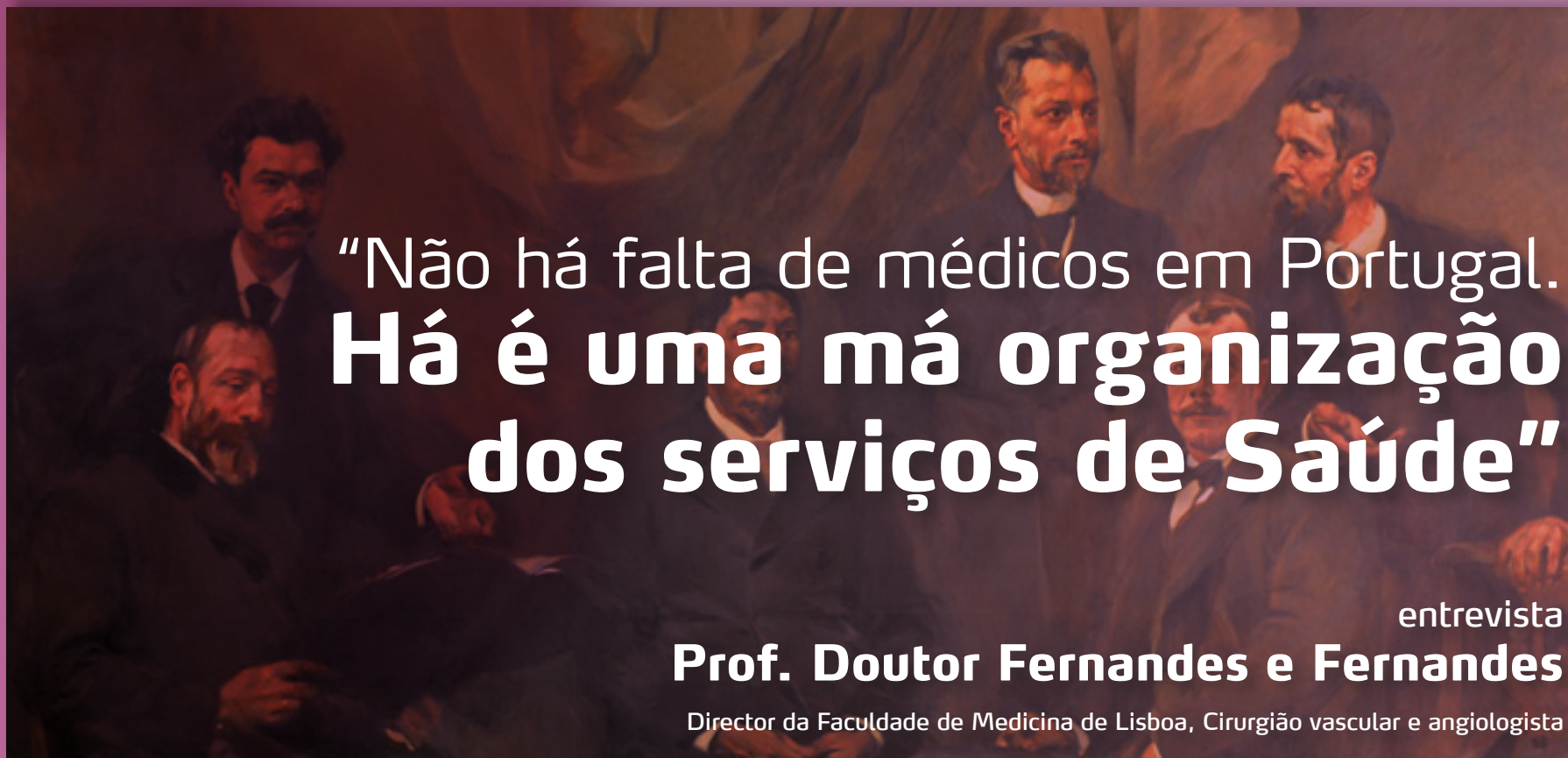


entrevista | **Prof. Doutor Fernandes e Fernandes**  
Director - Faculdade de Medicina de Lisboa | Cirurgião vascular e angiologista

read my brain: médico



A Pharmagazine foi entrevistar o Prof. Doutor Fernandes e Fernandes, Director da Faculdade de Medicina de Lisboa, para saber como está o ensino da Medicina em Portugal e averiguar se realmente existe falta de médicos no país.

Notas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

entrevista | Prof. Doutor Fernandes e Fernandes  
Director - Faculdade de Medicina de Lisboa | Cirurgião vascular e angiologista

## read my brain: médico

### Como vê o ensino da Medicina em Portugal?

Está numa fase de transição e de mudança absolutamente necessária. Apesar das dificuldades actuais, não tenho dúvidas que a formação médica é adequada e os médicos que estão a exercer na sociedade estão bem preparados. Há indicadores que nos confirmam esta opinião. Primeiro, o sexto ano, que é um ano profissionalizante durante o qual os nossos alunos trabalham nos hospitais e centros de saúde; as informações que recebemos dos seus tutores nessas instituições de saúde são de que a sua preparação é globalmente boa e o seu desempenho muito satisfatório. O segundo indicador provém do programa Erasmus, no qual os nossos alunos obtêm classificações que não são diferentes das que obtiveram em Portugal.

