

MÉDICOS DO CENTRO



DOSSIER

FUNÇÃO SOCIAL DA ORDEM DOS MÉDICOS

ESPECIAL

ALDEIA DO MÉDICO

PARA ALÉM DA MEDICINA

A PINTURA E O DESENHO COMO FORMA DE RESPIRAÇÃO

sumário

- 1 Editorial**
Fernando Gomes

- 2 Dossiê**
Função social da Ordem dos Médicos

- 10 especial**
Aldeia dos Médicos

- 16 Notícias**

- 19 Opinião**
SNS, Património de todos?
Paulo Moreira

CHUC ou a exterminação do CHC
Luis Carvalho

Pedro Yspano (1210 c.-1277) e a Oftal-
mologia
Alfredo Rasteiro

- 22 Para Além da Medicina**
A pintura e o desenho como forma de
respiração
Ana Couceiro

- 24 Sala de Espera**

EDITORIAL

PARA ONDE VAMOS???

FERNANDO GOMES

Presidente da Secção Regional
do Centro da Ordem dos Médicos

A Ordem dos Médicos encomendou à Universidade de Coimbra um Estudo sobre a Evolução Prospectiva dos Médicos no Sistema Nacional de Saúde que foi elaborado por uma equipa técnica coordenada pela Prof. Doutora Paula Santana. Este excelente trabalho de investigação é uma preciosa ajuda para encontrar respostas à polemizada pergunta se há ou não médicos a mais visando o horizonte de 2025.

Do Sumário Executivo destaco :

“Os médicos portugueses constituem um grupo profissional globalmente envelhecido, em que 54% dos seus membros tem mais de 50 anos, sendo que o escalão etário entre os 50 e os 59 anos concentra 30% de todos os profissionais. Em contrapartida, o escalão etário dos 40 aos 49 anos representa apenas 15% do total dos profissionais. (...)

As últimas décadas evidenciam, porém, uma alteração no padrão demográfico dos médicos em Portugal, com um acentuado rejuvenescimento dos profissionais (31% do total têm até 39 anos) e um significativo aumento da sua feminização – nos escalões etários até aos 39 anos as profissionais do género feminino são quase o dobro dos seus colegas do género masculino”

Da análise das diversas especialidades saliento:

“No SNS verifica-se, ainda, a existência de 4 especialidades que, sem a adopção de medidas correctivas no sentido de reforçar a sua atractividade, tenderão à rápida perda de profissionais no futuro próximo: Estomatologia, Patologia Clínica, Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública. Com efeito, estas especialidades sofrem, cumulativamente, o efeito de uma redução líquida de efectivos entre 2002 e 2011, do acentuado envelhecimento dos seus profissionais e de uma reduzida capacidade de renovação geracional isolada.”

Quanto à formação foram aplicados vários modelos prospectivos concluindo todos por uma formação de “excedentes” na confrontação da capacidade de produção instalada no sistema com os Cenários de Necessidades desenvolvidos.

Analisando os diversos cenários elaborados para o período 2012 a 2025 :

- “A dimensão dos desajustamentos verificados varia entre os seguintes valores:
- No Cenário da Manutenção teríamos 8.882 novos especialistas que não seriam absorvidos relativamente ao Cenário Sem Limitações e 5.978 que seriam excedentários relativamente ao Cenário com Limitações;
- No Cenário Desejável o excedente de novos especialistas não absorvidos situar-se-ia entre os 6.432 relativamente ao Cenário

Sem Limitações e os 3.528 no Cenário Com Limitações.”

Todos sabemos das limitações inerentes a estudos prospectivos com horizontes dilatados, jogando com múltiplas variáveis. A título de exemplo a política de concentração de serviços hospitalares e de redução de camas não foi acompanhada de um estudo sobre a redução da capacidade formativa das diversas especialidades. Se associarmos a isto a debandada de especialistas sénior (desde 2010 aposentaram-se 627 Assistentes Graduados Sénior) e a ausência de concursos para a sua substituição por razões financeiras aí temos mais um factor a influenciar não só a capacidade formativa, mas, mais preocupante ainda, a sua qualidade.

Outro exemplo, altamente preocupante, prende-se com o Abandono Anual da Actividade por parte dos Médicos do SNS por completarem 69 anos que correspondia no Modelo Previsional a um número de 273 no ano de 2012. Ora, notícia tendo como fonte a ACSS, 10.579 profissionais de saúde abandonaram o SNS, dos quais 2.966 são médicos, durante o ano de 2012.

O desalento que grassa entre os profissionais é grande e os ataques são múltiplos e em diversas frentes: é na prescrição de medicamentos, é nos pequenos consultórios privados, é nas convenções, é nas terapêuticas ditas alternativas, é nos concursos sem currículo, é na nomeação de Directores de Serviço, etc.

Quando se fala em Sustentabilidade do SNS, leia-se Cortes no SNS, devemos pensar que a componente dos custos com medicamentos já pouco mais pode reduzir e o bloqueio aos novos medicamentos, nomeadamente na área da Oncologia, por imoral e deontologicamente inaceitável, não se poderá manter quando a opinião pública dele tiver pleno conhecimento.

Resta o segundo grande grupo, o dos recursos humanos, e esse já está debaixo de fogo. E citando a Presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, em entrevista a um matutino sobre os cortes no sector da Saúde, conclui ela: “A redução dos custos obriga a reduzir os recursos humanos”.

Esta realidade torna urgente que todos nós tenhamos presente, os que ficam e não optam pela emigração, que o que está em causa é a Autonomia do Médico e a Auto-Regulação da Profissão. Nesta batalha, que se adivinha longa, é crucial a Unidade dos Médicos tendo sempre presente que o seu grande aliado são os Doentes, objecto da sua existência como médicos. É vital para a profissão hipocrática contrariar o que o Deus Mercado quer fazer: Prestadores de Serviços, em vez de Médicos, e Consumidores em vez de Doentes.

PARA

QUE

SERVE A

ORDEN?

Esta pergunta, algumas vezes transformada em afirmação pejorativa por parte de colegas menos informados, tem hoje neste Boletim uma resposta a uma das suas funções menos conhecida, mas hoje cada vez mais na ordem do dia, a nobre função da Solidariedade.

Abordamos hoje três aspectos de actuação, um Nacional (Fundo de Solidariedade) e dois Regionais (PAIM e Aldeia do Médico).

Esperamos assim contribuir para melhorar a informação de todos lembrando aos mais novos que eles também vão envelhecer.

A Ordem dos Médicos em Portugal tem funções mais amplas do que as suas congéneres europeias. Por vezes gera-se a confusão quando se não tem presente que estamos legalmente impedidos de actuar na esfera das relações laborais, restando-nos unicamente a arma da denúncia pública na defesa da qualidade do exercício da Medicina.

Entre as funções mais relevantes estão as da defesa da Autonomia do Médico e da Auto-Regulação da Profissão, questões alvo das preocupações dos médicos por toda a Europa.

Esta é uma questão central que atravessa o espaço europeu quando as Administrações pretendem tomar medidas, por razões economicistas, e vão retirando essas funções de regulação transferindo-as para os Ministérios. Porquê a Autonomia e a Auto-Regulação?

As razões são evidentes para os defensores da “política dos cortes” a quem um organismo independente e os defensores de uma medicina hipocrática são um empecilho. Muitas vezes esquecemo-nos que a alternativa a um Regulador eleito pelos pares é a de uma Regulação feita pelas Administrações. A nossa grande arma é a de sabermos manter a Confiança do alvo da nossa existência profissional, nossos aliados naturais, os Doentes.

Fernando Gomes

A MAIS VALIA DE COLEGAS SEREM AJUDADOS POR COLEGAS



Maria dos Prazeres é a responsável pelo Programa de Ajuda Integral ao Médico. Neste “desafio” que abraçou há 9 anos atrás, encontra na elasticidade do projecto a fórmula para melhor responder ao médico em situação de doença. Em entrevista, fala da relação do médico com a sua doença, dos riscos da automedicação e do estigma. O PAIM é um programa em constante construção, e que, segundo Maria dos Prazeres, exalta o espírito de solidariedade entre médicos.

