

Prof. Daniel Serrão (Conf. proferida no INSA a 12.XI.1993)

A saúde é um bem económico. Cada homem vale muito diversamente para o Estado conforme está saudável e é agente de produção e de consumo ou está doente constituindo um encargo.

Por outro lado o progresso imparável da tecnologia médica, tanto nos meios de diagnóstico como nos agentes terapêuticos, transformou o negócio da saúde, ou com a saúde se quiserem, num dos maiores negócios nos países desenvolvidos. Portugal é um país em desenvolvimento onde o volume de negócios com a saúde pode ainda triplicar, ou seja aumentar 300%, nos próximos anos, segundo os especialistas.

Não tenho dúvidas de que o projecto da comunidade económica europeia relativamente aos médicos portugueses é conseguir que eles participem, docilmente, nesta evolução do negócio com a saúde. Portugal não fabrica aparelhos de ressonância magnética nuclear, o que é aceitável, importa-os; mas importa igualmente uma vulgar lâmina de bisturi ou uma banalíssima máscara de cirurgião, em papel.

Os médicos são os agentes, por vezes inconscientes mas privilegiados, do fomento do consumo na saúde e não me admiro das dificuldades do governo para pagar a factura da saúde. E quanto mais avançar a integração económica mais se agravarão estes custos tanto em investimento, como em despesas correntes, como em salários.

(...)

A possibilidade de médicos portugueses virem a trabalhar em países da comunidade é, na prática, mínima ou nula. As nossas Faculdades de Medicina não estão prestigiadas, o nosso nível de formação pré e pós-graduada é considerado (na realidade) baixo, embora isso não seja afirmado oficialmente, a nossa rede de prestação de cuidados de saúde primários e secundários é considerada muito deficiente, mal articulada e ineficaz.

Melhorar todo o sistema de Saúde em Portugal é, para a Comunidade, um negócio apetecível e cuja rentabilidade está assegurada por cuidadosos estudos de mercado feitos em especial pela Holanda e pela Alemanha.

As grandes produtoras de equipamento médico têm prontos os projectos de grandes hospitais que o Estado vai acabar por ter de construir quando a opinião

pública tiver bem a certeza de que não é por culpa dos médicos que não tem bons cuidados de Saúde em Portugal, mas por falta de infraestruturas adequadas e de equipamento moderno e sempre em actualização.

(...)

O desafio para os médicos neste indiscutível projecto de integrar a prestação de cuidados de saúde aos portugueses nos padrões europeus é, podem crer, o desafio à qualidade, à competência e à responsabilidade profissional.

Muitos médicos portugueses, jovens ou não, têm de tomar perfeita consciência de que o exercício profissional dos médicos assumiu carácter de um contrato de prestação de serviços e já ninguém tolera ser mal servido; e quando se considera mal servido exige reparação civil pelos danos sofridos.

A prática médica perdeu todo o conteúdo paternalista, desumanizou-se de certa forma, mas adquiriu eficácia e rigor técnico e científico.

Ralph L. Keeney (New Engl. J. Medicine, Julho de 1994)

What is the difference between a lifestyle and a life? Central to it, I believe, is the concept that lifestyle is something one chooses, and life is something that happens to one. This distinction will affect the future of medicine, and certainly health care reform, in this country. The emphasis on healthy life-styles, although salutary in many ways, has a very dark side to it and has led to the increasing peril of a tyranny of health in the United States.

(...)

A healthy lifestyle is said to be essential to the promotion of wellness. What is wellness? In 1946, the World Health Organization, largely in revulsion against the activities of Nazi physicians and the creatures who worked with them, redefined health as “a state of complete physical, mental and social well being, and not merely the absence of disease or infirmity”. This has become known as “wellness”, a highly desirable state. A well or healthy person is one who is not physically whole and vigorous, but also happy and socially content. What a good idea!

(...)

Concurrently, and perhaps naively, both the lay public and the medical profession began to confuse the ideal of health with the norm of health. That is, we went from “Wouldn’t it be great to have this be the definition of health” to “This *is* the definition of health”. Having accepted the view that health should be a perfect state of wellness, we went on to declare that it was. But if one accepts the idea that physical vigor and emotional and social contentment are not only desirable, but also expected, there is a problem. If health is normal, then sickness and accidents are faults. Who or what is at fault varies: environmental pollution, for example, or government plots, doctors themselves, diet, radon, or political bias. We now act as if we really believe that disease, aging, and death are unnatural acts and all things are remediable. All we have to do, we think, is know enough (or spend enough), and disease and death can be prevented or fixed.

(...)

If we redefine health, I hope we can discover a definition that does not include a medical or social mandate to control people’s behavior for the sake of their mortal bodies; this would seem to me particularly compelling in a nation founded on the belief that one should not legislate behavior even for the sake of immortal soul.

A. Oliveira Soares (Rev. Port. de Cardiologia, Agosto de 1994)

(...) a mortalidade cardiovascular no nosso país, que as estimativas de 1989 tinham declarado em declínio (...) foi resposta na sua verdadeira tendência pelos resultados dos censos de 1991: uma tendência crescente!

O que aconteceu? Pura e simplesmente um erro de cálculo que desviou muito da realidade a estimativa intercensitária de 1989.

(...)

(...) o censo de 1991 revelou que a estimativa da população, de 1989, enfermava dum erro grosseiro: em vez dos 10 320 300 habitantes estimados, havia apenas 9 883 400.

Esta diferença entre a estimativa e a população corrigida pelo censo, de menos 436 900 pessoas, obrigou à reformulação dos cálculos de mortalidade.

As alterações resultantes foram um balde de água fria: afinal a mortalidade cardiovascular total subira, a mortalidade por enfarte do miocárdio não se elevava só um pouquinho, mas significativamente, e a própria mortalidade por acidentes vasculares cerebrais, em vez de ter diminuído, como se estimara, aumentara, ainda que ligeiramente!

Especificando, entre 1981 e 1991, a mortalidade cardiovascular total subiu 10,8%, a mortalidade por enfarte do miocárdio subiu 18,9% e a mortalidade por acidentes vasculares cerebrais subiu 4,7%.



Reuniões científicas de Medicina Interna

Para o ano de 1995 estão previstas as seguintes reuniões:

- II Simposium de Cuidados Intensivos (organizado pelo NECI) a 21 e 22 de Janeiro, no Hotel Estoril Sol.
- 13^{as} Jornadas de Medicina Interna de Coimbra - 3 e 4 de Fevereiro.
- Jornadas de Medicina Interna do Serviço de Medicina III do CHF - Funchal, de 1 a 4 de Março.
- 1^o Simposium Nacional de Medicina Interna e Diabetes (organizado pelo NEDIAB) a 25 de Março, Palace Hotel da Curia.
- 13^o Congresso da AEMI (Associação Europeia de Medicina Interna) Atenas - de 4 a 7 de Outubro.
- 5^{as} Jornadas de Medicina Interna da Zona Sul - Lisboa - 26 e 27 de Outubro.
- 14^{as} Jornadas de Medicina Interna do Porto - de 16 a 18 de Novembro no Hotel Ipanema Park.

Para 1996 estão previstos as seguintes reuniões:

- XXIII Congresso Internacional de Medicina Interna (ISIM) - Manila - Filipinas, de 1 a 6 de Fevereiro de 1996.
- 4^o Congresso Nacional de Medicina Interna - Coimbra - de 23 a 25 de Maio de 1996.