Por estas razões, penso que estamos a fazer um bom trabalho no ensino da Medicina.

### Mas ainda há por onde melhorar?

É sempre possível fazer melhor. É essa a nossa obrigação. É preciso modernizar alguns aspectos do ensino, transmitir através do processo de ensino/aprendizagem a mensagem fundamental de que a Medicina é una e a Pessoa doente um todo e não um simples somatório de órgãos e sistemas. É por isso que o ensino deve ser integrado e não demasiado compartimentado, para que a aprendizagem médica pré-graduada não seja uma simples justaposição de disciplinas correspondentes às especialidades médicas. Defendemos, também, que os alunos de Medicina devem desde o início da sua formação ter contacto com a realidade do doente e da doença,



Notas:

---

---

---

---

---

---

## read my brain: médico

pelo que o ensino tem que ser orientado para a clínica e para os problemas da medicina clínica. O nosso objectivo é formar médicos com capacidade e conhecimentos para perceber a medicina científica e para aprender por si próprios, porque entram numa vida profissional em que se é absolutamente necessária uma aprendizagem continuada. É das poucas profissões onde a aprendizagem continuada é tão fundamental e necessária.

**Como é que se avalia a vocação dos alunos que escolhem o curso de Medicina?**

Hoje em dia, quem entra em Medicina é quem tem boas notas. Por um lado é bom, por outro, tem um efeito muito negativo. Todos os anos, desde que sou director da faculdade, recebo os alunos no início do ano, dirijo-me a eles e tento explicar-lhes o que é preciso para se ser

bem sucedido na faculdade de Medicina. E embora discorde do critério de selecção, felicito-os porque eles conquistaram uma posição, ultrapassaram as barreiras que lhes foram colocadas. É óbvio que um médico deve ter capacidade de estudar, deve possuir conhecimento, isto é, o componente cognitivo deve ser de qualidade, mas isso só não basta, é necessário mas não suficiente. São precisas outras qualidades e capacidades, e gostaria de destacar a cultura, que é fundamental para compreender a pessoa humana, a sua individualidade, a sua dimensão familiar e social e o mundo em que vivem. Espírito de sacrifício e dedicação, capacidade de altruísmo, abnegação são qualidades indispensáveis a um bom médico, e todas estas características que não são tidas em conta quando se seleccionam os alunos para as escolas médicas.

Há anos fizemos a experiência de usar uma entrevista pessoal, que valia cerca de 10 ou 15% da classificação final, para perscrutar essas qualidades nos candidatos, mas foi considerada inconstitucional e proibida.

Recentemente para o grupo de licenciados que concorrem a 5% das vagas, usamos a entrevista como critério decisivo para a sua admissão. Abrimos 30 vagas destas no ano passado. Concorreram 700 pessoas, seleccionámos através de classificações 70 pessoas que entrevistámos e destas escolhemos 35 que entraram. E devo dizer que escolhemos pessoas notáveis, convictos que possuíam as qualidades humanas necessárias para serem bons médicos: disponibilidade, dedicação, espírito de sacrifício e interesse e também cultura.

**Como funciona o Centro Académico de Medicina de Lisboa?**

O Centro Académico de Medicina de Lisboa resultará da cooperação de três instituições: a Faculdade de Medicina, o Instituto de Medicina Molecular e o Hospital de Santa Maria integrado no Centro Hospitalar Lisboa Norte. É um modelo inovador na nossa realidade, inspirado na experiência holandesa dos *Academic Medical Centers*, que reuniram numa mesma tutela os componentes académico e profissional numa organização comum, orçamento e gestão unificada. Corresponde a um novo conceito, que pretende fazer convergir as instituições componentes e as suas capacidades para objectivos comuns, como a educação e investigação médicas e, desse modo, maximizar a rentabilização dos seus recursos, incrementar a sua eficácia para melhor assegurar a nossa missão: ensinar,

entrevista | **Prof. Doutor Fernandes e Fernandes**  
Director - Faculdade de Medicina de Lisboa | Cirurgião vascular e angiologista

## read my brain: médico

investigar e cuidar. Ocupamos o mesmo espaço geográfico, o que é uma enorme vantagem, e podemos influenciar-nos mutuamente, quer introduzindo mais investigação no nosso ensino, inovação na nossa actuação clínica e assim contribuir para uma melhor formação dos nossos alunos e para qualificar a prestação de serviços à comunidade. O objectivo é conseguir a progressiva integração das instituições, o que permitirá reduzir custos e aumentar a eficácia da nossa actuação.

### **Face o tipo de ensino que se desenvolve na Faculdade de Medicina de Lisboa, como vê o curso de Medicina da Universidade do Algarve?**

A meu ver, essa decisão não foi o caminho certo. Uma boa escola médica precisa de institutos para a ciência básica, que é essencial para a Medicina

científica actual e para um ensino de qualidade, precisa de docentes preparados e de instituições hospitalares e ambulatórias de referência na Medicina Clínica que praticam.

