J. Germano de Sousa

# Desmistificar o erro

Nos tempos da mediatização, a expressão erro médico vulgarizou-se e são muitos os que hoje usam e abusam da sua utilização. A maioria das vezes sem sentido nem razão. É também muito frequente confundir-se erro médico legítimo com negligência. Erros e abusos com repercussões negativas na imagem dos médicos portugueses.

A verdade é que o erro legítimo existe. Existe no exercício da medicina como no de qualquer outra profissão. A diferença é que para outros profissionais - muitas vezes exercem sua actividade em circunstâncias bem menos difíceis - parece haver uma estranha complacência.

O conjunto de trabalhos publicados sobre o erro médico, merece reflexão e ajuda a enquadrar e a desmistificar o tema.

Recentemente um Hospital SA pretendeu alterar as regras de acessibilidade e equidade dos serviços de urgência, pretendendo fazer depender a celeridade do atendimento do facto do doente ser ou não titular de determinados seguros de saúde e que, caso o não fosse, seria relegado para mais tarde o seu atendimento, tendo os referidos beneficiários dos seguros de saúde prioridade neste. Em suma passaria a haver doentes de primeira e doentes de segunda. De imediato foi esse hospital avisado que a Ordem dos Médicos não admitiria qualquer discriminação entre doentes a não aquelas que decorressem da gravidade dos casos em apreço. Espero que nunca mais seja necessário voltar a este assunto.

A segurança dos medicamentos é um bem essencial para a população de qualquer país. Portugal não é excepção. Por isso há entidades que têm a obrigação de vigiar e garantir a qualidade desses bens. Mas a questão do medicamento não se esgota no controlo de qualidade. Acima de tudo o medicamento tem que ser prescrito por alguém a quem a sociedade cometeu a obrigação de se preparar convenientemente para esse facto. Isto é, o Médico. Assim, a Ordem dos Médicos não pactuará com qualquer acção que, sem o consentimento do médico, conduza a qualquer alteração da prescrição. Seja essa alteração resultante de qualquer texto legal, ou seja resultante de eventual prevaricação praticada por quem tem obrigação de vigiar e garantir a qualidade dos medicamentos mas que não pode nem deve pretender substituir-se ao médico.

# SUMÁRIO


3 EDITORIAL

6 INFORMAÇÃO

18 ACTUALIDADE

**I Congresso Nacional sobre Erro Médico e Negligência**
Uma organização conjunta da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Advogados, este congresso reuniu profissionais das duas Ordens num debate onde se falou sobre a complexidade da prática clínica, da relação jurídica médico-doente, da responsabilidade disciplinar, civil e penal dos médicos, etc..

26 **Conversas com peritos da Relação médico-doente**
Reportagem sobre a conferência do filósofo Michel Renaud sobre a «pertinência da bioética numa era de relativismo axiológico», realizada no âmbito do Ciclo de Conversas de Bioética, uma organização da Associação de Estudantes e do Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

32 **Tratamentos discriminatórios e desigualdades num Estado de Direito (?)**
Após reunião no dia 27 de Janeiro de 2004, o Fórum Médico realizou uma conferência de imprensa na sede da Ordem dos Médicos, onde foi lido o comunicado que ora se publica.

34 DISCIPLINA

Apresentação de três casos disciplinares ilustrativos de erro, negligência e inevitabilidade.

46 ÉTICA

**Erro Médico Evitável**

48 OPINIÃO

**Cuidados paliativos: vida e qualidade**, por Isabel Galriça Neto

50 **O rescaldo de um congresso sobre educação em cirurgia**, por Manuel Cardoso de Oliveira

52 NOTÍCIAS

53 CONSULTORIA FISCAL

54 CULTURA


## Ficha Técnica


Revista Ordem dos Médicos

Ano 20 - N.º 42 - Janeiro 2004

PROPRIEDADE:

CELOM

**Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda.**
SEDE: Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa

**Redacção, Produção e Serviços de Publicidade:**
Av. Almirante Reis, 242 - 2.º Esq.º
1000-057 LISBOA
Tel. 218 437 750
Fax. 218 437 751

**Director:**
J. Germano de Sousa

**Directores-Adjuntos:**
Miguel Leão
António Reis Marques
Pedro Nunes

**Redactores Principais:**
Miguel Guimarães,
Rui Nogueira, J. Gil de Morais

**Directora Executiva:** Paula Fortunato

**Dep. Editorial:**
Paula Fortunato
Miguel Reis

**Dep. Comercial**:
Helena Pereira

**Dep. Financeiro**:
Maria João Pacheco

**Dep. Gráfico**:
CELOM

**Capa de**: Carlos Rodrigues

**Impressão:**
SOGAPAL, Sociedade Gráfica da Paiã, SA
Av.ª dos Cavaleiros 35-35A – Carnaxide

**Inscrição no ICS:** 108374
**Depósito Legal**: 7421/85
**Preço Avulso**: 1,6 Euros
**Periodicidade**: Mensal
**Tiragem**: 32.000 exemplares
(11 números anuais)

# Novas Cédulas Profissionais

A Ordem dos Médicos vai, após um processo administrativo moroso, emitir as novas Cédulas Profissionais. Estava previsto tê-lo feito na sequência imediata do "censo", o que não foi possível em virtude de ter havido Colegas que ainda não responderam ao mesmo, o que impossibilitou a conclusão célere de todo este processo administrativo. Entre os que responderam ao censo, em muitos casos faltam fotografias actualizadas e algumas assinaturas clínicas.

Para que a emissão das novas cédulas seja exequível, e possam, assim, os Colegas ter um documento de identificação enquanto médicos, documento esse que pretendemos que seja imprescindível à nossa identificação enquanto profissionais, deverão os Colegas preencher e assinar o impresso distribuído para esse efeito, pela Secção Regional respectiva, e colar no impresso uma fotografia actualizada, elementos que servirão para a emissão da nova Cédula Profissional.

Pedimos a colaboração de todos os Colegas no sentido de tornar este processo de emissão das novas Cédulas Profissionais, que com certeza concordarão ser, além de necessário, profícuo, o mais ágil possível, remetendo para isso os referidos impressos nos envelopes distribuídos para esse efeito.

# Desfibrilhação automática externa por não médicos

**O Conselho Nacional Executivo de 25.11.2003, deliberou mandatar os elementos da actual Comissão de Avaliação para Admissão por Consenso na Competência em Emergência Médica, para elaboração de documento normativo que regulamentará a prática da desfibrilhação automática externa por não médicos. Na proposta aprovada pelo CNE pode ler-se:**

O desenvolvimento do conhecimento médico na área da Medicina de Emergência, no que concerne à prática da Ressuscitação Cardio-pulmonar (RCP), aconselha que deva ser utilizada a desfibrilhação precoce nas situações de paragem cardio-respiratória (PCR) com ritmos desfibrilháveis. A importância desta atitude que permite salvar vidas está consignada no conceito de Cadeia de Sobrevivência. No âmbito da RCP, sabe-se que fora do hospital a maior parte das situações de PCR acontecem por fibrilhação ventricular (FV) e esta só pode ser tratada com desfibrilhação eléctrica. Em Portugal a desfibrilhação é entendida como um acto médico e como tal só pode ser realizada por médicos. Isto dificulta a acessibilidade, não permitindo que, em tempo útil, um cidadão que sofra paragem cardíaca por FV possa ser rapidamente desfibrilhado. Em muitos países a prática de desfibrilhação por não médicos está implementada, com a possibilidade da sua utilização quer por cidadãos treinados e enquadrados em projecto colectivo devidamente monitorizado e auditado (por exemplo nos locais de trabalho), quer por técnicos de emergência, tripulantes de ambulância, bombeiros, polícias, etc.; ou seja por quem testemunha e/ou socorre em primeiro lugar. Nestes casos recorre-se à utilização de desfibrilhadores automáticos externos (DAE). Sabe-se também que a possibilidade de sobrevivência em situações de PCR por FV diminui 7 a 10% por cada minuto que passa o que quer dizer que ao fim de 5 minutos se o indivíduo não for desfibrilhado a probabilidade de sobreviver é de cerca de 50% e ao fim de 10 minutos a mortalidade pode ser de 100%. Por isso a importância da desfibrilhação efectuada precocemente e em tempo considerado útil. Na maior parte das vezes não é possível e exequível, por mais rápido que seja o tempo de resposta, ter um médico e um desfibrilhador junto a um cidadão em PCR por FV em tempo considerado vital, dadas as dificuldades conhecidas. Desde 2000 que a OM tem vindo a ser solicitada por entidades como o Conselho Português de Ressuscitação e a Sociedade Portuguesa de Cardiologia para tomar posição sobre a utilização de DAE por não médicos. A utilização de desfibrilhação automática externa por não médicos, em Portugal, fora de um contexto organizativo estruturado e sem controlo médico pode vir a ser uma realidade com os riscos e prejuízos inerentes a práticas menos qualificadas, por pessoas sem formação ou, porventura, deficiente formação. Por isso, e de acordo com o «estado da arte» nesta matéria, propõe-se que sendo a prática da desfibrilhação em Portugal um acto médico, no caso da desfibrilhação automática externa possa ser delegada a sua utilização em não médicos desde que:

- enquadrada em organização que normalmente responda a situações de emergência (Bombeiros, INEM, Polícia) e onde exista um médico responsável com reconhecida experiência nesta área;
- a necessária formação seja supervisionada por médicos;
- só sejam utilizados DAE quando a desfibrilhação seja efectuada por não médicos;
- existam registos de todas as utilizações dos DAE e que estes possuam características que permitam ulterior análise desses registos;
- que haja permanente controlo de qualidade do que se faz.

# "É uma honra para es

**Nos dias 16 e 28 de Janeiro realizaram-se, respectivamente, o Juramento de Hipócrates e a Recepção aos Novos Colegas da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos. Duas cerimónias que marcam a entrada oficial dos jovens médicos na profissão e na Ordem dos Médicos.**

A sessão solene em que os Colegas recém chegados à profissão, pertencentes à Secção Regional do Sul (SRS) da Ordem dos Médicos (OM), reafirmaram o Juramento de Hipócrates teve lugar no dia 16 de Janeiro. Presentes estiveram Germano de Sousa, Presidente da Ordem dos Médicos (OM), Jacinto Simões, Presidente da Mesa da Assembleia Regional da SRS da OM, Pedro Nunes, Presidente do Conselho Regional do Sul (CRS) da OM, José Luís Gomes e Hernani Pinharanda, vicepresidentes do CRS da OM, Isabel Caixeiro, Secretária Adjunta do CRS da OM, José Esteves, Vogal do CRS da OM, João Paulo Almeida e Sousa, VicePresidente do Conselho Regional do Centro da OM, entre muitos outros ilustres convidados, nomeadamente alguns colegas das secções distritais, como sejam Machado Luciano, Presidente da Mesa de Assembleia Distrital e Fonseca Ferreira, Presidente do Conselho Distrital, ambos do Distrito Médico de Setúbal. Foram dirigidas palavras de incentivo e de boas vindas aos novos Colegas, tendo sido também referido por Pedro Nunes que o caminho a percorrer não é isento de dificuldades, especialmente tendo em conta que vivemos num mundo orientado pelos valores materiais, mas que o retorno pessoal inerente ao exercício da medicina é, em termos éticos, compensador: «Há algo de comum a todos nós: este sentido de dedicação a um conjunto de valores que estão consignados num código que vão ter a oportunidade de ler (...), a que chamamos ética médica». Nas palavras que dirigiu aos jovens colegas, Pedro Nunes falou do «enorme prazer que foi sempre admitir novos médicos, sentir que iríamos ser continuados – os mesmos espíritos, nos mesmos defeitos, nas mesmas qualidades, com a mesma vontade de fazer coisas bem feitas». Num discurso emocionado, em que Pedro Nunes não pôde deixar de referir a situação que opôs alguns médicos internos ao director do internato do Hospital Curry Cabral, explicando que a

Ordem dos Médicos teve que intervir, para resolver «o problema de cinco colegas nossos e vossos que foram impedidos por um director de hospital – infelizmente médico – de iniciarem o seu internato com toda a tranquilidade que é de esperar. (...) Considero que quando se trata de questões de prepotência ser médico é uma agravante». O Presidente do Conselho Regional do Sul da OM terminou a sua intervenção deixando ainda o apelo de que estes médicos recém chegados à profissão façam viver o Juramento de Hipócrates na sua verdadeira acepção: «Quando hoje aqui lerem este juramento, (...) jurem para dentro de vós que aceitam ser parte de uma cadeia infindável de gente que será diferente, que aceitam que os valores da sociedade em que vivem se subordinam aos valores de uma universalidade que é transportada neste papel, ao longo de séculos». Os mais de duzentos novos médicos presentes no auditório principal da Fundação Calouste Gulbenkian receberam ainda as palavras de incentivo de Germano de Sousa: «Ireis pertencer a um grupo que desde sempre se dedicou a cuidar dos outros e isso basta para sentirmonos realizados e honrados». Durante esta cerimónia actuou a Tuna da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Como «complemento» desta cerimónia, a SRS organizou, à semelhança dos anos anteriores, a recepção aos novos colegas, no dia 28 de Janeiro, um evento onde se pretende transmitir aos jovens médicos a noção de que a Ordem dos Médicos é

# ta casa receber-vos”

também, e desde já, a sua casa. Uma casa pronta a apoiá-los e a ajudá-los mas que, para isso, necessita do seu envolvimento.
Nesta cerimónia de recepção estiveram presentes Hernani Pinharanda, em representação de Pedro Nunes, que não pôde estar presente em virtude de compromissos profissionais inadiáveis, Isabel Caixeiro e Francisco Madail Rosa (Vogal do CRS da OM).
«Boa noite colegas. É uma honra para esta casa receber-vos. Todos os anos temos o prazer de fazer esta reunião que representa a vossa entrada oficial nesta casa, que é tão nossa como vossa», foi com estas palavras que Hernani Pinharanda iniciou o seu discurso de boas vindas, no qual explicou que o objectivo desta recepção é permitir aos novos Colegas ambientarem-se e perceberem a orgânica da Ordem dos Médicos. Hernani Pinharanda terminou a sua intervenção desejando as melhores felicidades pessoais e profissionais aos Colegas, alertando-os que «nem tudo são rosas» mas que com empenho «certamente vão ser dos melhores entre nós», passando em seguida a palavra a Isabel Caixeiro.
Referindo o prazer e satisfação que sente ao ver entrar os novos Colegas, Isabel Caixeiro apontou a importância crescente dos médicos terem a consciência de quem são, onde é que se posicionam e de saberem o que podem esperar ou exigir enquanto profissionais. «Espero que esta apresentação vos ajude de alguma maneira a ter esse conhecimento». Uma apresentação que começou por uma análise relativamente ao número de médicos existentes, sua distribuição por faixas etárias, por sexo e por especialidades, e que serviu de mote para Isabel Caixeiro referir um dos problemas que os serviços de saúde poderão ter que enfrentar em breve: a falta de recursos humanos na área médica. «A grande percentagem de médicos situa-se na faixa etária entre os 46 e os 50 anos. E são eles que sustentam o Serviço Nacional de Saúde. E quando for a altura da reforma destes médicos?»
Porque e importante conhecer o passado para olhar para o futuro, a Secretária Adjunta do CRS referiu um pouco da história da Ordem dos Médicos, passando depois a uma análise das atribuições da OM (a nível disciplinar, de registo, etc.). Sem querer pormenorizar, Isabel Caixeiro não quis deixar de referir as finalidades essenciais da Ordem: «defender a ética, a deontologia, a qualificação profissional dos médicos e também defender os direitos dos doentes. E esta é uma área importante porque, por vezes, a Ordem é encarada como uma organização corporativa que defende apenas os direitos e os interesses dos médicos e isso não é verdade. A Ordem dos Médicos está sempre interessada na defesa dos direitos dos doentes e na saúde da população em geral». Explicando aos novos colegas a estrutura da Ordem dos Médicos e como a mesma é composta por órgãos deliberativos, executivos, consultivos, fiscalizadores e disciplinares, foi feita uma especial referência aos colégios da especialidade e à sua estrutura, bem como ao Conselho Nacional do Médico Interno, por dizer directamente respeito aos recém licenciados em medicina. Foram ainda explicados os quatro campos de actuação mais frequente da Ordem: o campo político, ético, do exercício técnico e o disciplinar.
Isabel Caixeiro tentou transmitir aos presentes nesta recepção que a Ordem precisa da sua participação para que possa ter uma actuação importante e

que seja reconhecida. Após alertar para o programa de formação proporcionado pela SRS da OM, Isabel Caixeiro concluiu a sua intervenção explicando aos novos Colegas quais as organizações médicas internacionais onde Portugal está representado, qual a sua estrutura e forma de actuação e a importância que a nossa presença tem para conhecer a realidade dos outros países e para através desse conhecimento sabermos exactamente onde é que nos posicionamos.
Das organizações referidas, a que despertou maior interesse dos jovens médicos foi a PWG, o grupo permanente de trabalho dos jovens médicos, por razões óbvias, tendo as suas dúvidas sido prontamente esclarecidas.
Neste encontro foi entregue aos novos Colegas uma resenha de legislação médica, em suporte electrónico, que inclui, nomeadamente, o Estatuto da Ordem dos Médicos, o Estatuto Disciplinar, o Código Deontológico, a legislação em vigor relativa aos internatos e alguns pareceres. Este CD foi elaborado pelo Departamento Jurídico da Secção Regional do Sul.

# «É na defesa do doente que o médico se realiza»

**A sessão solene em que os jovens licenciados em medicina da Secção Regional do Centro fizeram o Juramento de Hipócrates teve lugar no dia 24 de Janeiro e foi presidida por Germano de Sousa, Bastonário da Ordem dos Médicos. Uma cerimónia marcada pelas preocupações que atravessam a actualidade médica em Portugal mas também pela emoção e orgulho inerentes à recepção dos novos Colegas.**

Presentes estiveram também Castro e Sousa, Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Medicina e representante do Reitor da Universidade de Coimbra, Meliço Silvestre, Presidente da Comissão da Luta Contra a SIDA, Fernando Andrade, Presidente da ARS do Centro, Nuno Freitas, representante do Presidente da Câmara de Coimbra, Palmira Pedro, representante do Governador Civil de Coimbra, Miguel Leão, Presidente do Conselho Regional do Norte, José Luís Gomes, representante do Conselho Regional do Sul, Nascimento Costa, Presidente do Conselho de Administração dos Hospitais Universitários de Coimbra e, como convidados, João Vasco Ribeiro, em representação da Fundação Bissaya Barreto, António Veiga e Moura, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra, José Morgado, Presidente do Conselho de Administração do Hospital Sobral Cid, e João Pimentel Lavrador, em representação do Bispo de Coimbra.

Reis Marques, Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, deu as boas vindas aos jo-

vens licenciados, mas não sem os alertar para as batalhas que terão que enfrentar ao longo do seu percurso profissional, em defesa dos doentes e dos valores humanistas e dos princípios éticos inseparáveis do exercício da medicina. Referindo-se ao Juramento de Hipócrates como um acto com uma forte vertente social, «com o sublinhar dos valores humanistas» e que «é a afirmação do homem na sua plenitude, a defesa do primado do ser social em detrimento da cultura individualista, o sublinhar de uma postura solidária em contraponto ao personalismo egoísta», Reis Marques dilucidou que, neste mundo dominado pelas regras do mercantilismo, «é de assinalar que os profissionais da medicina afirmem uma dimensão fundamentalmente ética». Referindo as dificuldades do Serviço Nacional de Saúde e a necessidade de modernização do mesmo, Reis Marques não quis deixar de assinalar as suas virtudes referindo que o S.N.S. tem «atributos como um maior controlo democrático e o não ser promotor de lucros monetários» e que, apesar de reconhecer o papel importante da iniciativa privada, não se pode privilegiá-la «à custa do S.N.S.». O Presidente do Conselho Regional do Centro da O.M. terminou a sua intervenção deixando alguns conselhos aos novos Colegas: «Os vossos grandes aliados têm de ser a competência, a disponibilidade, a humanidade, a relação com os vossos doentes. São estes os vectores fundamentais do vosso sucesso e neles têm de fundamentar a autêntica provedoria do doente, em que cada um de vós deve transformar o exercício profissional. É na defesa do doente, como dizem os princípios hipocráticos, que o médico se realiza. (...) Não esperem honrarias ou grandes proventos. Se têm a ideia que se enriquece a fazer medicina, desiludam-se. Se pensaram alguma vez que como médicos eram as pessoas mais importantes nos hospitais e centros de saúde, estavam enganados. Mas prometo uma certeza: vão exercer a profissão mais bonita do mundo».

