

Que ninguém se esqueça que nada se faz sem os médicos...

Duas importantes iniciativas na área da saúde trouxeram a Portugal figuras de renome internacional do meio médico e proporcionaram excelentes oportunidades para um vivo e aprofundado debate. Refiro-me ao «I Fórum Nacional de Saúde» e à conferência «Política de saúde baseada na evidência: Importância do desempenho dos sistemas de saúde».

Nas duas iniciativas a ideia de que não há consensos, mas há claramente o desejo de traçar caminhos que contribuam para aquele que é o verdadeiro desejo de todos os profissionais de saúde: melhor qualidade e melhor acesso à saúde.

No «I Fórum Nacional de Saúde» – uma espécie de fim de debate em torno do Plano Nacional de Saúde – parecem claras as diferentes visões de abordagem às múltiplas questões que se colocam aos decisores. Seja como for, e como o Governo parece determinado a dar corpo a este projecto, é fundamental que a opinião dos médicos e restantes técnicos de saúde seja ouvida. Só assim se evitará que o Plano Nacional de Saúde se transforme em mais uma iniciativa condenada ao fracasso e incapaz de trazer a saúde, em Portugal, para o século XXI.

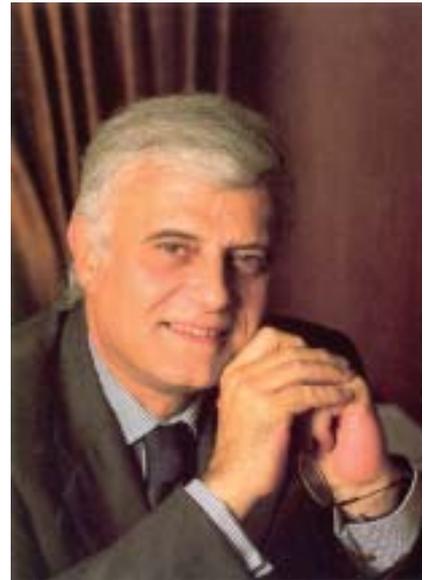
Um olhar diferente, mas complementar em muitas áreas, foi o que resultou da conferência «Política de saúde baseada na evidência: importância do desempenho dos sistemas de saúde».

Um ponto comum é o reconhecimento de que é a experiência dos profissionais que melhor contribui para identificar as falhas e aponta caminhos para a melhoria do desempenho.

David Evans, director do departamento de financiamento dos Sistemas de Saúde, despesas e aplicação de recursos da OMS, expressou uma ideia transversal a todos os sistemas de saúde, independentemente do modelo de financiamento: Todos queremos melhores resultados. Quanto aos caminhos a seguir, já não há unanimidade...

Mas, destas duas reuniões, uma conclusão a retirar: que os decisores políticos não se esqueçam dos médicos que lutam diariamente, em condições muitas vezes extremas, para dar melhor saúde aos cidadãos de Portugal e, independentemente das questões financeiras, que ninguém se esqueça que nada se faz sem os médicos e muito menos contra estes profissionais de saúde...

Quero chamar a atenção dos Colegas que são membros consultivos ao **Plenário dos Conselhos Regionais** que o mesmo se realiza no próximo dia **30 de Março, pelas 11 horas em Lisboa**. Para que a Ordem dos Médicos cumpra plenamente as obrigações sociais a que está adstrita, cujo incumprimento pode acarretar graves prejuízos para a Instituição, venho solicitar a presença de todos para que esta reunião se possa efectivar com o carácter deliberativo de extrema importância para o normal funcionamento desta.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Germano de Sousa'. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

S U M Á R I O

3 EDITORIAL

6 INFORMAÇÃO

18 ACTUALIDADE

Prescrição de genéricos e o novo modelo de receita médica

20 I Fórum Nacional de Saúde

26 Política de saúde baseada na evidência

30 A empresarialização e o futuro da saúde em Portugal

34 A bioética na relação médico doente

35 ÉTICA

Parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas, sobre a Posição a adoptar no caso de haver médicos com processos disciplinares (arquivados ou não) e que integram Comissões de Ética para a Saúde.

36 DISCIPLINA

Apresentação de processo disciplinar relativo a atestados médicos de eventual complacência.

38 OPINIÃO

A receita médica no Serviço Nacional de Saúde e noutros mais, de Aureliano da Fonseca

40 O número de médicos em Portugal, de Carlos Costa Almeida

42 Na sala de espera, de Jaime Milheiro

43 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

A propósito do romance Drácula, uma perspectiva da história da medicina na literatura, por João-Maria Nabais

46 A medicina nos descobrimentos, por Carlos Vieira Reis

48 CONTOS

49 NOTÍCIAS

52 CULTURA

Conheça as novidades musicais e fique a par da exposição que se encontra patente na sede da Secção Regional do Sul da OM.

Ficha Técnica

REVISTA **Ordem dos Médicos**

Ano 20 - N.º 43 - Fevereiro 2004

PROPRIEDADE:



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 Paia, SA
Av.º 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)

Aumento da lista de utentes – Acordo do médico de família

Na sequência de uma exposição efectuada por um grupo de médicos, o Conselho tomou conhecimento e homologou o parecer emitido sobre o assunto mencionado em epígrafe, que se transcreve:

“Foi solicitado a este departamento esclarecimento sobre o teor de uma consulta dada pelo signatário a um Director de Centro de Saúde, sobre a possibilidade de aumento da lista de utentes para além dos 1500 utentes, sem acordo dos médicos.

Segundo foi transmitido aos exponents, o signatário terá informado o referido Director que o aumento poderia ser feito mesmo com a oposição dos médicos de família envolvidos.

Perante esta situação, só podemos dizer

que não foi essa a informação que transmitimos ao consulente, o que se comprova pela leitura da cópia do parecer (escrito) remetido à colega do consulente, também presente na consulta.

Para que não restem dúvidas, junta-se cópia do dito parecer e reafirma-se o que dele consta e que foi dito aos consulente na altura:

- O aumento do n.º de utentes só é possível com prévia concordância do médico de família titular da lista.

Aliás, outra conclusão não se poderia retirar do artigo 20.º do DL n.º 73/90, de 06.03 (regime legal das carreiras médicas), que dispõe o seguinte:

“1 - A personalização das relações do médico de clínica geral com os utentes é promovida principalmente da seguinte

forma:

a) A cada médico é confiada uma população de cerca de 1500 utentes, nominalmente designada em lista;

b) A inscrição em lista obedece ao princípio da livre escolha do médico pelo utente, devendo privilegiar-se a inscrição familiar;

c) O médico pode recusar ou cancelar a inscrição de qualquer utente, mediante fundamentação, dirigida ao director do centro de saúde, o qual decidirá;

d) Quando ocorra mudança de médico, proceder-se-á à troca de informação médica em condições de sigilo profissional”.

Julga-se que desta forma ficam prestados todos os esclarecimentos solicitados.”

Propriedade dos Exames Complementares de Diagnóstico

Centro Hospitalar de ... – Departamento de Medicina

Sobre o assunto mencionado em epígrafe, o Departamento Jurídico do CRS emitiu a seguinte Informação:

“Foi presente a este Departamento Jurídico um pedido de esclarecimento sobre a propriedade dos exames complementares de diagnóstico efectuados aos doentes de um Centro Hospitalar. A pergunta é apresentada pelo Director do Serviço de Medicina relativamente aos exames realizados ou requeridos na consulta externa ou durante o internamento de um doente.

Cumpra, antes de mais, conhecer a norma deontológica aplicável à matéria em apreço.

Assim, nos termos do art. 77.º, n.º 3 do

Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM) “os exames complementares de diagnóstico e terapêutica, que constituem a parte objectiva do processo do doente, poderão ser-lhe facultados quando este os solicite, aceitando-se no entanto que o material a fornecer seja constituído por cópias correspondentes aos elementos constantes do processo clínico”.

No que atine às normas legais que versam concretamente sobre as questões formuladas só detectámos a do art.º 74.º do Decreto n.º 48358, de 27 de Abril de 1968, que aprova o Regulamento Geral dos Hospitais, directamente relacionada com pacientes internados e que prevê que a “documentação clínica dos doentes que hajam pago o

seu internamento, referente a exames e análises, ser-lhes-á gratuitamente entregue, se o pedirem. No caso de haver nisso interesse científico, podem ser tiradas cópias para ficarem no processo hospitalar (...)”.

Não obstante o alcance limitado da disposição acabada de referir entendemos que, conjugados os princípios constitucionais em vigor, o preceituado na Lei de Bases da Saúde e a norma deontológica supra referida, se poderá concluir no sentido de que, genericamente, os exames complementares de diagnóstico podem ser entregues aos doentes a que respeitam, sem prejuízo de poderem ser fotocopiados para que fiquem arquivados junto do processo individual de cada utente.”

Urgência Pediátrica I

“O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos tem acompanhado com muita preocupação os acontecimentos relacionados com a prestação de urgência pediátrica à cidade de Lisboa.

Tal preocupação levou-nos a fazer sentir há mais de duas semanas aos responsáveis a disponibilidade da Ordem dos Médicos em contribuir para a resolução dos problemas surgidos pela reorganização imposta aos médicos Pediatras dos Hospitais de D. Estefânea, S. Francisco Xavier e Santa Maria.

Não sentimos interesse da parte do Ministério em tal intervenção da Ordem pelo que só agora, pela discussão pública e risco de pânico que reconhecemos ser real, nos sentimos obrigados a tomar posição.

Assim o Conselho Regional do Sul na sua reunião de 2 de Dezembro 2003 decidiu fazer público:

- É inaceitável e inadmissível que qualquer médico seja impedido de tomar posições públicas sobre matérias de ordem técnica. A Ordem dos Médicos, a quem ninguém pode impedir de fazer as afirmações públicas que enten-

der, disponibilizou-se ao Senhor Professor Gomes Pedro, como o faria a qualquer médico, para interpretar publicamente as suas posições.

- Não há razão para qualquer pânico nem preocupação por parte da população de Lisboa sobre os cuidados de Pediatria que são assegurados em urgência. Há uma situação real de carência de médicos que o Ministério não previu nem para a qual aparentemente consegue encontrar soluções. Com o esforço dos médicos, com que desde sempre os Portugueses puderam contar, também esta situação terá de ser ultrapassada e desde já o Conselho Regional manifesta a sua confiança nos médicos dos Hospitais de D. Estefânia, S. Francisco Xavier e Santa Maria.