Há uma questão política de fundo: no contexto de integração europeia, precisamos de escolas médicas de qualidade que possam comparar-se com as melhores da Europa. E isso obriga a uma concentração dos esforços, de mobilização de recursos. Se fossemos um país muito rico, que tivesse dinheiro para ter todas as condições, para desenvolver todos os melhores laboratórios, para termos os melhores centros de investigação, os melhores hospitais, dispersos por todo o País, aí sim, podíamos empregar dinheiro numa iniciativa como o curso de Medicina do Algarve. Mas como a realidade é bem diferente, acho que precisamos de

racionalizar meios e utilizá-los de uma forma judiciosa. Ora se nós achamos que é fundamental que o ensino e a investigação caminhem de par a par, porque sem dúvida ensina melhor quem produz conhecimento do que quem se limita a reproduzir o conhecimento dos outros, temos de fortalecer e dar recursos às instituições que já existem, que demonstraram ter essas capacidades e ajudá-las a atingir o patamar de qualidade que as situe na primeira linha das instituições europeias. Isto é absolutamente necessário para o país, porque se não o fizermos o que é que vai acontecer? Uma migração progressiva dos melhores e mais talentosos para fora de Portugal!

**Mas não será este curso no Algarve uma resposta à falta de médicos que se vive no país e que se prevê que se agrave ainda mais daqui a uns anos,**

**“Há uma questão política de fundo: no contexto de integração europeia, precisamos de escolas médicas de qualidade que possam comparar-se com as melhores da Europa.”**

## read my brain: médico

**quando grande parte dos médicos de família, que pertencem a uma classe etária mais elevada, se reformarem?**

A falta de médicos é um falso problema. Na minha opinião, não há falta de médicos em Portugal, como os indicadores europeus claramente demonstram. Há é uma má organização dos serviços de Saúde e uma má distribuição dos médicos. A profissão hoje em dia está tão burocratizada e tão compartimentada, com horários rígidos tipo função pública, que, assim, nunca haverá médicos que cheguem. Perdeu-se a essência da Medicina, baseada numa relação de confiança pessoal entre o doente e o médico, a qual pressupõe disponibilidade, espírito de sacrifício e de serviço.

Bem sei que a vida mudou muito, e o passado nunca se repete e nem sempre servirá de exemplo absoluto.

Mas há lições que ficam. Recordo-me da medicina geral que o meu pai praticava, sem horários fixos, com frequentes chamadas nocturnas, sem um jantar de Natal que não fosse interrompido por um doente. Nós até estranhávamos quando isso não acontecia. Hoje, o atendimento tem um horário fixo, um número limitado de utentes por médico e sem escolha, é tudo muito distante e burocratizado; as urgências, que na maioria dos casos não precisam actuação médica sofisticada, são prestadas por quem estiver de serviço, sem conhecimento do doente e dos seus problemas, e todos sabemos quantas vezes se limita a uma função de entreposto para uma urgência hospitalar. Este modelo corresponde a uma visão e organização da profissão que não está certa, porque não assenta no pilar fundamental da medicina clínica: a relação

personalizada médico-doente ao serviço das pessoas que mais precisam, porque estão doentes.

Por outro lado, há uma compartimentação entre os sectores da Medicina ambulatória e hospitalar que é inadequada, não se criou um sistema de saúde integrado, entre a clínica ambulatória e hospitalar, e, por outro lado, descuroou-se durante demasiado tempo a dotação de melhores meios de actuação no sector ambulatório, que permitam efectivamente reduzir a necessidade de referenciação hospitalar e a consequente plethora dos serviços de urgência e necessidade sempre crescente de mais médicos. A nova proposta das Unidades de Saúde Familiar (USF's) parece-me ser um passo na boa direcção, oxalá consigam escapar a uma teia burocratizante que asfixia a iniciativa individual.

**E o que é que pode ser feito para combater essa má organização e má distribuição?**

A reorganização dos serviços de saúde é indispensável e esse é um debate necessário e inadiável, que ultrapassa o âmbito desta entrevista. Quanto à falta de médicos e consequente necessidade de importar clínicos estrangeiros, como tem sido proclamado, sugeri ao ministro do Ensino Superior e à ministra da Saúde que havendo uma diáspora de portugueses espalhados pelo mundo a estudar medicina, que seria desejável encontrar uma forma para que alguns, segundo critérios claros e bem definidos, pudessem ser reintegrados no ensino português, para depois ficarem a exercer em Portugal. Porque, na minha opinião, é preferível termos compatriotas nossos, que falam a nossa língua, do que importar médicos de Cuba, Uruguai, Argentina, da

entrevista | **Prof. Doutor Fernandes e Fernandes**  
Director - Faculdade de Medicina de Lisboa | Cirurgião vascular e angiologista

## read my brain: médico

Ucrânia, etc. Isto não é ser chauvinista nem nacionalista, é reconhecer que é muito mais fácil na sociedade portuguesa actual a comunicação na língua natal do que numa língua estrangeira. E há sempre a possibilidade de muitos desses jovens que estudam fora, optarem por carreira fora de Portugal, isso é um empobrecimento para o país. Propusemos ao senhor ministro um percurso curricular alternativo que pudesse acomodar alguns desses estudantes.