# Discriminação de doentes no

## Conferência de Imprensa do CRN da Ordem dos Médicos

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

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

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

4 - Na verdade, são violadas:

- a alínea a) do nº 3 do Artigo 64º da Constituição da Republica: «Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação»
- o nº 6 da Base XII da Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto): «O controlo de qualidade de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência».
- a alínea d) da Base XXIV da Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto): «O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas geográficas, e quaisquer outras no acesso aos cuidados»
- o espírito e a letra do Decreto-Lei 309/2003, de 10 de Dezembro, que criou a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), designadamente:

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

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

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

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

## Ofício dirigido ao Director Clínico do Grupo Hospitalar do Alto Minho

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

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

# Hospital de Viana do Castelo

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

## Ofício dirigido ao Senhor Ministro da Saúde

Senhor Ministro da Saúde
Excelência
Apreciadas as declarações do Presidente do Conselho de Administração do Grupo Hospitalar do Alto Minho, ao Jornal Expresso, de 20 de Dezembro, («temos que criar as condições para que o segurado seja atendido mais rapidamente e não seja misturado com os doentes do SNS, porque isso pode criar transtorno e defraudar as expectativas das seguradoras» e «Os doentes do SNS representam 90% da actividade. O objectivo é reduzir o peso do SNS, aumentando o peso dos outros. E isso pode fazer-se conseguindo acordos com seguradoras, como fonte alternativa de financiamento») vem o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos requerer a Vossa Ex.ª que accione a intervenção da Entidade Reguladora da Saúde, com vista ao cumprimento da alínea a) do nº1 e da alínea d) do nº 2 do artigo 25º do Decreto-Lei 309/2003, de 10 de Dezembro.
Com os melhores cumprimentos
O Presidente do Conselho Regional
(Dr. Miguel Leão)

## Ofício dirigido ao Senhor Provedor de Justiça

Ex.mo Senhor
Provedor de Justiça
Com vista à superior intervenção de Vossa Ex.ª, vem o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos levar ao seu conhecimento as declarações do Presidente do Conselho de Administração do Grupo Hospitalar do Alto Minha, reproduzidas no Jornal Expresso, do dia 20 de Dezembro e que a seguir se transcrevem: (...)
Tendo em conta que o Centro Hospitalar do Alto Minho S.A, no qual se inclui o Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo, está integrado no Serviço Nacional de Saúde (nº 2 do artigo 2º do Decreto-Lei nº 295/2002 de 11 de Setembro), a aplicação das medidas anunciadas pelo Presidente do CA do Hospital de Santa Luzia prefigura violação objectiva de disposições constitucionais e legais, designadamente as seguintes:
- a alínea a) do nº 3 do Artigo 64º da Constituição da Republica: «Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação»
- o nº 6 da Base XII da Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto): «O controlo de qualidade de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência».
- a alínea d) da Base XXIV da Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto): «O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas geográficas, e quaisquer outras no acesso aos cuidados»
- o espírito e a letra do Decreto-Lei 309/2003, de 10 de Dezembro, que criou a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), designadamente:
- a alínea a) do nº 1 do artigo 25º: «São objectivos da actividade reguladora da ERS, em geral: Assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde»
- a alínea d) do nº2 do artigo 25º: «Prevenir e punir práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde».
O Conselho Regional do Norte agradece antecipadamente a intervenção que Vossa Ex.ª tiver por adequada e apresenta-lhe os nossos melhores cumprimentos.
O Presidente do Conselho Regional
(Dr. Miguel Leão)

## Ofício dirigido a Sua Excelência o Senhor Presidente da República

Ex.mo Senhor
Chefe da Casa Civil de Sua Excelência o Senhor Presidente da República
Tendo em consideração as preocupações legítima e reiteradamente expressas por Sua Excelência o Senhor Presidente da República relativamente aos novos modelos de gestão hospitalar (nas quais o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos se revê) e que motivaram a promulgação da legislação referente à Entidade Reguladora da Saúde, tomo a liberdade de, previamente à respectiva divulgação pública, levar ao conhecimento de Sua Excelência o Senhor Presidente da República, através dos bons ofícios de Vossa Ex.ª, o texto da Conferência de Imprensa relativo à discriminação de doentes no Hospital de Viana do Castelo que a seguir se transcreve:
(texto reproduzido acima com a epígrafe «Conferência de Imprensa do CRN da Ordem dos Médicos»)
Rogo-lhe que transmita a Sua Excelência o Senhor Presidente da República os nossos mais respeitosos cumprimentos e os votos de um feliz ano de 2004, os quais são extensivos a Vossa Ex.ª.
O Presidente do Conselho Regional do Norte
(Dr. Miguel Leão)

# Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde

## Serviço de Urgência da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia

Ex.mo (a) Colega:
Tendo chegado ao conhecimento do Conselho Regional do Norte vários documentos e informações circunstanciadas relativamente ao funcionamento da urgência da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde vem este Conselho lembrar a Vossa Ex.ª:
1 - O CRN reafirma os princípios enunciados na carta oportunamente dirigida ao Ex.mo(a) Colega e que a seguir se transcreve: (carta publicada na página 15 da edição de Dezembro, sob a epígrafe «Ruptura da assistência hospitalar a grávidas».
2 - Tornando aqueles princípios mais claros importa destacar que um médico que actue reiteradamente à revelia das regras da boa prática (definidas pela Ordem dos Médicos) está a assumir, directa e pessoalmente, a responsabilidade pelas consequências dos actos que pratica. Exemplificando com um caso prático, um médico que aceite praticar actos próprios da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia à revelia das normas aprovadas (e que constam da carta acima identificada) deve ficar ciente que não poderá contar com o apoio da Ordem dos Médicos em situações de litígio médico-legal resultantes da sua prática. Deve ficar ainda absolutamente ciente que a Ordem dos Médicos será forçada, ainda que a contra gosto, a reconhecer junto das instâncias judiciais a má prática desses médicos e a suscitar, evidentemente, as acções disciplinares adequadas à punição de actos que violem o estado da arte.
3 - Acresce ainda que, se, por hipótese, se vier a comprovar que os casos de não cumprimento das regras de boa prática obedecem a um padrão específico de comportamento (como seja o de parturientes sistemática e previamente observadas em ambulatório serem sistematicamente referenciadas, por e/ou para um determinado médico, para o serviço de urgência do hospital onde este exerce funções), estarão criadas as condições para que se especule sobre a dignidade do comportamento dos médicos envolvidos. Compreenderá o Ex.mo (a) Colega que estas situações (ainda que hipotéticas) podem criar especulações mediáticas ou até motivar, fundadamente, a intervenção disciplinar da Inspecção-geral dos Serviços de Saúde e/ou da Ordem dos Médicos.
Com os melhores cumprimentos
O Presidente do Conselho Regional
(Dr. Miguel Leão)

# Realização de consultas médicas por via telefónica

## Esclarecimento enviado aos médicos relativamente às suas implicações deontológicas, disciplinares e penais

Assunto: Consultas médicas por via telefónica

Ex. mo (a) Colega:
O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos tem vindo a receber informações díspares, mais ou menos fundamentadas, da existência de actividades promocionais, mais ou menos organizadas, de várias entidades, com vista ao aliciamento de médicos para a realização de consultas por via telefónica. Aquelas actividades promocionais poderão estar a ser fundamentadas em alguns protocolos (de duvidosa legalidade) e a angariação de médicos para tais práticas pode revestir-se quer da oferta de créditos em dinheiro através de chamadas de valor acrescentado, quer através de créditos em chamadas telefónicas, quer ainda através da oferta de telemóveis mediante a celebração de contratos de permanência para a sua utilização.
Sem prejuízo das conclusões que vierem a constar dos pareceres já solicitados à Procuradoria Geral da República e à Direcção Geral das Contribuições e Impostos, o CRN da Ordem dos Médicos leva ao seu conhecimento que:
1 - O Conselho Nacional Executivo aprovou, em 13 de Março de 2001, uma deliberação referente a «Aconselhamento Telefónico» cujo aspecto essencial se transcreve: «Assim, uma opinião expressa pelo telefone a propósito de uma descrição de sintomas feita pelo próprio doente ou por quem o representa, sem prévia observação do doente, não corresponde a um acto médico e como tal não envolve responsabilidade civil ou criminal do médico».
2 - No mesmo sentido, deliberou o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médico, em 30 de Setembro de 2003, atendendo a um parecer do

Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas que: «o aconselhamento médico por chamadas telefónicas não pode ser considerado um acto médico e, portanto, não é susceptível de qualquer tipo de cobrança».

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

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

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

Com os melhores cumprimentos
O Presidente do Conselho Regional
(Dr. Miguel Leão)
Porto, 5 de Janeiro de 2004

# Criação de novas faculdades de medicina

## Ofício dirigido ao Presidente do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos

Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# I Congresso Nacional sobre

O I Congresso Nacional sobre Erro Médico, Negligência e Respectivas Responsabilidades, organizado pela Ordem dos Médicos e pela Ordem dos Advogados, juntou na Universidade Católica, nos dias 12 e 13 de Dezembro, profissionais das duas Ordens num debate que todos os presentes consideraram profícuo e que deixou em aberto a necessidade de realizar outros encontros sobre este tema.

A primeira intervenção ficou a cargo de Germano de Sousa, bastonário da Ordem dos Médicos (OM) que referiu que um dos objectivos que originou a ideia de organizar este congresso foi «servir ainda melhor a sociedade portuguesa». Referindo que o «ancoradouro moral da profissão passou a ser vigiado e que, gradualmente, os médicos passaram a ser responsabilizados», o bastonário referiu a importância de, em questões tão complexas e, por vezes, tão difíceis de compreender como estas, «os profissionais de comunicação ouvirem e compreenderem bem os médicos para transmitirem correctamente a informação». Recusando as acusações de corporativismo, Germano de Sousa explicitou que «o que interessa acima de tudo aos médicos é a opinião de quem confia em nós, dos doentes. Queremos ser justos e não pretendemos proteger ninguém. Os Conselhos Regionais de Disciplina e o Conselho Nacional de Disciplina exercem as suas funções com total isenção. A ideia de protecção interpares desapareceu há muito tempo e é assim que deve ser. Prova disso é que tem havido um aumento das participações contra médicos, precisamente porque se verifica um merecido relançar da confiança no desempenho da OM. Este congresso e mais uma prova de que somos actuantes e que queremos ser justos e os meus votos são de que possamos em breve assistir ao II Congresso Nacional Sobre o Erro Médico, Negligência e Respectivas Responsabilidades».

Pela Ordem dos Advogados (OA) a apresentação do congresso foi efectuada por António Osório de Castro, antigo bastonário da OA que explicou a utilidade de um encontro como este: «como distinguir o erro da negligência e quais os riscos e as incertezas aceitáveis, são apenas algumas das questões em que poderá ser útil para o médico conhecer o ponto de vista legal. Advogados e magistrados, por seu lado, têm também que saber lidar com estas questões de responsabilidade médica. Profissionais de ambas as Or-

# Erro Médico e Negligência

dens, associações de doentes, etc., todos têm uma palavra útil a dizer quanto às questões que serão tratadas durante este congresso. Só me resta secundar os votos do Senhor Bastonário da OM de que se realize o II Congresso».

## Complexidade da prática clínica: incerteza e risco

António Vaz Carneiro, director do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa, definiu a sua apresentação como «uma tentativa de sensibilizar as pessoas para a complexidade da actividade que nós, médicos, exercemos». Se, como foi referido, há 80 anos atrás a prática médica era relativamente clara, «com o desenvolvimento exponencial da medicina, tudo se tornou mais difícil: as modalidades terapêuticas e os testes de diagnóstico tornaram-se mais complexos, a prática clínica alterou-se e surgiram novos conceitos. Os médicos têm que ter em conta diversos factores: um médico adopta uma decisão clínica influenciado por três universos que irão contribuir para que o resultado seja melhor ou pior: relação com os doentes, universo da evolução cientifica e universo dos constrangimentos (como por exemplo custos, financiamento, legislação, políticas em vigor, etc.)». Analisando as formas de lidar com o risco, António Vaz Carneiro referiu a medição do risco, a gestão do risco e a comunicação do risco ao doente. A propósito desta última forma de lidar com o risco, explicitou que não é fácil para os doentes apreenderem o que se lhes tenta explicar: «a percepção do risco por parte do médico é diferente, a informação fornecida é muito desigual e a percepção do risco por parte dos doentes é muito variável. Como é que eu explico ao meu doente um risco de 1/10000 se a apreensão destes dados numéricos é tão difícil?».

Relativamente à incerteza, como parte da complexidade da prática clínica, foi referida como elemento preponderante dessa complexidade a incerteza na definição da doença, «pois uma grande parte da prática clínica baseia-se em doentes que não têm doenças graves com sintomas bem definidos», a par das doenças assintomáticas, da existência de sintomas não explicados medicamente, etc. Quando se junta a estas situações específicas, uma tecnologia médica muito avançada («que nem sempre facilita a vida dos médicos»), uma certa dose de subjectividade na interpretação de exames auxiliares («cada médico pode ter uma análise diferente dos sinais e da avaliação dos sintomas») e a incerteza na selecção terapêutica («para cada doença existem inúmeras potenciais alternativas terapêuticas, medicamentosas e técnicas»), não podemos negar que a incerteza é intrínseca à prática clínica. Mas a que é que se deve a incerteza na avaliação dos resultados? António Vaz Carneiro referiu como causas dessa incerteza inerente a variação individual da resposta, a eventual raridade relativa da doença, os resultados variáveis de cada técnico específico, a insuficiência de estudos («não há tempo necessário de *follow-up*, os estudos custam muito dinheiro e devem durar entre 5 e 10 anos») e a dificuldade de análise dos subgrupos. Explicando que a competência clínica não é facilmente avaliável, «pois é complexa e não pode ser reduzida a meia dúzia de *clichés*, é arriscada e incerta», este interveniente concluiu referindo que, apesar da redução da incerteza nunca ser suficiente, naturalmente que «o médico tenta sempre reduzir o acaso nas suas acções».

## Relação jurídica médico-doente

João Vaz Rodrigues, advogado, referiu na sua intervenção algumas situações que podem gerar responsabilização do médico e os deveres que estão subjacentes à relação jurídica médico-doente. Citando exemplos práticos de fácil apreensão, começou por definir o dever de informação e as suas implicações e mencionou a obrigatoriedade de explicar ao doente quais as suas opções terapêuticas, e de aceitar que a última palavra é sempre do paciente: «a relação que se estabelece entre o médico e o paciente é tendencialmente vertical pois o médico insere palavras que o doente não percebe porque não tem conhecimentos suficientes. O médico dá menos informação porque acha que não precisa de dar mais. Mas esta relação tem que ser, hoje em dia, horizontal, em virtude de um conjunto de direitos que estão legalmente garantidos». Para João Vaz Rodrigues o dever mais importante de um médico é o de informar: o doente tem o direito a ser esclarecido «e ao médico o que se impõe é que informe com suficiência e simplicidade». Segundo explicou, os padrões de informação do médico têm que ser avaliados de forma casuística. «Não estamos a falar do padrão médico, nem do padrão do doente médio. Tem que ser o padrão do doente concreto». Como deveres do doente foram citados o dever de informar, de colaborar e de seguir a terapêutica prescrita.

Referindo-se ao consentimento expresso, por oposição a consentimento tácito ou presumido («o médico tem o dever de presumir que o doente quer ser tratado e melhorar»), o palestrante explicou que o mesmo pode ser oral (testemunhado e/ou confirmado) ou documentado. Sendo esta última a forma de consentimento que naturalmente prefere, este advogado dilucidou que um consentimento escrito, de preferência pelo doente, «é o melhor porque faz reflectir». Após referir que a falta ou deficiência da informação fornecida pelo médico inquina o consentimento do doente, numa alusão evidente à necessidade de obter um consentimento esclarecido, João Vaz Rodrigues concluiu referindo exemplos de casos tipificados de consentimento escrito obrigatório (diagnóstico pré-natal, cessação voluntária da gravidez, esterilização, transplantes, etc.).

### Conceito clínico de erro médico

Com uma alusão à certificação e à recertificação como «sistemas que absorvem o erro», João Lobo Antunes deu início à sua intervenção sobre o conceito clínico de erro médico. Se antigamente a medicina era «simples, ineficaz e razoavelmente inócua», nos nossos dias é «complexa, eficaz e potencialmente perigosa»; Neste contexto surge a destrinça entre erro activo e erro latente: o primeiro ocorre ao nível do operador, da linha da frente, e o efeito adverso é imediato (por ex. cortar uma artéria), o segundo não depende do controlo directo do operador (por exemplo: instalação incorrecta, manutenção inadequada, gestão errada, organização com estrutura deficiente, etc.).

As razões relativas à dificuldade em lidar com o erro são, para este orador, essencialmente de índole cultural: «o objectivo é a prática sem erro; consideramos o erro como uma falha de carácter. Os médicos não discutem os seus erros o que tem um impacto profissional e pessoal negativo».

Ao nível do diagnóstico, podemos distinguir o erro sem culpa («caso de uma doença silenciosa ou nova, da falta de cooperação do doente, etc.»), o erro do sistema («falha técnica, como por exemplo a falta de equipamento, falha organizacional, como é o caso da supervisão ineficaz, etc.») e o erro cognitivo («ignorância, não obtenção de dados, etc.»). Quanto ao tratamento, João Lobo Antunes classifica os erros da seguinte forma:

- erro na realização de operação ou procedimento diagnóstico;
- erro na administração de tratamento;
- atraso evitável no tratamento;
- tratamento inapropriado.

«Os erros são inevitáveis mas são tratáveis e, para isso, tem que se abordar a questão sem preconceitos», afirma João Lobo Antunes, antes de acrescentar: «devia haver uma declaração obrigatória e publicitação dos erros para que os mesmos não voltassem a acontecer». Na prevenção do erro refere como importante a melhoria de questões como o horário de trabalho, a definição e atribuição de responsabilidades, a discriminação de tarefas e o *stress*, acrescentando que é necessário melhorar o acesso à informação «e desconfiar da memória», recorrendo a protocolos e modelos informáticos de decisão. Para o controlo de risco cita a necessidade de o revelar, prevenir, absorver, institucionalizar a segurança e a recertificação. Referindo-se à abordagem filosófica do erro, concluiu: «o conhecimento avança pela correcção de doutrinas erradas. Somos todos falíveis. Para evitar o erro é preciso reconhecer essa falibilidade. Devemos contudo ser tolerantes pois os erros escondem-se, por vezes, nas teorias mais consagradas. Em ciência esconder os erros é um pecado mortal. A solução é procurar os erros e investigá-los com uma atitude crítica racional.» Já na fase de debate, ao falar-se do exemplo da prática clínica nos Estados Unidos, João Lobo Antunes definiu-a como opressiva, por causa do excesso de litigância (dando como exemplo o facto de na Flórida não exis-

tirem especialistas em obstetrícia por causa desse factor) e foi também referido o perigo de incorrermos numa «medicina receosa», isto é, aquela em que o médico não faz a intervenção porque é muito arriscada, o que consubstancia um dos perigos da excessiva legalização do sistema.

## Erro médico, negligência e efeito adverso inesperado

Três realidades muito distintas, erro médico, negligência e efeito adverso inesperado, foram destrinçadas num debate moderado por Maria do Céu Machado e que contou com a participação de Pedro Ponce, pela Ordem dos Médicos, e de João Vaz Rodrigues, pela Ordem dos Advogados. Pedro Ponce iniciou a sua intervenção fornecendo alguns exemplos estatísticos de como o erro médico é frequente e relevante, referindo que «o erro médico é mais importante e mais frequente do que a negligência». Segundo um inquérito nacional dirigido ao público e aos médicos pela Harvard School of Public Health que foi citado, o erro médico tem como causas a falta de enfermeiros, excesso de trabalho e fadiga e a influência exercida pelas seguradoras sobre as decisões tomadas. Desse mesmo inquérito extrai-se a informação de que para os médicos a comunicação do erro deve ser confidencial, enquanto que para o público essa comunicação devia ser amplamente divulgada. Dos dados deste estudo anglo-saxónico retira-se que as causas de erro mais apontadas são a ignorância, a confiança excessiva na memória, equipas sem elementos suficientes, excesso de horas de trabalho e falta de supervisão, entre outras. Sobre os sistemas de relatório obrigatório dos erros, Pedro Ponce referiu considerar que os mesmos são ineficazes pois originam a tentativa de ocultação em virtude da exposição pública negativa e do receio da litigância. Considerando que o cumprimento rigoroso da *legis artis* implicaria que os médicos entrassem em greve de zelo, Pedro Ponce concluiu afirmando que não existe uma maneira segura e sem erros de se exercer a medicina, não se podendo criar a falsa expectativa de que se conseguirá eliminar completamente os erros. «A medicina defensiva é cara, perigosa e má para o doente e para o médico. Para introduzir medidas de redução de erro, é necessário introduzir custos crescentes no sistema: estaremos todos dispostos a pagar por isso?».

Do ponto de vista humano é, de facto impossível uma eliminação completa dos erros, tal como explicou muito bem João Vaz Rodrigues, na sua intervenção: «Onde é que está esse homem que não se esquece de nada, que nunca se atrasa, que não tem dúvidas, lapsos, hiatos, que nunca se engana? Esse homem não existe!». Não concordando que se «defenda» que a prática médica nem sempre cumpre a *legis artis*, «pois isso implicaria responsabilidade civil e/ou criminal e originaria mais processos jurídicos», este interlocutor explicou que ao médico o que se exige é uma obrigação de meios e não de resultados: «o médico deve empregar toda a sua diligência para que o paciente recupere as suas condições físico-psíquicas prévias ou, pelo menos, para aliviar os seus padecimentos. Para que a intervenção médica não integre um crime de ofensas à integridade física, terá que visar um intuito terapêutico e respeitar a *leges artis* – conforme artigo 150.º do Código Penal». E quando a finalidade não é terapêutica, como no caso da cirurgia estética? «Com ou sem intuito terapêutico, a intervenção tem sempre que ser precedida de consentimento esclarecido», sendo que no caso das intervenções sem fins terapêuticos a regra é a obrigação de resultado (e não de meios). Em seguida, este advogado explicou que há erro médico que não coincide com negligência, «resulta da avaliação, da qualificação, da determinação, e da intervenção do agente médico que respeita os meios disponíveis e as opções possíveis, ditadas pelos recursos existentes e pelos conhecimentos atingidos pela ciência médica», e erro médico que coincide com a negligência, «a negligência resulta do desrespeito pelos deveres de cuidado e de diligência de que se é capaz e a que se está obrigado em cada actuação». Quanto ao leque de alternativas viáveis, esse pertence, naturalmente, «ao foro exclusivo da independência e da autonomia técnico-científica do médico» (desde que se obtenha sempre o consentimento necessário). Mas nem todos os erros médicos assumem relevância para o Direito: o que tem relevância jurídica é, mais do que o erro, a causa do erro. «os erros que interessam ao Direito são os que decorrem do desprezo pela *leges artis*, pela vida, pela autodeterminação, pela liberdade, pela dignidade, pela integridade físico-psíquica, etc.». Durante o debate que se seguiu às duas intervenções supracitadas, Maria do Céu Machado referiu que o interesse dos médicos são os doentes e os seus direitos, direitos esses que considera que são muitas vezes postos em causa pela actuação de alguns jornalistas, «a má notícia é sempre notícia». Referindo-se ao ponto de vista dos doentes e dos seus familiares, a moderadora dilucidou que «a morte deixou de ser uma coisa natural. O doente estava óptimo, isto é, vivo, e agora está morto». A dificuldade de lidar com esta visão dos factos foi reforçada por Pedro Ponce: «para os doentes, as estatísticas não querem dizer nada: se lhes acontece um efeito adverso a percentagem de ocorrência é, para eles, de 100%, se não acontece, é de 0%».