- Recomenda-se contenção no recurso ao serviço de urgência hospitalar que deve ser entendido como um “fim de linha” após esgotadas as possibilidades oferecidas pelos cuidados mais próximos e imediatos dos Médicos de Família que resolvem, em sede própria, isto é, no Centro de Saúde a maioria dos problemas que se colocam. Os

Portugueses podem confiar nos seus Médicos de Família.

A Ordem dos Médicos não considera adequado o reforço de equipas de urgência hospitalar com médicos indiferenciados ou mesmo com especialistas de Medicina Geral e Familiar. Estranha-se que com a conhecida carência de Médicos de Família tal hipótese tenha sido considerada.

Os Portugueses têm o direito a ser tratados com equipas organizadas de forma adequada e um serviço hospitalar de referência deve observar regras técnicas de constituição das mesmas que não podem ser alteradas segundo conveniência de circunstância. Neste particular é importante que quem de direito pergunte aos responsáveis políticos da Saúde quantas vagas no quadro do Hospital de Santa Maria e no Hospital de D. Estefânia se encontram não providas por não terem sido postas a concurso.

É importante que quem de direito pergunte aos responsáveis políticos da Saúde que esforços foram feitos para contratar Pediatras para as urgências da Cidade de Lisboa e que mecanismos foram previstos para descomprimir as urgências nomeadamente pelo estabelecimento de convenções com o sector privado ou social não lucrativo.”

JORNADAS DE TRAUMA

7 e 8 de Maio

Auditório da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos

O Trauma é um problema de saúde nacional, talvez o maior problema de saúde pública do País, e como tal deve ser entendido. É crucial que os médicos não se alheiem deste processo e que inclusive o orientem e liderem. É, portanto fundamental, que os próprios médicos estejam coordenados e se organizem a propósito das múltiplas actividades em curso.

Consciente desta realidade, a Secção Regional do Sul organiza nos dias 7 e 8 de Maio um fórum de reflexão sobre Trauma.

Programa SOCIEDADE

Quem pode mudar este estado de coisas catastrófico?
O papel da Comunicação Social
O papel dos cidadãos auto-mobilizados

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Centros de Trauma. Quantos e Onde?
Critérios de mínimos. Quem os determina?
Standards e recomendações.
Discussão de recomendações a fazer às autoridades

PROFISSIONAIS

Quem deve fazer pré-hospitalar?
A recepção nos hospitais. Funciona?

Urgência Pediátrica II

Em Dezembro de 2003 reuniram a solicitação da Ordem dos Médicos – Secção Regional do Sul, responsáveis médicos dos Hospitais de D. Estefânea, S. Francisco Xavier e Santa Maria numa iniciativa tendente a encontrar soluções e propor recomendações para resolver a situação de crise vivida na urgência pediátrica da Cidade de Lisboa.

A reunião foi consensual tendo-se concluído ser, a médio prazo:

- Necessário intervir em profundidade sobre o Sistema de Saúde tendente a reduzir o afluxo de doentes à urgência dos Hospitais Centrais mercê do estabelecimento de referência médica e de mecanismos que permitam a real acessibilidade aos cuidados de proximidade.

- Necessário repensar o sistema de urgência geral e pediátrica consensualizando medidas de intervenção e estabelecendo um calendário de execução. A Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos promoverá em Março uma reunião com tal objectivo mobilizando para tal os peritos adequados.

- Necessário, sem prejuízo das conclusões que resultem da projectada reunião, empenhar-se em estudar medidas que respeitem as vocações específicas dos hospitais envolvidos numa

futura reestruturação da urgência pediátrica da cidade de Lisboa.

Reconhecem os intervenientes estar-se perante uma situação com contornos de gravidade dado que não há elementos de reserva que permitam fazer face a imprevistos ou ao anormal afluxo que possa resultar, por exemplo, de uma situação epidémica.

Tal situação de carência de recursos é generalizada, mas têm-se feito sentir com maior acuidade na constituição de equipas do Hospital de Santa Maria.

Reconheceu-se que perante a presente situação de crise é necessário manter a concentração da urgência nocturna fisicamente sediada no Hospital D. Estefânea.

Para fazer face ao problema imediato propõe-se ao Ministério da Saúde, devendo ser entendido como uma recomendação de forte empenhamento da Ordem dos Médicos que, com a máxima urgência:

- Sejam contratados, para reforço das equipas de urgência, médicos com experiência no diagnóstico e tratamento de crianças, preferencialmente especialistas de Pediatria. Para tal têm que ser imediatamente autorizados os Conselhos de Administração dos Hospitais de Santa Maria e D. Estefânea a

proceder a tal processo.

- Sejam abertas vagas por preencher dos quadros dos mencionados hospitais nomeadamente as vagas solicitadas e não autorizadas aos Hospitais de Santa Maria e de D. Estefânea.

Sem prejuízo de critérios a definir por órgãos técnicos que desde já a Ordem solicitou para futura audição, entende recomendar-se que durante o período nocturno estejam

presentes incluindo os médicos em urgência interna, um total não inferior a sete médicos e que durante o início dos turnos seja garantido um período de sobreposição parcial das equipas de forma à adequada transição de funções.

Acentua-se, por fim, o carácter precário das soluções preconizadas e a sua dependência do empenho e vontade de bem fazer de todos os médicos envolvidos.

Em Janeiro reunir-se-á novamente para avaliar da evolução do processo, nomeadamente do cumprimento por parte das estruturas dependentes do Ministério da Saúde das propostas agora apresentadas.

Presentes: Dr. Carlos Vasconcelos, Dr. João de Deus, Dr. João Sequeira, Prof. Dr. José Costa Trindade, Dr. José Guimarães, Dr. José Manuel Esteves, Dr. Mário Coelho, Prof. Dr. Paulo Magalhães Ramalho, Dr. Pedro Nunes"

Foi decidido realizar em Maio de 2004, durante 2 dias, umas Jornadas de Reflexão sobre "Trauma".

ENVIE-NOS OS SEUS ARTIGOS

Para que a revista da Ordem dos Médicos possa sempre ser o espelho da opinião dos profissionais de todo o país, agradecemos a colaboração de todos os médicos que desejem partilhar as suas opiniões, experiências e ideias, com os colegas, através do envio de artigos para publicação na ROM.

Para que isso seja possível, deverão

enviar os artigos em disquete e impressos em papel, acompanhados de uma fotografia alusiva ao tema em destaque.

Preferencialmente os artigos não devem ter mais do que seis páginas e serão sempre sujeitas à aprovação da Direcção da Revista da Ordem dos Médicos.

Certificados de Óbito – Emissão pelo Cônjuge do Falecido

O Conselho homologou a informação elaborada pelo Departamento Jurídico sobre este tema e que a seguir se transcreve:

“Foi presente a este Departamento Jurídico um pedido de esclarecimento apresentado pela ...^a Conservatória do Registo Civil de Lisboa relativamente à possibilidade de um médico certificar o óbito do seu cônjuge consigo residente.

Nos termos do art.º 4.º, n.º 1 da Lei n.º 141/99 (lei que estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte), de 28 de Agosto, “a verificação da morte compete ao médico a quem, no momento, está cometida a responsabilidade pelo doente ou que em primeiro lugar compareça, cabendo-lhe lavrar um registo sumário de que conste:

- a) a identificação possível da pessoa falecida, indicando se foi feita por conferência de documento de identificação ou informação verbal;
- b) a identificação do médico pelo nome e pelo número de cédula da Ordem dos Médicos;
- c) o local, a data e a hora da verificação;
- d) informação clínica ou observações eventualmente úteis”.

Por outro lado, determina o art.º 93.º, n.ºs 2 e 3 do Código Deontológico que “no exercício da sua profissão, deve o médico cooperar com os serviços sanitários para defesa da saúde pública, competindo-lhe designadamente: (...) verificar e certificar o óbito da pessoa a quem tenha prestado assistência médica, devendo na respectiva certidão indicar a doença causadora da morte. Para este efeito, considerar-se-á como assistente o Médico que tenha preceituado ou dirigido o tratamento da doença até à morte, ou que tenha visitado ou dado consulta extra-hospitalar ao doente dentro da semana que tiver precedido o óbito, excluindo-se desta obrigação o Médico que tenha prestado assistência trabalhando em instituições oficiais de saúde, as quais devem fornecer ao Médico assistente ou à autoridade sanitária os meios de diagnóstico necessários; participar à autoridade competente todos os casos de falecimento do indivíduo a quem não tenha prestado assistência médica nos termos do número anterior e cujo óbito tenha verificado, devendo a comunicação nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra ser feita às autoridades sanitárias (...)”

Ora, sendo o cônjuge médico, este Departamento Ju-

rídico não vê qualquer óbice a que ele próprio registre o óbito do(a) falecido(a).

Com efeito, a emissão de um certificado de óbito é um acto médico sujeito às mesmas exigências que os demais.

Assim, a morte pode ser certificada por qualquer médico, desde que ele se sinta devidamente habilitado a fazê-lo e não existam razões que turvem a sua independência ou a sua objectividade.

Nesta medida, se o cônjuge do(a) falecido(a) reunir estas condições e se tiver realmente sido o primeiro clínico a constatar a morte, entendemos que nada obsta a que emita o certificado de óbito nos moldes definidos no citado art.º 4.º da Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto.”

Centro Materno-Infantil do Norte

Informação dirigida aos Grupos Parlamentares da Assembleia da República

Informação dirigida aos Grupos Parlamentares da Assembleia da República

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRN-OM) tomou conhecimento que a Assembleia da República irá apreciar no próximo dia 19 de Fevereiro um projecto de resolução relativo ao Centro Materno-Infantil do Norte.