### Como foi recebida a proposta?

O senhor ministro considerou ser uma sugestão interessante, promoveu uma reunião com as direcções de todas as faculdades de medicina do país para estudar o problema. Se esta medida fosse para a frente, poderíamos receber, dentro das condições que colocámos, cerca de 20 a 30 alunos. Se multiplicarmos isso pelas principais faculdades do país, podiam ser entre 100 – 150 alunos portugueses a estudar no estrangeiro que todos os anos poderiam

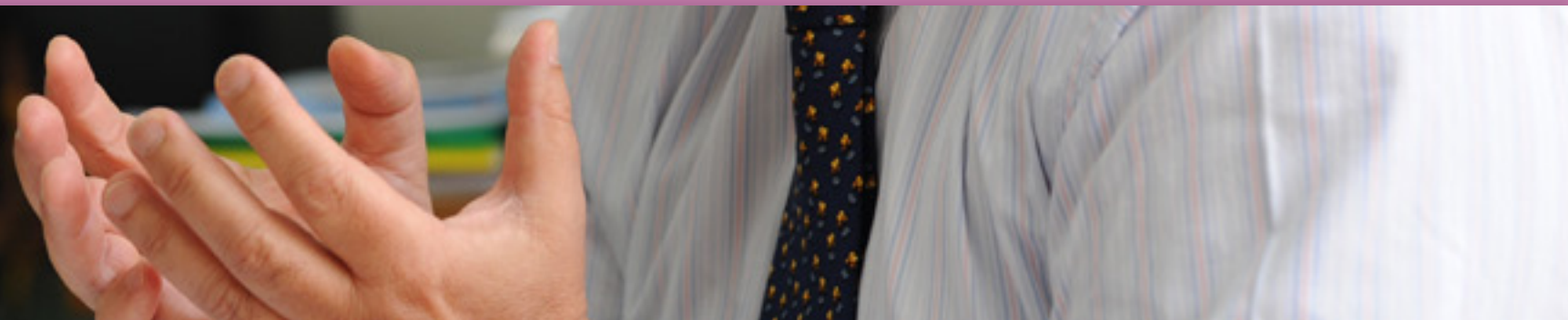
vir frequentar o terceiro ou quarto ano em Portugal. Isso permitiria ter mais médicos prontos a trabalhar logo a partir de 2011.

### Voltando à Faculdade do Algarve...

Optou-se por uma solução diferente: o curso de Medicina da Universidade do Algarve, com a ilusão que irá responder a este problema da falta de médicos! Baseia-se na escolha de pessoas que têm outras formações que entrarão para os anos clínicos.

Mas isso é um empobrecimento, porque muitas destas formações não dão a formação científica adequada e necessária para a aprendizagem da Medicina e corresponde a uma visão do passado, em que a formação do aluno de medicina era compartimentada em dois ciclos estanques: pré-clínico de ciências básicas a que se seguiam os anos clínicos.

Hoje não se ensina assim e nas melhores escolas médicas o ensino



## read my brain: médico

“Acho que Portugal tem **escolas de Medicina a mais**

é integrado, orientado desde o princípio para a compreensão e resolução de problemas clínicos e promovendo a exposição precoce do aluno, desde o primeiro ano, às situações clínicas. É esse o sentido da reforma que iniciámos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, aliás como acontece nas principais instituições europeias de ensino médico. E, por outro lado, temos que ser objectivos e apreciar se existem condições locais nas instituições de saúde do Algarve para formar médicos. Depois, propõe-se formar 30 médicos. Ora segundo o modelo apresentado e se todas as principais escolas médicas concordassem, seriam pelo menos 100 médicos, isto é, o triplo e certamente com muito menor custo. Com efeito, os recursos necessários para viabilizar esta experiência são seguramente de milhões de euros – falou-se num

reforço de dezenas de milhões de euros para o orçamento da Universidade do Algarve; o modelo que avançámos era muito mais económico e com outra rentabilidade. Acho que Portugal tem escolas de Medicina a mais.

---

**Na sua opinião, porque é que tanta gente quer seguir Medicina?**

Não consigo entender! É das profissões mais exigentes do ponto de vista de conhecimento, das mais difíceis e trabalhosas. Não é já uma profissão bem paga, como terá sido no passado, mas creio que persiste a ilusão de que haverá emprego garantido.

---

**E com a falta de médicos isso não é verdade?**

Não. O médico hoje não pode trabalhar isolado. O médico só por si, isolado, não resolve nada. Deve estar integrado numa equipa, numa estrutura, com

capacidade de intervenção e meios de diagnóstico. É possível ter um médico de família em cada aldeia do país? Obviamente que não, e nem sequer é necessário. Precisamos sim é de ter circuitos que façam chegar lá cuidados sanitários, que podem ser prestados muitos deles por paramédicos e por enfermeiros, pessoas adequadamente treinadas, com circuitos de mobilidade das pessoas que permitam o seu transporte para unidades hospitalares ou centros de saúde onde possam ser efectivamente tratadas. Porque é que o centro de saúde não há de ter, também, capacidades para resolver um conjunto de problemas? Quando é preciso fazer um raio-x, manda-se para o hospital. Não pode ser. Não há hospitais que cheguem. Mas para dotar os centros de saúde dessas capacidades é preciso um investimento... E sobretudo uma política.