# Responsabilidade dos médicos

Moderado por António Osório de Castro, o debate sobre responsabilidade disciplinar teve como intervenientes, Pedro Nunes, em representação da Ordem dos Médicos, e Paulo Sancho, em representação da Ordem dos Advogados. Referindo que os médicos estão sujeitos a vários níveis de responsabilidade, Pedro Nunes realçou a responsabilidade ética como «a responsabilidade que mais deve sensibilizar os médicos, que corresponde à responsabilidade perante eles próprios e perante os seus pares». Num contexto em que a definição de ética oscila entre dois pólos, conceito de agir como é correcto e o conceito de agir em consonância com determinados valores, este orador referiu a satisfação pessoal que se obtém ao agir de acordo com valores: «a procura de valores é estruturante e gratificante». Nessa demanda é necessário reflectir sobre os conceitos éticos que a própria evolução bio-tecnológica tem posto em causa e procurar uma identidade para o conjunto de valores que dela resulte, uma identidade nem sempre fácil de atingir, dados os circunstancialismos sociais, históricos e até geográficos com que se depara. Ao contrário da moral, onde encontramos subjacente um conceito social, na ética os valores são assumidos «sem ser por obrigação social, sem que nada seja imposto pela sociedade», através da escolha livre dos sujeitos. «A reflexão ética nasce das dúvidas e das incertezas, mas tem que ser pragmática, tem que entrar no dia-a-dia do médico.» Através da explicitação de alguns dos princípios da bioética efectuada por Pedro Nunes, podemos facilmente concluir que são esses valores que estão, de alguma forma, transpostos quer para a lei penal e civil, quer para o código deontológico:

- «O princípio da beneficência prende-se com a obrigatoriedade do profissional de saúde promover sempre o bem do doente e nele se fundamenta a regra da confidencialidade»;
- «O princípio da maleficência implica não infligir qualquer mal, o que inclui uma ponderação de necessidade, isto é, ponderar o benefício perante o mal que se provoca»;
- «O princípio da justiça corresponde ao tratamento de todos os doentes de igual modo»;
- «O princípio do respeito pela autonomia afirma a capacidade que a pessoa tem de se autodeterminar e impõe a regra da veracidade como condição mínima».

Desde a Grécia antiga que a concepção de medicina está intimamente ligada à moral e à ética, o que naturalmente se justifica pelo facto do ser humano doente atingir nesse estado o máximo da sua fragilidade. Esta debilidade momentânea da pessoa doente faz com que facilmente seja ludibriada por indivíduos sem preparação. Um problema que se agrava quando não há regulação do acto médico, conforme explicou Pedro Nunes.

Paulo Sancho, advogado e consultor jurídico da Ordem dos Médicos, desde 1985, falou durante a sua intervenção especificamente sobre o erro médico/negligência e respectivas responsabilidades disciplinares.

Na sua exposição começou por referir os deveres gerais do clínico na vertente estritamente deontológica e na perspectiva do médico enquanto funcionário público ou trabalhador por conta de outrem.

Quanto à primeira, focou basicamente os deveres de independência, de qualidade no exercício do acto médico, de respeito por qualificações e competências, de esclarecimento e consentimento no tratamento.

Na abordagem aos deveres do médico enquanto funcionário, agente administrativo ou trabalhador por conta de outrem, ressaltou o dever de zelo, como aquele que sustenta a maioria dos casos de responsabilização por "negligência médica". Dever de zelo esse que definiu como a obrigação do funcionário exercer as suas atribuições com eficiência e correcção procurando, para tanto, instruir-se no conhecimento das normas legais regulamentares do serviço e das instruções dos seus superiores hierárquicos e aperfeiçoar a sua preparação técnica e métodos de trabalho.

O consultor jurídico da Ordem assinalou também ser normal a responsabilização simultânea do médico perante a Ordem e uma das outras jurisdições disciplinares, designadamente junto da Inspecção Geral da Saúde.

Paulo Sancho elencou, de seguida, as sanções disciplinares próprias de cada uma das jurisdições explicando, com base na natureza teleológica das normas, a razão das suas diferenças.

Com intuito de dar a conhecer quer a médicos, quer a advogados a forma como se tratam as questões disciplinares no âmbito da Ordem, foi, então, feita uma breve resenha da tramitação prática do processo.

Foram explicadas a utilidade e funções das instâncias informais de controlo, designadamente o Gabinete do Doente, como um meio de dirimir conflitos, por via arbitral, em questões sem relevância deontológica ou disciplinar, pois muitas vezes o que acontece é apenas falta de comunicação entre o médico e o doente. Estas instâncias têm, assim, o intuito de aproximar o doente do médico, por via da Ordem.

A par do Gabinete do Doente, o Presidente da OM, os Conselhos Regionais e os Conselhos Distritais são também instâncias informais de controlo que têm vindo gradual e sistematicamente a desenvolver um relevante papel na concertação informal de "conflitos" entre pacientes e médicos.

Não obstante e quando não se consegue uma solução consensual, quer por vontade das partes, quer pela gravidade e consequências da situação não restará senão recorrer às instâncias formais de controlo previstas no Estatuto Disciplinar dos Médicos, ou seja, aos Conselhos Disciplinares Regionais e, em sede de recurso, ao Conselho Nacional de Disciplina.

Paulo Sancho passou então a referir a tramitação processual, desde do momento da participação à decisão disciplinar do Conselho Disciplinar Regional, referindo as hipóteses de recurso para Conselho Nacional de Disciplina e para os tribunais administrativos. Fez, também, uma breve alusão aos três processos especiais existentes (inquérito, revisão e reabilitação). No que se refere às penas aplicadas no âmbito do processo disciplinar da Ordem, a saber, a advertência, a censura, a suspensão até cinco anos e a expulsão, o referido consultor jurídico explicou que a graduação das mesmas é efectuada «em função da culpa, tendo em conta as circunstâncias do caso, os antecedentes profissionais e disciplinares e as consequências da infracção».

Não obstante, assinalou a tipologia das penas explicando fundamentalmente que a suspensão só é aplicável quando houver violação de quaisquer deveres consagrados em lei ou no Código Deontológico e que visem a protecção da vida, da saúde, do bem estar ou da dignidade das pessoas. Uma violação deontológica só será susceptível de enquadramento para aplicação de uma pena de expulsão quando tenha sido cometida infracção que constitua crime punível com pena de prisão superior a 3 anos, quando se verifique incompetência profissional notória, com perigo para a saúde dos pacientes ou da comunidade ou quando ocorra encobrimento ou participação na violação de direitos da personalidade dos doentes.

Como informação prática importante Paulo Sancho chamou a atenção para a possibilidade de, quer o médico, quer o doente (ou seus familiares) terem a virtualidade de requererem todos os meios de prova em direito admissíveis e designadamente um meio especialmente diferenciado e relevante sob o ponto de vista técnico – o parecer do Colégio da (s) especialidade (s) envolvido (s) na questão concreta.

Estes pareceres consubstanciam uma mais valia significativa para a apreciação da conduta do médico por representarem uma opinião técnica reforçadamente sustentada, em virtude de serem o resultado de um debate e de um consenso entre os cinco ou dez médicos especialistas que compõem a direcção de um colégio.

Para terminar a sua intervenção, Paulo Sancho apresentou algumas estatísticas do Conselho Disciplinar Regional do Sul, relativas a participações disciplinares por eventual má prática médica ou comportamento incorrecto do médico.

Aproveitou, neste particular, para agradecer a imprescindível colaboração de Francisco Freire de Andrade, Presidente do aludido Conselho Disciplinar, sem o qual não teria sido possível ter a percepção desta realidade.

Os dados diziam respeito aos processos entrados entre 1 de Janeiro e 1 de Outubro de 2003 e não pressupunham qualquer juízo de valor já que haviam sido classificados exclusivamente com base na alegação do próprio participante.

Na caracterização por participante surgem em primeiro lugar o doente ou familiar do mesmo e em segundo lugar, contrariando a ideia que algumas pessoas ainda têm da protecção interpares, as participações efectuadas por órgãos da Ordem dos Médicos.

Dos elementos fornecidos pelo CDR do Sul constata-se um crescimento exponencial das queixas por erro e negligência e que o maior número de participações recebidas na OM estão relacionadas com actos praticados nas urgências dos hospitais públicos e nas consultas dos Centros de Saúde.

Em termos de especialidades, a Medicina Geral e Familiar é a que mais vezes é alvo de participações.

Na fase de debate, em que alguns interlocutores fizeram alusão à necessidade de formação contínua dos médicos, Pedro Nunes não quis deixar de referir que, apesar de ser muito importante melhorar sempre as percentagens de possíveis erros, em Portugal pratica-se boa medicina, «a Organização Mundial de Saúde colocou-nos em 12º lugar enquanto que a Inglaterra, que e o modelo que nós seguimos, ficou em 18º. Em termos globais temos uma boa assistência».

# Responsabilidade Civil e Penal

Álvaro Dias e Germano Marques da Silva foram os dois advogados que dissertaram sobre a responsabilidade civil e penal, respectivamente. O primeiro interlocutor foi Álvaro Dias que explicitou que a particularidade da responsabilida-

de civil e ser sub-rogável, «pois podemos nos fazer substituir por outrém na nossa responsabilidade; o profissional médico pode endossar à entidade seguradora a responsabilidade em que possa vir a incorrer». No seu entender, esta que é a grande vantagem da responsabilidade civil, «não tem sido aproveitada pelos médicos pois não fazem o seu seguro de responsabilidade civil». Defensor da institucionalização de centros de arbitragem para a resolução de casos de responsabilidade civil dos médicos, eventualmente fiscalizados pela OM, pelo Ministério da Saúde, e outras entidades, Álvaro Dias classificaria essa evolução como mais um passo numa «cidadania consciente». Acusando a massificação de «quebrar a sacralidade da relação médico-doente», este advogado considera que é nessa realidade que reside o fundamento principal das acções de responsabilidade civil, numa sociedade que considera de «grande conflitualidade». «Exige-se dos médicos, tal como de todos os outros profissionais liberais, uma especial preparação, têm que começar todos os dias a profissão do zero, isto é, sempre com o mesmo grau de profissionalismo, empenho, prudência, vigilância crítica, etc.».

Germano Marques da Silva trouxe ao debate as questões da responsabilidade penal, nomeadamente aquelas que em termos jurídicos não estão 'bem resolvidas': a responsabilidade pela divisão do trabalho em equipa e a responsabilidade das instituições - «cada vez é menos relevante o problema da responsabilidade individual. Na avaliação da culpa do profissional deve aferir-se as condições e circunstâncias concretas em que o mesmo pode exercer a sua actividade». A este propósito Germano de Sousa, bastonário da OM, referiu que os médicos devem denunciar as situações em que não tenham condições para exercer a sua profissão.

A culpa funcional ou estrutural da organização começa a ser uma realidade incontornável.

João Correia, da Ordem dos Advogados, após referir que «por regra, encontram-se profissionais diligentes, criteriosos e capazes de suprir as deficiências dos serviços» e que, por vezes, «os órgãos de comunicação social fazem uma abordagem grosseira das questões, pois nem sempre há negligência, e não chamam à responsabilidade as instituições», convidou a assistência a acompanhá-lo através da descrição de dois casos concretos e a fazer uma análise dos mesmos. Perante os dados dos casos concretos, em que num o circunstancialismo externo era adverso pois dizia respeito a uma intervenção cirúrgica realizada por dois internos, sem a presença do chefe de equipa e sem enfermeiro instrumentista, e outro reconduzia-se a uma situação de responsabilidade colectiva da equipa com erro de diagnóstico, conclui-se que o aforismo popular «cada cabeça sua sentença» é aqui aplicável: as situações eram, naturalmente, de fronteira e se para alguns dos presentes no congresso estes casos se reconduziam a má prática médica, para outros a solução não seria assim tão simples. Nesta fase foi debatido o confronto entre os princípios bioéticos de autonomia do doente, maleficência e beneficência, no contexto do privilégio médico ou terapêutico, um privilégio que permite intervenções de urgência independentemente de informação ou consentimento. A propósito dos constrangimentos e dos circunstancialismos adversos, António Vaz Carneiro afirmou: «a medicina é uma profissão arriscada e eu, como médico, aceito esse risco e considero que todos devemos ter essa consciência. Actuo com diligência mas se, posteriormente, tiver que responder civilmente aceito esse facto. Não tenciono mudar de profissão. Uma das nossas angústias em medicina é precisamente o facto de sabermos casos de pessoas que são tratadas de uma forma menos boa e que obtém resultados excelentes, enquanto que outros doentes tratados de forma exemplar têm resultados péssimos». Reconhecendo que os tribunais não estão preparados para resolver estes casos e que a *leges artis* não se pode definir sem ter em conta o tempo, o lugar e o modo que a determinam, os conferencistas presentes concordaram que o recurso a tribunais arbitrais, rigorosos e isentos, seria uma boa solução.

# Conversas com peritos da relação médico-doente

O filósofo belga Michel Renaud foi o primeiro interlocutor do Ciclo de Conversas de Bioética organizado pela Associação de Estudantes e pelo Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico ambos da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Numa conversa em que a assistência, na sua maioria composta por professores e estudantes de medicina, participou activamente, Michel Renaud dissertou sobre a actualidade da ética, a relatividade dos valores e sobre questões específicas da bioética.

«No entanto, aquilo que é verdadeiramente inquietante não é o facto de o mundo se tornar cada vez mais técnico. Muito mais inquietante é o facto de o homem não estar preparado para esta transformação do mundo, é o facto de nós ainda não conseguirmos, através do pensamento que medita, lidar adequadamente com aquilo que, nesta era está realmente a emergir.» - é com este pensamento de Heidegger que é apresentado o Ciclo de Conversas de Bioética que vai decorrer até ao final do ano na Faculdade de Ciências Médicas. A introdução da primeira conversa, intitulada «Pertinência da Bioética numa era de relativismo axiológico», que teve lugar no dia 7 de Janeiro, ficou a cargo de Esperança Pina, director do Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico que, após cumprimentar e agradecer o apoio do reitor da Universidade Nova, Leopoldo Guimarães, e do director da Faculdade de Ciências Médicas, António Rendas, dirigiu algumas palavras aos membros da Associação de Estudantes mais directamente envolvidos na organização deste ciclo, Nuno Ferreira e Alexandre Santos, elogiando o desenvolvimento deste projecto que «junta num ciclo de conversas os grandes peritos da relação médico-doente». Michel Renaud foi apresentado por Esperança Pina como um «grande filósofo contemporâneo» explicitando que, apesar do tema de prelecção ser muito complexo, a clareza de discurso deste interlocutor permitiria uma fácil compreensão das suas ideias. Ainda antes do início da conferência, o representante da associação de estudantes não quis deixar de referir os apoios essenciais para que este Ciclo de Conversas fosse possível: «não queríamos deixar de agradecer ao Senhor Reitor, ao Senhor Director, ao Professor Esperança Pina e também ao Professor Luís Archer, que foram pessoas que nos deram todo o seu apoio desde o início deste projecto, sem os quais não teria sido possível realizar este evento. Recebemos outro tipo de apoios, nomeadamente da Ordem dos Médicos, na pessoa do Dr. Pedro Nunes, e da Fundação Calouste Gulbenkian, também apoios fundamentais para que pudéssemos estar hoje aqui».

Michel Renaud, que ao longo dos anos tem dado conferências, emitido pareceres e elaborado projectos de lei que receberam de Esperança Pina o epíteto de «brilhantíssimos», iniciou a sua intervenção explicando que a razão pela qual a ética está, neste momento, na linha da frente dos debates, prende-se com os problemas que surgem à medida que a ciência e a tecnologia avançam. Numa área onde o debate mais profundo é relativamente recente (até porque os próprios Conselhos Nacionais de Ética são realidades com poucas décadas de existência e «o próprio termo bioética data só de 1970»), e onde os valores éticos levam, por vezes um século até se implementarem, mas onde, em contraponto, a evolução científica, aliada às novas tecnologias, tem sido rápida e prolífica, é inevitável o surgimento de conflitos éticos que requerem reflexão, facto que se consubstancia na actualidade desta temática.

Sobre as questões específicas da bioética, e mais precisamente da parte da ética médica, o orador explicou que, dada a sua especificidade, os filósofos não conseguem responder sozinhos a

todos os problemas que se colocam. A bioética em sentido lato engloba, além da ética medica, outras realidades como a ética ambiental e da demografia, por exemplo. Neste sentido, a bioética centra-se em todos os problemas que surgem na vida humana. Por vezes há alguma dificuldade em definir os parâmetros exactos para compreender a bioética, tendo Michel Renauld relatado, a título de exemplo dessa dificuldade, a perplexidade do representante do Conselho Nacional de Ética francês ao saber que estavam a ser discutidas no nosso Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde as questões relacionadas com a interrupção voluntária da gravidez, pois, como referiu o representante do conselho de ética francês, «mas esse não é um problema cientifico».

## Ética vivencial, sociologia ética e ética teórica

Conforme explicou Michel Renauld existem três níveis de ética: o mais básico, que se refere à ética vivencial, ou a chamada vivência ética, e que corresponde ao comportamento ético e às avaliações que cada um faz dos comportamentos dos outros, mesmo sem estudar a ética; a um outro nível, a sociologia ética, que consiste em descrever o comportamento ético de uma determinada comunidade - «de que é exemplo, o livro do Instituto de Ciências Sociais de Lisboa, datado de 1997, que é uma descrição sociológica, intitulado 'Comportamentos e Valores dos Jovens Portugueses', onde se analisa os comportamentos, não para dizer se são bons ou maus, apenas para dizer como é que se comportam esses jovens»; e um terceiro nível que corresponde à ética teórica ou filosófica «que é o que se tenta fazer no Conselho Nacional de Ética e que é o nível onde nos devemos debruçar sobre a análise qualitativa dos comportamentos». Uma distinção nem sempre muito fácil de apreender e que gera, por vezes, confusão entre os vários níveis de ética.

## Valores éticos: relativos ou absolutos?

Sobre a relatividade ou não dos valores éticos, o filósofo belga esclareceu que considera que são ao mesmo tempo relativos e absolutos, «não na mesma perspectiva, pois isso seria uma contradição intrínseca». Se, por um lado, todos os valores éticos são relativos, porque o nosso contexto cultural assenta sobre comportamentos relativos, baseados em valores transitórios. «todos os grandes valores éticos são datados: os direitos do Homem, enquanto valores éticos, por exemplo, datam da Revolução Francesa e da declaração do dia 10 de Dezembro de 1948. Podemos sempre situar as datas em que surgiram novos valores». Neste sentido todos os valores são datados e são relativos ao contexto cultural que os fez surgir. «Mas se analisarmos os grandes valores éticos, não do ponto de vista histórico, mas do ponto de vista do seu conteúdo, podemos dizer que são definitivos, absolutos, que valem por si próprios, independentemente do contexto cultural em que emergiram. A dignidade do ser humano, por exemplo, é hoje em dia um valor definitivo e absoluto que já não precisa de qualquer referência ao contexto cultural em que surgiu.» Como explicitou Michel Renauld, estamos aqui na presença de um valor que tem uma existência própria, independentemente do direito legislado. Mas ser um valor absoluto não significa ser aceite por todas as culturas, pois nem todas evoluem em termos éticos à mesma velocidade, «o valor pode não ser aceite de facto. Muitas pessoas não aceitam os valores que nós consideramos absolutos». O que torna estes valores absolutos e definitivos é que «se recuássemos em relação a eles, e isso é sempre possível, significaria uma perda muito grave, um recuo em humanidade». Ser definitivo não significa, portanto, que ser um valor definitivamente aceite, mas antes ter «uma riqueza definitivamente ligada à nossa compreensão de humanidade do ser humano».

Ao falar da tolerância enquanto um dos valores absolutos recentes, o filósofo alertou para a necessidade de não considerar que ser absoluto é não ter limites para a aplicação do referido valor: «em relação à tolerância o limite é o intolerável! O intolerável é o anti-valor absoluto. A escravatura é intolerável». Isto é, o valor é absoluto no sentido de que está desligado do seu contexto de emergência cultural e não por não ter limites.