Tendo em conta as competências estatutárias da Ordem dos Médicos, julgamos relevante prestar a Vossa Ex.a a seguinte informação:

1 - Em 9 de Outubro de 2003, o CRN-OM enviou ao Senhor Ministro da Saúde, com a referência 3217, o ofício que a seguir se transcreve:

“Excelência:

Tendo em conta o previsto no Estatuto da Ordem dos Médicos, e para todos os efeitos e termos previstos no Código do Procedimento Administrativo, e demais legislação aplicável, vem o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos requerer a V.Ex.^a o envio do Plano Funcional do Centro Materno-Infantil que V.Ex.^a tem vindo a anunciar, bem como do Plano de Organização e Referenciação Assistenciais, no âmbito da saúde materno-infantil, relativo à Região Norte, em que aquele Centro se integrará.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Regional, Dr. Miguel Leão.

O Senhor Ministro da Saúde não respondeu a este ofício.

2 - Em 4 de Novembro de 2003, na ausência de resposta ao ofício acima transcrito, enviou ao Senhor Ministro da Saúde o requerimento que a seguir se transcreve:

“Senhor Ministro da Saúde

Excelência:

Requerimento

Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, representada pelo Presidente do Conselho Regional, vem, nos termos e para os efeitos do disposto no art.º 82.º, n.º 1,

da Lei do Processo nos Tribunais Administrativos, requerer a V.Ex.^a que se digne proceder ao envio de certidão do Plano Funcional de Centro Materno-Infantil e do Plano de Organização e Referenciação Assistenciais no âmbito da saúde materno-infantil e relativo à Região Norte.

A presente certidão é requerida nos termos do disposto no art.º 6.º, alíneas c) e d), do Estatuto da Ordem dos Médicos (Decreto-lei n.º 282/77, de 5 de Julho).

O Presidente do CRN-OM;

Dr. Miguel Leão.”

O Senhor Ministro da Saúde não respondeu a este requerimento.

3 - Posteriormente os serviços jurídicos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos dirigiram ao Ex.mo Senhor Juiz do Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa a intimação que a seguir se transcreve:

“SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS, com sede na Rua Delfim Maia, 405, 4200 Porto, Vem intentar, INTIMAÇÃO PARA A PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES, CONSULTA DE PROCESSOS OU PASSAGEM DE CERTIDÕES (Artigo 104º do Código do Processo no Tribunal Administrativo) contra MINISTÉRIO DA SAÚDE na pessoa do Ex.mo Sr. MINISTRO DA SAÚDE com sede na Avenida João Crisóstomo, n.º 09, 1000 Lisboa

Termos e fundamentos:

1º

Em 04/11/2003 a Requerente requereu através de carta registada com aviso de recepção ao Requerido que lhe fosse emitida certidão do Plano Funcional do Centro Materno Infantil e do Plano de Organização e Referenciação Assistenciais no âmbito da saúde materno-infantil e relativo à Região Norte - cfr. Doc. 1 que aqui se junta e se tem por integralmente reproduzido para todos os legais efeitos.

2º

Tal carta foi recepcionada pelos serviços do Ministério da Saúde em 05/11/2003 -

cfr. o mesmo Doc. 1.

3º

Tal certidão foi requerida nos termos e para os efeitos do disposto nas alíneas c) e d) do artigo 6º do Estatuto da Ordem dos Médicos (DL 282/77, de 5 de Julho).

4º

Sucedem que, apesar de diversas vezes ter sido a Requerente informada telefonicamente que o seu requerimento estava para despacho, aguardando-se a emissão da requerida certidão, certo é que, até a presente data, não foram os elementos requeridos fornecidos.

Assim,

5º

vem a Requerente nos termos do disposto na lei processual administrativa requerer a intimação do Requerido para satisfazer o pedido que lhe foi dirigido.

Termos em que, e nos mais de Direito, REQUER a V.^a Ex.^a se digne ordenar a intimação do Requerido para, no prazo que lhe vier a ser fixado, vir prestar à Requerente as informações solicitadas.

Para o efeito, REQUER a V.^a Ex.^a se digne ordenar a citação do Requerido, para no prazo de 10 dias, responder, seguindo-se os demais termos até final.

JUNTA: um documento, procuração e duplicado legal.

VALOR: €3.750,00 (três mil setecentos e cinquenta euros)

ANEXA: documento comprovativo da autoliquidação da taxa de justiça inicial.

OS ADVOGADOS,”

O Conselho Regional do Norte aguarda a decisão do Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa.

Na certeza de que esta informação contribuirá para o esclarecimento dos Ilustres Deputados do Grupo Parlamentar a que Vossa Ex.^a preside apresento-lhe os meus respeitosos cumprimentos.

O Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (Dr. Miguel Leão)

Listas de espera: o estranho caso dos doentes desaparecidos, a estranha produtividade dos Hospitais SA e os estranhos números do Senhor Ministro da Saúde

Conferência de Imprensa do CRN-OM 10 de Fevereiro de 2004

Os números do Senhor Ministro da Saúde

Em Setembro de 2003, vários órgãos de informação noticiaram, em sequência de uma entrevista do Senhor Ministro da Saúde à Agência Lusa, que:

- dos 123.166 em lista de espera, haviam sido operados 67.081 (36.573 nos Hospitais SPA e 29.181 nos Hospitais SA);
- tinha aparecido uma nova lista de espera com 98.641 doentes (59.605 nos Hospitais SPA e 39.036 nos Hospitais SA).

Em entrevista à Agência Lusa, noticiada por outros órgãos de informação em 23 de Janeiro de 2004, o Senhor Ministro revelou que:

- dos 123.166 doentes em listas de espera já haviam sido operados 91.154; daí resulta que se encontravam por operar 32.012 doentes;

- dos 123.166 doentes em listas de espera 36.692 haviam sido encaminhados, no âmbito do PECLEC, para o sector social e privado; daí resulta que haviam sido encaminhados para o sector público 86.474 doentes;

- dos 36.692 doentes encaminhados para o sector social e privado 20.461 "recusaram a cirurgia, não tinham qualquer indicação cirúrgica ou simplesmente não apareceram no hospital no dia marcado para a cirurgia"; daí resulta que foram operados nestes sectores 16.231 doentes;

- destes números resulta ainda que foram operados no sector público 74.923 doentes;

- por mês, desde Julho de 2002 entravam em lista de espera 6.600 doentes; daí resulta que, ao fim de 17 meses, os novos doentes em lista de espera perfa-

zem 112.200.

O Site do Ministério da Saúde revela, em 28 de Janeiro de 2004, e com dados referentes a Setembro de 2003 e a Dezembro de 2003 que:

- dos 123.166 doentes em lista de espera haviam sido operados 71.468 doentes (35.434 nos Hospitais SPA e 36.034 nos Hospitais SA).

Sob a forma de publicidade paga o Ministério da Saúde divulgou durante o mês de Janeiro de 2004 os resultados do primeiro ano dos Hospitais SA comparando a produção hospitalar entre Janeiro e Outubro do ano de 2003 com o ano de 2002 e que corresponde ao período de concretização do PECLEC (Novembro de 2002 a Setembro de 2003). Estes resultados são, entre outros,

- um aumento de 269.809 consultas;
- um aumento de 32.305 cirurgias (que incluem cirurgia programada, urgente e ambulatória).

As perguntas da Ordem dos Médicos

Face a estes números é indispensável que:

1 - O Senhor Ministro da Saúde explique porque é que 20.461 doentes (isto é 55,7%) referenciados para realização de cirurgia no sector social e privado não foram operados naqueles sectores, indicando a origem dos doentes (por hospital e por administração regional de saúde), a respectiva patologia, os motivos de recusa de cirurgia ou de não comparência e ainda as entidades do sector social ou privado para que estes doentes foram referenciados.

2 - O Senhor Ministro da Saúde explique, aceitando que o número de doentes operados no sector privado ou social foi de 16.231 e no sector público foi de 74.923 os motivos pelos quais a taxa

de cirurgias realizadas no sector privado ou social foi de 44,3% e a taxa de cirurgias realizadas no sector público foi de 86,6%.

3 - O Senhor Ministro da Saúde explique porque é graças à sua gestão o número de doentes em lista de espera passou de 123.166 para 144.212 (o somatório dos doentes que não foram operados mais aqueles que entraram em lista de espera: 32.012 + 112.200).

4 - O Senhor Ministro da Saúde explique a notável produtividade dos Hospitais SA que terão resolvido o problema de 29.181 doentes ou de 36.034 doentes (conforme os números variáveis que são apresentados), criando uma lista de espera de 39.036 doentes, ou seja, em apenas um ano de actividade, um acréscimo de lista de espera de cerca de 33% no primeiro caso ou de 8% no segundo.

5 - O Senhor Ministro da Saúde explique a notável produtividade normal dos Hospitais SA que terão realizado mais 32.305 cirurgias (no total da sua actividade cirúrgica) quando no Site oficial do Ministério consta que realizaram 36.034 cirurgias no âmbito do PECLEC.

6 - O Senhor Ministro da Saúde explique, de forma clara, porque é que o factor principal para o aparecimento de uma nova lista de espera nos Hospitais SA foi o aumento do número de consultas. Assumindo que a publicidade paga pelo Senhor Ministro da Saúde é verdadeira e que metade do acréscimo de consultas resultou de consultas de especialidades cirúrgicas, conclui-se que cerca de 135.000 consultas geraram cerca de 39.000 doentes em lista de espera. Dito de outro modo, isto significa que se cada doente tiver realizado apenas uma consulta, 28,8 % dos doentes observados nos Hospitais SA foram integrados em lista de espera. Se admitirmos que um doente realizou duas con-

sultas, antes de ser catalogado como estando em lista de espera, então 57,7% dos doentes observados em consultas de cirurgia nos Hospitais SA passou a estar em lista de espera.

Em resumo e supondo verdadeiros os números do Senhor Ministro da Saúde conclui-se que:

- O número de doentes em lista de espera passou de 123.166 para 144.216; ou seja o Senhor Ministro pode começar a ser considerado um perigo para a saúde pública. Com este ritmo de crescimento de listas de espera, se o Senhor Ministro tivesse sido Ministro desde a fundação do SNS o número de doentes à espera seria cerca de 3.600.000 (o resultado da multiplicação de 25 por 144.000).