---

---

---

## read my brain: médico

**Se não há essa falta de médicos, haverá lugar para todos aqueles que querem seguir Medicina?**

O número de médicos e a necessidade de médicos não é só determinado pelo número de vagas no Serviço Nacional de Saúde. Precisamos de médicos para a investigação científica; há poucos médicos a fazer investigação como tem sido geralmente reconhecido. E também há poucos médicos para a cooperação internacional, no espaço lusófono, e essa é uma responsabilidade histórica do país. E os médicos, os professores, os engenheiros são os elementos mais sólidos para a cooperação internacional e para a cooperação com os países de expressão portuguesa. E há que criar condições e possibilidade de trabalho que viabilizem essa política, que corresponde também a uma responsabilidade histórica.

**CIRURGIA VASCULAR****Estima-se que 2 milhões de portugueses sofrem de varizes, apesar de não haver números oficiais. Os portugueses estão cientes do que é a doença vascular? Ou acham que é uma questão estética, só identificam varizes e derrames?**

As varizes são, na patologia vascular as situações mais comuns, mais frequentes. Não são as mais graves, não são as mais sérias, não são aquelas que causam mortalidade ou incapacidade. Há outras doenças vasculares, as que estão relacionadas com as artérias, que não são ainda suficientemente conhecidas na sociedade. E que são muitas vezes remetidas a um leque mais vasto das doenças cardiovasculares. No fundo é a doença que causa enfartes de miocárdio, AVC, morte súbita, amputações enfim,

situações de grande gravidade. É claro que a doença venosa é importante, não pode ser minorizada, deve ser bem tratada e é importante na actividade de qualquer cirurgião vascular.

**Os portugueses sofrem muito da doença arterial?**

Para conhecer a realidade portuguesa, quando fui presidente da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular (SPACV) e graças ao empenhamento do Secretário-Geral desse tempo, Dr. Lencastre de Menezes, foi realizado um rastreio nacional da doença arterial. Com algumas limitações que foram reconhecidas à partida, deu-nos uma perspectiva: Portugal está a meio, entre o Norte da Europa, onde existe uma grande prevalência de doença arterial, e o Sul, onde é menor. Portanto é fundamental alertar para a doença arterial. Porque é importante, tem um

custo pessoal e social muito relevante, é causa de morte, de incapacidade, um terço dos AVC's está relacionado com a doença carotídea, os aneurismas rompem e matam, enfim, há muito a fazer na educação pública para a doença vascular arterial.

**O que pode ser feito?**

A intervenção assenta em três pilares: por um lado tornar as pessoas conscientes dos problemas e, os médicos atentos aos sintomas. Porque há muitos doentes que andam a queixar-se de dores nas pernas e são diagnosticados como ciática ou reumatismo e só depois quando aparece um dedinho preto é que se faz o diagnóstico certo. Portanto, diagnóstico precoce. A segunda, adopção de comportamentos e estilos de vida que melhorem o prognóstico da doença e em terceiro lugar, intervenção farmacológica e cirúrgica, quando necessário.



## read my brain: médico

**O que é que já foi feito nesse sentido, de sensibilização da população e educação dos médicos?**

A nossa sociedade científica a SPACV fez um grande esforço nesse sentido – organizámos cursos de sensibilização e de educação médica, para alertar os médicos para esta realidade e para as opções terapêuticas. É evidente que há sempre um constrangimento: não temos o hábito em Portugal de “falar” nos media. Justiça seja feita ao Prof. Fernando de Pádua, que teve o grande mérito divulgar as doenças cardíacas e contribuir para a educação para a saúde da população. Estes programas têm que ser muito bem feitos, para evitar alarmismo desnecessário e contraproducente.

**O que é que hoje em dia se faz na cirurgia vascular?**

A intervenção farmacológica teve um

desenvolvimento muito importante, já dirigida aos mecanismos fundamentais causadores de doença arterial e tem hoje eficácia reconhecida no controle da progressão da doença e na minimização dos episódios trombóticos agudos. Mas para além da farmacoterapia, temos hoje capacidade de intervenção terapêutica, desde a cirurgia convencional, dos *bypass* e da desobstrução arterial, aos métodos mais simples, como a angioplastia e *stent*, para os quais usamos a via endovascular e acesso percutâneo. Trabalhamos por dentro dos vasos através duma simples punção de uma artéria e conseguimos desobstruir as artérias e tratá-las. É muito gratificante.

**Diria que esse foi um dos principais avanços na cirurgia vascular?**

Foi um avanço extraordinário. Ainda ontem operei um doente com um

aneurisma da aorta, sob anestesia local, através de uma pequena incisão na virilha que irá ter alta amanhã, três dias de internamento, e esse é hoje um procedimento de rotina que evita uma cirurgia convencional, complexa, com anestesia geral, internamento prolongado. Temos hoje meios de intervenção completamente diferentes e com igual sucesso que a cirurgia convencional.

