnóstico da doença.

Agradece-se a colaboração de todos os médicos através do preenchimento do questionário e divulgação do website onde o mesmo se encontra alojado:

<http://www.esb.ucp.pt/segalimentar/questionario02/>.

Contacto: Prof. Henrique Lecour - Instituto de Ciências da Saúde da UCP.

The screenshot shows a web-based questionnaire with the following questions and input fields:

- Qual o seu(s) nome(s)?
Cognome: _____
Nome: _____
- Qual é o seu(s) nome(s)?
Nome: _____
- É do sexo:
 masculino
 feminino
- Qual a profissão? _____
- Qual a instituição onde trabalha e sua formação? _____
- Tem alguma especialidade? _____
- Diz que trabalha ou actividades relacionadas com a sua profissão? _____
- É (ou trabalhou) desportista? _____
- Quando teve (teve em contacto, de contacto) pensa em: _____
- Tem conhecimento de listeriose (esta infecção em Portugal)?
 = É o caso / motivo de habilitação
 = É o caso / motivo de habilitação
 = É o caso / motivo de habilitação
 sem saber respondido
- Que pessoa quer contactar esta infecção em Portugal? _____

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS

ACONTECEU...

REUNIÕES CIENTÍFICAS

14, 15, 21, 22, 28, 29 Setembro
Curso MBA (Escola de Negócios
Caixanova)

27 a 29 Setembro Reunião
de IPOKRATES – Serviço de
Neonatologia do H. S. João

28 Setembro Reunião Científica
– “Epilepsia na Ordem” – Janssen
Cilag Farmacêutica

12 Outubro Reunião do Serviço
de Otorrinolaringologia do
Hospital de S. João

REUNIÕES ORGANIZADAS PELO CRNOM

18 Setembro I Fórum Regional das
Profissões Liberais

21, 22, 28, 29 Setembro Curso
“Gestão das Unidades Estratégicas
nas Organizações de Saúde”

03 Outubro “Chá em Família”
– Debate sobre os Cuidados de
Saúde Primários

ATIVIDADES DE CULTURA E LAZER

Exposições:

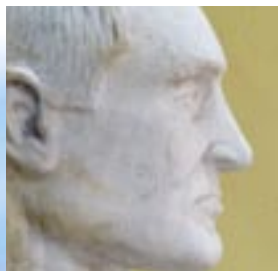
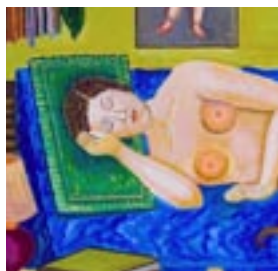
18 Agosto a 08 Setembro
Exposição de Pintura e Escultura de
Domingos Rodrigues Valente

10 a 23 Setembro Exposição
de Escultura de José Martins

04 a 21 Outubro Exposição de
Pintura do Eng.º João Manuel
Melo Ferreira

Concertos:

01 Outubro Concerto de
Piano organizado pela SPEM
– Sociedade Portuguesa de
Esclerose Múltipla (Delegação
Distrital do Porto)



DOMINGOS RODRIGUES VALENTE

Arquitecto, com o curso de pintura e
cerâmica decorativa da Escola de Artes
Soares dos Reis e com o curso superior
de pintura e Escultura das Escola
Superior de Belas Artes do Porto.

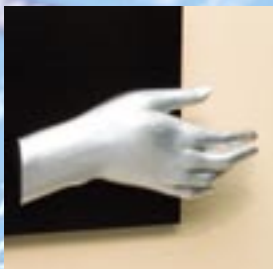
CCC, 19 de Agosto a 8 de Setembro.



JOSÉ MARTINS

Escultor, trabalha em
folha de ouro, prata,
cobre, marfim, pele
natural e madeira.

CCC, 10 a 23 de
Setembro.



VAI ACONTECER...

REUNIÕES CIENTÍFICAS

18 e 19 Outubro Jornadas Internacionais de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de S. João

19 e 20 Outubro Curso MBA – Escola de Negócios Caixanova

26 a 28 Outubro Congresso Internacional “Os 30 Anos da Posturologia em Portugal” [Associação Portuguesa para o Desenvolvimento de Técnicas de Aprendizagem]

27 Outubro Curso Avançado de Formação Prática de Director de Serviço Hospitalar

03, 17, 24 Novembro Curso Avançado de Formação Prática de Director de Serviço Hospitalar

14 a 17 Novembro 11.ª Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Genética Humana

22 e 23 Novembro I Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça

30 Novembro 1.ª Reunião do Serviço de Saúde Ocupacional do H. S. João e da Sociedade Portuguesa de Saúde Ocupacional

06 e 07 Dezembro IV Jornadas de Urologia do Norte

REUNIÕES ORGANIZADAS PELO CRNOM

18 Outubro Prémio Corino de Andrade

19, 20, 26, 27 Outubro Curso “Gestão das Unidades Estratégicas nas Organizações de Saúde”

23 Outubro Apresentação oficial da Fundação Ernesto Morais

02, 03, 22, 23, 24 Novembro Curso de Pós-Graduação em Gestão de Unidades de Saúde/Universidade Católica

14 Novembro “Chá em Família” – Debate sobre os Cuidados de Saúde Primários

29 Novembro II Fórum Regional das Profissões Liberais

16 Dezembro Juramento de Hipócrates

13, 14, 15 Dezembro Curso de Pós-Graduação em Gestão de Unidades de Saúde/ Universidade Católica