Como é que surgiu a ideia de criar o Programa de Ajuda Integral ao Médico (PAIM)?

O PAIM surgiu pela sentida necessidade dos colegas que cá estavam na anterior direcção em relação a problemas de saúde mental nos médicos. Depois, quando entrámos, há 9 anos atrás, achámos que o programa tinha bastante interesse e, sem sabermos ao certo quais os colegas que necessitariam de apoio, fomos juntando um grupo multidisciplinar de médicos, em termos de especialidade, que colaboram com este programa. Fizemos também um regulamento e a ponte com o fundo de apoio social da Ordem dos Médicos. Construámos um programa, na sua génese, idêntico ao que existia, acrescentando algumas valências ao programa existente a partir das necessidades que fomos constatando.

Começámos a levantar as necessidades no terreno, contactámos todos os directores de centros de saúde, para saber se sabiam se na sua área de influência havia algum médico a necessitar de apoio. Na altura respondiam quase todos que não, mas depois acabavam por telefonar a pedir ajuda para um ou outro colega. Grande parte dos médicos que vieram ter connosco foi sempre por essa via e por colegas amigos, o contacto do próprio é uma excepção.

Antes do PAIM, não havia qualquer mecanismo de resposta ao médico em situação de doença?

Organizado, não. É evidente que se algum colega viesse à OM expor a situação, estou convencida que qualquer direcção tinha a sensibilidade para encaminhá-lo. Mas ajuda institucional e organizada não havia.

Quais as doenças mais recorrentes?

Efectivamente, a maioria é a saúde mental, nomeadamente, a adição a substâncias. Esse é o problema maior.

Há pouco falou de adição. O fenómeno da adição é cada vez mais recorrente?

Eu penso que a adição, em termos médicos, pelo menos da experiência do PAIM, tem crescido. Tem havido um aumento bastante grande de casos de patologia aditiva, nomeadamente com o álcool. Nos últimos três anos temos tido um *boom* dessas situações. Situações que nos são sinalizadas já com o risco do exercício da profissão.

De que forma é que o médico reage à sua própria doença?

É uma relação muito complicada. Nós não somos bons para fazer os nossos próprios diagnósticos. Menosprezamos os sintomas, arranjam desculpas para tudo e, realmente, não corre bem. Os colegas que procuram o PAIM têm sempre alguma resistência, também é um desafio para nós. O desafio é darmos a volta a esta questão de que o médico, como doente, é um doente difícil. Tem sempre muitas defesas, sempre muitas questões.

Montaigne, como afirmam na apresentação do PAIM, dizia que a doença do médico é um escândalo. Esta é uma afirmação do século XVI. Ainda hoje há uma negação do médico em relação à sua doença?

No século XVI encarar-se-ia essa situação como a pessoa não ser capaz de se tratar a si própria, portanto não conseguiria tratar o outro. Actualmente, a situação é diferente, o médico deixa que a sua doença chegue a uma situação terminal onde, às vezes, já há alguma degradação pessoal, familiar, do local do trabalho, da rede social... e só nessa altura é que o colega é realmente sinalizado. Por isso é que todos os casos que nos aparecem são muito complicados.

É também importante para o médico ter médico pessoal?

Nós não nos substituímos ao médico pessoal. Se o colega tiver o seu médico habitual, nós podemos é complementar com as restantes respostas que são necessárias, como por exemplo, a nível de mercado de trabalho, ou a nível familiar, e, numa taxa reduzida, recorrer ao apoio económico.

Quais os riscos ligados ao autotratamento e à autoprescrição?

São imensos. O auto tratamento começa por não ser uma situação permanente. O médico automedica-se hoje, amanhã não... nem é capaz de fazer um tratamento contínuo e persistente. Por outro lado, o diagnóstico está prejudicado, subdiagnostica-se. Quando é assim, não faz o diagnóstico na totalidade e deixa arrastar a situação, porque o trabalho vai absorvendo uma grande parte do seu tempo.

Quando estão a exercer a sua profissão, por vezes, os motivos de os colegas do médico pedirem ajuda, é exactamente haver uma degradação na parte assistencial, ou seja, percebem que aquele colega está com algum risco em termos profissionais e então sinalizam-no. Às vezes, a abordagem do colega doente também não é fácil. Sente-se traído pelos seus pares, sente que

alguém o participou, mas depois, com as abordagens sucessivas das consultas, vão-se apercebendo que tudo é para resolver a sua situação de saúde.

É essencial que os colegas percebam que é importante sinalizar esses casos?

Claro. E quanto mais cedo se participar melhor. E não é essa a ideia que as pessoas têm. Tentam primeiro ver se as coisas se compõem e só se as coisas não se compuserem é que sinalizam.

Pretendem também combater o estigma presente? Como é que se combate?

Acho que não há nenhuma receita ou regra para combater este estigma. Acho que ao longo do tempo as coisas vão evoluindo. Temos que dar tempo para novas gerações virem e terem outro entendimento sobre a doença do médico.

Mas há mecanismos próprios?

Em termos de resposta do PAIM, obviamente que quando trabalhamos um caso esse caso vai encarar a sua doença de uma forma diferente daí para a frente. Mas isto é uma abordagem pontual. Esperar que isto tenha um reflexo numa comunidade de colegas é muito difícil.

Têm tido uma maior aceitação por parte dos médicos – 65% dos casos foram acompanhados nos últimos 2 anos. É por uma mudança de mentalidades também ela promovida pelo PAIM?

A divulgação de um projecto como este nunca se pode fazer num jornal, num meio de comunicação médica, porque não

funciona muito bem. Inicialmente divulgámos o PAIM, mas a real divulgação do PAIM está a surgir nos últimos 3 anos. Porquê? Porque houve uma série de casos em que nós intervimos e a maior parte deles está agora reintegrado no seu trabalho, e isso, por si só, foi o garante do passa-palavra. Acabou por ser uma divulgação interpares, não declaradamente num meio de comunicação. Normalmente, quem telefona são amigos a saber se aquele caso estará integrado na hipótese de ajuda... que tipo de ajuda é que podemos dar naquele caso. Às vezes apalpam terreno para ver até que ponto a situação da pessoa se enquadra aqui. Nessa altura, devo dizer, que agarro tudo. Em todos os casos que me são sinalizados, normalmente não desisto deles. Não temos o hábito de largar os casos. E mesmo os casos que estão reinseridos continuamos, de vez em quando, a telefonar para ver se está tudo bem.

Durante quanto o tempo é que decorre o tratamento?

Normalmente é um ano.

Conseguiram reinserir muitos dos casos?

Mais de 60% dos casos foram reinseridos no mercado de trabalho. É uma percentagem animadora.

Que parcerias já têm firmadas e quais procuram firmar?

Nós temos algumas parcerias informais. Temos o tal grupo de colegas que vai desde a medicina familiar à medicina física e reabilitação. As parcerias que temos feito são muito à base das necessidades que vamos encontrando. Nunca tínhamos feito parceria com nenhum lar para internar colegas e tivemos que o fazer há pouco tempo. Temos também uma parceria com o



Centro de Alcoologia. A directora do centro faz parte do grupo do PAIM e tem colaborado duma forma importante, até no internamento dos colegas, tendo o cuidado que o colega fique de uma forma mais isolada dos doentes habituais, e, portanto, tem havido um cuidado para um tratamento preferencial e mais resguardado, visto que a ideia é de que o médico volte a exercer a sua profissão.

Quais são as especialidades médicas que este programa engloba?

Medicina interna, médicos de medicina geral e familiar, endocrinologistas, psiquiatras, pessoas ligadas à saúde mental, alcoologia e dependências, medicina física e reabilitação, oncologistas... Temos um grupo grande de especialidades.

No decorrer destes 9 anos, conseguiram também detectar mais precocemente os casos de doença entre os médicos?

Tenho pena, mas não. Efectivamente não vamos buscar os casos. Nós estamos a tratar apenas a ponta do iceberg – apenas aquilo que nos chega. As futuras direcções terão essa responsabilidade de encontrar um mecanismo de despiste precoce das situações de risco. Ainda não temos condições para o fazer, visto que estamos muito preocupados em dar resposta aos casos que aparecem. Mas temos noção de que estamos a tratar uma parte muito pequena dos médicos que precisam de apoio.