**O que é que se pode esperar para o futuro da cirurgia vascular?**

Acho que os cirurgiões vivem um drama shakesperiano: não obstante a sua actividade interventora e invasiva, todo o seu esforço e toda a sua investigação são dirigidos contra estas próprias técnicas que usamos. O nosso objectivo é tratar medicamente e cada vez mais reduzir a intervenção invasiva da cirurgia. Penso que num futuro próximo



## read my brain: médico

conheceremos melhor as causas da doença arterial, poderemos identificar grupos populacionais de maior risco e intervir mais precocemente e eventualmente até tornar a cirurgia desnecessária.

**E quais são as principais barreiras que é preciso ultrapassar para que isso aconteça?**

Primeiro é preciso que os médicos estejam despertos para a necessidade de procura de conhecimentos novos. O grande objectivo da educação médica é ensinar a pessoa a aprender e a interessar-se pelo que é novo e não a repetir o conhecimento adquirido. Por isso, precisamos de investigação. As novas gerações têm de estar motivadas para essa dimensão da Medicina. E com o desenvolvimento tecnológico, a Genética, a imagiologia não invasiva, a intervenção

farmacológica mais sofisticada e mais dirigida será concebível, dentro de 20 anos, reduzir muito o peso da doença arterial na sociedade. Mas também é preciso que as pessoas mudem os seus comportamentos.

**E o que é que pode ser feito para educar as pessoas nesse sentido?**

É preciso educar para este problema. E devem fazê-lo as escolas: a educação para a saúde não é só educação sexual.

**Recentemente, o Estado português reduziu o teor de sal no pão, devido à incidência de problemas de hipertensão na população portuguesa. Acha que esse é o caminho? A intervenção do Estado?**

Era necessário. O Estado fez muito bem, foi uma boa medida de Saúde Pública, equivalente ao saneamento básico e à disponibilização de água

potável, mas num patamar mais elaborado. Tal como fez quando se proibiu o consumo de tabaco em locais fechados. Fumava-se nas instituições de saúde, e não era raro o médico aconselhar o doente a deixar de fumar, com o seu cigarro aceso no cinzeiro. Era inaceitável. Mas obviamente tem de haver uma acção concertada. Deve começar na Família e na Escola, as crianças devem ser educadas nas escolas para a Saúde, e para isso é preciso que os professores estejam atentos, porque a educação para a saúde pressupõe criar hábitos saudáveis de vida.

**A IF poderia ter algum papel na educação das pessoas para a doença vascular?**

A IF tem um papel muito importante no apoio à educação médica e à investigação. Sem o apoio da IF não

teria sido possível obter alguns dos desenvolvimentos que se verificaram.

**A IF é importante para incentivar a investigação mas a educação do doente não deve passar directamente por ela?**

Não. Deve ser feita pelos profissionais de saúde. A IF deve sim disponibilizar recursos para a educação das pessoas e para o desenvolvimento científico. Há na sociedade alguma desconfiança em relação à IF, por resultados desfavoráveis na acção de fármacos ou de produtos tecnológicos e escamoteamento público desses maus resultados. Os casos foram identificados e a sanção legal aplicada. Impõe-se mecanismo de regulação científica, porque é indispensável manter o dinamismo criador da IF, a qual deve fazer, também, uma reflexão sobre que caminho quer percorrer.

entrevista | Prof. Doutor Fernandes e Fernandes  
Director - Faculdade de Medicina de Lisboa | Cirurgião vascular e angiologista

## read my brain: médico

### Que caminho deve ser esse?

O que se está a passar agora com o aparecimento de centenas de genéricos é algo que me perturba; será que a qualidade é igualmente assegurada em todos? Escrevi há semanas sobre isso e é importante uma reflexão da indústria e das entidades reguladoras. Depois, há que reequacionar os objectivos prioritários e racionalizar os investimentos, não apenas para descobrir novos medicamentos, mas para efectivamente ajudar a vencer os grandes desafios de Saúde da população mundial. Era muito importante que a IF mudasse alguns dos seus planos e das suas despesas que levam à investigação de novos fármacos. E isso é de tal forma importante que o novo *chairman* da GSK, no Reino Unido, propôs a criação de um clube de patentes, onde pudesse haver uma racionalização dos recursos de investigação das diferentes

**“A IF não pode continuar neste caminho. Não pode continuar a fazer uma investigação focalizada e sectorial, deixando de lado milhões de pessoas e de problemas gravíssimos.”**

empresas, anúncio que teve impacto mundial Será que precisamos mesmo de ter mais um anti-hipertensor que faz uma pequenina diferença quando temos milhões de pessoas a morrer com malária e com outras doenças? Será que os recursos que estão a ser utilizados nessa investigação não poderiam ser disponibilizados numa perspectiva de responsabilidade social para o tratamento de doenças que afligem 2/3 da humanidade?

Vive-se cada vez mais, e a longevidade traz consigo mais necessidades de medicamentos essenciais para controlar as doenças. Mas será que essa investigação não pode ser mais partilhada e os recursos melhor administrados para que os preços ao público possam ser mais baixos e possa haver uma maior generalização dessa medicação?