A questão da dignidade humana e da tolerância são de fundamental relevância para a bioética: «Em primeiro lugar a dignidade do ser humano, em bioética, traduz-se pela recusa de instrumentalização do ser humano. A instrumentalização do ser humano é o grande princípio negativo que temos que evitar: por exemplo, hoje em dia, quando o Reino Unido aceita, do ponto de vista legal, que se fabriquem embriões humanos para investigação cientifica, então será que os laboratórios que o fazem respeitam a humanidade do ser humano no princípio da sua vida, ou será que instrumentalizam a vida humana em benefício da ciência? Claro que há benefícios para a ciência: a investigação sobre o embrião

pode fazer progredir mais rapidamente a medicina. Será que o custo disso é também uma certa instrumentalização da vida humana, o que se opõe à dignidade do ser humano? Essa é a questão actualmente em debate. Temos aqui um campo enorme de análise ética sobre a investigação e a medicina actuais.» E qual é o campo de aplicação bioético da tolerância? «É o campo da discussão plural. O que caracteriza a ética no nível teórico é um facto relativamente novo: as decisões são tomadas em equipa e não individualmente. Os vários membros da equipa poderão não estar todos de acordo. Então como vamos gerir os conflitos no seio das equipas que têm que tomar uma decisão única quando se trata, por exemplo, de reanimar um paciente? Há um novo modo de encarar a tolerância de forma a chegar a um consenso, mas tolerância que não significa aceitação de tudo».

## A fragilidade da ética

Michel Renauld concluiu a sua intervenção analisando a questão da fragilidade da ética, fragilidade essa que o filósofo caracteriza pela ausência de punição para a respectiva infracção. A falta de aplicação de castigos pode corresponder, como explicou, a uma aparente fragilidade. «A fragilidade ética faz ao mesmo tempo a sua riqueza e a sua pobreza, a sua beleza e a sua limitação.» A violação dos valores éticos acarreta algo muito pior para o indivíduo do que um mero castigo: a auto-degradação é o elevado preço a pagar pelos comportamentos não éticos. «Um ser pouco ético vive a sua humanidade de um modo degradado e a degradação é o pior dos castigos.» Tendo em conta que a ética é algo que não se pode impor a ninguém, a não ser a nós próprios («não posso obrigar ninguém a ser ético, isso depende da liberdade de cada um»), a falta ética faz com que estejamos, acima de tudo, em falta connosco e não com os outros, e a isso corresponde a auto-degradação. «É por isso que o combate dos valores é tão difícil: os valores a que chamei definitivos são, por princípio, vividos por minorias. As elites éticas são sempre minoritárias, mas são elas que fazem progredir a ética.» Mas quando Michel Renauld utiliza o termo elite não se refere a uma elite de privilegiados pois, como explicou já na fase de debate, «estas elites têm que aceitar o peso de serem minoritárias e têm que ter consciência que vão continuar a sê-lo durante muito tempo. É preciso resistir à tentação de 'baixar os braços'. Esta postura exige uma espécie de fé ética nos novos valores, pois eles acabarão por triunfar. Mas será sempre através de um processo muito lento... Temos que aceitar perder a nível ético, enquanto minoria, para favorecer a humanidade.»

## Pensamentos soltos

**Da fase final, em que decorreu o debate com a assistência, escolhemos excertos de algumas respostas do filósofo Michel Renauld que nos pareceram de grande relevância e que passamos a transcrever:**

«Os referendos não fazem a ética, os referendos fazem política, ajudam a encontrar as soluções possíveis.»

«A ética não se faz a partir de uma contagem de votos. Isso seria confundir ética com política.»

«O Governo, a Ordem dos Médicos e os médicos têm que reflectir: quando me recuso a fazer uma interrupção voluntária da gravidez, que apoio vou dar a essa pessoa?»

«A relação entre um médico e um doente não é uma relação de procura e oferta. Há pedidos aos quais não se pode dar uma resposta positiva.»

«A pior coisa que pode acontecer é um médico relacionar-se com um doente na base da oferta e da procura.»

«Um pedido de eutanásia é, muitas vezes, um pedido de assistência e quando há esta intersubjectividade a maior parte dos pedidos desaparecem.»

«É preciso dar motivos às pessoas para quererem viver.»

«Não tratar não é praticar eutanásia, é deixar a vida seguir o seu curso. Ninguém é eticamente obrigado a recorrer a todos os tratamentos possíveis.»

«É preciso ter uma forte convicção para aceitar o risco do diálogo. Não aceitar o diálogo é sinónimo de fraqueza e de intolerância.»

«O único meio de acabar com as intransigências num diálogo é ouvir o outro e estar disposto a aprender algo sobre nós através da mediação do outro.»

# Tratamentos discriminatórios e desigualdades num Es

Após reunião no dia 27 de Janeiro de 2004, o Fórum Médico realizou uma conferência de imprensa na biblioteca da sede da Ordem dos Médicos (OM) onde foi lido o comunicado que ora se publica.
Após a leitura do mesmo, a Ordem, associações e sindicatos representados no Fórum Médico responderam às questões colocadas pelos muitos jornalistas presentes.

A conferência de imprensa realizada no dia 27 de Janeiro contou com a presença de Germano de Sousa, Presidente da Ordem dos Médicos, Mário Jorge, Presidente da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública, Armando Gonçalves, Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos da Carreira Hospitalar, Luís Pisco, Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG), Merlinde Madureira, Presidente da Federação Nacional dos Médicos, António Alvim, da Associação dos Médicos de Família Independentes e Carlos Arroz do Sindicato Independente dos Médicos.
Colocada a questão sobre as disparidades de tratamento entre o pagamento das dividas aos médicos e a outros credores, foi explicitado por Germano de Sousa que «as dívidas de todos os operadores são pagas sem qualquer remuneração, com excepção da ANF». Luís Pisco esclareceu o ponto do comunicado referente à «degradação dos centros de saúde», afirmando a sua satisfação pelo reconhecimento, ainda que tardio, pelo Ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, da notória falta de médicos de família, o que faz perigar a eficiência dos cuidados primários: «o Ministro da Saúde já reconheceu que um milhão de portugueses não tem médico de família». Este representante da APMCG acrescentou que para a desorganização dos centros de saúde está também a contribuir uma certa instabilidade, resultante da falta de nomeação dos directores dessas unidades e do «desconhecimento das intenções do Senhor Ministro, em relação a essa questão». Uma situação que lhe parece mais grave, num ano em que o Governo estabeleceu que seria «o ano dos resultados ao nível dos cuidados primários». Carlos Arroz, em resposta à interpelação dos jornalistas sobre a gestão dos centros de saúde, referiu a sua perplexidade perante o facto do Ministro da Saúde nunca prever que essa gestão possa ser efectuada pelos próprios médicos, «apesar dessa situação estar prevista na lei de bases», uma solução de gestão que para este interlocutor seria necessariamente mais produtiva. Ainda sobre estas questões, António Alvim alertou que «não bastam declarações de intenção, é preciso efectivamente fazer

algo de concreto. Têm sido de facto apresentadas propostas de grupos de médicos em relação à gestão mas os processos não avançam». Armando Gonçalves falou sobre os perigos que corre o exercício da medicina com qualidade, em virtude da ausência de legislação sobre o ensino pós-graduado («algo fundamental para que a eficiência dos médicos continue a ser boa como sempre foi»), e não quis deixar de realçar «a situação inadmissível de existirem doentes de primeira e de segunda, lesando-se inclusivamente direitos sociais constitucionalmente garantidos. A Ordem, as Associações e os Sindicatos não estão contra as mudanças desde que as mesmas sejam para melhorar e agilizar os serviços de saúde. Estamos todos pela defesa dos cidadãos». Germano de Sousa referiu como «inaceitável» a violação do princípio da justiça distributiva, claramente presente nas discriminações preconizadas pelos Hospitais SA, acrescentando que «a Ordem dos Médicos não pode aceitar que haja diferenças de tratamento dos doentes ba-

# tado de Direito (?)

seadas em questões económicas». Germano de Sousa mostrou-se confiante em relação à atitude dos médicos concluindo: «tenho a certeza que nenhum médico actuará dessa maneira». Nesta fase da conferência, os representantes do Fórum Médico fizeram um apelo aos médicos no sentido de defenderem a Constituição da República Portuguesa e de denunciarem todas as situações de discriminação de que tenham conhecimento. Enquanto Mário Jorge salientava a «terrível desresponsabilização do Estado, que foge à sua obrigação de zelar pela saúde dos portugueses», Merlinde Madureira referiu as preocupações destas organizações representativas dos médicos em relação ao futuro «quer dos profissionais, quer da saúde das populações», acrescentando que a criação dos

Hospitais S.A. poderá ter sido uma forma de «abrir a porta à privatização dos mesmos».

Nesta conferência foi ainda expressada uma forte preocupação em relação ao perigo emergente para o exercício da profissão de forma independente que é um resultado provável destas medidas governamentais, tendo os intervenientes concordado que «em colaboração com os representantes dos médicos, Associações, Sindicatos e Ordem, é possível encontrar soluções e melhorar o sistema de saúde».

## Comunicado Fórum Médico

As Organizações Médicas abaixo designadas, reunidas em 27 de Janeiro de 2004 em Fórum Médico para avaliação da actual situação da Saúde em Portugal, consideram:

- Importante reafirmar a unidade e consenso na defesa das Carreiras Médicas, na sua imprescindibilidade na diferenciação técnica como mecanismo da garantia da qualidade dos cuidados médicos prestados aos cidadãos, bem como na sua implementação transversal independentemente do prestador de Cuidados de Saúde e das relações jurídicas de emprego;
- Manifestar a sua clara oposição à discriminação no atendimento dos doentes nos Hospitais, S.A. em função da capacidade económica de cada cidadão, violando direitos constitucionais de Saúde dos Portugueses;
- A sua incredibilidade com a destruição de um Serviço Nacional de Saúde, internacionalmente aceite como eficaz, efectivo e produtivo, sem comparação com qualquer outro serviço público, e com a sua futura privatização;
- Serem intransigentes na defesa do Acto Médico, em que se enquadra a Receita Médica, não permitindo a arbitrária substituição pelos farmacêuticos das prescrições médicas;
- Ser seu direito exigir igual tratamento das dividas aos médicos, ao concedido a outros credores do Ministério da Saúde, nomeadamente a Associação Nacional de Farmácias;
- Manifestar a sua preocupação com a desorganização dos Centros de Saúde e a perda da sua identidade orgânica e autonomia funcional;
- Estar preocupadas com a degradação dos Centros de saúde e dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente com a progressiva degradação dos recursos humanos médicos, e que o DL 60/2003 não acautela nem resolve;
- Indispensável respeitar o direito à negociação da Contratação Colectiva que enquadre e legitime legalmente os Contratos Individuais de Trabalho;
- Fundamental a negociação efectiva de Regime de Incentivos nas Unidades de Saúde do Sistema Nacional de Saúde, com salvaguarda dos graus das Carreiras e da liberdade de exercício profissional;
- Estar disponíveis para a gestão de Unidades de Saúde, mediante Contratos-Programa, e pelo direitos de opção de gestão em face da sua eventual entrega a outras entidades;
- Ser intransigentes na defesa da independência técnica e cientifica do Exercício da Medicina;

*Ordem dos Médicos*
*Federação Nacional de Médicos*
*Associação Portuguesa dos Médicos da Carreira Hospitalar*
*Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública*
*Sindicato Independente dos Médicos*
*Associação dos Médicos de Família Independentes*
*Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral*

**Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos**

# Negligência, Erro ou Inevitabilidade ?

**Maria José Cardoso**
*Presidente do Conselho Disciplinar SRN*

**Ao aceder, como solicitado, a apresentar processos disciplinares que ilustrassem a dificuldade de, em casos limite, classificar os procedimentos médicos como negligência ou erro, impor-se-iam algumas considerações prévias, das quais nos abstemos dado o escrito, neste número, em vários artigos.**
**Não podemos, no entanto, deixar de dizer: negligência, erro ou inevitabilidade?**

**RELATÓRIO FINAL**

**1.** O presente processo disciplinar foi instaurado ao Ex.mo. Senhor Dr. ..., já devidamente identificado nos autos, na sequência de participação do Ex.mo. Senhor Director Geral da Saúde, datada de ....

**2.** A participação anexava uma exposição dirigida à Senhora Ministra da Saúde, datada de ..., subscrita pelo Ex.mo. Senhor ....., na qual eram alegados os seguintes factos:

2.1. No dia..., por volta das 16:00 horas, o Senhor ... dirigiu-se ao Centro de Saúde de ..., uma vez que estava a sentir dores nas costas e bastante falta de ar.

2.2. Foi atendido imediatamente pelo Senhor Dr. ... que, sem o auscultar, sem lhe medir a tensão arterial nem a febre, lhe receitou Primperan comprimidos, Muscopas e Zithromax.

2.3. Regressou à sua habitação, tomou a medicação receitada e, por volta das 15:00 horas do dia seguinte, teve que regressar à Urgência do Centro de Saúde de ..., uma vez que a sua vida corria perigo.

2.4. Foi atendido pelo Senhor Dr. ..., que o auscultou e, verificando que o seu estado de saúde carecia de cuidados especiais, chamou imediatamente uma ambulância, que o transportou até ao Hospital de ...

2.5.Aí foi-lhe diagnosticada uma pneumonia bilateral quando o seu problema era um Enfarte Antero-Septal. Lutou contra a morte e hoje, se está vivo, agradece aos bons profissionais que felizmente ainda os há.

2.6. Pretende alertar para os maus serviços que presta no Centro de Saúde de ... o Senhor Dr. ... Além de ser um mau profissional, demonstra pouca serenidade e pouca simpatia.

**3.** A exposição do Senhor ... anexava uma Nota de Alta, datada de ..., do Serviço de Cardiologia do Hospital de..., na qual, de relevante, na história clínica, há a referir que, no dia..., iniciou subitamente um quadro de dispneia, tosse e dor epigrástica, tendo recorrido ao Serviço de Urgência, onde ficou internado com diagnóstico de pneumonia bilateral; foi, entretanto, diagnosticado um quadro de enfarte Antero - septal.

**4.** Recebida a participação, foi dado início a instrução do processo, no âmbito da qual foram realizadas as seguintes diligências:

4.1. Foi solicitado ao arguido que se pronunciasse sobre o teor da participação;

4.2. Foi solicitado ao Ex.mo. Senhor Director Clínico do Hospital de ... o envio de cópia do processo clínico referente ao doente Senhor ...;

4.3. Foi solicitado ao Ex.mo. Senhor Director do Centro de Saúde de ... o envio de cópia do processo clínico referente ao mesmo doente.

**5.** O arguido pronunciou-se sobre o teor da participação através de carta datada ..., da qual há que destacar o seguinte:

5.1. Estranha que a queixa apenas tenha acontecido dois meses após os factos.

5.2. Estranha que lhe tenha sido sonegado o relatório do Hospital de....

5.3. O doente em questão apresentava tosse e expectoração, afrontamento e náuseas, estas últimas muito frequentes na região, no período pós-prandial, dados os exageros alimentares típicos da zona.

5.4. E falso que o doente referisse dores nas costas e dispneia, pois caso contrário tê-lo-ia mencionado na ficha, como é aliás seu hábito – *"facto que o Director do C. S. ... , Sr. Dr. ..., bem conhece e elogia".*

5.5. Diagnosticou pneumopatia e, por isso, medicou com antibiótico, mucolítico e anti-emético.

5.6. Apresenta justificações, alegadamente técnicas, para justificar o diagnóstico.

5.7 Diagnosticou a pneumonia e medicou-a acertadamente *"sem necessidade de auscultação e radiografias".*

5.8. Não tem culpa de o doente, além da pneumonia, ter tido também um enfarte.

**6.** A cópia do processo clínico do Centro de Saúde de ... foi recebida em ..., a qual revela o seguinte:

6.1. No dia ... consta um registo efectuado pelo arguido, do qual consta: tosse com expectoração + afrontamento(?) e terapêutica com Mucospas, Zithromax e Primperan.

6.2. Do registo de ... ("*dia seguinte")*, consta: dores abdominais desde há dois dias. Tosse e dispneia quando tosse. Doente diabético.Temp.Axilar de 37,8. À auscultação, crepitações nos dois campos pulmonares, generalizadas. Diagnóstico de saída, Pneumonia (?).

**7.** Por sua vez, a cópia do processo clínico do Hospital de ..., recebida no dia ..., evidencia o seguinte:

7.1. O doente tem internamento no Hospital de ... com diagnóstico de pneumonia bilateral, no dia *...("dia da segunda observação")*. Da descrição clínica à entrada consta tosse produtiva, toracalgias, discreta cianose, diabetes medicada com insulina, crepitações bilaterais à auscultação e tensões arteriais de 125/100.

7.2. Na folha de notas clínicas do mesmo Hospital está registado, no dia... *("passados três dias")*, que o doente sofreu um episódio súbito de dispneia forte no dia... *("dia da admissão")* à noite, sem dor torácica, tendo desde, então queixas de dispneia, tosse e toracalgia que se intensifica com a tosse. Ontem à tarde *("passados dois dias*") teve episódio intenso de dispneia com epigastralgia. Nessa altura fez ECG. Apresentava sudorese profusa sem hipertermia.

7.3. Do processo clínico consta também todo o estudo e tratamento posterior ao diagnóstico do enfarte, até à alta clínica, bem como anteriores dados de internamento, que não se analisam por se reportarem há dez anos atrás e, por isso, não estarem relacionados com a questão em causa nos presentes autos.

7.4. Consta ainda do processo clínico carta referência do segundo colega que observou o doente no Centro de Saúde, descrevendo a história do doente, a observação que efectuou e solicitando colaboração diagnóstica e terapêutica, colocando a hipótese de pneumonia.

**8.** As diligências instrutórias efectuadas permitiram apurar os seguintes factos:

8.1. No dia ... *("dia da primeira observação*"), no Centro de Saúde de ..., o arguido, Exmo. Senhor Dr. ..., atendeu em consulta o utente Senhor ..., que se queixava de tosse, afrontamento, náuseas, dores nas costas e falta de ar.

8.2. O arguido, sem ter auscultado o Senhor ..., sem lhe medir a tensão arterial e a febre e sem ter providenciado a realização de qualquer exame complementar de diagnóstico, medicou-o com Mucospas, Zithromax e Primperan.

8.3. No dia seguinte, dia ..., o doente, sentindo-se pior, dirigiu-se ao Serviço de Urgência do mesmo Centro de Saúde, onde foi atendido por outro médico, Senhor Dr. ..., que registou na ficha clínica: "Dores abdominais desde há 2 dias. Tosse e dispneia quando tosse. Doente diabético, Temperatura axilar de 37.8º C. A.P. - crepitações nos dois campos pulmonares, generalizadas. Diagnóstico de saída, Pneumonia(?)".

8.4. O doente foi imediatamente encaminhado para o Hospital ..., em ..., onde foi internado com o diagnóstico de pneumonia bilateral. Da descrição clínica à entrada, consta tosse produtiva, toracalgias, discreta cianose, diabetes medicada com insulina, crepitações bilaterais à auscultação e tensões arteriais de 125/100.

8.5. O doente foi deficientemente observado pelo arguido no dia ... *("dia da primeira observação")* e, caso o doente não tivesse recorrido novamente ao Serviço de Urgência no dia seguinte, as consequências para a sua saúde teriam sido necessariamente graves, pois a medicação instituída pelo arguido era em absoluto insuficiente para o tratamento de uma pneumonia bilateral. A auscultação do doente teria permitido, senão diagnosticar uma pneumonia bilateral, pelo menos suspeitar de tal situação, o que teria levado a um estudo com meios complementares de diagnóstico, o doente alertado e aconselhado um follow-up da situação.

**9.** Destes factos foi o arguido acusado no Despacho de Acusação que, em ..., lhe foi enviado através de carta registada com aviso de recepção.

**10.** Dentro do prazo que lhe foi fixado, apresentou o arguido a sua defesa escrita, na qual alegou o seguinte:

10.1. No dia ... *("dia da primeira observação")*, o utente em causa foi por si atendido, queixando-se apenas de tosse com expectoração e náuseas, não sendo verdade que se queixasse de dores nas costas e falta de ar.

10.2. Sendo verdade não o ter auscultado nem medido a tensão arterial nem a febre, ou porque irrelevantes – caso da TA – ou por frequentemente enganadores no diagnóstico, por poderem ser absolutamente normais, estando o utente realmente doente ou por induzirem outros – falsos – diagnósticos.

10.3. O mesmo se passa com o Exame Complementar de Diagnóstico Radiografia do Tórax. Não é só ele que o afirma, mas é a opinião de dois Professores Catedráticos de Pneumologia do H. S. João, um em artigo escrito há cerca de um ano e tal, e outro, o Sr. Prof.Agostinho Marques, em conferência, já este ano, no Casino da Póvoa de Varzim, sobre pneumonia; à qual assistiu e com quem dialogou e questionou sobre o assunto.

10.4. No entanto, o que é certo é que pela (boa) anamnese e com o apoio da Medicina Baseada na Evidência, fez o diagnóstico correcto de pneumonia e, em conformidade, correctamente prescreveu um macrólido, que é um tratamento de primeira linha no tratamento de Pneumonia Adquirida na Comunidade, sendo indiferente se é ou não bilateral (Prof. Agostinho Marques, "Tratamento das Infecções Respiratórias", Post Graduate Medicine, Vol. 15, n.º 1/Janeiro 2001, pág. 89 — Macrólido como droga de escolha no tratamento de pneumonias adquiridas na comunidade —pág. 90 — "Os doentes com mais de 5 anos que não precisam de internamento podem sem

tratados empiricamente com um macrólido").

10.5. Sobre o que se passou no dia seguinte, já não pode responder. Se é certo que diagnosticou e prescreveu correctamente, também é certo que em Medicina as situações evoluem e 24 horas podem alterar o quadro, fazer subir a temperatura, surgirem crepitações bilaterais onde não existissem, etc.