Para além da sinalização de casos e o seu acompanhamento, o médico também pode ter acesso ao Fundo de Solidariedade Social da Ordem dos Médicos. Em que casos este é utilizado?

São casos em que perderam o seu local de trabalho, não têm

outro meio de subsistência e precisam de apoio económico imediato. Temos a fama de que o médico é um indivíduo rico. Mas isso não é assim, nós já apoiámos colegas do ponto de vista económico em situações de vida muito difíceis, que já não tinham casa, e precisavam de apoio imediato até conseguirem reinserir-se no mercado de trabalho. Antigamente, essa questão não se punha, contudo tem-se colocado com maior acutilância nos últimos três anos. Hoje, pela forma como os contratos individuais de trabalho estão feitos, nem sempre o colega, em caso de doença, pode manter a remuneração correspondente. Nessas situações, pode recorrer ao apoio do PAIM, não só por estar doente mas porque precisa de apoio jurídico, ou económico ou de todas estas vertentes.

E como é que se processa o apoio?

Caso o problema seja uma questão económica, e comprovadamente de carência, o caso é encaminhado por nós para o Fundo de Solidariedade da OM. Este fundo foi criado em 17 de Outubro de 2000, após a extinção da Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses, e tem verbas autonomizadas pela OM, dotado de ativos de natureza patrimonial e financeiros. O Fundo de Solidariedade tem um regulamento para atribuição de benefícios sociais, concedendo apoio aos colegas e familiares diretos em situação de carência económica comprovada. O regulamento está disponível para consulta nas Secções Regionais e neste momento apoia de forma continua cerca de uma centena de colegas e outros de forma esporádica. Também aqui o tipo de respostas é muito diversa, e adequada a cada situação. Neste fundo existe também uma vertente de apoio a filhos menores de colegas falecidos,

apoio escolar adaptado ao grau de ensino, que é desconhecido de grande parte dos colegas.


Significa que há um trabalho complementar entre o PAIM e o Fundo de Solidariedade?

Sim, existe essa ponte com o Fundo de Solidariedade e, nos casos que chegam à OM via PAIM, é orientada pela equipa, pois a candidatura envolve a necessidade de apresentação de documentos comprovativos da insuficiência económica e esta questão na maioria dos casos tem que ser tratada com a delicadeza que a situação exige.

Há outros casos em que a equipa considera que as possibilidades de recuperação são mínimas e aí trabalhamos com o colega, também o seu processo de incapacidade definitiva, para que o médico possa ter um meio de subsistência. Mas as respostas são múltiplas, temos que por vezes criar respostas para determinados casos para os quais não estávamos preparados. Tudo isto tem sido um desafio...

Ou seja, é um projecto em constante mutação e que se adapta a cada caso concreto e com uma solução à medida?

Exactamente. E é assim que o entendo. Porque ter as respostas todas previamente montadas e operacionais requer uma equipa muito grande e muito disponível. Os médicos que colaboram têm o seu horário de trabalho, fazem isto nas suas horas livres. E, portanto, temos que perceber, que é preferível ter uma resposta adequada àquele caso, e montamos tudo para dar resposta àquele caso. Temos que ter esta elasticidade em termos de gestão de tempo, espaço e pessoas. Mas tenho tido o privilégio de nestes nove anos ter conhecido melhor alguns colegas que trabalham connosco. E é muito engraçado porque os médicos também têm fama de serem um bocadinho autistas, de não ligarem muito ao outro. Mas todos os colegas que trabalham no PAIM têm-me surpreendido pela positiva. Nunca tive um colega que me dissesse que não ajudava outro. E isso é muito gratificante. É muito importante que o projecto continue, porque os colegas serem ajudados entre colegas é uma mais-valia.

 *Nunca tive um colega que me dissesse que não ajudava outro. E isso é muito gratificante. É muito importante que o projecto continue, porque os colegas serem ajudados entre colegas é uma mais-valia.*

PROGRAMA DE APOIO INTEGRAL AO MÉDICO

“A doença de um médico é um escândalo”, escreveu Montaigne, no século XVI. Dois séculos mais tarde, seria a vez de Voltaire dizer que “não existe algo mais ridículo do que um médico que não morre de velhice”. Separados por centenas de anos, estes dois pensamentos convergem no mesmo sentido: os desafios pessoais e profissionais de um médico confrontado com doenças graves. É, justamente, no sentido de prestar apoio aos médicos portadores de doenças agudas ou crônicas que o Programa de Apoio Integral ao Médico (PAIM) funciona desde 2007.

Criado pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, o PAIM é uma estrutura organizativa de carácter assistencial, formada por um grupo de profissionais voluntários de diversas áreas de especialidade, cujo objetivo principal é atender de maneira específica e multidisciplinar os médicos doentes com vista à sua reabilitação pessoal e profissional. O programa abrange todos os médicos portadores de doenças que possam provocar uma alteração das atividades cognitivas e funcionais e comprometer a qualidade do exercício da Medicina.

O PAIM é constituído por um secretariado, um coordenador e um grupo de colaboradores, aos quais compete a realização de diversas atividades, que vão da receção do primeiro contacto, da marcação da primeira avaliação (secretariado) às funções efetivas de observação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento (grupo de colaboradores). Ao coordenador cabe, entre outras funções, definir prioridades e necessidades, desenhar o plano e referenciar para a rede de cuidados, prover a rede de apoio adequada a cada caso, acompanhar e monitorizar a evolução dos casos.

Conscientes dos desafios e das dificuldades que o tratamento de um médico doente impõe, o PAIM pauta a sua atuação

por um conjunto de princípios éticos e deontológicos, subjacentes ao exercício da Medicina, traduzidos na prestação de cuidados integrais aos colegas, em situação de vida ou de saúde comprovadamente difícil. Ao perseguir a promoção e o acompanhamento da reabilitação, de modo a prevenir recaídas, a filosofia do PAIM prevê uma assistência eminentemente humanista, centrada no indivíduo, com eficácia, qualidade e confidencialidade.

EQUIPA INICIAL DO PAIM

Reis Marques
 Maria Cristina Oliveira
 José Ávila Costa
 José Manuel Morgado Pereira
 Carlos Manuel Braz Saraiva

O PAIM EM NÚMEROS

Desde 2007, o Programa de Apoio Integral ao Médico vem somando números expressivos, que demonstram a sua importância e evidenciam o cumprimento das suas principais funções. Entre 2007 e 2012, foram já contabilizados 157 casos, dos quais 65,2% foram identificados nos últimos dois anos, sendo 54% do século masculino. 85,9% dos casos são trazidos por colegas de trabalho e 87,8% envolvem problemas de saúde mental e adições. Do total de casos, 9,5% necessitaram de apoio do Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos, sendo que 73% retomaram a atividade e dos restantes 27%, 13% pediram reforma antecipada, 13,3% estão reformados por invalidez e 0,7% mantêm a incapacidade temporária para a profissão.

FUNDO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL DA ORDEM DOS MÉDICOS

Criado pelo Decreto-Lei n.º 27/87, de 30 de janeiro de 1988, o Fundo de Solidariedade Social da Ordem dos Médicos é um património autónomo, gerido pelo Conselho Executivo da Ordem dos Médicos, incluindo o Benefício Social do Fundo de Responsabilidade Social. O principal objetivo do FUNDO é disponibilizar apoios sociais diversos aos licenciados em Medicina, inscritos na Ordem dos Médicos, em situação económica difícil, pela privação ou especial carência de meios de subsistência.

Para a concessão dos benefícios, que podem ser pecuniários ou em espécie, o potencial beneficiário terá de comprovar a sua situação económica difícil. Constituem indícios de carência ou de privação de meios de subsistência os médicos cujo agregado familiar aufera mensalmente valor inferior a um salário mínimo nacional. Nas mesmas condições que o médico, têm, ainda, direito ao benefício os seus descendentes menores, os ascendentes e cônjuges, não separados judicialmente de pessoas e bens e pessoas que com aquele

viviam em união de facto na data do falecimento, em situação de dependência e enquanto esta se mantiver.