- As listas de espera dos Hospitais SA aumentaram entre 8 a 33%, conforme os números que o Senhor Ministro queira fornecer. Excluída que esteja a hipótese de mentira premeditada, deste indicador podem resultar várias conclusões: o Senhor Ministro enganou-se na publicidade paga? O Senhor Ministro enganou-se na produtividade dos Hospitais SA ou, ao contrário, enganou-se na recuperação de listas de espera? O Senhor Ministro tem dificuldades de cálculo? Ou, afinal, a produtividade normal dos Hospitais SA foi menor que o habitual em cerca de 2.700 cirurgias, já que derivaram a sua actividade normal para a recuperação de listas de espera?

- Dos doentes em lista de espera, dos que foram referenciados para o sector privado e social desapareceram 55,7%; dos que foram referenciados para o sector público desapareceram 13,4%. A menos que esteja perante um caso de polícia (ou de magia) será que o Senhor Ministro se enganou quanto ao número de doentes em lista de espera?

Para facilitar as explicações e as contas do Senhor Ministro, e para não onerar mais os encargos do Ministério da Saúde que pudessem comprometer os aumentos salariais dos gestores dos Hospitais SA recentemente anunciados, o CRN manifesta a sua disponibilidade para enviar a Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde, e a título de oferta, um máquina de calcular.

Dispensa de medicamentos de oficina e regimes de

Posição da Ordem dos Médicos

1 - Princípios gerais relativos à prescrição, comparticipação e dispensa de medicamentos

O Despacho 21930/2003 visa modificar as condições de prescrição e de dispensa de medicamentos até agora prescritos e dispensados no âmbito hospitalar ou com comparticipação diferenciada, conforme o local de prescrição.

Sem prejuízo de uma análise mais profunda, dependente de consulta sistemática aos seus órgãos técnico-científicos, entende a Ordem dos Médicos que a melhoria de acesso dos doentes a esses medicamentos bem como a uniformização das respectivas comparticipações, são iniciativas louváveis mas que devem obedecer aos seguintes princípios fundamentais:

a) a melhoria do acesso na dispensa de medicamentos pressupõe uma prévia melhoria do acesso ao nível da prescrição médica;

b) o alargamento da dispensa de medicamentos às farmácias de oficina não pode por em causa a farmacovigilância, a monitorização e a avaliação da eficácia terapêutica realizadas pelos médicos assistentes dos doentes nem criar condições para falências terapêuticas;

pelos médicos habilitados ao exercício profissional autónomo;

e) a comparticipação dos medicamentos agora em análise deve ser uniforme, garantindo a universalidade e a equidade das fórmulas de tratamento dos doentes, o que significa que aquela não pode ter estar condicionada à qualificação profissional do médico prescritor, ao local da prescrição ou ao local da dispensa;

f) o alargamento da dispensa de alguns medicamentos às farmácias de oficina não pode acarretar qualquer aumento de encargos para os doentes consumidores.

2 - Medicamentos considerados como de dispensa exclusiva em farmácias hospitalares

Verificados os pressupostos atrás enunciados e considerando como referência a listagem de patologias e especialidades farmacêuticas anexas à documentação fornecida na reunião do passado dia 16 de Janeiro, a Ordem dos Médicos considera que as seguintes especialidades farmacêuticas devem ser exclusivamente dispensadas nas farmácias hospitalares:

- Darbepoetina alfa, Epoetina alfa, Epoetina beta e ferro para administração intravenosa (medicamentos utilizados no tratamento de insuficientes renais crónicos e transplantados renais);

- Zidovudina, Didanosina, Zalcitabina, Medicamentos incluídos no Anexo ao Despacho 280/96 de 6/9 (medicamentos utilizados no tratamento de indivíduos infectados pelo VIH);

- Betaferon, Avonex, Rebif, Copaxone (medicamentos utilizados no tratamento da esclerose múltipla);

- Felbamato (medicamento utilizado no tratamento do síndrome de Lennox-Gastaut);

Medicamentos em farmácias com participação

- Micofenolato de mofetil (medicamento utilizado na profilaxia da rejeição aguda do transplante renal e do transplante cardíaco alogénico);
 - Ribavirina e Peginterferão (medicamentos utilizados em doentes com Hepatite C);
 - Anti-hemofílicos, antineoplásicos, tuberculoestáticos e anti-lepróticos.
- 3 - Medicamentos considerados como dispensáveis em farmácias de oficina
- Verificados os pressupostos atrás enunciados e considerando como referência a listagem de patologias e especialidades farmacêuticas anexas à documentação fornecida na reunião do passado dia 16 de Janeiro, a Ordem dos Médicos considera que as seguintes especialidades farmacêuticas poderão ser também dispensadas nas farmácias de oficina:
- Medicamentos necessários ao tratamento de doentes

com fibrose quística.

NOTA: Medicamentos já dispensados em farmácias de oficina mas com participação especial se dispensados em farmácias hospitalares

- Medicamentos constantes do Anexo ao Despacho 3/91 de 8/2, do Despacho 11619/2003 de 22/5 e do Anexo II da Portaria 743/93 de 16/8 (medicamentos utilizados no tratamento de insuficientes renais crónicos e transplantados renais);

NOTA: Medicamentos já dispensados em farmácias de oficina mas com participação especial se dispensados em farmácias hospitalares

- Genotropin, Humanotrope, Salzen, Norditropin, Nutropinaq, Zomacton (hormonas de crescimento utilizadas em doentes com deficiência de hormona de crescimento e no síndrome de Turner);

- Riluzol (medicamento utilizado no tratamento da esclerose lateral amiotrófica);

- Medicação antiespástica, antidepressiva, indutora do sono e vitamínica (medicamentos utilizados em doentes com paraplegias espásticas familiares e ataxias cerebelosas hereditárias).

NOTA: Medicamentos já dispensados em farmácias de oficina mas com participação especial se dispensados em farmácias hospitalares

- Sandostatina, Sandostatina Lar e Somatulina LP (medicamentos utilizados em doentes acromegálicos);

- Hormonas hipofisárias do crescimento;

NOTA: Medicamentos já dispensados em farmácias de oficina mas com participação especial se dispensados em farmácias hospitalares.

Prescrição de genéricos e o n

Numa conferência de imprensa realizada no dia 3 de Fevereiro, foram apresentados os resultados de um inquérito que foi dirigido aos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, sobre prescrição de genéricos e o novo modelo de receita médica. As conclusões apresentadas indiciam claramente que, apesar de ter havido um aumento da prescrição de genéricos por parte desses especialistas, o aumento poderia ser mais sensível se houvesse uma informação mais completa por parte do Ministério da Saúde. Concluiu-se igualmente que há situações de substituição irregular da prescrição médica.

Pedro Nunes, presidente do Conselho Regional do Sul (CRS), iniciou a conferência de imprensa apresentando os autores do estudo: Isabel Caixeiro, secretária-adjunta do CRS, e vice-presidente da União Europeia dos Médicos de Clínica Geral (UEMO), José Luís Gomes, chefe da delegação portuguesa nessa organização europeia, e Francisco Madail Rosa, vogal do CRS. Os resultados desse inquérito, resumidos na conferência por Isabel Caixeiro, indicam que 69,7% dos especialistas em Medicina Geral e Familiar aumentaram a prescrição de genéricos em 2003. No entanto, os especialistas que responderam ao inquérito explicitaram que a informação recebida relativamente aos genéricos é essencialmente proveniente dos delegados de

propaganda médica e que, relativamente à informação prestada pelo próprio Ministério da Saúde, essa só foi suficiente no que se refere a preço e apresentação. A informação recebida do Ministério no que se refere a qualidade, bioequivalência e eficácia dos medicamentos genéricos foi classificada pelos especialistas em Medicina Geral e Familiar como insuficiente. Sendo tradicionalmente uma especialidade com grande proximidade às populações, estes médicos têm naturalmente preocupações sociais inerentes à sua prática clínica. Este facto traduz-se precisamente pela causa mais apontada para prescrição de medicamentos genéricos: o preço para o doente, isto é, a situação financeira dos seus doentes, é o factor apontado por 67,1% dos médicos para o aumento de prescrição desses fármacos. Valor percentual muito longe dos 12,4% relativos à maior confiança em virtude da prestação de uma informação adequada. Quanto às razões para a não prescrição de genéricos, o primeiro factor apontado é a falta de confiança na qualidade, secundado pela preferência do doente por medicamentos de marca. Conclui-se que a falta de informação adequada por parte do Ministério da Saúde sobre questões como a bioequivalência, a biodisponibilidade ou a eficácia dos medica-

mentos genéricos, origina a falta de confiança dos médicos na qualidade desses fármacos. Apesar disso, houve um aumento da prescrição de genéricos. Mas foi um aumento, ainda que substancial, pouco significativo, quando comparado com o que poderia ter sido caso os médicos dispusessem de informação rigorosa relativamente à qualidade e eficácia dos medicamentos genéricos como referiu Pedro Nunes: «70% dos médicos aumentaram a prescrição de genéricos, mas os resultados poderiam ser melhores se os médicos estivessem mais confiantes. Mas, para estarem mais confiantes, precisam de mais informação. Só assim será possível tornar mais 'genérica' a prescrição de genéricos».

Balanco de um ano a utilizar o novo modelo de receita

Relativamente ao novo modelo de receita, conforme explicou Isabel Caixeiro, a conclusão a que se pode chegar através das respostas dadas ao inquérito, é que «o novo modelo de receita é de difícil preenchimento e aumenta a sobrecarga burocrática, diminuindo o tempo disponível para a consulta». Se não, vejamos: 76,2% dos médicos referiu que este modelo de receita é de di-



Novo modelo de receita médica

ficil preenchimento e 92,3% que, em cada consulta e por cada doente, tem que preencher mais exemplares.