10.6. Pensa que o seu comportamento não viola nenhum dever deontológico, pois o seu dever é ouvir o doente, ajuizar do diagnóstico e tratá-lo correctamente, o que pensa ter deixado provado.

10.7. Entende que tratou adequadamente o doente, pelo que não merece a pena de censura, já que as consequências, se as houve, não lhe podem ser imputadas pois ocorreram depois e não directamente relacionadas com a doença por que foi consultado.

10.8. Uma Pneumonia Adquirida na Comunidade, e que adequadamente tratou com Zithromax, um óptimo macrólido de última geração, merecedor também do apoio do Sr. Prof. Agostinho Marques, que consigo concordou, quando lhe pôs esta questão, que, desde que suspeitasse de P.A.C., tratava empiricamente com azitromicina, mesmo antes de poder receber a radiografia e, claro, desde que o estado do doente não inspirasse outros receios – o que, no dia em que foi por si consultado, era o caso.

**11.** O arguido não arrolou testemunhas nem juntou quaisquer outros elementos de prova.

**12.** Em face da defesa apresentada pelo arguido, foi solicitada a emissão de pareceres técnicos aos Colégios das Especialidades de Medicina Interna, Pneumologia e Doenças Infecciosas, quanto a:

12.1. Apreciação técnica de todas as afirmações proferidas no ponto 2 da defesa do arguido (supra, n.os 10.2., 10.3. e 10.4.).

12.2. Apreciação da medicação efectuada, nomeadamente quanto à duração da mesma.

12.3. O diagnóstico foi correctamente efectuado ou, pelo contrário, houve negligência do arguido?

12.4. Apreciação da atitude adoptada pelo arguido quando, suspeitando de uma pneumonia, medicou o doente com Zithromax (uma embalagem) e não cuidou de assegurar o follow-up da situação.

**13.** O parecer do Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas, recebido em, ... é do seguinte teor:

«a) Relativamente ao ponto 2 das alegações, a anamnese e o exame físico são cruciais no diagnóstico e na orientação do tratamento, o que não foi cumprido pelo colega em questão;

b) Relativamente ao ponto 5, não é possível avaliar a validade da medicação, sem que existam dados que permitam validar o diagnóstico;

c) Relativamente ao ponto 6, remete-se para a alínea a), relativamente à anamnese e ao exame físico considerados mandatários;

d) Perante a suspeita de pneumonia deve ficar agendada uma consulta para posterior avaliação».

**14.** O parecer do Colégio da Especialidade de Medicina Interna, recebido em ..., é do seguinte teor:

«Não foi possível deixar de lamentar com a mais profunda consternação a qualidade técnica de toda a argumentação produzida pelo Dr. ... e, mesmo, a falta de cuidado na apresentação literária do seu escrito. No que ao ponto 2 diz respeito, o acusado justificou a omissão de manobras semiológicas aceites pela comunidade médica desde há séculos com espantoso argumento de serem indutoras de erro. Desconhecendo os conceitos de sensibilidade e de especificidade de técnicas e testes, invocou os princípios da corrente conhecida por Evídence Based Medicine, cujos fundamentos, criticados por muitos, repousam na escrupulosa interpretação e valoração estatística dos instrumentos clínico-laboratoriais. Só por caridade os médicos que compõem este Conselho Directivo entenderam não qualificar a atitude técnica adoptada pelo Dr. ... como de lamentável e perigosamente heterodoxa. A pneumonia adquirida na comunidade é uma condição muito grave cuja mortalidade oscila entre os 5% e os 50% ou mais, quando é definida como grave. O doente apresentava um factor de risco para maior probabilidade de evolução desfavorável ou de morte: o facto de ser diabético. E sem um exame físico que contemplasse a inspecção geral do doente, o seu padrão e frequência respiratórias, a frequência e características do pulso arterial, a medição da pressão arterial (que, espantosamente, considerou irrelevante), a verificação da temperatura corporal, a apreciação do estado de consciência ou de algum possível grau de confusão mental, a pesquisa de possíveis focos infecciosos extra-pulmonares e, obrigatoriamente, o exame do aparelho respiratório, não é possível emitir um diagnóstico provisório de pneumonia e, muito menos, ajuizar sobre a sua gravidade, Os documentos-guia mais modernos não esqueceram os princípios e práticas clínicas mais tradicionais mantendo o inquérito anamnéstico e o exame objectivo na vanguarda da abordagem da doença independentemente da sua natureza e extensão. Salientem-se, entre muitos outros, as Guidelines for the Management of Adults with Community-acquired Pneumonia (Official Statement of the American Thoracic Society) publicados no Am J Respir Crit Care Med (vol. 163. pp 1730-54, 2001) as Guidelines da Canadian infectious Diseases Society and Canadian Thoracic Society e as da British Thoracic Society. Em trabalho publicado no conceituado N Eng J Med (1997 Jan 23; 336(4):243-50) M J Fine e colaboradores, definiram as variáveis clínicas indiciadoras de baixo risco na pneumonia adquirida na comunidade. Regressando ao Caso do Sr ...., e não considerando estranho ou invulgar o erro de diagnóstico então efectuado, mas sim as circunstâncias que o rodearam, entendeu-se que a admissão de pneumonia naquele contexto deveria ter sido seguido da solicitação de uma teleradiografia do tórax e, aceitando-se o risco elevado, de uma proposta de internamento hospitalar.

O emprego de azitromicina em monoterapia (ponto 5) só será admissível em doentes de ambulatório sem factores de risco ou doença cardiovascular e este cenário não era aplicável ao doente. A azitromicina, um macrólido de semi-vidas plasmática e tecidual longas, poderia ter sido uma escolha se adicionado a um beta-lactâmico (cefalosporina de 2.ª ou 3.ª geração), e se com ele prescrito para 7 ou 10 dias. Em monoterapia os únicos fármacos aceites como eficazes são as fluoroquinolonas anti-pneumocócitas.
Ao que consta em vários pontos da peça, o diagnóstico emitido, e referindo de novo a admissibilidade de erros de apreciação tão comuns na prática médica, não o foi com base em procedimentos correctos e completos de colheita de história e análise semiológica pelo que a atitude do ... caberá, no mínimo, no âmbito do espectro da negligência.
Finalmente, e no que diz respeito ao evoluir da situação (ponto 7), uma doença aguda tão grave, que o médico acusado definiu como "pneumonia adquirida na comunidade" seria merecedora, a não se verificar internamento hospitalar, de um seguimento quotidiano durante o curso terapêutico ou, pelo menos, até á remissão dos sintomas mais preocupantes, como a dispneia".
**15.** O parecer do Colégio da Especialidade de Pneumologia, recebido em ... é do seguinte teor:
«1-Relativamente ao ponto 2 das alegações apresentadas pelo Dr. ... "também estranho é o facto de me ter sido sempre sonegado o relatório do Hospital ..., pois a ARS teve igual procedimento" este Colégio entende não ser matéria da sua competência técnica.
Em complemento faz notar que não existe no processo enviado qualquer documento sobre as alegadas circunstâncias.
2 - Relativamente à medicação efectuada:
a) A utilização do antibiótico Azitromicina (ZITHROMAX) numa pneumonia adquirida na comunidade é uma opção terapêutica correcta Regra geral 3 dias de tratamento é suficiente para assegurar a cura.
Nos registos clínicos enviados não existe referência à dose diária de ZITHROMAX utilizada nem ao número de embalagens receitadas pelo Dr....
b) A utilização dum mucolítico como broncodilatador numa pneumonia é uma medicação acessória, opcional e de eficácia relativa que depende das características clínicas de cada caso.
*c) a utilização de Metoclopamida (PRIMPERAM) parece-nos circunstancial e dirigida a melhorar os sintomas — afrontamento e náuseas.*

**Só por caridade os médicos que compõem este Conselho Directivo entenderam não qualificar a atitude técnica adoptada pelo Dr. ... como de lamentável e perigosamente heterodoxa**

d) Admitindo que foi efectuado o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade (o que não está registado na ficha clínica, mas é alegado pelo Dr. ... e mais tarde confirmado no Hospital ...) e tendo em conta esse facto: a prescrição do antibiótico ZITHROMAX é correcta.
*3- O diagnóstico de Pneumonia alegado pelo Dr. ... e posteriormente confirmado no SU do Hospital ... (independentemente de não ter realizado exame físico ao doente (foi correctamente formulado.*
No aspecto do diagnóstico não parece ter havido negligência do Dr.....
*4- A medicação antibiótica efectuada — ZITHROMAX — ao suspeitar de pneumonia é uma atitude terapêutica correcta e adequada.*
A prescrição de 1 (uma) embalagem (3 comprimidos) de Zithromax parece-nos suficiente para o tratamento da pneumonia adquirida na comunidade não complicada.
No entanto o número de embalagens prescritas não vem referido nas alegações do Dr.... , ou do queixoso, nem no boletim clínico do doente.
Relativamente a assegurar o seguimento da situação clínica do doente, não existe qualquer registo, nem alegações que possam garantir que tal foi efectuado.
Parece-nos que recomendações sobre evolução possível do caso teriam perfeito cabimento e seria uma atitude de bom senso clínico».
**16.** Entendemos que nem a defesa do arguido nem o conteúdo dos transcritos
pareceres são susceptíveis de afastar a prova dos factos indicados no Despacho de Acusação.
**17.** Pelo contrário, a prova dos factos imputados ao arguido no Despacho de Acusação sai reforçada dos resultados das diligências efectuadas, sobretudo do conteúdo do parecer do Colégio da Especialidade de Medicina Interna, do qual entendemos dever realçar a exaustão da análise efectuada e o rigor cientifico demonstrado.
**18.** Em face do exposto, proponho que o Ex.mo. Senhor Dr. ... seja punido com a pena disciplinar de censura, nos termos das disposições conjugadas dos artºs 12.º , al. b), 14.º e 16.º do Estatuto Disciplinar dos Médicos.
**19.** Não podemos deixar de referir que apenas a circunstância de a actuação do arguido não ter tido graves consequências para o doente — o que se deve exclusivamente ao facto de este ter recorrido de novo ao Serviço de Urgência do Centro de Saúde no dia seguinte ao que foi observado pelo arguido – nos levou a não propor pena superior.

## PROPOSTA DE ARQUIVAMENTO

**1.** O presente processo foi instaurado na sequência de participação subscrita pelo Ex.mo. Senhor... , entrada na Ordem dos Médicos em....

**2.** O participante, que refere intervir também em nome de seus irmãos, pede a intervenção do Senhor Presidente da Ordem dos Médicos para o que considera ser um tratamento desumano por parte dos médicos do serviço de Urologia do Hospital de ..., que assistiram a sua Mãe, nos últimos momentos de vida desta.

**3.** A participação anexava processo de averiguações, incluindo as respectivas conclusões, que correu termos no referido Hospital.

**4.** A queixa que deu origem àquele processo, subscrita por uma irmã do participante, refere, em resumo, o seguinte:

4.1. Pelas 04:00 horas do dia... , a Mãe dos participantes deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital com abdominalgias, tendo sido assistida pelos médicos de serviço.

4.2.Teve alta pelas 14:00 horas, medicada com Ben-u-ron, com a indicação de voltar se apresentasse novamente dores, sentisse falta de ar ou qualquer outro sintoma. Os participantes reclamam por a alta ter sido dada sem a realização de qualquer exame que permitisse identificar a origem da dor, nem sequer uma simples ecografia.

4.3. Regressou a casa e ficou muito cansada por subir ao V andar, onde morava. Adormeceu um pouco e acordou com muitas dores, cerca de 39.5 de febre e vontade de vomitar. Estes factos fizeram com que os filhos a levassem novamente ao Serviço de Urgência, onde foi observada por outra equipa, que decidiu interná-la em observação.

4.4. Ficou toda a noite em observação e, no dia seguinte, quando foram visitá-la, foi-lhes dito que o seu estado era originado por uma paralisação dos rins, que lhe provocara uma septicemia.

4.5. Esperaram até ao dia seguinte para obterem mais informações e souberam que a Mãe tinha sido transferida para a UCI.Polivalente, onde fizeram todos os esforços para a salvar e a cujos profissionais são tecidos os maiores elogios. Ao fim de sensivelmente 22 dias foi possível controlar a septicemia.

4.6. Controlada a septicemia e feito o desmame do ventilador foi transferida para Urologia, onde, segundo a Directora da UCI, iriam fazer-lhe uma ecografia renal de controlo e para decidirem se procederiam á extracção do rim que provocara tudo ou se fariam litroticia, Esta era também a opinião de outros médicos, não identificados.

4.7. Foi efectivamente transferida para o Serviço de Urologia, onde o Senhor Dr. ... os pôs ao corrente do estado da Mãe e os informou que os passos seguintes consistiriam em efectuar uma TAC para depois decidirem se iriam ou não fazer litroticia.

4.8. Os dias foram passando e a Mãe fez uma alergia, que, segundo os médicos teria sido provocada por um medicamento, e a TAC, que tinha sido pedida, continuava sem vir.

4.9. Foi transferida para Medicina, continuando a ser seguida por um médico por urologia e ainda por medicina e dermatologia. Numa das suas visitas, o Senhor Dr. ... informou que iria pedir nova TAC com carácter de urgência, porque a anterior não tinha sido efectuada.

4.10. Os dias continuavam a passar, até que, numa visita efectuada á Mãe, foram informados de que ela iria ter alta, apenas faltando a autorização de Dermatologia. Perante este facto, foram imediatamente falar com o médico de Medicina, inquirindo como era possível a doente ter alta com a pedra no rim, sem efectuar a TAC e sem o problema resolvido. O médico concordou e informou que, dado a alta não estar consolidada e só na segunda-feira seguinte o médico urologista estaria novamente ao serviço, a Mãe não iria certamente sair nesse dia.

4.11. De seguida, é relatado um episódio que dizem ter ocorrido com a sua Mãe e uma enfermeira e que originou que aquela nunca mais fosse a mesma, ficando muito deprimida e afectada psicologicamente.

4.12. Posteriormente á conversa que tiveram com o médico de Medicina, contactaram com várias pessoas amigas e souberam, por funcionários, que as requisições da TAC que os médicos tinham efectuado não haviam chegado á secção respectiva e, ainda no mesmo dia, foi feita nova requisição por um médico tendo o exame sido agendado para o dia... No dia... , a doente foi de novo transferida para Urologia.

4.13. Depois do TAC feito, aguardaram o resultado do mesmo e a decisão do que iria ser feito posteriormente, o que, como já lhes tinha sido transmitido seria a extracção do rim ou a litrotícia. Era-lhes dito que estavam à espera do médico, que entretanto fora de férias. A Mãe, embora muito debilitada, estava quase como antes de estar no Hospital.

4.14. Repentinamente, de 9 para 10 de ... a doente começa a decair, encontrando-se, á hora do almoço do dia 10 de... muito deprimida, queixando-se de mau estar geral, com vómitos e duas descargas intestinais. Durante a tarde não se segurava em pé e tinha forte diarreia e vómitos.

4.15. No dia 11 de ... piorou, começando a sentir muitas dores, continuando a vomitar e a ter diarreia. A doente não comia e não tinha qualquer assistência médica. Aliás, nem um soro tinha, o qual apenas lhe foi ministrado duas horas antes de morrer, no dia 15 de.... Todo o quadro era semelhante ao da entrada no Hospital.

4.16. No dia 13 de... , ao visitar a Mãe á hora do almoço, foi informada da alta da doente. Interpelada a enfermeira que transmitira a notícia, esta respondeu ser verdade que nos últimos dias a Mãe não estava muito bem, mas os médicos é que sabiam.

4.17. Desesperada, encontrou no corredor o Dr...., que pensava ser o médico assistente da Mãe, o qual lhe transmitiu que o rim da doente estava bem, que a TAC tinha mostrado uma pedra encostada e dali dificilmente sairia, que precisava de beber muita água e controlar a urina (no Hospital há muito que não o fazia). Perguntou ao médico se tinha conhecimento que a Mãe apresentava vómitos, muitas dores, diarreia, encontrando-se muito debilitada, pelo que só entendia que fosse para casa para morrer, ao que aquele respondeu que nem pensar em tal, que a doente precisava de muito acompanhamento, por se encontrar muito dependente. Ao pedir-lhe para ir observar a Mãe, o Dr. ... informou-a que a doente já não estava numa cama sua. Foi também informada de

que a decisão da alta fora tomada por consenso.
4.18. Sentindo-se impotente para resolver a situação, pediram – ela e os irmãos – ajuda a um médico amigo, que conhecia o Director do Hospital. Estando amigo junto deles, chegou o Director do Serviço de Urologia, Dr... que cumprimentou o amigo e lhe perguntou se precisava de alguma coisa. Informado do problema, o Dr. ... de imediato o identificou e informou que a doente tinha um rim a funcionar perfeitamente bem, que era uma doente que precisava de muitos cuidados, pelo que sugeria o internamento num Lar. Como outro irmão, que até então se mantivera calado, tivesse respondido que a Mãe necessitava era de cuidados médicos e hospitalares, o Director respondeu: "ou fala mais baixo ou a sua Mãe vai e já".
4.19. Depois de tudo mais calmo, os dois médicos – o Director do Serviço e o amigo – foram á enfermaria e, quando voltavam o primeiro dizia ao segundo: como vê, não é verdade o que os seus amigos dizem", ao que um dos filhos da doente retorquiu que perguntasse aos enfermeiros de serviço nos três dias anteriores e visse o registo de enfermagem porque, se nada lá estivesse referido, era muito grave, O diálogo terminou, dizendo o referido Director que, se o quisessem, suspenderia a alta até ao dia seguinte de manhã, para a doente ser vista por um médico de outra especialidade. Aceitaram e, já com a carta de alta e uma receita na mão, foram ao Centro de Saúde falar com o médico da Mãe, para tentarem interná-la numa clínica privada, se ela acabasse mesmo por ter alta.
4.20. No dia 14 de ... apresentaram-se no Hospital, como determinado pelo Director de Urologia, e este, de um modo lacónico e envergonhado, disse-lhes que a Mãe iria ficar internada mais uns dias para efectuar uns estudos. Verificaram que a doente estava algaliada e que no saco colector, apesar de colocado há várias horas, quase não havia urina.
4.21. No dia 15 de ... , aquando da visita, não encontraram a Mãe e foram informados que estava a fazer uns exames. Quando esta chegou, verificaram que estava muito mal, tendo assim continuado toda a tarde. Duas horas antes de morrer, um enfermeiro colocou-lhe um soro. Entretanto, a Mãe continuou a piorar até que apresentou falta de ar. Chamaram uma enfermeira, que lhe colocou oxigénio e chamou o médico, tendo vindo três e acabando por ficar apenas uma médica que, apesar de tudo, não conseguiu evitar que a Mãe falecesse.
4.22. Termina com diversas interrogações.
4.23. Anexa receitas dos medicamentos, uma informação clínica de retorno, datada de 13 de Julho de ... em que, a par de muitas outras coisas ilegíveis, está referido "litíase renal esquerda", a medicação prescrita, o aconselhamento da vigilância da estabilidade da urina e a conclusão de "melhorada".
**5.** As conclusões do mencionado processo de averiguações referem, em resumo, o seguinte:
5.1. Pela análise do processo clínico é possível concluir que não houve nenhum "erro" (expressão utilizada pelos participantes), sem ter que ouvir os médicos intervenientes, na medida em que os registos clínicos são inequívocos no sentido de terem sido adoptadas as práticas médicas normais e adequadas.
5.2. Foi transmitido à doente que, caso não se sentisse melhor ou ocorressem determinados sintomas, voltasse ao Hospital, o que é corroborado pelo próprio participante.
5.3. Quanto à demora na realização de uma TAC renal pedida por urologia em 31 de Maio de ... e que, após novos pedidos, acabou por realizar-se em 30 de Junho seguinte, ocorreu efectivamente um atraso, por motivos alheios aos médicos participados, sendo certo que, de tal atraso, não ocorreu qualquer prejuízo para a doente, pois tratava-se apenas de um exame de controlo.
5.4. Quanto à alegada alta por urologia num momento em que a situação não estava completamente esclarecida, existe uma falta de esclarecimento cabal à família.
5.5. Na verdade, o Senhor Dr. ... não havia participado na decisão da alta para o dia 13 de Julho de..., uma vez que ainda se encontrava de férias.
5.6. A alta, assumida pelo Director do Serviço no dia 8 de Julho de ..., foi por ele anulada quando o Senhor Dr. ... chegou de férias. Aliás, é nesse fim de semana que se dá o agravamento do estado de saúde da doente.
5.7. Quanto ao desconhecimento do verdadeiro estado de saúde da doente por parte deste médico assistente, o mesmo é natural porque regressara de férias e porque lhe tinham sido superiormente atribuídas outras tarefas.
5.8. E também natural que o Senhor Dr.... , pese embora a incompreensão de quem vê de fora, não estivesse a par dos últimos acontecimentos. E como a decisão estava tomada, por dever ético e deontológico não teria que comentar as atitudes legitimamente tomadas pelos seus colegas na sua ausência, com a mais valia de ter sido uma decisão do Serviço, por consenso, numa reunião liderada pelo Director do Serviço.
5.9. No concernente ao alegado défice de assistência médica, incluindo a não efectivação de litrotícia, o mesmo é, em absoluto, negado e justificado pelos médicos envolvidos e baseado no cálculo risco/beneficio para aquela doente concreta.

5.10. Quanto à questão do relacionamento com a enfermeira ... , trata-se de matéria alheia a este Conselho Disciplinar.

**6.** Recebida e analisada a participação e a documentação anexa à mesma, foram solicitados, em... , os seguintes elementos:

6.1. Ao Senhor Directo Clinico do Hospital de... , o envio de cópia do processo clínico referente á Ex.ma. Senhora D. ...