Os interessados em apresentar candidaturas a qualquer tipo de prestação social, no âmbito do Benefício Social do FUNDO, devem encaminhar requerimento ao Presidente da Comissão Executiva de Gestão do Fundo de Solidariedade Social. Nos casos em que o candidato esteja impossibilitado, poderá fazê-lo por meio de representante legal. As candidaturas podem ser uma iniciativa da própria Ordem, desde que haja anuência escrita do interessado.

As receitas de manutenção do Fundo de Responsabilidade Social da Ordem dos Médicos provêm de bens móveis e imóveis da Ordem, além de donativos e legados, que a ele se destinam exclusivamente, de verbas decorrentes de contratos especificamente efetuados, de comissões de seguro e eventuais saldos positivos de atividades seguradoras da Ordem dos Médicos.

ALDEIA DO



DOMÉDICO



SEDE

Durante o mandato que decorreu entre 2005 e 2009, a Ordem dos Médicos, por iniciativa do Conselho Regional do Centro, adquiriu um terreno com a área aproximada de onze hectares, com a finalidade de lá serem instalados os Serviços Administrativos e as unidades de apoio social, dedicadas aos médicos e aos seus familiares diretos.

O Conselho Regional do Centro era então presidido pelo Prof. José Manuel Silva, sendo Bastonário o Dr. Pedro Nunes, que assinou o documento da aquisição da propriedade destinada a acolher o projeto designado por Aldeia do Médico.

O terreno situa-se próximo de Coimbra, dispõe de uma excelente acessibilidade quer a partir da cidade quer a partir da saída Norte da A1. Tem uma exposição a sul, virada para a cidade e campos do Mondego, implantado nas colinas que flanqueiam a ligação Adémia-Geria-Figueira da Foz.

Antecedendo a decisão de avançar com este projeto nacional conduzido pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, efetuou-se um inquérito dirigido aos colegas inscritos na nossa Secção e apenas a estes, sobre a eventualidade da mudança dos Serviços Administrativos e com eles, as estruturas de apoio social da Ordem dos Médicos, para fora da cidade.

Foram recebidas 701 respostas. Deste total, 690, responderam “...considerar muito importante a existência de uma Casa do Médico/Aldeia do Médico no Centro do País”. Aquele total de respostas foi favorável, também, à construção da componente residencial e social que pudesse acolher médicos retirados portadores ou não de limitações temporárias ou definitivas.

Apenas onze colegas, das sete centenas que responderam





AUDITÓRIO

se pronunciaram negativamente em relação ao interesse do projeto. Por outro lado e ainda como resultado do inquérito, 403 colegas contra 275 aceitavam que a Aldeia do Médico se localizasse fora do perímetro urbano de Coimbra.

Também 662 colegas contra 31 aceitavam que a sede administrativa da nossa Secção Regional se deslocasse para a periferia da cidade.

Quanto às atuais instalações, a esmagadora maioria votou favoravelmente a sua alienação quando possível e nas melhores condições de mercado.

Alicerçados na sólida base de suporte acima descrita, o projeto avançou.

Sendo de âmbito nacional fica, por isso, aberto a médicos de todo o país que venham a escolhê-lo quer na componente residencial, quer na componente de residentes dependentes.

Não se tem, certamente, a noção das necessidades de apoio e assistência de que carece, atualmente parte significativa da Classe Médica, pelo que se justifica deixar, aqui, alguma informação sobre o assunto.

A Secção Regional do Centro iniciou e mantém desde há uma dezena de anos, o Projeto de Apoio Integral aos Médicos (P.A.I.M.). O P.A.I.M. acolhe e procura dar respostas aos problemas de saúde ou à necessidade de apoio social e financeiro dos médicos que delas necessitem. Entre 2007 e 2012

foram atendidos, orientados e apoiados 157 médicos. O apoio social e ou financeiro é garantido pelo Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos, após a identificação e tipificação da necessidade.

Portanto, 3 colegas por mês vieram procurar apoio e ajuda. Do total, 15 colegas, devido a grande pobreza, necessitaram e mantêm ajuda financeira.

O problema, desconhecido inter-pares e da sociedade, foi identificado pela Secção Regional do Centro, que mantém o P.A.I.M. permanentemente aberto.

As dramáticas e crescentes dificuldades de alguns colegas, que vivendo com extremas dificuldades económicas e por vezes, sem apoio familiar, colocados em instituições pouco atentas, justificam a construção da Aldeia do Médico, cujo pedido de licenciamento vai ser apresentado à Câmara Municipal de Coimbra, no próximo mês de novembro.

Possibilitar a existência de instalações e facilidades, com acolhimento e apoio entre colegas, dedicado e integrado, é um objetivo que a Ordem dos Médicos e os médicos merecem alcançar.

Nos últimos dois anos o Conselho Regional do Centro, sob a Presidência do Dr. Fernando Gomes fez avançar o projeto de modo a que uma vez licenciado, possa vir a ser objeto de concurso de adjudicação para construção, durante 2014.

CENTRO DE DIA E RESIDÊNCIAS

O projeto de arquitetura selecionado após concurso público prevê uma área de construção, faseada de aproximadamente 8.500 m². A obra iniciar-se-á pela construção do edifício sede. É inegável a grande beleza arquitetônica do projeto escolhido contemplando uma integração paisagística perfeita.

No edifício residencial ficarão disponíveis várias tipologias de alojamentos (quartos e apartamentos).

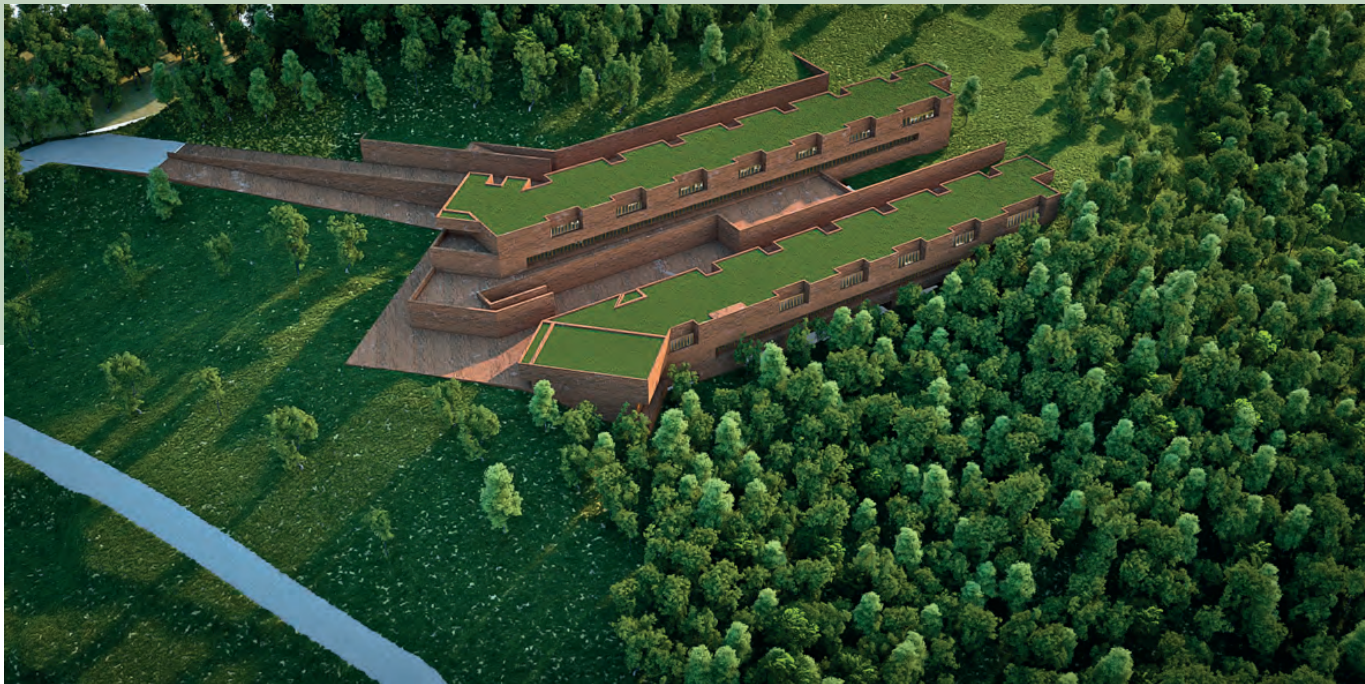
No edifício destinado a apoio social que disporá de ginásio, piscina adaptada e instalações dedicadas à manutenção e reabilitação, terá quartos individuais, quartos duplos e quartos destinados a acamados.