### Mas cada laboratório trabalha para o seu lucro...

Não só. A crise actual oferece-nos uma oportunidade de reflexão sobre muitas coisas, entre as quais, os objectivos da actividade económica e produtiva. Os bancos e as empresas também viviam para o lucro e para a remuneração dos seus accionistas e isso levou a uma cascata de iniciativas financeiras, cada vez mais desligadas da realidade, que iam gerando lucros que permitiam as tais remunerações, numa espiral sem fim... até que se deu o colapso. A IF não pode continuar neste caminho. Não pode continuar a fazer uma investigação focalizada e sectorial, deixando de lado milhões de pessoas e de problemas gravíssimos. Existem milhões que não têm acesso aos medicamentos e não há inovação terapêutica nessas áreas, porque os recursos estão a ser concentrados apenas numa faixa da

## read my brain: médico

população mundial, que é a que pode pagar os medicamentos. Temos que olhar para o planeta como um todo – a globalização tem esse aspecto. Há uma unidade essencial do mundo que a IF e todas as actividades, desde a actividade financeira à educação, devem abraçar. E tem que haver um esforço das sociedades mais desenvolvidas de apoio àquelas que mais precisam. Porque senão cada vez mais se ampliará o fosso entre pobres e ricos, e isso não é compatível com a dignidade humana, que é um valor essencial da nossa civilização. Se continuarmos com milhões e milhões de pessoas com fome, com doenças epidémicas que não controlamos, um dia o dique reventará. É preciso haver uma mudança de paradigma. Não é só o lucro que interessa. Há valores sociais, morais, éticos, o respeito pela dignidade do Homem, o sentido de serviço colectivo, tudo isso é fundamental.

Há uma grande mudança a fazer. Acho que a própria IF de hoje reconhece esta necessidade e começa a ter iniciativas, para partilhar recursos, diminuir os custos da investigação, que são brutais, de modo a disponibilizar fármacos a um preço mais reduzido e numa maior escala, ao serviço da humanidade e não apenas dos sectores mais favorecidos.

**Enquanto cirurgião vascular, que perspectiva tem do Marketing Farmacêutico?**

Desde pequeno que convivi com os DIM. Lembro-me visitarem o meu pai e o meu tio, médicos numa cidade de província. Nessa época, era um dos veículos mais importantes, porque a divulgação de informação era mais difícil, eram escassas as iniciativas de formação, as revistas científicas tinham circulação limitada, não havia Internet. Davam, também, amostras gratuitas,

o que permitia, nessa época, proporcionar tratamento às pessoas que não tinham meios para comprar os medicamentos. E muita gente foi tratada nessas condições. Havia um sentido de serviço ao doente. Acabaram as amostras gratuitas, terá havido abusos, quem fizesse negócio. Hoje não recebo amostras gratuitas, mas recebo informação. Que não deve ser no sentido de induzir a actos ou a consumos desnecessários. Mas quando isso acontece (e nós sabemos que acontece), não posso dizer que a culpa é só de um lado. Porque quem prescreve é o médico. O médico é que tem de saber criticar aquilo o que lhe está a ser transmitido, e essa é uma responsabilidade ética de que não pode abdicar. O Marketing Farmacêutico é importante, no sentido de veicular informação, mas como toda a actividade humana, tem de ter balizas éticas.

**As regras que o Marketing Farmacêutico já tem não são suficientes?**

Acho – e esta é uma posição pessoal – que o elemento fundamental na vida é o homem, a pessoa humana, a sua capacidade de acção e de decisão e o seu sentido ético e de moral, que é, em primeiro lugar, individual. Se a pessoa não tiver ou não respeitar esses valores, não haverá nunca regras ou regulamentação suficiente. Há sempre tentações. Há situações que todos nós conhecemos que foram menos próprias. Há que saber e respeitar os limites duma intervenção ética.

Se não fosse o apoio da IF, no início da minha carreira médica não teria podido participar em congressos no estrangeiro, onde apresentei e discuti os meus trabalhos científicos nesses fóruns que são fundamentais para o

## read my brain: médico

progresso da nossa actividade, porque a instituição para a qual eu trabalhava não tinha meios financeiros para me apoiar. Mas nunca me senti forçado pela IF a fazer fosse o que fosse. Hoje, quando sou convidado a falar em congressos no estrangeiro, sei bem que a indústria é financiadora importante dessas actividades. Mas não sei sequer qual laboratório ou a empresa, que efectivamente patrocinou a minha viagem, o organizador tem o apoio de vários patrocinadores, da IF, de sociedades científicas, dos governos. Não trago nenhum crachá a dizer que fui patrocinado pela empresa x ou y. Concordo com o que os Estados fazem hoje, impedindo que haja patrocínios excessivos da IF a actividades de formação, que depois degeneravam em actividades sociais e promocionais, totalmente inadequadas. Há um grande esforço de isenção, mas sem um sentido

peço de respeito pela ética e pelos valores morais, não há regras que valham.