6.2. Aos Senhores Drs ... e... , que se pronunciassem sobre o teor da participação.

**7.** Na sua resposta, recebida... , o Senhor Dr. ... remeteu para as declarações que prestou no âmbito do processo de averiguações hospitalar. Nessas declarações, cuja cópia envia, refere o seguinte:

7.1. Lembra-se do caso pois, num dia em que estava de serviço de urgência a substituir um colega, foi abordado pelos familiares da doente e por um seu amigo, que o questionaram sobre o estado da doente, que era doente do Dr.... , na altura em férias.

7.2. Não tem conhecimento da alta de 21 de ..., mas conhecia a Senhora pelos acontecimentos dos últimos tempos e também, desde o inicio, na UCIP, tendo assistido ocasionalmente em OBS, quando a doente fez paragens cardíacas, no momento da sua reanimação, por lá se encontrar a fim de observar uma doente.

7.3. Não teve conhecimento objectivo, deste caso em especifico, quanto á efectivação de TAC com esta doente.

7.4. Não tinha conhecimento deste caso, em particular, a partir de 11 de Julho de... , mas teve-o a partir do dia 13, quando a família lhe pediu para rever a alta. Em face deste pedido foi rever a doente, falou com o pessoal de enfermagem, pediu análises e decidiu manter a doente internada, com o que a família concordou.

7.5. Em relação à situação clínica da doente, a mesma tinha sido objecto de conversação na reunião do Serviço de 8 de Julho, como acontece todas as quintas-feiras e, provavelmente, dado o estado mais estabilizado da doente, foi considerada a hipótese de alta de Urologia, no sentido de uma mais completa estabilização da situação clínica, de modo a permitir encarar com segurança o problema da litíase.

7.6. Confirma no essencial a conversa havida com o amigo dos familiares da doente, tendo procurado esclarecer-se dos vómitos e diarreia junto do enfermeiro-chefe do Serviço, que após consulta das notas de enfermagem do processo clínico, não as confirmou. No entanto, após observação da doente, decidiu pedir análises e mantê-la internada, combinando com os familiares que viessem no dia seguinte para com ele conversarem.

7.7. Não confirma nem desmente a decisão de alta para o dia 13 de Julho, embora admita que ela possa ter derivado de uma previsão efectuada na reunião do Serviço do dia 8, altura em que a doente estaria mais estabilizada, alta esta que foi objecto de suspensão por sua decisão.

7.8. Concorda que a algaliação tenha sido feita aquando do recrudescimento da doença, para que fosse possível medir a diurese. Considera que a algaliação neste tipo de doente deve ser feita em condições extremas, pelo perigo de infecção, que nestes doentes é muito grave.

7.9. Quanto á acusação de não terem sido prescritos soros á doente a partir de 11 de Julho, diz que nada levava a fazê-lo, dado que não havia conhecimento dos vómitos e da diarreia e que a doente se hidratava oralmente.

7.10. A solução da litiase não era prioritária, dado o resultado da TAC, sendo perigosíssima se fosse efectuada numa fase precoce do reequilibro da doente.

7.11. À pergunta se considerava ter havido alguma falha no tratamento desta doente, considera que não houve, nomeadamente no Serviço de Urologia. Considera não estar provado que a causa da infecção e as suas posteriores consequências fosse a litíase, dados os resultados dos exames efectuados, nomeadamente a TAC e a ecografia do dia 15 de Julho.

**8.** Na sua resposta, recebida em,... , o Senhor Dr. ... refere o seguinte:

8.1. A doente ..., de 77 anos de idade, recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de ... no dia ..., tendo ficado internada em OBS ao cuidado de Medicina Interna, que solicitou opinião da Cirurgia e esta a de Urologia.

8.2. Porque nesse dia estava de serviço na Urgência, foi chamado a observar a doente, o que ocorreu no final desse dia.

8.3. Constatou que a mesma já recorrera anteriormente ao Serviço de Urgência pelas mesmas queixas, que eram de dor abdominal e dispneia, com a suspeita de diagnóstico de "isquemia do mesentério", conforme consta do pedido de TAC de....

8.4. No relatório da TAC já pedida constava "litíase renal à esquerda com cálculo no bacinete/porção inicial do ureter e discretas caliectasias" e existia ainda uma pelicula de Rx onde se visualizava uma imagem radio-opaca, compatível com cálculo coraliforme.

8.5. Pediu estudo bioquímico e bacteriológico cujos resultados revelaram a presença de leucócitos e eritrócitos. A doente já se encontrava medicada com antibióticos e soros, ade-

**Pela análise do processo clínico é possível concluir que não houve nenhum "erro" (expressão utilizada pelos participantes), sem ter que ouvir os médicos intervenientes, na medida em que os registos clínicos são inequívocos no sentido de terem sido adoptadas as práticas médicas normais e adequadas.**

quados a situação, tendo apenas adicionado analgésico.
8.6. Face à diurese, no dia seguinte tentou a passagem de um cateter ureteral, que só foi possível a direita. Não reobservou a doente nesse dia, por sair do serviço de urgência.
8.7. No dia 4 de Maio de ... a doente foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos, onde permaneceu até ao dia 25 de Maio, data em que foi transferida para o Serviço de Urologia. Quer a 28 de Maio, quer a 1 de Junho, os estudos analíticos revelavam melhoria franca. Em 4 de Junho foi realizada uma ecografia de controlo, que não revelou qualquer dilatação calicial.
8.8. Em 9 de Junho, com a situação urológica perfeitamente estabilizada, foi transferida para o Serviço de Medicina Interna, onde se manteve até ao dia 25 de Junho, data em que foi transferida para o Serviço de Urologia para tratamento da litíase. Realizou uma TAC com contraste de cujo relatório consta: "volumoso cálculo coraliforme no bacinete esquerdo, contudo verifica-se captação e eliminação do produto de contraste dentro dos tempos habituais, não havendo ectasias do sistema excretor, nomeadamente á esquerda"
8.9. Dados os resultados analíticos, foi instituída terapêutica antibiótica e fluidoterapia e solicitada observação por Medicina Interna
8.10. Observou a doente pela última vez em 1 de Julho, data em que entrou de férias.
**9.** Após o recebimento de cópia do processo clínico do Hospital de ...., foi solicitada a emissão de parecer ao Colégio da Especialidade de Urologia, nomeadamente quanto ao facto de ter existido negligência ou má prática clínica no tratamento da doente em causa.
**10.** O parecer em causa, recebido em 6 de Novembro de ...é do seguinte teor:
"Da leitura e análise realizada ao extenso processo, permitimo-nos concluir:
A doente ..., de 77 anos de idade, foi internada em 2 de Maio de..., no Serviço de Urgência por uma situação clínica grave, compatível com Sepsis de provável ponto de partida urológico. Trata-se efectivamente de um quadro grave cuja mortalidade nos melhores centros é superior a 50%.
Como não foi efectuada autópsia o diagnóstico definitivo da causa de morte é impossível de efectuar. Não nos parece correcta a indicação de Litótricia extra corporal por ondas de choque neste caso específico, dado o componente infeccioso subjacente. A cirurgia teria sido a manobra terapêutica passível de resolver o problema, contudo o risco anestésico e cirúrgico eram muito importantes. Da leitura do processo fica-nos a sensação que esta eventualidade foi considerada, pois há uma *observação do colega anestesista em que são referidos riscos anestesico-cirúrgicos elevados. Resumindo, não dispomos de dados para apurar a existência de negligência".*
11. Tendo em conta o conteúdo deste parecer e o mais que se encontra processualizado, considero não resultar provada a prática de qualquer ilícito disciplinar, nomeadamente negligência ou má prática médicas.
Em face do exposto, proponho o arquivamento do processo.

## PROPOSTA DE ARQUIVAMENTO

**1.** O presente processo foi instaurado na sequência de participação subscrita pelo Ex.mo. Senhor..., datada de ....
**2.** O teor da participação é o seguinte:
«Venho por este meio solicitar a V. Ex se digne abrir um processo de inquérito sobre alegada negligência médica, por parte da médica "...", com a Cédula Profissional nº ... e ainda sob a Administração e a Direcção do Serviço de Maternidade do Hospital de ...em face do que a seguir passo a descrever.
... e esposa,..."esta grávida", decidiram que a gravidez desta seria vigiada por especialista particular. Após várias ecografias sempre com resultados óptimos, com excepção da realizada em ..., na qual vinha mencionado quantidade de liquido amniótico reduzido, razão pela qual após consulta no especialista em que vinha a ser acompanhada, foi-nos aconselhado dirigirmo-nos de imediato ao hospital da área (...), visto ser neste hospital que iria ser feito o parto.
*E nessa altura que as coisas se complicam, uma vez que a data provável para o pato apontava para o dia 02/10/1997, pelos ciclos menstruais a data seria a 15/10/1997 e pela ecografia realizada em 26/10/1997 a idade gestacional era de 12 (doze) semanas e 6 (seis) dias.*
No mesmo dia em fomos aconselhados a ir ao hospital, assim o fizemos e após a minha mulher ter sido observada foi-nos dito por um médico que não era motivo de alarme e que voltasse ao hospital na semana seguinte e assim sucessivamente. No entanto, alguns dos médicos que a observaram (20/10-1997) lhe prescreveram «1 (um) Mucosolvan e 2 (duas embalagens de Clavamox 500Mg", visto a minha mulher estar com gripe, no entanto não registaram os dados clínicos nem a terapêutica prescrita. Este mesmo médico lhe marca o dia 22/10/1997 para realizar o parto. Nesse dia (22/10/1997) é internada pela Dra. ... que lhe induz o trabalho de parto sem observar a dificuldade respiratória que grávida apresentava na altura. Por volta das 18.00 h vou aos serviços de maternidade e após algum tempo de espera dirige-se a mim a Dr.a ... dizendo-me que por complicação tinha solicitado o bloco operatório para a realização de uma cesariana, a qual acabava de dispensar uma vez não ser mais necessário e dirigiu-se para a sala de partos. Passadas algumas horas foi-me dito por urna enfermeira que o parto tinha corrido bem e que o bebé iria aos serviços de Neonatologia para ir as luzes. E nada mais me foi dito.
Com autorização da Sra. Enfermeira, entrei para junto da minha mulher que já se encontrava na enfermaria e foi esta que me contou o sucedido.
*Enquanto lhe era induzido o parto o registo cardíaco do feto deixou de assinalar e a máquina deu o alarme, nessa altura a minha mulher foi preparada para a cesariana (foi colocada algalia) e começa então a azafama nos serviços e ministram-lhe uma injecção no soro e enquanto a médica foi veio falar comigo dizendo que já não era necessário fazer a cesariana, a minha mulher é levada para a sala de partos e então é feito o*

*parto com ventosas que não funcionaram ou devido aos nervos da médica que não as soube aplicar e nega que tenham sido utilizados os Forcepes, no entanto foram vistos pela minha mulher no carrinho após serem utilizados, uma vez que houve a necessidade de fazer uma sutura bastante grande e demorada. No dia seguinte foi-me comunicado que* o *bebé iria ser transferido para o Hospital de ... no Porto Dirigi-me então a médica perguntando porque não tinha ela efectuado a cesariana, uma vez que havia uma grande dificuldade de respiração por parte da minha mulher e já ter decorrido tanto tempo após suficiente aquando do internamento. Então recebi como resposta que a médica ali era ela e que não fazia cesariana a pedido dos pais e ainda que, ontem não fez a cesariana porque o bloco estava ocupado.*

*É prática corrente no Hospital de .. , os médicos estarem de serviço e ausentarem-se, deixando o contacto para as eventualidades. Foi precisamente isso que aconteceu, a médica em questão "  " para não denunciar a ausência do anestesista, optou por dizer que o dispensou por não ser necessário, no entanto, no dia seguinte ao parto disse que nesse momento o bloco estava ocupado. E falso porque em declarações o anestesista alegou que estava no bloco, o preparou e manteve a pedido da Dr.a ….*

Em consequência da demora no parto, o nosso filho asfixiou, provocando-lhe lesões cerebrais irreversíveis.

No entanto conheci pessoalmente vários casais em que parto tinha sido realizado pela Dra .... e a sua equipe, nuns casos com lesões graves para os bebés e noutros para as mães.

Agradeço a v/ atenção ficando a aguardar inclusive resposta do Colégio da Especialidade de Ginecologia e obstetrícia sobre o acto da cesariana».

**3.** A participação vinha acompanhada dos documentos constantes de fls. 6 a 9 dos autos, aqui dados como integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

**4.** Notificada para se pronunciar sobre o teor da participação, a Ex.ma. Senhora Dra. ... alegou o seguinte:

«A queixa tem tanto de injusta, como de injustificada. Assim, também o entendeu o Ministério Público, que mandou arquivar o processo crime desencadeado, consoante cópia que envio.

Os factos:

1.º - No dia 22.10.97, foi-me presente no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de ... a D. ... de 27 anos de idade, para indução de trabalho de parto.

2.º - Tratava-se de uma primigesta com gravidez de 41 semanas, por ecografia precoce, sem queixas de qualquer foro.

3.º - À observação, o exame objectivo materno, assim como a avaliação fetal, incluindo cardiotocografia e avaliação do volume de líquido amniótico por ecografia, eram normais.

4.º - De acordo com o protocolo do Serviço, igual noutros hospitais como o Hospital Geral de Santo António, em que trabalhei anteriormente e a cujo quadro ora pertenço, haveria que induzir o trabalho de parto, pelo que a internei no meu Serviço.

5.º - As 11h30, iniciei a indução do trabalho de parto com administração de uma dose de prostaglandinas E2 em Gel, dose única, endocervical (0.5 mg), tendo entrado em trabalho de parto, que decorreu com monitorização fetal.

6.º - Às 19 h tinha 9cm de dilatação e, rapidamente, entrou em período expulsivo, pelo que passou da sala de expectantes para a sala de período expulsivo.

**Os actos médicos, embora intencionalmente destinados a minorar o sofrimento e a preservar a vida, encerram um risco, por vezes imprevisível, outras vezes calculado. Tal é aplicável de uma forma muito especial à Obstetrícia.**

7.º - Foi solicitada à mãe a realização de esforços expulsivos, mas, perante a inadequação desses esforços, decidi a extracção fetal instrumental com o objectivo de encurtamento do período expulsivo.

8.º - Tentei a aplicação de ventosa obstétrica que garrou sucessivamente.

9.º - O parto ocorreu às 19h25.

10.º - Imediatamente após o parto, o recém-nascido foi entregue aos cuidados das colegas de pediatria presentes na sala.

11.º - Em resposta aos comentários sobre o uso de forceps e sobre o bloco operatório, cumpre-me esclarecer.'

a) O forceps não chegou a ser utilizado;

b) Quanto ao bloco operatório: Em determinado momento da fase activa do trabalho de parto, tive suspeitas de estado fetal não tranquilizador, pelo que pedi bloco operatório com carácter urgente. Foi-me disponibilizado imediatamente. Constatei, de pronto, reversão da situação clínica, com o estado fetal a revelar-se tranquilizador. E recomendando a disponibilidade contínua do bloco, veio logo a parturiente a entrar em período expulsivo, a ser transferida para a respectiva sala e a realizar-se o parto nos termos acima descritos.

12.º - A comprovar que foi notada a minha dedicação e zelo, pelas 8 horas da manhã do dia seguinte, fui surpreendida com um lindo ramo de flores oferecido pelo pai (autor da queixa)!

Solicito que se recolha o registo clínico completo da parturiente. E que se oiçam, para completa averiguação, porque assistiram aos factos:

- A Sra D. ... chefe de serviço do Serviço de Pediatria do Hospital de ...

*- A Sra Dra., chefe de serviço do Serviço de Anestesia do Hospi-*

*tal de ...».*

**5.** A resposta da Ex.ma. Senhora Dra. ... vinha acompanhada de cópia do despacho da Procuradoria da República de ..., que determinou o arquivamento do processo que, com base nos mesmos factos, ali correu termos contra aquela médica, na sequência de participação do Ex.mo. Senhor....

**6.** Mediante ofícios datados de..., foi solicitado ao Ex.mo. Senhor Director Clínico do Hospital de ... o envio de cópia do processo clínico referente à Ex.ma. Senhora D..., e ao Ex.mo. Senhor Director Clínico do Hospital de S. João o envio de cópia do processo clínico referente ao filho daquela Senhora.

**7.** Em ... , foi recebida a cópia do processo clínico do Hospital de..., constante dos autos e aqui dado como integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

**8.** Em ... , foi recebida a cópia do processo clínico do Hospital de S. João, constante dos autos e aqui dado como integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

**9.** Em ... foi recebido o parecer que havia sido solicitado ao Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia. O conteúdo deste parecer é o seguinte:

*«Face aos dados constantes no processo submetido a apreciação pela Direcção do Colégio de Ginecologia / Obstetrícia conclui-se que:*

**1.** Os factos dizem respeito a um parto induzido em gestação de 41 semanas com rotura prematura de membranas (idade gestacional determinada com base em informação ecográfica).

**2.** O curso da gestação foi aparentemente normal, no que diz respeito à mãe e ao feto. De acordo com os elementos disponíveis, não se encontra qualquer incorrecção no acompanhamento médico da gravidez, nem na decisão de induzir o parto.

**3.** O trabalho de parto decorreu sem incidentes relevantes até cerca das 18 horas de....

**4.** Verifica-se, então, a instalação de um padrão cardiotocográfico
patológico, com bradicardia fetal. Esta situação poderá atribuir-se a um excesso de actividade contráctil uterina, que o mesmo registo cardiotocográfico revela.

**5.** Nesse momento, o período de dilatação encontrava-se em plena fase activa (6 cm). A estimulação ocitócica foi suspensa e terão sido tomadas medidas no sentido de realizar parto por cesariana:
esta orientação clínica aceita-se como adequada às circunstâncias.

**6.** Antes que a parturiente fosse transferida para o bloco operatório (cerca de 15 a 20 minutos depois), a frequência cardíaca fetal retomou um ritmo de base e variabilidade dentro de valores normais, exibindo, no entanto, uma instabilidade do traçado que não era tranquilizadora; a dilatação registada às 18 horas e 30 minutos é de 8 cm, demonstrando uma evolução rápida do trabalho de parto. A especialista responsável optou, nessa altura, por retomar a intenção de um parto por via vaginal: esta decisão clínica, naquele momento e perante aqueles factos concretos, pode considerar-se aceitável atendendo à perspectiva de um nascimento fácil e a curto prazo;

**7.** O período expulsivo, de duração normal (cerca de 25 a 30 minutos, segundo a informação disponível), foi complicado por dificuldades técnicas relacionadas com a aplicação de ventosa obstétrica, para as quais terão contribuído deficiências do material utilizado.

**8.** Não se encontram motivos para supor que a utilização da ventosa fosse desadequada ou deficiente. Sublinha-se, por outro lado, a necessidade de um rigoroso controlo da qualidade e estado de conservação de todos os instrumentos de intervenção obstétrica no bloco de partos, tanto mais que a sua utilização no período expulsivo frequentemente corresponde a situações que exigem eficácia e rapidez de actuação.

**9.** Em face do exposto nos pontos anteriores, conclui-se pela não existência de motivos objectivos para considerar tecnicamente negligentes ou incorrectas as orientações obstétricas assumidas pela médica especialista em causa durante o trabalho de parto a que se refere o presente processo».

**10.** No processo, já mencionado, que correu termos na Procuradoria da República de ...., foram tomadas declarações à Ex.ma. Senhora Dra. D. ..., testemunha presencial dos factos. O teor dessas declarações é o seguinte:

«Estava de serviço no Hospital de ... , no dia ... na Zona do bloco operatório, quando a Dra. ... se deslocou pedindo que se disponibilizasse a Sala de operações para realização de uma cesariana emergente.

De imediato tudo foi preparado, no entanto não foram para sala nem a Dra. ... nem a doente.

Por achar estranho dirigiu-se ao serviço de obstetrícia encontrando a Dra. ... na sala de partos com a parturiente ao

que pensa já a realizar trabalho de parto. Recorda-se que o parto foi segundo os seus conhecimentos um parto normal, com boa colaboração da parturiente.
Esclarece que desconhece se o esforço da parturiente estava ou não a resultar.
Foi usada ventosa mais que uma vez, mas desconhece se era a mesma ou ventosas diferentes.
Durante o parto a Dra ... manteve-se sempre calma.
Desconhece se a criança nasceu com auxílio da ventosa ou não. Ficou na sala de partos até a criança nascer e depois saiu logo.
Não se apercebeu que tivesse corrido mal alguma coisa na sala de partos, tendo ficado surpreendida com a notícia de que a criança tinha uma deformação.
Perguntada se chegou a esclarecer junto da Dra. ... o porquê da alteração de planos relativamente à cesariana, a depoente afirmou que não. Aliás, por vezes isso acontece quando o bebé fica numa posição tal que não é possível ou aconselhável a realização de parto através dessa intervenção.