Ligado ao edifício - sede ficará um pequeno auditório de 300 lugares.

O edifício residencial ficará separado do edifício de apoio social, prevendo-se, contudo, partilha das estruturas de apoio. Nos dois edifícios poderão ser acolhidos oitenta e dois residentes.

De um modo firme, vai-se avançando, sendo possível prever a utilização das instalações a partir de 2015.

Oxalá consigamos, todos, percorrer o caminho que nos resta percorrer.



NOTICIÁRIO

FERNANDO GOMES ELEITO VICE-PRESIDENTE DA CEOM

Fernando Gomes, Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, é o novo Vice-Presidente do Conselho Europeu da Ordem dos Médicos (CEOM). O Neurocirurgião de Coimbra foi escolhido por 83% dos votos dos seus pares internacionais, reforçando assim o prestígio da Ordem dos Médicos no panorama internacional.

Aposentado desde 2011, Fernando Gomes tem-se dedicado em exclusividade ao trabalho na Ordem dos Médicos e além de presidir à SRCOM, é também o responsável pelas Relações Internacionais da Ordem dos Médicos. A eleição para este novo cargo é o reconhecimento internacional da importância reconhecida pelas congéneres europeias ao trabalho desenvolvido pela Ordem dos Médicos nacional.

O CEOM, representando 16 Ordens de Médicos, visa promover no seio da União Europeia o exercício de uma medicina de qualidade e que respeite os interesses do doente. Para atingir esse objectivo têm sido implementadas medidas de cooperação entre todas as organizações médicas europeias que visam o estabelecimento de padrões de qualidade e posições comuns em matérias como a Ética Médica, a livre circulação de profissionais de saúde, a regulação médica e a formação dos médicos, entre outros aspectos de interesse transnacional. Destacamos, nos últimos anos a elaboração da Carta Europeia de Ética Médica e a sua actual participação na Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting da Comissão Europeia.



MEDALHAS DOS 25 E 50 ANOS ENTREGUES EM AVEIRO

A Secção Distrital de Aveiro da Ordem dos Médicos entregou no passado dia 27 de junho as medalhas dos 25 e 50 anos de inscrição na Ordem dos Médicos. Foram agraciados com a medalha dos 50 anos cinco médicos inscritos em 1962 e 23 médicos inscritos em 1987 receberam a medalha dos 25 anos.



DISTRITAL DE VISEU INAUGURA NOVA SEDE

José Manuel Silva esteve no passado dia 12 de Setembro em Viseu para inaugurar a nova sede da Ordem, localizada junto ao Centro Pastoral de Viseu. A “imensa beleza” do espaço e a qualidade do trabalho do arquitecto Ricardo Carvalho foram sublinhados pelo bastonário, que aproveitou ainda o momento para apelar aos médicos para que denunciem situações que perturbem o bom exercício da sua profissão. “É preciso que os médicos se habituem mais a comunicar com a Ordem e só assim podemos pegar novamente na defesa dos médicos”, referiu.

José Pedro Saraiva, presidente da Secção Distrital da Ordem dos Médicos, referiu que ter “uma sede digna era um sonho acalentado há muito”, o que foi conseguido “graças à persistência” de uma equipa que soube “soube contornar obstáculos”. José Pedro Saraiva aproveitou ainda a oportunidade para, tal como o bastonário, elogiar o trabalho do arquitecto Ricardo Carvalho que “teve a capacidade de transformar uma vulgar loja num espaço de modernidade e vanguardismo.

Fernando Gomes desafiou a Secção Distrital a dar o nome do médico João Carlos Alexandre a uma das salas como prova de reconhecimento do trabalho realizado por um dos principais impulsionadores na concretização deste projeto.



MEDALHAS DOS 25 E 50 ANOS ENTREGUES EM CASTELO BRANCO

O Conselho Distrital de Castelo Branco da Ordem dos Médicos entregou no passado dia 19 de Junho as medalhas de 25 e 50 anos de inscrição na Ordem dos Médicos.

António Feio Neves da Gama foi o único contemplado com a medalha de 50 anos enquanto oito médicos receberam a condecoração pela inscrição na ordem em 1987.



SNS PERDEU MAIS DE 10 500 MÉDICOS E ENFERMEIROS EM 2012

Só em 2012, mais de 10.500 profissionais deixaram o Serviço Nacional de Saúde (SNS). A aposentação e a caducidade do contrato são os dois principais motivos apresentados. Daqueles profissionais, 2.966 eram médicos, 2.611 enfermeiros e 2.257 assistentes operacionais, sendo que a maioria (68,5%) trabalhava em hospitais de todo o país.

As informações constam do balanço social do Ministério da Saúde, elaborado pela Administração Central do Serviço de Saúde (ACSS) e divulgado na véspera do dia do SNS, a 14 de setembro, pela agência Lusa. De acordo com o documento, em comparação com 2011, saíram do SNS mais de 1.623 médicos, 435 enfermeiros e 240 assistentes operacionais.

Em declarações ao jornal Público, Guadalupe Simões, do Sindicato Nacional dos Enfermeiros, destaca que “os cortes que têm ocorrido no sector da Saúde, ultrapassam todas as metas inscritas no memorando da troika”. A sindicalista acredita que esta tendência faz parte de “uma estratégia clara de transformar o SNS num serviço assistencialista, onde caberá porventura

uma carteira básica de serviços, ao qual todas as pessoas terão acesso, mas em que depois, para cuidados mais especializados, ter-se-á de pagar”.

O balanço social aponta, ainda, que o Ministério da Saúde pagou em 2012 menos 1,3 milhões de horas extraordinárias do que no ano anterior e reduziu, do mesmo modo, a factura com prestações de serviços de empresas que, atingiu, apesar da redução, 63 milhões de euros. Segundo o documento, em 2011 foram registadas 10.424.064 horas extraordinárias e, em 2012, 9.109.754. Entre os profissionais que mais cobraram estas horas estão os médicos (62,2%), seguidos pelos enfermeiros (13,9%) e os assistentes operacionais (10%).

Segundo o documento, existia um universo 126.604 funcionários na dependência do Ministério da Saúde, o segundo maior da Administração Pública, depois do Ministério da Educação. O cenário apontado revela uma redução de 1,5% do quadro profissional relativamente a 2011, e de 2,8% face a 2010.

NEM TODOS COMUNICAM DA MESMA MANEIRA



CONSULTORIA DE COMUNICAÇÃO



ORGANIZAÇÃO DE JORNADAS TÉCNICAS, SEMINÁRIOS E CONGRESSOS

IDEIASCONCERTADAS

WWW.TWITTER.COM/ICONCERTADAS - WWW.FACEBOOK.COM/IDEIASCONCERTADAS.PT

WWW.IDEIASCONCERTADAS.PT

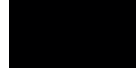
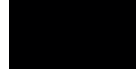
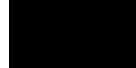
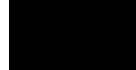
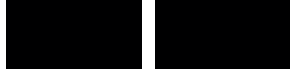
INFO@IDEIASCONCERTADAS.PT

239 838 015

COMUNICAÇÃO DIGITAL



PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS



SNS, PATRIMÓNIO DE TODOS?*



PAULO MOREIRA

Especialista em Políticas e Gestão em Saúde

A recente constatação de que a equipa ministerial da saúde tem 52 funcionários, que custam mais de um milhão de euros ao ano, surpreende apenas os que não compreendem que um ministro que não é do sector que dirige necessita de muito apoio em áreas técnicas que um conhecedor do sector poderia dispensar. Adicione-se a estes custos a compra de serviços de consultoria a elevados preços, muitas vezes de qualidade duvidosa se submetidos a revisão de pares, e para decisões em que um ministro especialista do sector também não necessitaria. Este é, aliás, um fenómeno observado ao nível de muitos conselhos de administração de hospitais, administração central e institutos tutelados pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um problema estratégico encoberto na administração pública no sector da saúde. O desrespeito para com as efectivas competências técnicas e científicas de gestão em saúde, disponíveis mas desaproveitadas em Portugal, merece fazer parte das notas negativas da troika a Portugal. Eis um fenómeno que uma cortina de silêncio mantém fora do debate sobre o futuro do SNS.