Relativamente à proibição de substituição, 57,7% proíbe sempre a substituição, 18,4% apenas quando prescreve originais e 6,6% apenas quando prescreve genéricos. Quando a questão é saber se os doentes costumam pedir a substituição, os resultados são inequívocos: só 4,5% dos médicos referem que os seus doentes pedem frequentemente a substituição da prescrição, enquanto que 42% refere que isso só acontece raramente ou mesmo nunca. Numa clara demonstração da confiança que os doentes têm no seu médico, quando a substituição é sugerida pelo clínico, em 39,8% dos casos essa possibilidade é aceite pelos utentes. Resultado mais preocupante, que foi salientado por Isabel Caixeiro, foi o facto de 57% dos médicos que responderam ao inquérito terem referido já haver detectado casos de substituição irregular, isto é, de substituição da prescrição após a mesma ter sido expressamente proibida pelo médico. Esta suspeita de substituição ilegal, que, como foi referido, «deve ser investigada», não está necessariamente adstrita à substituição de um medicamento de marca por um genérico, o contrário também consubstancia uma substituição ilegal, desde que expressamente proibida pelo médico. Uma investigação que não cabe nem à Ordem nem aos médicos, como especificou o Presidente do Conselho Regional do Sul: «Não é função nem da Ordem, nem dos médicos, policiar as actividades das outras profissões. Obviamente que se forem casos sistemáticos que ponham em causa a saúde pública, o médico tem a obrigação de intervir na defesa da saúde pública. Tratando-se de casos esporádicos, ainda que graves, como os referidos, fazemos uma denúncia genérica como acabámos de fazer. Agora, se alguém entender que deve investigar, fá-lo-á». Destas palavras, não se pode, contudo, inferir uma posi-

ção institucional contra a classe farmacêutica: «eu acho que a maioria dos farmacêuticos cada vez mais se consciencializa e não age dessa forma. A maioria dos farmacêuticos actua em consonância com as normas éticas. Mas as leis não são feitas para resolver os problemas causados pelas pessoas que agem de forma legal, mas sim para actuar em relação aos que têm menos escrúpulos. E, em qualquer profissão, seja farmacêuticos, médicos, ou outros, há pessoas que não procedem dentro dos limites da ética e da lei».

A convite do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, estiveram presentes nesta conferência representantes do Infarmed, da Apifarma e da Ordem dos Farmacêuticos.

«Seremos sempre contra a substituição»

Interpelado pelos jornalistas presentes, Pedro Nunes teceu algumas considerações sobre as conclusões deste inquérito, denominando-as de «significativas, relativamente à confiança dos doentes nos médicos». Relativamente à falta de informação, Pedro Nunes considerou que o grande desafio do Ministério da Saúde é «fidelizar os médicos, fornecendo a informação necessária, e não deixando apenas nas mãos da indústria essa tarefa»: «Os médicos têm que saber quais são os estudos que mostram a eficácia e a bioequivalência dos fármacos para que possam ter confiança no medicamento que estão a receitar. Não basta conhecer a qualidade química do medicamento. É essencial saber se a qualidade é equivalente à do medicamento de marca. Os estudos prévios têm que garantir essa igualdade da qualidade. Não se podem confundir os estudos laboratoriais de qualidade química com os estudos de bioequivalência. Para que possam confiar nos medicamentos, os médicos só pedem informação científica correcta, segura e actual. Mas, um ano



depois, ainda não há essa informação», explicou. Relativamente à questão da substituição, Pedro Nunes deixou o alerta: «é preciso que tenham presentes os riscos da substituição de prescrição quando entendida como panaceia para os males económicos da saúde. Do ponto de vista da saúde pública, podem gerar-se situações graves, em consequência da substituição ilegal. Somos e seremos sempre contra a substituição da receita médica. Não pretendemos gerar conflitos, consideramos que os médicos devem trabalhar em colaboração com todos os profissionais de saúde, nomeadamente com os farmacêuticos». Considerando que a substituição devia ser naturalmente rejeitada pelos intervenientes, e que não devia ser necessário o médico proibi-la, «pois não faz sentido do ponto de vista técnico e o que é natural é não substituir a receita», Pedro Nunes afirmou que esta seria uma boa altura para o Ministro da Saúde reconsiderar a sua posição e «retroceder em relação à substituição».



I Fórum Nacional de Saúde

Decorreu nos dias 11 e 12 de Fevereiro o I Fórum Nacional de Saúde, encontro que representa o culminar de um ano de debates sobre o Plano Nacional de Saúde. Os desafios de implementação deste Plano, a partilha de recomendações e reflexões e os contributos regionais e temáticos para a versão final deste documento marcaram estes dois dias de trabalhos.

A sessão de abertura do I Fórum Nacional de Saúde foi presidida pelo primeiro-ministro, Durão Barroso, estando também presentes na mesa de abertura, o ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, o alto comissário para a saúde e director geral da saúde, José Pereira Miguel, e os representantes da Organização Mundial de Saúde (OMS), António Duran e Win Van Lerberghe, os dois técnicos da OMS que apresentaram e moderaram o fórum.

Pereira Miguel abriu o debate com uma breve introdução durante a qual se referiu ao Plano Nacional de Saúde (PNS) como sendo «um documento técnico ainda em afinação», que está em discussão pública há um ano pois pretendeu-se que fosse um processo «moderado, negociado e aberto». Com este Plano, o alto comissário para a saúde acredita que Portugal conseguirá «uma nova estratégia da saúde» e que o documento em causa «será da maior utilidade para criar um sistema de saúde ao qual as respostas estruturais darão seguramente maior eficácia e eficiência», mas sempre sem esquecer «o que de bom se fez no passado». O PNS é uma base de trabalho «importante para todos os que se interessam pela saúde, e para que

Portugal disponha até ao fim da década de políticas saudáveis, em todos os campos da governação, para mais e melhor saúde para todos», conclui.

Durão Barroso, por seu lado, definiu o PNS como «uma peça fundamental e estruturante do que será a saúde do nosso país ao longo dos próximos anos». Segundo o primei-



ro-ministro o PNS terá que ser «necessariamente concretizado em várias actuações de cariz mais operacional, que dêem corpo a esta estratégia de prevenção da doença», estratégia essa que, como referiu, se prende com o acompanhamento de todo o ciclo de vida e com o incentivo à adopção de estilos de vida saudáveis. Uma promoção de estilos de vida saudáveis que, segundo

foi referido pelo primeiro-ministro, começará já no ano de 2004 e incidirá sobre áreas como o consumo de tabaco e álcool, mas também sobre a violação de regras de trânsito ou a adopção de uma alimentação saudável. «Este Plano parece-me extremamente bem fundamentado. É um documento que pode contribuir para que, até ao fim da década, Portugal tenha uma política activa de verdadeira promoção da saúde. Desta forma daremos, em conjunto, um passo decisivo para tornar o nosso país mais moderno, também no campo da saúde», concluiu.

António Duran, da OMS, explicou os objectivos de elaborar um Plano Nacional de Saúde e introduziu as primeiras questões a ter em conta para que uma reforma do sistema de saúde português possa ter bons resultados: «os países têm interesse em obter ganhos em saúde, ganhos em satisfação mas também é importante uma maior racionalização na utilização dos recursos, essas são as finalidades do PNS». Mas, «no sector da saúde, não basta só a planificação. Tem que haver uma componente de planificação, mas também uma componente que tenha em conta os interesses dos actores envolvidos. O plano e o seu conteúdo têm que ser aceites pelos actores (individuais e grupos de interesses) e tem que haver empenhamento de todos para que o Plano resulte». Referindo-se à necessidade de profissionais e Governo, bem como sociedade civil, estarem envolvidos e empenhados neste processo de reforma, António Duran explicou que «o PNS deve ser aprovado e apoiado ao mais elevado nível político (parlamento), deve ser liderado pelo Ministério da Saúde, e deve ter um horizonte temporal bem definido, com consequências financeiras claras e responsa-

aúde

bilidades atribuídas. O PNS deve estar associado a um programa de gestão da mudança, de forma a preparar os trabalhadores no sector da saúde para as alterações da cultura e métodos de trabalho. Para isso ter que haver uma estratégia de comunicação bem definida». «As questões mais essenciais da saúde em Portugal precisam do apoio de um sistema de informação efectivo e de um programa de investigação relevante», concluiu.

«A responsabilização é uma questão que nos preocupa muito»

O director-geral da saúde, Pereira Miguel, fez, neste primeiro dia de Fórum, uma intervenção durante a qual explicou os princípios, critérios e objectivos subjacentes ao PNS. Citando algumas áreas onde Portugal melhorou os seus índices nos últimos anos, Pereira Miguel concluiu que existe, até nessas áreas, um potencial da prevenção e de melhoria, que, com este PNS, espera que consigamos desenvolver, através de «uma intervenção centrada no cidadão». As referências internacionais em termos de estratégia de saúde para a Europa, definida pela OMS, os programas específicos de combate a algumas patologias, a recomendações do Conselho da Europa, «são contributos que não podemos esquecer». Sendo este Plano centrado no ciclo de vida e nas enfermidades e existindo problemas prioritários, fio preciso definir prioridades, o que teve em conta critérios que foram explicitados pelo director-geral da saúde: «temos que ter presentes realidades como o grupo etário afectado, o ambiente que envolve as pessoas (prisão, escola, local de trabalho), etc. Em to-

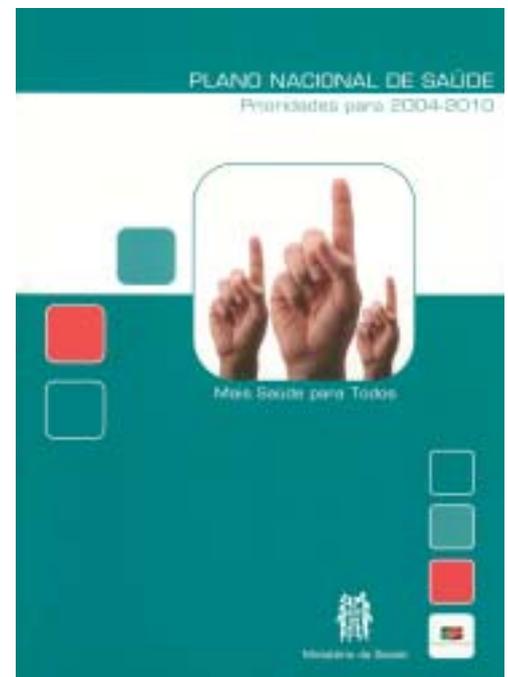
das as etapas há possibilidades de prevenção e protecção que podem permitir ganhos em saúde. Os critérios para definição das doenças prioritárias prenderam-se, nomeadamente, com incidência, o potencial de anos de vida perdidos e a possibilidade de intervenção (naturalmente que há doenças onde não é possível ter uma intervenção tão determinante)».