**Considero não resultar provada a prática de qualquer ilícito disciplinar.**

**11.** No âmbito do mesmo processo, foi ouvida a Ex.ma. Senhora Dra. D. ... que declarou:
«Que no dia ... estava de serviço nas Urgências de pediatria do Hospital de ..., tendo sido chamada à sala de partos, via telefone e desconhecendo por quem, mas pensa que por uma funcionária dos serviços de obstetrícia.
Dirigiu-se de imediato a tais serviços, onde estava a decorrer um parto já em período expulsívo, parto esse a ser realizado pela Dra.....
Por ter verificado que o parto era intervencionado e que havia dificuldades na extracção do bebé resolveu chamar de imediato a colega que estava de serviço na urgência de pediatria, Dra..... Refere que a presença de mais de que uma médica na sala de partos não é rara e que ocorre sempre que há possibilidade de vir a ser necessária uma reanimação.
Refere não ter sido informada por ninguém, antes do parto, sobre uma eventual variação rítmica do feto.
Após o nascimento, porém, a Dra. ... referiu-lhe não ter havido sinais de sofrimento fetal.
Durante o parto foi aplicada a ventosa várias vezes, no entanto, desconhece se o bebé, saiu pela ventosa ou se saiu por expulsão espontânea.
Após o parto assistiu a criança juntamente com a Dra...., reanimando, entubando-o e depois dirigiu-se à urgência de pediatria para onde foi chamada».
**12.** Cumpre ainda chamar a atenção para o relatório, constante dos autos, datado de ..., assinado pelo Ex.mo. Senhor Prof. Doutor. J. Pinto da Costa, do Instituto de Medicina Legal do Porto, no qual pode ler-se:
«1. Os traçados do ecocardiotocogramas enviados não evidenciam alterações significativas nomeadamente de alterações do ritmo cardíaco do feto valorizáveis do ponto de vista clínico.
2. Na hipótese de tais traçados corresponderem aos verdadeiros, uma vez que apenas foram presentes aos peritos fotocópias dos mesmos com a identificação da parturiente manuscrita sobre os mesmos, não era de admitir a situação de bradicardia.
3. Pelas considerações indicadas, o perito não tem elementos que permitam afirmar que a actuação médica não tenha sido adequada às circunstâncias».
**13.** Finalmente, nas conclusões do inquérito da Procuradoria da Republica de ... pode ler-se:
"segundo o relatório pericial elaborado no IML, não se pode determinar se o estado neurológico do feto antes do parto seria o de um feto normal ou se, ao contrario, já existiam problemas impossíveis de detectar através dos exames normalmente realizados.
Assim, não se pode dizer que os acontecimentos que rodearam e caracterizaram o parto (escolha da data, opção pelo parto por via baixa, utilização de instrumentos que se revelaram avariados, com posterior utilização de manobra obstétrica, etc...) são causa da paralisia cerebral do ... ».
**14.** Os elementos constantes dos autos são suficientes para a tomada de uma decisão. Com efeito, tais elementos permitem concluir o seguinte:
14.1. Os actos médicos, embora intencionalmente destinados a minorar o sofrimento e a preservar a vida, encerram um risco, por vezes imprevisível, outras vezes calculado. Tal é aplicável de uma forma muito especial à Obstetrícia.
14.2. Embora compreendamos a angústia dos pais com uma criança com paralisia cerebral, não temos a certeza que o problema se pudesse resolver com uma cesariana, pois, da análise dos elementos dos autos, resulta que o feto podia levar mais tempo a ser extraído por cesariana.
14.3. A actuação da arguida revela a preocupação de agir de forma a conseguir realizar o parto da forma mais rápida possível, assim minorando o sofrimento fetal.
14.4. Um resfriado vulgar não contra indica um parto por via baixa, pois a dificuldade respiratória referida na queixa advém de congestão nasal, não havendo referências no processo de que a parturiente sofresse ou tivesse sofrido de doença cardio-respiratória.
14.5. A generalizada falta de colaboração das parturientes durante o trabalho de parto tem profundas raízes culturais, sendo a preparação para o parto inexistente
15. Em face do exposto e do que mais se encontra processualizado, considero não resultar provada a prática de qualquer ilícito disciplinar, nomeadamente negligência ou ma prática médicas.

Em face do exposto, proponho o arquivamento do processo.

**Daniel Serrão**
Presidente do Conselho Nacional de Ética
Professor Catedrático Jubilado. Docente no Mestrado de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto

# Erro Médico Evitável

**A questão do erro médico veio à baila, recentemente, numa louvável iniciativa conjunta das Ordens dos Médicos e dos Advogados. Com o maior respeito pelos intervenientes, todos de grande qualidade, penso que foi feito um bom diagnóstico mas não se focou, suficientemente, a prevenção e o tratamento. E, depois, o rigor da linguagem jurídica não agrada, em geral, aos médicos e afasta-os do debate. Neste artigo irei desenvolver, essencialmente, a questão do erro médico e das formas de o combater.**

De três modos pode ser afectado o trabalho médico, como qualquer outro trabalho: por erro, por negligência ou por acidente.

Com simplicidade e sem precisão jurídica direi que, em relação a uma intervenção médica sobre uma pessoa doente, há erro sempre que o médico decide, mas não tem os conhecimentos necessários para decidir bem; há negligência quando o médico sabe como deve ser feita a intervenção de diagnóstico ou tratamento, mas faz mal; e fala-se de acidente se o prejuízo sofrido pelo doente resultar de circunstâncias imprevisíveis e às quais o médico é alheio.

O erro e a negligência são evitáveis; o acidente, pela sua natureza aleatória, é inevitável, mas é preciso que não se considerem como acidentes falhas técnicas dos equipamentos que uma vigilância cuidadosa pode prevenir eficazmente. O caso das mortes dos dialisados renais de Évora é um *«case study»* que, agora que já transitou em julgado, deveria ser analisado pelos especialistas médicos os quais, fora do contexto mediático, social e jurídico, poderiam destrinçar se houve erro, negligência ou acidente. Este e outros casos de condenação de médicos não devem ser deixados cair no esquecimento porque todos encerram importantes lições para se fazer, junto dos médicos, a profilaxia das situações de erro e de negligência e para se tentar evitar o acidente. Neste artigo irei desenvolver, essencialmente, a questão do erro médico e das formas de o combater.

Em nota recente que li na imprensa médica, Brian Schilling, porta-voz do National Committee for Quality Assurance, informava que «a prestação de cuidados inadequados» – forma diplomática e discreta de se referir a erros médicos – «em cinco situações prevalentes, ou seja, asma, depressão, diabetes, doenças cardíacas e hipertensão, provocou, nos Estados Unidos da América, 57.000 mortes evitáveis e 41 milhões de dias de doença desnecessários». Em 2002, segundo a mesma nota, apenas cerca de metade (58%) dos doentes atendidos pelas HMO, organizações de manutenção de saúde que funcionam como seguradoras, receberam o cuidado terapêutico adequado para a hipertensão de que sofriam, sendo que a população coberta por estas HMO atinge 71 milhões de indivíduos.

Podemos afirmar que o erro é, no fundo, uma falta de qualidade. Da qualidade exigível aos profissionais, às instituições e aos responsáveis pela organização das estruturas prestadoras de cuidados de saúde.

Em primeiro lugar os profissionais, os médicos.

Actualmente, o cidadão doente outorga ao médico um estatuto de competência máxima e entrega-lhe o seu corpo e a sua certeza de ser curado. Outrora, esperava-se que o médico acertasse. Hoje exige-lhe que tenha sucesso, porque se não o tem é considerado incompetente e é rejeitado. Esta expectativa das pessoas individuais e da opinião pública, cria uma enorme responsabilidade ao médico: não pode errar, não pode refugiar-se na noção de que a prática médica não é exactamente uma ciência de rigor, ou que a reacção das pessoas concretas a um medicamento ou a uma intervenção cirúrgica é, em parte, imprevisível ou que, o contrato tácito que assume com os doentes que atende, obriga à disponibilização dos meios, mas não à obtenção de resultados.

Mas o que é obrigação de meios no atendimento clínico?

É estar de posse dos melhores conhecimentos científicos e técnicos para interpretar bem os sintomas dos doentes, fazer um diagnóstico correcto e aplicar o tratamento médico ou cirúrgico adequado. Na linguagem jurídica é actuar *secundum leges artis*, segundo as leis da arte médica.

O desconhecimento, num caso concreto, das leis da arte médica aplicáveis, abre o caminho para o erro médico que, como já afirmei, a opinião pública actual, mais evoluída, considera inaceitável e punível.

A via mais segura para evitar o erro médico na prática clínica é aplicar sempre e de forma sistemática o método clínico: ouvir, observar, interpretar, tratar, seguir e encerrar.

Como patologista e como perito em casos médico-legais e em processos da Inspecção-Geral de Saúde relacionados com situações de erro médico, encontrei casos em que o médico não ouviu (ou não leu, o que vem dar no mesmo, é

desatenção a uma informação que lhe é transmitida no quadro da elaboração da historia clínica) e, portanto, não tomou conhecimento de uma informação importante – sou alérgica à penicilina – que teria evitado a morte da doente; casos em que o médico não observou completamente (não viu o melanoma na planta do pé, não fez um Raio X pulmonar e operou um carcinoma da tiróide com metastização miliar de ambos os pulmões, não usou a imagiologia adequada e internou como psicótica uma doente com meningioma etc.…); casos em que interpretou erradamente os dados semióticos, usando argumentos insustentáveis como: eu acho que… ou eu penso que…, passando logo para o diagnóstico sem a confirmação que se impõe, já que a decisão diagnóstica tem de ser apoiada em dados objectivos e não no "olho clínico" e que, sem estes dados objectivos, não há diagnóstico mas, apenas, uma probabilidade que deve ser registada como tal; casos em que a um diagnóstico certo correspondeu um tratamento não adequado; casos em que o doente diagnosticado e tratado correctamente não foi seguido e veio a morrer de complicações não observadas por falta de seguimento; por fim, casos de encerramento precoce, particularmente em oncologia, onde a regra é que nenhum caso fica encerrado, nenhum doente oncológico tem alta.

Para que esta via da correcta aplicação do método clínico dê os resultados desejados na redução drástica do erro médico é necessário que seja aplicada por médicos competentes no plano científico e técnico.

Não basta o que se aprendeu na faculdade, no internato geral, no internato da especialidade e, na prática hospitalar, junto aos médicos mais experientes do serviço. É necessária uma formação pessoal permanente que não se consegue com a frequência sazonal de reuniões que as sociedades científicas vão organizando com o apoio da indústria farmacêutica.

Para esta formação contínua, diria diária, o computador pessoal é absolutamente indispensável. Ele permite a leitura, a qualquer hora, de uma ou mais revistas de referência para a especialidade de cada um, *on line*, com o registo em papel apenas do que é relevante e necessário para fins práticos. Permite, ainda, o acesso a programas de educação contínua – que, por exemplo, no Canadá, são criados e actualizados pelos colégios das especialidades e propõem *guidelines* (propostas de actuação) gerais para situações tipificadas que o médico saberá adaptar às suas necessidades concretas. E torna possível a obtenção de uma segunda opinião, em tempo real, enviando a um colega, no país ou no estrangeiro, todo o caso clínico e toda a iconografia imagiológica.

**A via mais segura para evitar o erro médico na prática clínica é aplicar sempre e de forma sistemática o método clínico: ouvir, observar, interpretar, tratar, seguir e encerrar.**

Para o clínico geral/médico de família já existem em muitos países muitas possibilidades de formação contínua e de apoio ao diagnóstico, beneficiando das possibilidades das tecnologias de informação mais modernas. Na Finlândia, por exemplo, está disponível, em suporte electrónico, toda a informação necessária para o diagnóstico e tratamento das situações que o clínico geral atende; esta informação é actualizada de 6 em 6 meses e foi elaborada por um grupo de médicos de reconhecida qualidade. Este instrumento facilita a vida profissional dos clínicos gerais, mantendo-os actualizados e defende-os de erros de observação, de diagnóstico e de tratamento.

Já em 2000, E.A. Ashley escrevia no Jornal Medical Education (2000; 34: 455. 45 a) que a melhor forma de aprender medicina é integrar a informação na prática profissional – *Tell me and I will forget, show me and I may not remember, involve me and I will understand*. O uso da informação por via informática para resolver um caso que o médico tem à sua frente é uma forma de aprendizagem autêntica e segura e protegerá o médico do erro.

O progresso científico na área da medicina é vertiginoso e ninguém tem hoje capacidade mental para memorizar e usar, na sua actividade profissional concreta, todas as informações que a investigação médica constantemente produz. Dizia-se, há poucos anos, que os conhecimentos dos médicos estavam desactualizados ao fim de cinco anos. Mas hoje é melhor falar de cinco meses e, dentro de pouco tempo, falarmos de cinco dias.

A pessoa doente espera, do médico, o melhor e não apenas o mediano ou o suficiente. Se não o encontra em Portugal e se tem capacidade financeira vai a Londres ou à Clínica Mayo nos Estados Unidos. O desejo de cura não tem limites e exige do médico a competência máxima.

A *"evidence-based medicine"*, prática médica baseada em informações confirmadas por complexas meta-análises de milhares de trabalhos de investigação, publicados sobre cada problema clínico, é um recurso que pode evitar o erro ou pelo menos o erro por desconhecimento da melhor decisão a tomar num caso concreto; mas não é um recurso facilmente disponível para a actividade profissional diária, sendo desejável, contudo, que as faculdades de medicina e os colégios das especialidades, juntem esforços para que esta informação privilegiada possa estar ao dispor dos nossos médicos, em especial dos clínicos gerais.

Estas duas vias – rigor na aplicação do método clínico, informação correcta, actualizada e facilmente disponível por via informática – são as vias reais para evitar o erro médico e assim reforçar a confiança dos cidadãos na qualidade dos médicos portugueses.

E reduzir o número das queixas à Ordem e dos processos de responsabilidade civil apresentados nos Tribunais.

# Cuidados paliativos: vida e qualidade

**Isabel Galriça Neto**
Médica de Cuidados Paliativos da Equipa de Cuidados Continuados do C. S. Odivelas
Fac. Medicina de Lisboa - Membro da ANCP

Na segunda metade do século XX, o progresso tecnológico crescente e a diferenciação das especialidades médicas determinavam cada vez mais que os cuidados de saúde prestados aos doentes crónicos se centrassem no «ataque à doença» e na busca da cura, esquecendo as necessidades do paciente e ainda mais as da sua família.

A não-cura era (e frequentemente ainda continua a ser ) encarada por muitos profissionais como uma derrota, uma frustração, uma área de não-investimento e, como tal, os doentes incuráveis eram maioritariamente votados a um abandono encapotado. A doença terminal e a morte foram «hospitalizadas» e a sociedade em geral aumentou a distância face aos problemas do final de vida.

O movimento moderno dos cuidados paliativos, iniciado em Inglaterra na década de 60, e que posteriormente se foi alargando ao Canadá, Estados Unidos e mais recentemente (no último quarteirão do século XX) à restante Europa, teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos doentes incuráveis, para a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que teriam que ser dispensados a esta população. Tratava-se de um grupo numeroso de doentes e com enorme tendência a aumentar, dado o envelhecimento demográfico e o aumento das doenças crónicas não transmissíveis.

**Os cuidados paliativos centram-se na importância da dignidade da pessoa ainda que doente, vulnerável e limitada, aceitando a morte como uma etapa natural da vida que, até por isso, deve ser vivida intensamente até ao fim.**

Os cuidados paliativos definem-se como uma resposta activa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. Este movimento da Medicina do pós guerra, correspondeu de certa forma a um movimento marginal que pretendia contrariar a crescente desumanização dos cuidados prestados aos doentes terminais nos grandes hospitais de agudos.

Apesar da pertinência da resposta advogada pelos cuidados paliativos para as questões em torno da humanização dos cuidados de saúde e do seu inequívoco interesse público, o certo é que hoje, no início do século XXI, este tipo de cuidados não está ainda suficientemente divulgado e acessível àqueles que deles carecem.

No nosso país, mais concretamente, podemos dizer que os serviços qualificados e devidamente organizados são escassos e insuficientes para as necessidades detectadas – basta lembrar que o cancro é a segunda causa de morte em Portugal, com uma clara tendência a aumentar. Para além disso, importa reforçar que os cuidados paliativos são prestados com base nas necessidades dos doentes e famílias e não com base no seu diagnóstico. Como tal, não são apenas os doentes de cancro avançado que carecem destes cuidados: os doentes de SIDA em estadio avançado, os doentes com as chamadas insuficiências de órgão avançadas (cardíaca, respiratória, hepática, respiratória, renal), os doentes com doenças neurológicas degenerativas e graves, os doentes com demências em estadio muito avançado. Estamos , por isso, a falar de um grupo vastíssimo de pessoas, de um problema que atinge praticamente todas as famílias portuguesas.

A questão da doença avançada, terminal e da morte é um problema universal, tão universal como os cuidados pré-natais e na infância. Se hoje se investe claramente nas últimas áreas, o mesmo não podemos dizer da primeira.

Que pretendemos oferecer aos doentes na fase avançada e terminal das suas vidas, sobretudo quando temos presente que 90% das mortes ocorrem após doença crónica e avançada? Sendo consensual que os princípios e as práticas advogadas pelo movimento dos cuidados paliativos constituem uma resposta clara, estruturada e fundamentada, para necessidades e problemas bem identificados na população doente e em fim de vida, e dada a escassez das respostas no terreno e o enorme sofrimento de doentes e famílias pouco apoiadas nessa fase crucial das suas vidas, impõe-se uma intervenção planeada que permita inflectir o quadro actual, de modo a implementar este «novo» conceito.

Os cuidados paliativos não são cuidados menores no sistema de saúde, não se resumem a uma intervenção caritativa bem intencionada, não se destinam a um grupo reduzido de situações, não restringem a sua aplicação aos moribundos nos últimos dias de vida e, pela especificidade dos cuidados, diferenciam-se dos cuidados continuados (cuidados aos doentes com perda de funcionalidade ou dependentes). Os cuidados paliativos não são dispendiosos, não encarecem os gastos dos sistemas de saúde, e tendem mesmo a reduzi-los pela melhor racionalização dos meios.

Só poderemos combater estas concepções incorrectas esclarecendo alguns conceitos:

- Os cuidados paliativos deverão ser parte integrante do sistema de saúde, promovendo uma intervenção técnica que requer formação e treino específico obrigatórios por parte dos profissionais que os prestam, tal como a obstetrícia, a dermatologia, a cirurgia ou outra área específica no âmbito dos cuidados de saúde.
- Os cuidados paliativos são cuidados preventivos: previnem um grande sofrimento motivado por sintomas (dor, fadiga, dispneia), pelas múltiplas perdas (físicas e psicológicas) associadas à doença crónica e terminal, e reduzem o risco de lutos patológicos. Devem assentar numa intervenção interdisciplinar em que pessoa doente e família são o centro gerador das decisões de uma equipa que idealmente integra médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais.
- Os cuidados paliativos pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão activamente quanto possível até à sua morte (e este período pode ser de semanas, meses ou algumas vezes anos), sendo profundamente rigorosos, científicos e ao mesmo tempo criativos nas suas intervenções.
- Os cuidados paliativos centram-se na importância da dignidade da pessoa ainda que doente, vulnerável e limitada, aceitando a morte como uma etapa natural da vida que, até por isso, deve ser vivida intensamente até ao fim.

É por tudo isto que estes cuidados são sinónimo de vida e qualidade.


**Departamento de Formação da OM**
**A SAÚDE NOS MEDIA**
**QUANDO A NOTÍCIA NOS BATE À PORTA**

**Hotel Vila Galé — Ericeira**
**De 5 a 7 de Março de 2004**
**Programa**

**Comunicação Social: Presente e Futuro**
**A Saúde e os Media**
**A Saúde como Especialidade na Imprensa Generalista**
**Comunicação de Crise. O Papel das Agências de Comunicação e das Assessorias**
**Os Médicos e o Jornalismo**
**Medicina e Jornalismo: Éticas Cruzadas**
**Media Training *Imprensa* / Media Training *Audiovisuais***
**Os Médicos e a Obrigação de Comunicar**

O CURSO DESTINA-SE aos médicos em geral, particularmente aos que, pelas suas funções clínicas, científicas ou administrativas, contactam frequentemente com os media. O CURSO É certificado pela Ordem dos Médicos e resulta de um acordo de parceria com o Observatório da Imprensa e a Merck Sharp & Dohme. O número de formandos é limitado. A confirmação da inscrição será feita pela ordem de entrada dos pedidos no Departamento de Formação da Ordem dos Médicos. A inscrição obriga ao pagamento de um valor de 200 euros.

**Contactos: Departamento de Formação da Ordem dos Médicos: Av. Almirante Gago Coutinho, 151, 1749–084 Lisboa**
**Telef.: 21 842 71 00 – Fax.: 21 842 71 01**

Com o apoio: MERCK SHARP & DOHME

# O rescaldo de um congresso sobre

Os portugueses têm a auto-estima em níveis assustadoramente baixos. Tão mau como isso, ou talvez pior, os seus índices educacionais deixam muito a desejar. Qualquer pessoa ou instituição responsável, nessas circunstâncias, devia eleger como uma prioridade inverter este estado de coisas. Quer dizer, apostar na educação.

A medicina e a cirurgia não se excluem dessas necessidades, como é óbvio. Por isso deixa-nos uma profunda preocupação (desilusão só tem quem alimenta ilusões) aquilo a que consideramos escassa adesão a uma recente iniciativa do Serviço que dirijo. Não comento a espantosa ocorrência simultânea de 3 reuniões na mesma cidade sobre matérias que interessam a cirurgia. Afinal tudo se insere na linha das limitações já referidas. Porém vale a pena parar para reflectir.

Algumas das figuras mundiais que nos visitaram consideraram o programa do congresso excepcional e alguns afirmaram mesmo não conhecerem experiências sobreponíveis no mundo. Os distintos colegas portugueses que nos ajudaram foram também muito generosos nas apreciações que fizeram, sentindo a organização a sinceridade das suas palavras. Acresce que foram convidados sem encargos numerosos estudantes e algum pessoal de enfermagem e médico numa demonstração de apreço pelas potencialidades formativas do evento. Os principais intervenientes não faltaram, o tempo de um modo geral foi respeitado e os períodos de discussão foram suficientemente alargados de modo a que em ambiente descontraído pudéssemos trocar pontos de vista. Não houve programa social, é certo, mas isso também não era o que mais importava.