Mais de dois anos de ausência de qualquer ideia estruturada para as políticas de saúde geraram um contexto de profunda depressão em todos os agentes do sistema de saúde e do SNS. Sendo a incompetência do actual Governo extensível a outros sectores da sociedade e da economia, o sector da saúde exige uma atenção particular e mais diversidade nos debates. Nomeadamente, garantindo a participação de analistas independentes, associações de doentes e representantes de todas as profissões da saúde. O debate sobre o futuro do SNS não pode manter-se limitado a indivíduos alinhados com partidos políticos e alguns representantes de interesses financeiros do sector.

Os principais problemas que o sistema de saúde enfrentava em Junho de 2011 mantêm a sua tendência de agravamento.

Não há um único indicador favorável a este Governo em que exista evidência credível e independente. Para nossa frustração, nem os indicadores financeiros do SNS podem ser apresentados com evolução positiva sem gerar um sorriso irónico nos que entendem as manipulações de dados que antecederam esses anúncios de alegados sucessos. Uma dessas manipulações recentes é a de que, alegadamente, o ministro poupou 1,3

milhões de horas extraordinárias, quando a verdade é que o acordo que fez com as associações sindicais dos médicos transferiu esse nível de despesa para 2015 (altura em que já não deverá estar no Governo). A capacidade propagandística de alguns dos 52 colaboradores gerou a inacreditável alegada “imagem positiva” projectada na opinião pública. Como admirador do espírito de livre pensamento de Noah Chomsky, não posso deixar de referenciar o leitor para as suas análises do tipo de fenómeno de manipulação da opinião pública praticada pelo ministro da Saúde.

Ainda assim, a actual equipa ministerial criou uma nova realidade. Até o “pai do SNS” teria que recorrer a hospitais privados se quisesse tornear a extensa lista de espera cirúrgica no SNS. Este fait-divers, que chegou à comunicação social, clarifica parte da agenda da governação assumida pelo actual ministro da Saúde. Conforme antecipei neste espaço de reflexão, era simples compreender que as medidas implementadas desde meados de 2011 gerariam maior procura dos hospitais privados e dos seguros de saúde, o que, não sendo necessariamente negativo, obriga a definir o limite dos seguros de saúde e dos sectores privado e social no desenvolvimento de algumas respostas às necessidades reais da população. A Assembleia da República deve esclarecer as políticas de saúde de um ministro que diz estar a “proteger o SNS”.

Entretanto, o SNS é reclamado como património de todos. Sendo uma acção política louvável e inteligente, constatamos, com preocupação, que o debate de ideias está limitado pela intenção de “manter tudo como está” e pouco aberto a novos modelos de prestação e organização intersectorial dos cuidados de saúde.

Valha-nos a sociedade civil e a liberdade de imprensa.

* Publicado originalmente no jornal Público no dia 22 de setembro de 2013

CHUC OU A EXTERMINAÇÃO DO CHC



LUÍS CARVALHO

Cirurgião do Hospital Geral, CHUC

Quando por decreto-lei se criou o C.H.U.C. sem prévio estudo, projecto, plano ou ideia do que se estava a criar, foi evidente que o resultado seria a destruição do C.H.C. e o “entupimento” dos H.U.C., já na altura considerado um “monstro inadministrável”. Ao fim destes meses de processo de “fusão” pudemos constatar a progressiva destruição dos Serviços do CHC- Hospital dos Covões, com o “atafulhamento” dos serviços dos HUC e o daí inevitável prejuízo na qualidade de tratamento dos doentes e nas condições de trabalho dos profissionais, que inevitavelmente se reflectirá na até recentemente apelidada “Capital da Saúde” - Coimbra.

O apregoado “sucesso” da fusão, só o poderá ser, eventualmente, na diminuição de gastos (será que a houve?) porque em tudo o resto não é mais possível continuar a disfarçar o indisfarçável, senão vejamos:

O encerramento de Serviços no Hospital dos Covões e a transferência de doentes e profissionais para os HUC fez aumentar o número de doentes que a este acorrem, sem contudo aumentar o espaço para os tratar. É exemplo disto, o Serviço de uma especialidade cirúrgica (cujas instalações no Hospital dos Covões actualmente se encontram vazias) e que há pouco tempo tinha nos HUC internados cerca de 30 doentes, fora do próprio Serviço. No Bloco Operatório dos Covões, com poucos anos de funcionamento e com melhores condições que o dos HUC, têm-se encerrado salas de operações e das 7 salas existentes dias há em que funcionam apenas DUAS. A retirada de tempos operatórios aos Serviços que ainda estão no Hospital dos Covões, associada à diminuição drástica dos tempos operatórios atribuídos aos Serviços que foram mudados para os HUC (comparativamente com os que tinham nos Covões), está a conduzir a um aumento constante do número de doentes em lista de espera. E nem sequer a estatística operatória feita na Unidade de Cirurgia de Ambulatório consegue “disfarçar” este aumento, visto que aquela unidade, que se encontra sediada nos Covões, foi projectada para aquele Hospital e por isso teria, em princípio, o mesmo número de doentes operados que actualmente apresenta, só que seriam referentes a doentes apenas do CHC. Não houve assim qualquer aumento de doentes operados por ter havido a criação do CHUC. Quanto ao Serviço de Urgência, não será necessário dizer nada a todos quantos procuram o dos HUC, que já antes da fusão não funcionava nas melhores condições e que agora está “entupido” com um número muito maior de doentes, que são por vezes acomodados em macas, macas que chegam a estar

“estacionadas” em 3 filas paralelas. Os números existem e se os solicitarem à direcção do S.U. dos HUC constatarão a evolução negativa dos índices de qualidade em relação aos do tempo em que a urgência do Hospital dos Covões funcionava em pleno. A acrescentar a esta situação são ainda de referir os resultados que se podem inferir dos números oficiais de mortalidade por traumatismo, actualmente superiores aos registados quando existiam duas urgências polivalentes (Covões e HUC), apesar da criação nos HUC de um Centro de Trauma de nível 1(?). Anteriormente o índice de mortalidade em Coimbra era inferior ao da média nacional e agora que o índice nacional baixou, o de Coimbra aumentou e é duas vezes superior ao da média nacional...

E por fim, falando em “custos”, palavra em voga nos actuais tempos de crise, convém dizer que ao mesmo tempo que se encerram Serviços no Hospital dos Covões - alguns construídos há apenas 5 ou 6 anos e com ajudas comunitárias do FEDER, cujas instalações continuam a existir, só que actualmente desertas de doentes e de profissionais, os quais, uns e outros, foram entretanto “amontoados” nos HUC - projectam-se novas obras (algumas já em curso), com novos custos, para que se possam fazer fusões de Serviços num único Hospital. Ou seja, fazem-se obras, gastam-se recursos dentro dos HUC e deixam-se Serviços desertos no Hospital dos Covões...

E qualquer dia ainda acabarão por concluir que os HUC não têm instalações suficientes para a população que servem e que é necessário construir outro hospital... Provavelmente ao lado dos HUC, que é onde com certeza mais falta faz... Na margem esquerda é que não!

Todos os factos aqui relatados são de fácil comprovação e quem leu as razões invocadas pela Senhora Doutora Juíza que impediu o encerramento da Maternidade Alfredo da Costa não pode deixar de concluir que se processo idêntico tivesse ocorrido em Coimbra, levaria ao impedimento da extinção do C.H.C.. Evitando, obviamente, para mais, a forte repercussão negativa que ela vai ter na Coimbra do “outro lado da ponte”.