Além das referências internacionais que estão na génese do PNS, a par de outros contributos, foi referida a necessidade de, ao longo da avaliação de resultados, utilizar essas mesmas referências: «é importante utilizar no relatório de ganhos em saúde as comparações europeias e as comparações regionais, observando as assimetrias no país».

O desempenho do sistema de saúde, os níveis de eficiência, a responsabilização, a capacidade de resposta, foram algumas das questões colocadas pelo director-geral da saúde como fulcrais neste processo de reforma. «A responsabilização é uma questão que nos preocupa muito, esperamos que haja uma clara assunção da responsabilidade e uma consequente criação da capacidade de resposta». «O que está no PNS são orientações para ganhos em saúde, para a gestão da mudança e para garantir a execução do plano», conclui, agradecendo ainda a todos os grupos de trabalho os seus contributos e tecendo votos para que o Fórum Nacional de Saúde se possa repetir.

Contributos regionais

Ainda no primeiro dia de debate, foram apresentadas as conclusões dos grupos de trabalho da Administração Regional Saúde (ARS) do Norte, da ARS do Algarve e da ARS de



Lisboa e Vale do Tejo.

Aurora Aroso, coordenadora do grupo de trabalho da ARS Norte, destacou o facto do PNS ter por base «um compromisso colectivo: só é possível a qualquer governo melhorar a saúde dos cidadãos se estes também o quiserem». A promoção de saúde, nomeadamente através do incentivo a estilos de vida saudáveis, melhoria da doença, a capacidade de dar uma resposta completa às necessidades, garantindo uma aplicação eficiente dos recursos, foram alguns dos objectivos que este grupo de trabalho considerou essenciais para o PNS, realçando as características formativa e informativa do Plano «enquanto documento dinâmico». Mas a aplicabilidade do PNS terá que ter, segundo defenderam, uma abordagem transversal que envolva todos os ministérios.

Assunção Martinez, coordenadora do grupo de trabalho da ARS do Algarve, apresentou as conclusões e respectivas recomendações do Fórum Regional de Saúde do Algarve, destacando-se as questões relacionadas com os cuidados continuados, os estilos de vida e o turismo, área em que as principais re-

comendações se prendem com a acessibilidade, a eficiência, a diferenciação, a flexibilidade e a excelência dos cuidados, «a certificação da qualidade tem que ser uma constante». Rosa Maria Feliciano, coordenadora do grupo de trabalho da ARS de Lisboa e Vale do Tejo apresentou os resultados do Fórum Mais e Melhor Saúde, que centrou as suas conclusões na educação para a saúde e nas respostas do sistema de saúde. No âmbito dos ganhos em saúde este grupo deixou, nomeadamente, as seguintes recomendações: «implementação do PNS, centralização no cidadão, reorientação e inovação na prestação de cuidados, criação de mecanismos para garantir recursos e mudança de procedimentos». A promoção de uma alimentação saudável, associada a estilos de vida igualmente mais saudáveis, bem como a saúde do ponto de vista da família (elemento fundamental na educação para a saúde) foram algumas das questões também salientadas.

Intervenções desejáveis

No segundo dia de trabalhos, prosseguiu a apresentação das conclusões dos diversos grupos de trabalho, aduzindo assim outros contributos regionais e temáticos: Graça Freitas, coordenadora do grupo de trabalho sobre doenças infecciosas, apresentou as respectivas conclusões e contributos. Os seus votos finais foram de que o grupo continue o seu trabalho «de modo intersectorial, com representantes dos doentes e respectivas famílias, contribuindo activamente para o êxito do Plano Nacional Saúde». Conceição Estudante, secretária regional dos assuntos sociais da Região Autónoma da Madeira, fez uma apresentação muito abrangente que tocou diversas áreas, desde a qualidade dos serviços de saúde e satisfação dos utentes, a questões de saúde pública, saúde mental, maternidade e infância, etc., referindo

quais as metas a atingir até 2010 e identificando as linhas de acção prioritárias.

Castanheira Dinis, coordenador do grupo de trabalho «saúde da visão», teve uma intervenção centralizada nas razões da necessidade do programa nacional para a saúde da visão, nomeadamente a necessidade urgente de diminuir as desigualdades no acesso aos cuidados oftalmológicos, a necessidade de



melhoria da organização dos cuidados oftalmológicos para rentabilizar de forma programada os recursos existentes, a urgência de obter ganhos de saúde nesta área, aumentando o número de anos com visão útil, etc..

Filomena Araújo, do grupo de saúde ambiental, apresentou as conclusões e recomendações nessa área, referindo a necessidade de efectuar «um trabalho multidisciplinar e intersectorial, rentabilizando os recursos disponíveis e partilhando o conhecimento». A necessidade de desenvolver a investigação e os indicadores relativos aos efeitos na saúde dos factores ambientais, monitorizar os efeitos nas exposições crónicas e multifactoriais e a partilha de informação entre os vários Ministérios no âmbito do ambiente, foram algumas das recomendações também citadas. Esta apresentação foi o resultado do Fórum

Saúde e Ambiente realizado em Évora, em Novembro de 2003.

João França Gouveia (coordenador do grupo de trabalho da Região Autónoma dos Açores que apresentou as conclusões desse grupo, nomeadamente no que diz respeito aos problemas dessa região – das populações, os problemas de saúde prioritários, necessidade de estabelecer e incentivar estilos de vida saudáveis, etc.), Maria de Sousa (coordenadora do grupo de trabalho Investigação e Saúde), Esmeraldina Correia Júnior (do grupo de trabalho de patologia clínica, que se centrou nas boas práticas na colheita de amostras), Filomena Exposto (coordenadora do grupo de trabalho sobre infecções sexualmente transmissíveis, que falou sobre as intervenções desejáveis para o controlo dessas doenças), Mário Caetano Pereira (coordenador do grupo de trabalho sobre transplantação, que referiu como intervenções importantes a longo prazo a investigação e as questões relacionadas com a ética, entre outras), César Mexia de Almeida (coordenador do grupo de trabalho sobre saúde oral) e Beatriz Couto (que apresentou os contributos do grupo de trabalho da Associação dos Profissionais de Serviço Social sobre «os cuidados sociais em saúde»), deram também os seus contributos neste Fórum Nacional.

«É essencial promover uma nova cultura para a saúde»

Paulo Ferrinho, um dos responsáveis pela equipa que elaborou o PNS, explicou na sua intervenção que as estratégias prioritárias definidas neste momento são: efectuar uma abordagem centrada no cidadão, mais especificamente na família e por ciclo de vida, a criação de mecanismos para estimular a capacidade de inovação no sistema de saúde, uma abordagem programática centrada gestão da doença e a criação de mecanismos

para a gestão da mudança no sistema prestador de cuidados e para garantia da execução do PNS. Conforme referiu, no que respeita à capacidade de inovação do sistema o essencial é «promover uma nova cultura para a saúde, de autonomia e co-responsabilidades e desenvolver um programa de recursos humanos na saúde, a par da exigência de um plano estratégico que responda às necessidades de informação e de conhecimento na saúde, da conceptualização e implementação de um sistema de gestão e incentivo da investigação em ciências da saúde e da valorização da participação do sector da saúde nos fóruns internacionais». No que se refere aos mecanismos para gestão da mudança no sistema prestador de cuidados, salientou a necessidade de ter uma «gestão mais empresarial, com uma responsabilização clara dos gestores, apoiados por informação mais acessível», a necessidade de desenvolver «parcerias com os sectores privado e social», de uma «maior coordenação vertical, entre níveis de cuidados, através de redes de referência» e de um «reforço da gestão horizontal em saúde, particularmente na articulação entre os diversos sectores nas escolas, lugares de trabalho, junto dos idosos e pessoas vulneráveis na comunidade, na segurança alimentar, na paz nas estradas, no desenvolvimento dos recursos humanos da saúde». A «revisão dos incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito», foi outro dos factores citados como sendo um mecanismo de gestão da reforma da saúde.

Abordagem centrada na família

Luís Rebelo, um dos comentadores convidados para este fórum, teve oportunidade de analisar a versão de Dezembro de 2003 do PNS, quando a comparou com a versão deste plano estratégico de Fevereiro de 2004, encontrou francos melhoramentos. Sobre a duração prevista de 6 anos que este plano vai ter, Luís Rebelo



realçou a importância de dar continuidade às políticas de saúde, pois, numa área como a saúde «seis anos é a curto prazo e, antes deste plano, muita coisa aconteceu e de certeza que, depois dele, muita coisa acontecerá. Seria bom perguntarmo-nos por que é que não há mais clareza no contínuo deste trabalho, essencialmente em termos políticos».

Outra questão que considerou importante, e que, em seu entender, é um ponto menos conseguido do PNS é o facto da abordagem ser pouco centrada na família: «o PNS tem 68.123 palavras e só 25 vezes é que surge a palavra família, o que é muito pouco». Considerando que, neste aspecto, é preciso enriquecer o PNS, pois certas doenças têm uma influência poderosa e devastadora nas famílias, Luís Rebelo referiu que existem três grandes níveis de influência da família na saúde: «o primeiro é o nível biológico directo (doenças pré-natais, doenças infecciosas, etc.), a segunda via de influência é a comportamental (é na família que se encontram as razões pelas quais as pessoas vão às urgências ou não, por que é que vão ao médico ou não, por que é que gostam de muito sal, por que é que automedicam ou não, etc.) e uma terceira via que é a psico-fisiológica». Este enfoque na família foi conside-

rado muito importante por este comentador, em áreas da saúde como o ciclo vital («podia ter sido incluído o ciclo de vida da família»), promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis na família, violência e família rede de cuidados de saúde primários, etc. No fim da sua intervenção, Luís Rebelo citou uma frase do Presidente da República - «em Portugal as leis são meras sugestões» - e deixou no ar a pergunta «e os Planos Nacionais de Saúde?».