ACTIVIDADES DE CULTURA E LAZER

Exposições:

01 a 30 Novembro Exposição Colectiva de Rogério de Abreu, [Corredores, Galeria, Hall do Salão Nobre e paredes do Bar]

03 a 20 de Dezembro Exposição de Fotografia de Dr. Miguel Louro [Corredores]

13 a 30 Dezembro Exposição de Pintura de João Cutileiro [Corredores]

Concertos:

08 Dezembro Espectáculo Musical Matiz Coimbra – Grupo de Fados da Faculdade de Medicina do Porto

Outros Eventos:

24 Novembro Lançamento de Livro “O Aquário de Deus” de Raul Machado Monteiro

01 e 02 Dezembro Festa de Natal para crianças filhos de Médicos

JOÃO MELO

Engenheiro, pintor autodidacta. Pintura impressionista e figurativa, usa técnica de óleo e pastel.

CCC, de 4 a 21 de Outubro.



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, E ALGUMAS ACTUALIZAÇÕES, COM OS RESPECTIVOS CONTACTOS E TAXAS DE DESCONTO ACORDADAS.

HOTÉIS

SANA Lisboa Hotel****
Av. Fontes Pereira de Melo, 8
1069-310 Lisboa
Telf. 210064300 · Fax 210064301
sanalisboa@sanahotels.com
DESCONTO 20%
(SOBRE OS PREÇOS DE BALCÃO)

Hotel da Urgeirica
3525-301 Canas de Senhorim
Nelas, Portugal
Telf. 232671267
www.hotelurgeirica.pt
INFORMAÇÕES AO BALCÃO

Hotel Santana****
Monte de Santana, Azurara
Vila do Conde
Telf. 252640460
geral@santanahotel.net
INFORMAÇÕES AO BALCÃO

AXIS Hotéis & Golfe
Ponte de Lima
Telf. 253989800
filipesilva@axishoteisegolfe.com
INFORMAÇÕES AO BALCÃO

Quinta do Terreiro
Lalim – Lamego
Telf. 254697040/1
informacoes@quintadoterreiro.com
INFORMAÇÕES AO BALCÃO

Hotel Convento D'Alter
Rua de St. António, 23
Alter do Chão
Telf. 245619120
www.conventodalter.com.pt
DESCONTO DE 20%
(SOBRE OS PREÇOS DE BALCÃO)

ARTE E DECORAÇÃO

Cores Livres
Espaço de Artes e Molduras
Rua Júlio Dinis, 552
4050-319 Porto
Telf. 226062645
geral@coreslivres.com
www.coreslivres.com
DESCONTO DE 5% A 10% (NO PREÇO DE OBRAS DE ARTISTAS CONSAGRADOS E DA ACTUALIDADE); DESCONTO DE 10% A 15% NO PREÇO DE MOLDURAS (LACADAS ENTRE OUTRAS)

ANIMAÇÃO CULTURAL

Debaixo d'Olho
Serviço Culturais, Lda.
Rua Álvares Cabral, 66
Miramar
4410-322 Vila Nova de Gaia
Telem. 917226809 / 932015063
DESCONTO DE 5% A 10%

DESPORTO [GINÁSIO E HEALTH CLUB]

Clube Infante Sagres
Secção de Judo
pedromatsu@gmail.com
ISENÇÃO DE JÓIA DE INSCRIÇÃO (7.50 €); ISENÇÃO DE PAGAMENTO DO CARTÃO DE SÓCIO DO CIS (2.50 €); ISENÇÃO DA INSCRIÇÃO NO JUDO (25 €)

Associação de Ginástica do Norte
Rua António Pinto Machado, 60 – 3º
4100-068 Porto
Telf. 226001585
INFORMAÇÕES AO BALCÃO
(VÁRIOS DESCONTOS)

LIVRARIA

Porto Editora, Lda
- Rua da Fábrica, n.º 90 Porto
DESCONTO 10% (EM LIVROS, ARTIGOS DE PAPELARIA E MATERIAL DE ESCRITÓRIO)
- Prç. D. Filipa de Lencastre, n.º 42 Porto
DESCONTO 10% (EM LIVROS, ARTIGOS DE PAPELARIA E MATERIAL DE ESCRITÓRIO)
- Av. Almirante Gago Coutinho, 59-D, Lisboa
DESCONTO 10% (SÓ COMERCIALIZA LIVROS)

OUTROS

EUROPAUTO
Concessionário Veículos Novos
Av. Vasco da Gama – km 7
4431-801 Avintes
CONDIÇÕES ESPECIAIS DE VENDA DE VIATURAS E SERVIÇOS

FISIODOMUS
Serviços de Fisioterapia, Lda
Rua de Santana, 498 – 2º esq.
4465 – 740 Leça do Balio
Telf. 220161585
Telem. 939990537
fisiodomus@belpac.pt
www.fisiodomus.pt
CONDIÇÕES ESPECIAIS

MEMÓRIA VIVA
Serviços de Apoio Domiciliário
Rua do Amparo, 151
Porto
Telf. 225101189
CONDIÇÕES ESPECIAIS

CENTRO DE PSICOLOGIA DO NORTE
Rua Elísio de Melo, 39 - 3º
Porto
Telf. 222012572
www.cpsicologia.com
CONDIÇÕES ESPECIAIS