Para finalizar, pode-se dizer que lamentavelmente para os doentes de Coimbra e para aqueles que aos hospitais desta cidade recorrem, a qualidade dos cuidados de saúde degrada-se progressivamente e que o único resultado desta “fusão” hospitalar será a “exterminação” do C.H.C. e conjuntamente da obra de Bissaya Barreto nesta cidade.

Salvar-se-á o Portugal dos Pequenitos, porque por sorte não está sob a alçada da administração do CHUC!

PEDRO YSPANO (1210 C.-1277) E A OFTALMOLOGIA

ALFREDO RASTEIRO

Albrecht Maria Berger, dispondo de vários Códices, quatro dos quais em Munich, entre eles o «Codex latinus 40» da Biblioteca do Estado da Baviera, transcreveu e comentou parte do «Breviarium de egritudinibus oculorum et curis» (A.M.Berger: «Die Ophthalmologie des Petrus Hispanus», Munchen, 1899). Desde então, ficou a aguardar-se uma revisão alargada e um estudo comparativo de todos estes textos, especialmente entre o «Codex Latinus 40» de Munique e o «Incipit tractatus augii Petri Yspanis» da Biblioteca Medicea Laurenziana de Florença («Manuscrito Gaddianus 14»).

«Codex latinus 40» e «MS Gaddianus 14» são livrinhos de apontamentos escritos a partir de um tronco comum. Divergem em pequeninas coisas, por exemplo: o «MS Gaddianus 14» «fabricado em resposta às preces de discípulos fidelíssimos» e o «Codex latino 40» «feito a pedido do discípulo Fabiani de Salerno», sendo que «fabricau» e «Fabiani» serão transcrições da mesma palavra e «Salernitani» um acrescento.

Continua a discutir-se o legado de Pedro Yspano e não valorizamos o que herdou da Medicina peninsular hispânica desenvolvida em Sevilha e Córdoba e aquilo que foi buscar à «Escola de Tradutores de Toledo» e a Gerardo de Cremona (1114-1187).

Depois dos 45 anos lutou contra a presbiopia e utilizou Secretários que escreveram, e lhe leram, o que ditava. Os «óculos de idade» eram, então, completamente desconhecidos na Europa. Das suas leituras, e do que ouviu ler, entre Ibn Sina (980-1037) e Caius Plinius Secundus (23-79), entre o «Canon» de Avicena e a «História Natural» de Plínio, nunca esquecendo Dioscorides (40-90), optou pelo «ut dicit Plinius» e omitiu o «esse dicunt Magi», que Plínio repisa. Daí que Julius Hirschberg, e outros, o desanquem («The History of Ophthalmology», tr. F.C.Bloody, Vol. II, Wayenborg, Bonn, 1982, p. 255).

A História do Sofrimento e a impropriamente designada medicina popular devem muito a Pedro: Arnaldo de Vilanova (1238-1311) imitou «Le tresor des pauvres»; Gonçalo Rodrigues Cabreira compôs um «Compêndio ... de coisas curiosas recopiladas do Tesouro dos Pobres...», 1611, 1614, 1617, 1635; Francisco Morato Roma (1588-1668) publicou uma «Luz da Medicina», 1664, 1672, 1686, 1700, 1726, repleta de mênzhas para todos os cheiros e todas as comichões, desde a raiz dos cabelos até às plantas dos pés: «a capite usque ad plantam pedis».

Pedro compara a visão com o tacto, «pousa a vista» nos objectos, ignora a «Optica», de Alhazen (965 –1040). Curiosamente utilizou Terminologia que continua em voga, excepto «aranea», que é Hialóide (αλοειδες) ou «albugineo», que surge no Hiporion (υποπιον). Proibido de exercer «Medicina manual» (Cirurgia), pelo Concílio de Latrão (1215), aconselhou olhos de Corvo, ou olhos de Caranguejo, num saquinho, ao pescoço, e colares de Corriolas, «coisa que não faz mal», (ἐπι δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ ἔρξειν). Para a fístula Lacrimal acreditava que, tal como Cristo desceu do Céu ao Ventre sagrado de Maria, assim

o mal desceria do olho à planta do pé.

Em Portugal, a implantação do Serviço Nacional de Saúde, Lei nº 56/79 de 15 de Setembro de 1979 não acabou com medicinas populares e alternativas, associadas ou não à economia paralela, nem com o Congresso anual de Vilar de Perdizes, activo desde 1983. Para o «andaço», «Conjuntivite viral epidémica», utilizou-se urina que, sendo do próprio, respeita

critérios de «limpeza», Osmolaridade, pH e B.U.T. (Break up Time, Tempo de Ruptura do Filme Lacrimal) maltratados na Farmacopeia oficial e Infarmed. Poeiras nos olhos dão para «ver estrelas» ao meio dia (βλεπω πουλακία). Pedras agreireiras encontram sucedâneo em Lentes de contacto terapeuticas. Facas em «anel», antepassado do Trépano, podem ser instrumento adequado à Cirurgia do Pterigion («ungula»).

Na Catarata, procuraram-se analogias com a água dos rios, sabendo-se que Catarata é, apenas, a bola de espuma, vapor de água, que se forma na frente de uma queda de água, impedindo que a vejamos.

Este conceito fundamentou a Técnica cirurgica do «abatimento» ou «abaixamento», - com uma agulha, - da cortina («sufusão») formada atrás da pupila (menina do olho - κορη οφθαλμου), prática de Catarateiros ambulantes, e de grandes Oftalmologistas como Benevenuto Grafeus, contemporâneo de Pedro, professor em Salerno, Autor de um «De oculis, eorum egritudinibus et curis» impresso em Ferrara, em 1474. (A. M. Berger: «Des Benvenuto Graphus Practica Oculorum», 1884). Benevenuto marcava o tempo de abaixamento da catarata recitando quatro «Pater noster», não fosse o Diabo tecê-las.

Um último apontamento: Lucio André de Resende «Lusitano» introduziu o epónimo «Lusitano» em 1 de Outubro de 1543 e abandonou-o em 1551, no ano em que Amato Lusitano o começa a dignificar, por toda a Europa. A aplicação, errada, aos Hispanos portugalenses começou com Egas Moniz (1929), Karl Sudhoff (1935) e Hans Remky (2001).

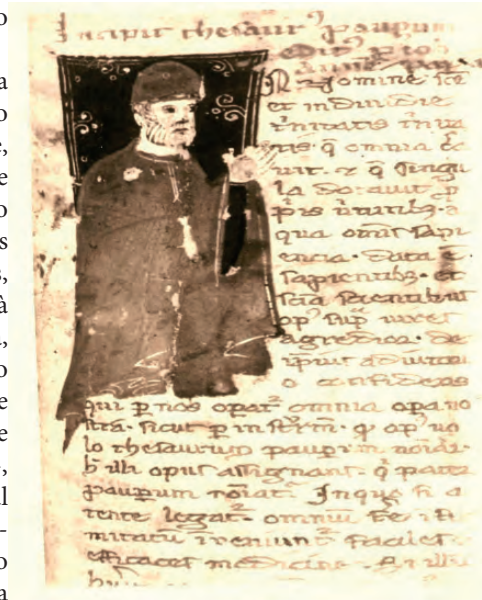


Fig. 1 – Pedro Hispano. *THESAURUS PAUPERUM*, Cod. Lat. Seculo XIV, Biblioteca Amploniana, Erfurt. Gentileza de H. Remky

ANA COUCEIRO

A PINTURA E O DESENHO COMO FORMA DE RESPIRAÇÃO



Hipócrates, cujo juramento todos os médicos fazem no início de carreira, dizia que “a vida é curta, a arte é longa”. O velho sábio grego, que morreu com 83 anos, lamentava, no fundo, o destino cruel da natureza humana que aproxima o Homem da morte quando ele começa a dominar e a conhecer melhor as coisas. Séneca, orador eloquente do império romano, considerava, por seu lado, que a questão essencial residia no modo como cada um utiliza o tempo de vida que tem. Ana Bela Couceiro, obstetra e ginecologista na Maternidade Bissaya Barreto, em Coimbra, pratica a síntese do pensamento dos dois vultos da Antiguidade, quando o conhecimento aspirava a ser global e não conhecia os espartilhos com que hoje é tratado e arrumado. Assim, a pintura e o desenho ocupam um lugar central na sua vida de médica, mas sem o exercício da arte que exerce diariamente não conseguiria respirar.