«Remover as inércias conservadoras»

Outro comentador convidado foi Pina Moura, o qual referiu a importância fundamental de «estabilidade, flexibilidade, continuidade, reforma e sustentabilidade financeira», nomeadamente para a área da saúde. Considerando que estamos a viver um momento reformador do nosso Serviço Nacional de Saúde (SNS), Pina Moura defendeu que «independentemente de todas as críticas que se possam fazer a esse movimento reformador é muito importante entendermos que esta renovação é uma necessidade». Mas uma necessidade que, em seu entender, resulta do próprio sucesso do nosso sistema nacional de saúde: «as avaliações da OMS demonstram, que estamos a precisar de reformar porque o nosso sistema foi um êxito. É preciso tornar ainda mais eficaz o serviço e melhorar a qualidade do serviço». Um processo que deve ter sempre em conta que «os utentes são o princípio e o fim do SNS». Considerando que o PNS não terá eficácia se não houver uma vontade política capaz de «remover as inércias conservadoras» e que se deve ter cuidado com os «consensos paralisantes», Pina Moura conclui: «Não temos que ter medo da mudança, nem dos confrontos e dos desconfortos que essa mudança venha a gerar». No final da sua intervenção, este comentador convidado, salientou ainda a grande qualidade dos profissio-

nais portugueses e deixou um aviso: «ou conseguimos constituir sistemas públicos eficientes, financeiramente sustentáveis, ou então os sistemas públicos vão claudicar».

Outros comentadores convidados foram: Walter Oswald (que falou sobre a relação baseada na dignidade humana e no respeito), Francisco Castro e Sousa (que falou da multidisciplinariedade na saúde, factor considerado muito importante pelos presentes neste fórum), António Correia de Campos (que não quis deixar de referir que também é importante «aprender com o passado») e Maria da Graça Góis (que alertou para os desequilíbrios em termos de números de enfermeiros/número de médicos nas equipas).

A encerrar o debate, António Duran falou da necessidade de definição de meios e da vinculação desses meios aos fins que se pretende atingir. «A grande lição da última década, é que a implementação deste tipo de reformas é muito mais complexa do que se esperava de início, não é um processo impossível, mas é complexo, porque as pessoas resistem à mudança, e porque, muitas vezes, o plano não foi bem articulado. Durante muitos anos, quando debatíamos as questões da saúde, estivemos sempre centrados no conteúdo. Mas o grande problema neste tipo de mudanças é o processo». Afirmando que «sonhar é mais fácil do que implementar», o representante da OMS explicou que «depois de criado o Plano, implementá-lo deve exigir o mesmo esforço». Apesar dessas dificuldades, António Duran mostrou-se optimista em relação ao sucesso do Plano Nacional de Saúde português: «Estou convencido que o Governo compreende este tipo de desafio e o empenhamento que é necessário. Durante o processo de implementação todos têm que estar interessados. Tem que se motivar e implicar directamente os médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc. Só assim estarão empenhados e motivados».

Questões e comentários para reflectir

Algumas questões e comentários que se seguem, encontram-se contextualizados ao longo deste artigo, outros são excertos de intervenções de participantes deste Fórum que, pela sua capacidade de gerar debate e reflexão, são aqui inseridos.

«O PNS é uma peça fundamental e estruturante do que será a saúde do nosso país ao longo dos próximos anos.»

«'Em Portugal as leis são meras sugestões'. E os Planos Nacionais de Saúde?»

«A viabilidade de execução do PNS, cujo universo é 2004-2010, será posta em causa pelas mudanças políticas?»

«É um documento que pode contribuir para que Portugal tenha uma política activa de verdadeira promoção da saúde.»

«Como é que vamos operacionalizar este plano?»

«Tem que haver empenhamento de todos para que o Plano resulte.»

«Que recursos para a execução do PNS?»

«Nos cuidados de saúde primários temos que fazer de médicos de saúde pública, de assistentes sociais, etc.»

«Temos que desenvolver a investigação.»

«Se não há dinheiro para nada, como é que vai haver dinheiro para a prevenção?»

«Estou mais preocupada do que satisfeita, pois estão a depositar-se muitas expectativas neste Plano...»

«Quando entramos para um mundo diferente, de uma lógica empresarial, tudo muda.»

«Temos que estar preparados para defender valores como a universalidade e equidade.»

«Os problemas não se resolvem todos com dinheiro.»

«Há um problema de má gestão política e operacional.»

«Se não existir vontade política, nem sequer vale a pena começar.»

«Não é um processo impossível, mas é complexo.»

«É essencial promover uma nova cultura para a saúde, de autonomia e co-responsabilidades.»

«Antes deste plano, muita coisa aconteceu e de certeza que, depois dele, muita coisa acontecerá.»

Política de saúde baseada na evidência

David Evans, director do departamento de financiamento dos sistemas de saúde, despesas e aplicação de recursos da Organização Mundial de Saúde, foi o orador principal da conferência «uma política de saúde baseada na evidência: importância do desempenho dos sistemas de saúde». A avaliação e análise dos sistemas de saúde, os processos que podem permitir a elaboração de políticas baseadas na experiência e a melhoria do desempenho dos sistemas, foram os pontos-chave deste debate.

O Fórum Gulbenkian de Saúde está a organizar o seu sétimo ciclo de debates, no âmbito do qual teve lugar a conferência «uma política de saúde baseada na evidência: importância do desempenho dos sistemas de saúde», no dia 28 de Janeiro. Num debate moderado pela deputada e ex-ministra da Saúde Maria de Belém Roseira e que contou com a presença de Pedro Nunes, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, e Manuel Antunes, professor da Faculdade de Medicina de Coimbra, além do conferencista David Evans e de Manuel Rodrigues Gomes, director do Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano da Fundação Calouste Gulbenkian, falou-se sobre o desempenho dos sistemas de saúde, da necessidade de aplicar bem os recursos e de os rentabilizar e sobre o modo de transpor as evidências para a prática política. Depois de David Evans começou a conferência referindo algumas ideias que perpassam todos os sistemas de saúde e explicando os objectivos do trabalho

desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde nesta área: «Quase todos os países do mundo procuram formas de melhorar o desempenho dos seus sistemas de saúde. Isto sucede independentemente da forma como os seus sistemas são financiados, da forma como os serviços são fornecidos e da forma como os prestadores são pagos». Mas, sendo as preocupações idênticas, há alguns problemas que atingem com maior gravidade alguns países, pois se «nos países da OCDE há uma grande preocupação em reduzir os custos, ou de reduzir a taxa a que esses custos estão a subir e os responsáveis pela elaboração das políticas estão preocupados em assegurar a melhoria na qualidade, o que se traduz, nomeadamente, na redução do erro médico e das listas de espera, nos países mais pobres a principal preocupação é como encontrar os recursos adicionais necessários para enfrentar a ameaça das doenças contagiosas como a SIDA, a tuberculose e a malária, ao mesmo tempo que enfrentam a ameaça crescente das do-



enças não transmissíveis. Estes países estão sob uma pressão ainda maior do que os países mais ricos para assegurar que os seus sistemas tiram o máximo proveito dos seus escassos recursos». Explicando que o primeiro passo a dar para melhorar os sistemas de saúde é «decidir que objectivos se espera que os sistemas alcancem», David Evans referiu a necessidade de analisar comparativamente os recursos utilizados e os melhoramentos conseguidos. «A Organização Mundial de Saúde desenvolveu uma 'base de trabalho' que pode ser utilizada para ajudar na condução deste processo. Essa base de trabalho especifica um conjunto de metas que a maior parte dos sistemas de saúde aspira atingir. Por exemplo, reconhece que apesar do objectivo fundamental do sistema de saúde ser melhorar a saúde da população, também tem que responder às necessidades não directamente relacionadas com a saúde da população (a chamada eficácia ou capacidade de resposta)», prosseguiu fazendo referência a uma nova e mais abrangente concepção de sistema de saúde. «Tradicionalmente o sistema de saúde tinha um conceito demasiado restritivo que se limitava à cura de doenças. Hoje já se começa a dar atenção à prevenção para a saúde». Neste âmbito, o conferencista referiu o facto de se ter começado aplicar um tipo de acção intersectorial em que as políticas de ambiente, de segurança nas estradas, etc., também representam «acções que melhoram a saúde das populações. Há uma vasta interacção: melhorar a saúde pode melhorar o desempenho educacional e vice-versa».

Explicitando o conceito de 'esperança de vida saudável', David Evans dilucidou que «a sociedade quer reduzir o tempo que as pessoas vivem com menos saúde. Em África a esperança de vida é menor e a esperança de vida saudável é também menor. Isto quer dizer que as populações desse continente vivem menos tempo e parte dessa vida com más condições em termos de saúde. Em países desenvolvidos, como Portugal, a mortalidade já não é a preocupação premente. O que as pessoas querem é

viver com saúde. O factor em causa passou a ser a morbilidade». E em relação à interacção pessoas/sistema de saúde, o que é que está mal? «Os ricos estão sempre menos satisfeitos com o sistema de saúde, embora sejam bem tratados. Isto acontece porque têm grandes expectativas e as expectativas condicionam a percepção e a satisfação das pessoas. Esta questão prende-se com a eficácia e com a capacidade de resposta. Para melhorar estes factores é necessário respeitar as pessoas, respeitar a sua dignidade, os princípios da confidencialidade, da auto-

O primeiro passo a dar para melhorar os sistemas de saúde «é decidir que objectivos se espera que os sistemas alcancem».

nia, etc. É preciso, nomeadamente, que a atenção seja pronta e o acesso às redes sociais de apoio facilitado. «Os sistemas de saúde têm que ter uma capacidade de resposta adequada», e «o ministro da saúde tem que saber determinar se todo o sistema está a caminhar na direcção correcta». Além disso, é importante não esquecer que «é



necessário investir para criar recursos, (...) e é fundamental desenvolver uma visão estratégica, focar a energia nacional na melhoria do desempenho». Algo que, segundo David Evans, se poderá fazer através de «mudanças-chave e políticas de transição». «A base de trabalho da OMS sugere formas de tomar medidas para melhorar o desempenho, trabalhando directamente nas funções-chave do financiamento, criação de recursos, liderança e fornecimento de serviços». Intenções que o orador reconhece estarem «reflectidas no Plano Nacional de Saúde português».