Como se sabe a cirurgia nestes últimos anos evoluiu muito mais do que ao longo de muitos séculos. Como é possível mantermo-nos fiéis a métodos educacionais e de treino em cirurgia que estão evidentemente obsoletos? Como é possível desprezarmos muitas das novas ferramentas de ensino com o pretexto de que não podemos querer tudo e afinal não estamos mal de todo demonstrando assim uma falta de ambição cuja influência perniciosa não devemos ignorar? Se o país tem demonstrado propósitos de ter níveis de vida de alto *standard* mesmo trabalhando pouco e não possuindo uma mão de obra qualificada, nem riquezas naturais, bom seria que os orientasse na direcção dos objectivos educacionais, que deveria satisfazer em período de tempo razoável, assim encurtando distâncias relativamente a outros mais esclarecidos. E não será inquietante que coisas tão importantes para o nosso presente e uma correcta programação do futuro mereçam tão pouca atenção de tantos responsáveis? Não é hoje possível ensinar alunos de medicina sem se dispor de um acesso fácil a um centro de treinos e a um equipamento informático de qualidade aceitável. O ensino clínico nas faculdades de medicina necessita, em qualquer circunstância ou cenário, de se apoiar em material clínico de qualidade e de se estender para a área dos cuidados primários, do ambulatório e para hospitais devidamente afiliados. Estes temas, bem como a organização dos *clerkships* e a avaliação dos alunos, dos docentes, dos planos de estudo e dos sistemas de ensino foram passados em revista por algumas das maiores autoridades europeias e norte-americanas do sector da educação em cirurgia. As suas palestras, bem como todas as suas restantes intervenções, pontificaram pela clareza e rigor, constituindo vários momentos de verdadeiro prazer e enriquecimento de todos os que a elas puderem assistir. Outros dos convidados tiveram intervenções no mesmo sentido de boa qualidade. Discutiu-se também o ensino das especialidades cirúrgicos e a sua relação com a cirurgia geral, bem como a importância da cirurgia baseada na evidência, da investigação, e da medicina molecular no século XXI.

A formação dos cirurgiões ocupou uma grande parte do programa e incluiu temas de enorme actualidade e importância: auditorias em cirurgia, conferências de mortalidade e morbilidade, horas de trabalho, organização curricular, a estrutura da cirurgia na União Europeia de Médicos Especialistas, volume e experiência cirúrgicos, controlo da qualidade, as competências em cirurgia e seus métodos de avaliação, a acreditação, a certificação e a recertificação.

No último dia do congresso abordámos temas da maior importância, a saber: a comunicação no bloco operatório: fisiopatologia do comportamento interprofissional, a educação dos cirurgiões na cirurgia geriátrica e ainda os cuidados paliativos em cirurgia.

As preocupações da organização foram muito no sentido do «como fazer» e menos no das especulações teóricas, tantas vezes desinseridas da realidade e das necessidades em causa. E agora?

A organização de congressos no país necessita de ser claramente disciplinada e devidamente controlada. A informação científica e as novidades tecnológicas chegam-nos com crescente facilidade e detalhe. Por isso, legitimamente só deveriam organizar congressos (e mesmo assim com periodicidade adequada) aqueles que tenham

# Educação em Cirurgia

**Manuel Cardoso de Oliveira**
Director de Serviço do Serviço de Cirurgia B do Hospital de São João. Professor Catedrático

já dado garantias de contributos muito válidos e originais na área dos assuntos a abordar. No fundo trata-se de uma questão de credibilidade. Realmente só faz sentido que num país carenciado como o nosso todas as iniciativas de Educação Médica Contínua tenham de atingir mínimos de qualidade que as justifiquem. O esbanjamento de recursos e as tentativas para ocultar insuficiências várias através de meros expedientes organizacionais estão, esperamos, condenados ao fracasso. Nós não podemos educar os outros se nós próprios não formos educados. Como será possível admitir que alguém se apresente publicamente assumindo pretensões educativas se no seu reduto pratica uma política que, mais do que modernizar as instituições, pelo contrário, espatifa patrimónios culturais sacrificadamente e estoicamente construídos ao longo de várias gerações. Perante este descalabro há pessoas que vivem um inferno de desesperos contidos e que só reprovam tais práticas, essencialmente, pelo silêncio. Utilizaram a paciência durante o tempo que puderam e só a sacrificaram por uma questão de honra. Porém, ainda que se não ignore que certas desorientações das consciências são sempre fatais aos costumes, exactamente por isso não se pode pactuar com velhacarias e o amor à intriga. Muitas vezes aqueles que exibem um claro pendor para se preocuparem com ninharias fazem-no, apenas, e tão só, para evitar um doloroso confronto com as suas limitações. Estes descréditos necessitam pois de ser urgentemente combatidos, sem lugar para ódios insignificantes e pequenos. Haverá que esclarecer que nas nossas instituições algumas aproximações poderão ser de encorajar, mas que para que sejam possíveis e honrosas não pode existir radical incompatibilidade de procedimentos ou profunda antinomia de princípios. Porque a existência destas aconselha vivamente a que por profilaxia se evitem concentrações excessivas para impossibilitar prejuízos ainda maiores do que os existentes. A comunidade cirúrgica internacional tem estado atenta a estas dificuldades e recomenda vivamente a existência de unidades assistenciais de dimensão adequada a uma gestão eficiente; é oportuno acentuar que estas exigências se tornam ainda mais evidentes em Hospitais com ensino dada a natureza mais complexa e susceptível das múltiplas funções que lhes estão cometidas.

Ficou demonstrado no Congresso em apreciação que a arrogância e a incapacidade de liderança são fardos pesados para as instituições em que se manifestam. Os referidos hospitais apenas poderão exercer efectivamente as suas múltiplas e muito nobres missões se deixarmos de assobiar para o ar como nada estivesse a acontecer. Só assim seremos dignos de homens com passado (alguns felizmente ainda na plenitude da sua prestação humana) que nos obrigam a ter memória e respeito por valores que tantos deles cultivaram. A manutenção e/ ou a criação de condições para fixar e atrair jovens talentos com provas já dadas é uma prioridade absoluta que tem de ser rigorosamente respeitada. Quem se excluir desta trajectória deveria em coerência concluir o que parece óbvio. E aqui se insere uma vez mais a Educação. Por isso fica em agenda (para que conste) um outro congresso sobre o mesmo assunto, e depois de muitas implicações destes conceitos na rotina do serviço que dirigimos.

Por último, refira-se que os Hospitais com ensino não são criados por diplomas legais com compromissos ao sabor dos vários grupos de pressão. Eles têm de estar na cabeça e no coração daqueles que neles trabalham e isso é uma tarefa que demora anos. Nesses hospitais a preparação pedagógica dos docentes tem de ser acautelada e não fazer-se com métodos artesanais. Também a investigação clínica não deve ser um mero processo de intenções, tantas vezes não concretizadas. Espantosamente a afiliação de unidades de saúde para o ensino que já dispõe de um importante trabalho coordenado pela reitoria da Universidade do Porto em estrita articulação com técnicos do Imperial College não parece mobilizar atenções que as suas potencialidades bem justificariam É pois com justificada e profunda preocupação que encaramos um projecto de diploma que vai circulando, pretensamente, sobre Hospitais Universitários. O País precisa de médicos, mas também precisa que a sua formação se faça adequadamente. E para isso o ensino do chamado ciclo clínico é absolutamente fundamental e o mais susceptível. O problema é que, como salienta António Barreto, para falar alto importa ter que dizer.

Dezembro de 2003

## 230 mil euros para a investigação médica e científica

A Fundação Bial abriu no dia 1 de Janeiro as candidaturas para a edição de 2004 do PRÉMIO BIAL, evento bienal que agora assinala o vigésimo aniversário. Considerado um dos galardões de maior relevância na área da saúde em toda a Europa, o PRÉMIO BIAL, desde sempre comprometido com a investigação médica e científica, distinguiu já mais de 60 obras de carácter médico. Para a 11ª edição as obras candidatas de investigadores de qualquer nacionalidade deverão ser enviadas, até 31 de Outubro de 2004, para a Fundação Bial. À semelhança das edições anteriores, serão premiadas duas modalidades: o Grande Prémio Bial de Medicina (150 mil euros), destinado a galardoar obras intelectuais escritas, de índole médica, que representem uma investigação de grande repercussão ou que se distingam pela sua qualidade e relevância científica, e o Prémio Bial de Medicina Clínica (50 mil euros), que visa especificamente distinguir um tema livre de elevada qualidade intelectual dirigido à prática da clínica geral.

## Saúde na comunidade

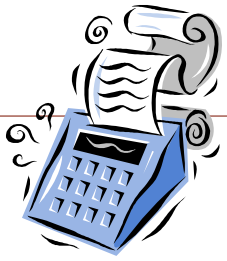
No dia 20 de Janeiro a Bristol-Myers Squibb, atribuiu o Prémio «BRISTOL-MYERS SQUIBB - Saúde na Comunidade», um prémio que pretende contribuir para o desenvolvimento e bem estar da comunidade, reconhecendo publicamente o trabalho, na área da saúde, de organizações e instituições que realizam actividades muitas vezes em condições difíceis. O Júri constituído por jornalistas e um elemento da Bristol-Myers Squibb, atribuiu o 1.º Prémio, no valor de cinco mil euros, à Casa Betânea e distinguiu com Menções Honrosas, no valor de mil e quinhentos euros cada, a Escola Básica n.º1 de Algés, com o Projecto Teach, e a Liga dos Amigos dos Hospitais, com o projecto Música no Hospital. O projecto Casa Betânea foi criado há nove anos por uma professora e uma médica com necessidade de encontrar respostas para familiares com deficiência mental. Criaram uma casa em que os doentes vivem de modo independente e estão integrados na sociedade, deslocando-se diariamente para os seus empregos. O projecto Teach, iniciativa de pais de crianças autistas, conseguiu promover o ensino especial e a integração destas nas aulas normais, facilitando, a socialização com as outras crianças e o seu desenvolvimento. Música no Hospital, é uma iniciativa da Liga dos Amigos dos Hospitais, que pretende alegrar o dia-a-dia de crianças e doentes hospitalizados.

## Portugal investiga abordagem terapêutica contra o vírus da sida

A APECS – Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA atribuiu a 2ª Bolsa Bristol-Myers Squibb de Investigação em Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana. Esta bolsa vai permitir verificar o papel das terapêuticas anti-retrovirais na alteração dos níveis de lípidos (lipodistrofia) nos doentes infectados pelo VIH, e medidas para a redução do risco de acidentes cardiovasculares e cerebrovasculares. Na cerimónia de atribuição da Bolsa de Investigação esteve Meliço-Silvestre, Presidente da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, em representação do Ministro da Saúde Luís Filipe Pereira, Lino Rosado Presidente da APECS - Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA e Teresa Carqueja Directora Médica da Bristol-Myers Squibb. Este estudo vai ser realizado por uma equipa constituída por quatro médicos investigadores portugueses - Paula Freitas, Davide Carvalho, António Mota Miranda e José Luís Medina - apoiados por 22 colaboradores. Na investigação designada "Estudo da Síndrome da Lipodistrofia e das Repercussões Endócrino-metabólicas e Cardiovasculares na Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana", os especialistas vão estimar a frequência e identificar os determinantes da ocorrência e da gravidade da síndrome de lipodistrofia em doentes infectados pelo VIH. A investigação que estes especialistas vão levar a cabo vai permitir esclarecer se a síndrome de lipodistrofia pode ser ou não um efeito secundário da terapêutica anti-retrovírica.

## Terapêutica combinada eficaz em doentes com Hepatite C

Dados de um estudo divulgado recentemente na 54.ª reunião da Associação Americana para o Estudo das Doenças do Fígado em Boston contrariam as indicações das *guidelines* americanas e europeias, de acordo com as quais os doentes com Hepatite C e níveis de ALT persistentemente "normais" não tinham indicação para tratamento. Este estudo da Roche, primeira companhia a iniciar estudos em diferentes tipos de doentes, foi desenhado com o objectivo de avaliar as respostas dos doentes com Hepatite C crónica e níveis de alanino- aminotransferase (ALT) persistentemente normais a uma terapêutica com interferão peguilado alfa 2a em combinação com ribavirina e se isso resultaria num benefício para este subgrupo. A questão a que o estudo pretendeu responder seria a potencial indicação deste grupo alvo para tratamento. "Sim" foi a inequívoca resposta à questão levantada pelo estudo. "Os resultados do ensaio são muito interessantes pois questionam verdades antigas e demonstram que o facto de os níveis de ALT serem "normais" não reflecte a condição (grau de lesão) em que se encontra o fígado do doente", afirma Stefan Zeuzem, Director do Departamento de Medicina Interna do Hospital Universitário de Hamburgo, Alemanha, e investigador principal do estudo agora apresentado.



# CONSULTORIA FISCAL

## IMPOSTO MUNICIPAL S/ IMÓVEIS

- Foi aprovado o novo modelo 1 e anexos respeitante à inscrição de prédios urbanos na matriz, incluindo terrenos para construção.
Estes documentos devem ser entregues, em DUPLICADO, no Serviço de Finanças da área da situação dos imóveis no prazo de 60 DIAS contados a partir da respectiva ocorrência (v.g. ocupação, conclusão das obras, início da construção, no caso de direito de superfície, etc).
A obrigatoriedade da entrega da nova declaração e anexos, inicia-se a partir de 13 de Novembro de 2003.
Esta declaração substitui o anterior 129 do Código da Cont. Predial.
- O novo código do Imposto Municipal s/ Imóveis entrou em vigor no dia 1 de Dezembro de 2003, sendo revogados os Códigos da contribuição Autárquica e da Contribuição Predial e do Imposto s/ Indústria Agrícola.
- Mantêm-se os benefícios fiscais concedidos pelo Código da Contribuição Autárquica.
- Os prédios urbanos NÃO ARRENDADOS são actualizados com base em coeficientes de desvalorização da moeda, até que se proceda a uma avaliação geral de todos os imóveis.
Os coeficientes são estabelecidos entre um máximo de 44,21 e um mínimo de 1, constantes de Portaria do Ministro das Finanças.
Os valores patrimoniais resultantes das correcções efectuadas entram em vigor em 31 de Dezembro de 2003.
- Os sujeitos passivos do Imposto municipal s/ imóveis (IMI) devem no prazo de 6 (seis) meses, proceder à identificação dos prédios com o respectivo número fiscal de contribuinte, se ainda não o fizeram, incluindo heranças indivisas.
- Este imposto é devido pelo proprietário do imóvel em 31 de Dezembro do ano em causa.
- As taxas deste imposto são as seguintes:
• Prédios rústicos – 0,8 %
• Prédios urbanos – 0,4 % a 0,8 %
• Prédios urbanos avaliados nos termos deste novo Código – 0,2% a 0,5%

## CÓDIGO DO IMPOSTO DO SELO

- Este Código incidirá sobre as aquisições, a título gratuito, de imóveis, móveis sujeitos a registo, participações sociais e valores mobiliários, estabelecimentos comerciais, industriais ou agrícolas, direitos de crédito de sócios, etc.
- As Transmissões a título gratuito estão sujeitas à taxa de 10 % (Taxa única).
- Os PPR/E's, Poupança-Habitação, pensões e subsídios, donativos integrados na Lei do Mecenato, donativos de uso social até 500 euros, estão isentos deste imposto.
- O direito à liquidação caduca no prazo de 8 anos a contar da data da transmissão dos bens.
- As doações e os falecimentos devem ser participados no Serviço de Finanças Competente (área de residência do autor da herança do doador), até ao final do 3.º mês seguinte do nascimento da obrigação tributária, incluindo a respectiva relação de bens, certidão de testamento, quando houver, certidão de escritura de doação ou de partilha, etc.
- As transmissões gratuitas a favor de herdeiros legitimários passam a ser tributadas em imposto do selo deixando de ser tributados os bens pessoais ou domésticos nem a presunção da sua existência.
- O valor tributável dos veículos automóveis, aeronaves de turismo e barcos de recreio, nas transmissões gratuitas, é o valor de mercado calculado nos termos previstos no Código do IRS.
- A base tributável nas transmissões por morte deixa de ser a quota hereditária de cada herdeiro passando a massa hereditária global na pessoa do cabeça-do-casal e a liquidação do imposto não exige partilha prévia.
- É eliminado o imposto s/ sucessões e doações por avença (taxa de 5%) que incidia sobre os dividendos e os juros de obrigações.
- Os títulos de acções e de obrigações serão apenas tributados quando houver transmissão gratuita desses títulos.
- Passam a ser tributados em imposto do selo à taxa de 5% os trespasses de estabelecimentos comerciais, industriais ou agrícolas.

## IRS

• As declarações de rendimentos modelo 3 de IRS respeitantes ao ano de 2003, devem ser apresentadas nos Serviços de Finanças, nos prazos seguintes:
1. Rendimentos exclusivamente de trabalho dependente e/ou pensões, de 1 de Fevereiro a 15 de Março de 2004.
2. Rendimentos de outras categorias, incluindo trabalho dependente e/ou pensões, de 16 de Março a 30 de Abril de 2004.
• Em princípio, tal como nos anos anteriores, as aludidas declarações poderão ser entregues nesta Ordem, nos seguintes prazos:
- Rendimentos exclusivamente de trabalho dependente e/ou pensões
De 16 a 27 de Fevereiro e de 1 a 15 de Março – das 10 às 13 horas (3as e 5as feiras)
De 8 a 15 de Março – das 18.30 às 20.30 horas (todos os dias úteis)
- Restantes casos
De 16 de Março a 30 de Abril - das 10 às 13 horas
De 19 a 30 de Abril, inclusive - das 18.30 às 20.30 horas (todos os dias úteis)

**Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos sobre matéria fiscal poderão ser prestados na Consultoria Fiscal, todas as 3.as e 5.as feiras, das 10 às 13 horas, na Avenida Almirante Gago Coutinho, 151, Lisboa.**

### CÓDIGO DO IMPOSTO MUNICIPAL DE TRANSMISSÕES ONEROSAS DE IMÓVEIS (CIMTI)

- Este código revoga o Código do Imposto Municipal de SISA e do Imposto s/ Sucessões e Doações
- As taxas aplicáveis são as seguintes:
• Aquisição de imóveis exclusivamente para HABITAÇÃO:

| Valor s/ incide o IMT euros | Taxas percentuais | |
|---|---|---|
| | Marginais | Média |
| Até 80000 | 0 | 0 |
| >80000 a 110000 | 2 | 0,5455 |
| >110000 a 150000 | 5 | 1,7333 |
| >150000 a 250000 | 7 | 3,8400 |
| >250000 a 500000 | 8 | - |
| >500000 | TAXA ÚNICA | 6 |

• Aquisição de prédios rústicos – 5%
• Aquisição de prédios urbanos e outros (direito superfície, terrenos para construção) – 6,5%

SUGESTÕES DE LEITURA

**Vários**
**Olhares Cruzados**
**Fund. Calouste Gulbenkian**

**Maria Lucília Mercês de Mello**
**Sintonias**
**MinervaCoimbra**

**Fernando Chiote**
**Soltam-se as amarras**
**Prefácio**

**J. T. S. Soares-Costa**
**Teresa J. J. B. Soares-Costa**
**Cardiopatia Isquémica**
**Permanyer Portugal**

## Teatro

# A Grande Imprecação Diante das Muralhas da Cidade

Estreada em 1961, A Grande Imprecação Diante das Muralhas da Cidade de Tankred Dorst, merece atenção de grandes encenadores e é representada em quase todo o mundo. A Portugal chega trazida por Mário Barradas que a encena para *OS BONECREIROS* que a estreiam no Instituto Alemão de Lisboa a 3 de Janeiro de 1974 com Fernanda Alves, Mário Jacques, José Gomes e Vicente Galfo no elenco. Constituiu este espectáculo um enorme sucesso no efervescente clima vivido no país nos meses que antecederam o 25 de Abril. Para os espectadores dessa altura, convencidos da chegada dos tempos de mudança, a Imprecação na voz de Fernanda Alves soou como a trombeta que havia de derrubar a muralha do fascismo em Portugal. Volvidos 30 anos a peça estará novamente em cena em Portugal, numa encenação de José Peixoto, que conta com a interpretação de Elsa Valentim, Jorge Silva, Mário Jacques, José Peixoto e Rui Rebelo. O espectáculo será apresentado na sala Recreios da Amadora de 4 a 21 de Março, no Teatro Municipal de Almada de 1 a 11 de Abril, e em Lisboa em data e local a designar. Para mais informações contactar: Associação Cultural – Teatro dos Aloés - Tel: 91 664 82 04 - 21. 814 08 25

## Pintura

# Um corpo espelho da alma

Vai estar patente até ao dia 29 de Fevereiro, na galeria da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, a exposição Body Dream, uma exposição individual de pintura do artista DDACO (David Esaguy D'Almeida Coimbra). Nascido em 1945, cedo desenvolveu uma procura intelectual e interesse pela arte. O trabalho tem como tema básico o erotismo: o pintor apresenta, numa unidade temática homogénea, a mulher como prazer supremo. O corpo feminino, endeusado como a origem da vida, é o da mulher real e não a representação de deusas mitológicas, de odaliscas orientais ou de banhistas turcas. Celebração da vida e do prazer, o nu é natural e não idealizado, um corpo espelho da alma num espírito aberto.