Tudo começou por brincadeira, para matar o tempo ou entreter o ócio numa Abrantes onde nasceu e onde pouco ou nada havia para fazer nos tempos livres. O tio de uma amiga de infância, que era escultor, também ajudou. E assim se iniciou no desenho e nos pinceis e por aí se manteve até que a medicina e o grupo de fantoches do Ateneu de Coimbra a absorveram ao longo dos seis anos da licenciatura. Mas um dia decidiu voltar

ao cavalete e à aguarela e a velha paixão adormecida floresceu para não mais esmorecer. Na segunda metade dos anos 90 do século passado “começo, com alguns colegas e amigos, com aulas de desenho e pintura em horário pós-laboral”, recorda Ana Bela Couceiro, para quem era crucial dominar as questões da sombra e da luz. A partir de 1998 começam a surgir as primeiras oportunidades para expor e, daí para cá, participou em mais de duas dezenas de mostras individuais e coletivas, tanto em Portugal como no estrangeiro: Estados Unidos, Espanha, Brasil, Itália e França.

Cores suaves e motivos figurativos são elementos muito presentes nos seus quadros, em que “a figura humana, sobretudo mulheres”, sublinha, constituem a sua preferência, independentemente de trabalhar a carvão, óleo, aguarela ou acrílico. “Qual a que prefiro? Definitivamente trabalhar a acrílico, porque se trata de uma tinta plástica, que seca rápido e por isso é possível ver mais depressa o trabalho realizado”, explica Ana Couceiro.

Sócia do Movimento Artístico de Coimbra, da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos, da Galeria do Auto-Clube Médico Português e da Sociedade Nacional de Belas Artes, a obstetra e ginecologista — ou deveremos dizer, a



artista plástica? — está representada em coleções particulares e oficiais. Curiosamente, aquilo que é a ambição de qualquer pintor — vender — para Ana Couceiro despedir-se de algumas das suas obras é uma dor enorme. “O primeiro quadro que vendi foi um desenho a pastel do Eça de Queiroz, comprado por 25 contos (ainda não havia euros). Pois bem: fiquei desgostosa porque, tratando-se de uma exposição coletiva, não fazia a mínima ideia de quem tinha adquirido o quadro e onde ele estaria”, recorda Ana Couceiro, que não hesita em tratar essa obra como o seu “primeiro filho”. Felizmente, algum tempo mais tarde veio a saber quem possuía o desenho e, até, onde ele estava pendurado.

Artista amadora assumida, autodidata de formação, a médica e pintora já conta com algumas distinções no seu currículo, entre as quais se destacam o 1º Prémio de pintura Mário Botas (2003) e o 1º Prémio no concurso realizado pelo grupo SONAE para a representação de Coimbra na CowParade Lisboa (2006), em que concorreu com a vaca “Briosa”. Pelo meio, participou em feiras internacionais de arte, como são os exemplos da Artexpo New York (2008/9/10), Feira Puro Arte Vigo (2008), Feira Mercado de Los Artistas em Madrid (2009) e FIARTE-Arteuropa em Coimbra (2011).

Nas exposições que frequenta, procura a pintura surrealista, nacional ou estrangeira, e não evita uma referência a Joana Vasconcelos, cujo “caráter inventivo aprecio”, afirma. “Não gosto de tudo — acrescenta de imediato para evitar quaisquer dúvidas — mas aprecio a sua arte plástica: gosto das valquírias, gosto do coração feito de facas e garfos e do candeeiro feito com tampões; destes trabalhos, gosto muito”.

Também gosta de escultura — essa “forma superior de expressão artística”, como lhe chama, porquanto “é bem mais difícil de fazer do que se possa imaginar”. Mas de momento, a sua atenção e empenho estão muito focadas no trabalho com marionetas enormes que, com outras pessoas, faz no seio do grupo Urbantribus. Já ensaiam, “porque a manipulação de cada figura é feita por duas ou três pessoas e porque queremos ver se conseguimos apresentar o primeiro espetáculo ainda antes do final do ano”, revela Ana Couceiro.

E assim convive a medicina com a arte, na vida de uma obstetra e ginecologista de Coimbra, que, alheia a filosofias antigas, cumpre sem esforço nem obsessão um dos princípios de Séneca, ao mesmo tempo que trabalha para dar razão a Hipócrates.

ficha técnica

DIRETOR
Fernando Gomes

CONSELHO EDITORIAL
Ana Bento
António Morais
Bruno Almeida
Carlos Ramalheira
Filipa Seabra Pereira
Jorge Miguéis
José Ávila Costa
M^a dos Prazeres Francisco
Paula Coutinho
Teresa Lopes

EDIÇÃO E REDAÇÃO
Ideias Concertadas
info@ideiasconcertadas.pt
telef. 239 838 015

PUBLICIDADE
gabcom@omcentro.com

IMPRESSÃO
Litografia Coimbra

PROPRIEDADE
Secção Regional do Centro
da Ordem dos Médicos
Av. D. Afonso Henriques, 39
3000-011 Coimbra
telef. 239 792 920
fax 239 702 788
E-mail:
o.medicos@omcentro.com

DEPÓSITO LEGAL
Nº 341278/13

ISSN
2182-5475



sala de espera

FERNANDO CARDOSO RODRIGUES,
MÉDICO PEDIATRA,
JORNAL PÚBLICO, 20 DE SETEMBRO
DE 2013

“De que querem acusar-me e a tantos outros como eu? Roubei alguém ou fui um “execrável funcionário público” como nos apodam? Não fiz serviço público de qualidade? Não sou classe média estruturante? Capitalizei à outrance numa desfaçatez sem limites? Não devolverme a idade que tive há mais de 35 anos? O que querem os “senhores”?”

ADALBERTO CAMPOS FERNANDES E
VÍTOR RAMOS
PROFESSORES NA ESCOLA NACIONAL
DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIV. NOVA
DE LISBOA
SOL, 13 DE SETEMBRO DE 2013

Ninguém põe em causa a necessidade de uma boa governação na saúde capaz de corrigir os múltiplos e crónicos desequilíbrios estruturais. É fundamental, no entanto, que a acção política interiorize que o investimento na modernização do sistema de saúde e a obrigação de garantir a respetiva sustentabilidade financeira não são contraditórios.

EDUARDO OLIVEIRA SILVA,
DIRETOR JORNAL I,
27 DE AGOSTO DE 2013

No seu conjunto, seja na rede pública pura, comportando hospitais e centros de saúde, seja através das convenções com entidades privadas complementares que visam legitimamente o lucro, a saúde em Portugal tem uma qualidade de assistência notável, se retirarmos por vezes as condições de instalação. No entanto, as coisas estão a mudar. Diariamente vão surgindo informações sobre cortes. Um dia são economias em medicamentos para doentes com doenças crónicas e caras. Noutro é o encerramento ou a concentração de urgências. Noutro ainda é o fecho de maternidades e hospitais. Aqui e ali anunciam-se reformas de centros de saúde e a sua concentração, o que basicamente piora a assistência, mas satisfaz o objectivo de reduzir pessoal.

CARLOS RAMALHEIRA, MÉDICO,
DECLARAÇÕES AO CORREIO DA
MANHÃ,
25 DE AGOSTO DE 2013

“(…) estão-se a criar condições para, daqui a alguns anos, termos uma situação explosiva. (...) há notícia da diminuição de meios técnicos e de um afluxo de doentes com recaídas e problemas relacionados com a crise, bem como de uma acessibilidade cada vez mais diminuída a consultas e tratamentos. ...() [a reforma na área do tratamento das aditologias] está a ser feita sem objectivos e sem rumo, o que se traduziu na desarticulação de serviços, na diminuição da eficácia e na desnatação de meios técnicos ao dispor das estratégias nacionais coordenadas.”