**Acha que a Internet veio "roubar" o lugar do DIM?**

Não é a mesma coisa. O contacto pessoal é muito importante. Além de mais, o DIM, a meu ver, deve também ter outra missão que é disponibilizar e facilitar serviços e apoio de ordem científica e técnica. E o DIM deve ter um conjunto de informações muito vasto. A formação para se ser DIM é hoje muito exigente, e acho bem. Quanto mais informadas e bem preparadas forem as pessoas, melhor podem desempenhar a sua profissão.

**E um doente bem informado é um doente melhor tratado?**

Sem dúvida. Com um doente informado posso esperar melhor empenhamento



## read my brain: médico

e ajuda, porque percebeu a doença, a razão do tratamento, o que é que tem de mudar na sua vida e que é que é importante na sua doença. Já tive um doente que chegou ao pé de mim e disse: eu sei muito mais da minha doença do que você. Era uma doença raríssima, que obviamente conhecia dos livros, mas eu tinha a obrigação de saber mais do que aquela pessoa. A desumanidade seria dizer "Cale-se. Quem sabe aqui sou eu". Obviamente que o doente é mais exigente. Quando proponho uma terapêutica a um doente digo: os objectivos são estes, informo-o dos riscos que corre, ds resultados que espero alcançar, e uso sempre dados da minha experiência pessoal, da minha realidade. Porque as minhas condições podem não ser as mesmas que uma Mayo Clinic, que o doente ficou a conhecer na Internet. Tenho de explicar as vantagens e desvantagens de

cada técnica. Tenho o dever de informar o doente com rigor, com seriedade e com isenção. E é isso que tentamos transmitir na faculdade: ensinar os alunos a respeitar os direitos da pessoa doente. E são direitos tão fundamentais como a liberdade e o direito de voto. Configuram os direitos de cidadania da pessoa doente!

**INSTITUTO CARDIOVASCULAR**

**O Instituto Cardiovascular de Lisboa de que é director, está à beira de completar 10 anos. Que balanço faz destes 10 anos?**

Faço um balanço muito positivo, creio que conseguimos os objectivos que nos propusemos: oferecer cuidados médicos de elevada qualidade com respeito pelos doentes, pelas suas necessidades e pelos seus direitos.

Desenvolvemos actividades de formação médica, com os Encontros Internacionais que organizámos, introduzimos inovação terapêutica, foi no ICVL que se realizaram os primeiros casos em Portugal de tratamento endovascular de aneurismas da aorta abdominal e torácica, fizemos investigação científica, expressa por trabalhos publicados em revistas nacionais e internacionais, por duas teses de Doutoramento, uma em Lisboa e outra na Suécia, na qual parte do material proveio do ICVL, e uma tese de mestrado em Engenharia Biomédica. Procuramos, em todas as áreas, aplicar o "state of the art" no tratamento dos nossos doentes.

É naturalmente uma instituição orientada para o diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares, mas temos outras

especialidades como Medicina Interna, Pneumologia e Cirurgia Torácica, Pediatria, Gastro-enterologia, Neurologia e temos consultores noutras áreas que nos apoiam.

**Hoje, mediante o actual panorama dos cuidados de saúde privados em Portugal, faria tudo igual?**

Nunca repetimos as mesmas coisas e o grande trunfo do homem é aprender sempre e melhorar. Se começássemos agora, os meus colegas e eu teríamos que nos adaptar às circunstâncias, mas estou convicto da razão e dos objectivos, acredito que é possível proporcionar oferta qualificada e personalizada de serviços clínicos, mesmo nas áreas mais tecnológicas, fora do serviço público de Saúde e que o direito de escolha dos doentes é fundamental.

---

**O ICVL de hoje é uma instituição diferente daquela que imaginou e ajudou a criar em 1999?**

Não, evoluiu como se esperava, cresceu, adaptou-se, renovou-se enfim, tem sido uma experiência gratificante.

---

**Os doentes que procuram hoje o ICVL são diferentes dos que procuravam há 10 anos? O que mudou?**

Há uma maior predominância de doentes com seguros de saúde e essa foi uma grande diferença em relação à realidade de há 10 anos. Continuamos com uma boa percentagem de doentes privados e prestamos serviços a vários subsistemas de Saúde.

---

**São hoje os novos hospitais privados uma ameaça a instituições como o Instituto Cardiovascular de Lisboa?**

Obviamente aumentou a concorrência, o que pode ser útil para o desenvolvimento

de novas iniciativas. Vejo esses desenvolvimentos como um estímulo ao progresso e não como uma ameaça.

---

**O ICVL sempre se regeu por oferecer a quem o procura elevados padrões técnicos e científicos. Sente que esses padrões de excelência ainda fazem a diferença junto de quem procura o Instituto Cardiovascular de Lisboa?**

Estamos seguros da qualidade do nosso trabalho, que sempre se pautou pelos mais elevados padrões científicos, profissionais e éticos, procuramos nas nossas áreas de intervenção respectivas, actuar sempre na procura da excelência profissional, e esses serão sempre os meios que usaremos para nos afirmar no meio médico e continuarmos como uma referência na Cidade. ■

**“Estamos seguros da qualidade do nosso trabalho, que sempre se pautou pelos mais elevados padrões científicos, profissionais e éticos”**

Notas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_