Portugal tem despesas menores *per capita* com a saúde

Salientando que os países ricos gastam mais dinheiro com a saúde mas que o importante é saber se os recursos são bem empregues e se se está a retirar proveitos dessas despesas, David Evans não quis deixar de salientar o bom desempenho português nesse sector: «Portugal gasta um pouco menos *per capita* do que a maior parte dos países da Europa, mas tem bons cuidados de saúde. A OMS debruçou-se sobre a eficácia dos siste-

mas de saúde e Portugal ficou colocado em 12º lugar», à frente da Grã-Bretanha, que ficou em 18º lugar. No entanto, nem tudo são rosas: «A partir de 1995, e é preciso ressaltar que não temos estudos mais recentes, a relação relativa à contribuição dos portugueses para a sua saúde, em termos de custos, piorou: proporcionalmente, os portugueses estão a gastar muito mais do seu orçamento realmente disponível com a saúde».



«Está-se a matar o Serviço Nacional de Saúde»

Manuel Antunes, professor da Faculdade de Medicina de Coimbra, começou a sua intervenção criticando aquilo a que chamou «a falta de cultura empresarial dos administradores hospitalares». Realçando que «é necessário corrigir as deficiências de gestão, mas também a falta de tempo para adaptação, pois «a velocidade de implementação das alterações não permite aos responsáveis a devida habituação às novas metodologias e filosofias de gestão. É

«Neste novo sistema público/privado do público só ficam os doentes!»

ao nível da liderança que se devem corrigir todas as ineficiências». Considerando que o Serviço Nacional de Saúde «tem-se esforçado para cumprir a sua função», Manuel Antunes reconhece que a descentralização continua a ser «pouco mais do que uma filosofia». «Não sou contra a participação do sector privado, mas não concordo que aquele continue a ser favorecido em relação ao sector público. O Estado não é um bom gestor. Se o Estado se considera incapaz de melhorar, então não seria melhor passar para o sector privado toda a administração pública? Está-se a matar o Serviço Nacional de Saúde, ou, pelo menos, a substituí-lo por

outro qualquer. E esse outro terá a universalidade do acesso? Neste novo sistema público/privado do público só ficam os doentes!» - afirmou este orador, acrescentando que no Reino Unido, onde se optou por um sistema idêntico ao que o poder político pretende implementar em Portugal, «esta experiência nunca foi tão longe tão depressa». «É evidente que não podemos esgarrar, mas é preciso observar as experiências dos outros países e daí retirar as ilações necessárias», concluiu.

Uma intervenção baseada na(s) evidência(s)

Pedro Nunes começou a sua intervenção analisando a definição linguística de política («modo de dirigir os assuntos sectoriais de um estado; exercício do poder organizado com vista a uma acção específica») e de evidência («qualidade do que não oferece dúvidas, o que pode ser verificado»), para em seguida estabelecer alguns corolários da aplicabilidade dessas definições à realidade: se em termos estatísticos, se pode aferir, através da comparação dos índices da Bélgica com os de Portugal, que a satisfação da população com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é muito superior nesse país da Benelux (70,1% das pessoas estão muito satisfeitas com o seu SNS) do que por terras lusitanas (onde esse valor ascende apenas aos 19%), não é menos verdade que quando analisamos os indicadores de mortalidade infantil, nos mesmos dois países, a situação inverte-se. Em Portugal a taxa de mortalidade infantil tem vindo sempre a descer desde 1980, situando-se em valores de 7,5 por mil habitantes em 1997, enquanto que na Bélgica a taxa de mortalidade infantil era, no mesmo ano, de 8,2 por mil habitantes, sendo a nossa evolução nesse índice superior, pois em 1980, as taxas eram de 19,8 e 11,1 respectivamente. Já quando analisamos dados de 1998, relativos à esperança de vida à nascença, as diferenças não são significativas, tendo a Bélgica apenas 1,6 anos de vida mais do que Portugal (que tem uma esperança de vida ligeiramente superior à de países como a Dina-

marca). Se a premissa seguinte for os gastos com a saúde, então concluímos que, em 1995, por exemplo, Portugal gastava por ano por habitante 826,01 € e a Bélgica 1.328,80 €. Com este raciocínio perfeitamente lógico surge a primeira evidência apresentada por Pedro Nunes: «a realidade é diferente da sua percepção. A primeira decisão a tomar é a de actuar sobre uma ou outra.»

Quando analisamos o consumo de medicamentos *per capita*, segundo dados de 1999, Portugal está entre os países que gastam menos, atrás de países que estamos habituados a considerar como bons gestores (Bélgica, Suécia, Suíça, Áustria, França, etc.) e nos gastos de saúde totais *per capita* (gastos públicos + gastos privados em 2000), o nosso país está francamente a baixo da média europeia e situa-se em valores inferiores a países como Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Reino Unido, Estados Unidos da América, etc. Uma análise que levou Pedro Nunes a concluir por uma segunda evidência: «políticas de saúde efectivas encontram-se nos locais mais insuspeitos...».

Sendo que o aumento dos preços dos medicamentos tem sido reduzido (nos últimos 10 anos, a médica de aumento é cerca de 1,5%) e que o mercado da auto-medicação tem diminuído (em termos de percentagem do mercado total, incluindo ambulatorio e hospitalar, entre 1996 e 2000, este mercado diminuiu de 8,72% para 6,42%), apesar do valor económico do mercado de OTC's estar a aumentar (o que significa que os medicamentos de venda livre tem sofrido aumentos de preço), e sendo que o que é prescrito também não tem aumentado, conclui-se que o que tem aumentado é o custo médio por receita no SNS. Este aumento de custos prende-se com os custos inerentes à introdução no mercado de novos medicamentos, o que leva ao estabelecimento de novos preços. Deste súmula depreende-se uma terceira evidência: «As novas tecnologias correlacionam-se com os indicadores de saúde; O aumento dos custos associados à introdução de novas tecnologias não é sustentável pelo simples crescimento económico». Sendo assim, con-

clui-se que Portugal devia fazer a sua própria investigação.

Mas como os custos de investigação e desenvolvimento de uma nova entidade química ou biológica ascendem a 895 milhões de euros, o tempo médio que decorre entre o início da investigação e a colocação de um novo medicamento no mercado é cerca de 12 anos, e apenas uma ou duas, em cada 10.000, substâncias sintetizadas em laboratório passarão com sucesso todas as fases necessárias para se tornarem um medicamento comercializável, Pedro Nunes elencou uma quarta evidência: «Quem não aguenta o passo, senta-se na borda da estrada e tenta recordar-se duma história que envolvia raposas e uvas...».

Quem estabelece os princípios da racionalização dos gastos em saúde?

Como os recursos não são ilimitados, é preciso poupar e racionalizar os gastos. Isso faz com que surja uma competição para alocação de recursos entre os diferentes sectores, nomeadamente no sector da saúde. Conforme dilucidou Pedro Nunes, é necessário juntar às estatísticas económicas as estatísticas sobre os indicadores da saúde. A grande questão a responder é: quem é que estabelece os princípios da racionalização dos gastos em saúde? Como é que deve ser feita a racionalização e por quem? Citando Lachêze-Pasquet, «todos reconhecem que as decisões dos médicos, quanto à utilização dos recursos directamente relacionados com o funcionamento dos serviços clínicos hospitalares, são determinantes para os custos do sistema de saúde. São os médicos que ordenam as despesas quando decidem os doentes que vão admitir para internamento, os tipos de exames a efectuar, etc.», e D. Berwick, e T. Nolan, «ao procurar uma palavra para descrever o estado de espírito dos médicos nos EUA hoje em dia, podemos escolher 'cercados'. As ameaças surgem de todos os lados – dos financiadores, dos futuros gestores de cuidados, da evolução da tecnologia, até dos doentes. A retórica

é de cerco e batalha, e a dinâmica parece ser a de um confronto de valores, do qual só pode sair um vencedor», e Kenneth Arrow, «os mecanismos habituais através dos quais o mercado assegura a qualidade dos produtos só operam muito debilmente no sistema de saúde. É por essa razão que a doutrina ética dos médicos reveste uma importância tão crucial. O controlo geralmente exercido pelos consumidores informados é substituído pela interiorização de valores pelos profissionais», este comentador concluiu re-

«O prestador e o consumidor, isto é, o médico e o doente, têm sido excluídos da decisão.»

ferindo que, do cruzamento destas considerações de vários autores, se pode inferir que a aplicação de regras económicas e de gestão a sectores como a saúde, deve ser precedida por uma reflexão sobre os valores e os princípios inerentes a esse sector. Reflexão que conduziu a uma quinta evidência: «as melhores soluções, nem sempre o são!» A sexta evidência apresentada no desenvolvimento desta análise, foi que «a tecnologia tem custos», algo que se afe-re por uma simples análise de um gráfico onde se demonstra que a evolução da cirurgia da catarata, apesar de implicar um crescimento avultado dos respectivos custos, esse crescimento não tem idêntico reflexo nas vantagens clínicas. «Mas aquilo que hoje em dia se chama de reformas da saúde, são na verdade reformas à volta da saúde», referiu Pedro Nunes, afirmando a necessidade de chamar os médicos a intervir nos processos que lhes dizem respeito. «A política foi primeiro a arte de impedir as pessoas de se intrometer no que lhes concerne. Em época posterior, acrescentaram-lhe a arte de forçar as pes-



soas a decidir sobre o que não entendem» (Paul Valéry (1871-1945), citou o comentador.

Seguidamente, Pedro Nunes explicou que existem na política da saúde quatro actores principais: produtor, consumidor, prestador e financiador. Mas quem deverá ser o decisor? «O decisor terá que ter um perfil com as seguintes características: conhecimentos técnicos, sensibilidade para os custos, capacidade de diálogo e capacidade executiva». Segundo Pedro Nunes, o decisor deve ser composto pelo binómio médico/doente, associado a um gestor (financiador) que oriente. «Mas não tem sido essa a evolução do sistema: o prestador e o consumidor, isto é, o médico e o doente, têm sido excluídos da decisão. Limitam-se a pressionar o gestor que, por sua vez, também é pressionado pelo financiador».

Numa intervenção baseada em evidências e, com uma certa dose de humor, Pedro Nunes conclui alertando para a possibilidade de se optar por um caminho que conduza ao desastre se não se fizerem, de facto, «políticas baseadas na evidência». Mas algumas evidências podem não corresponder à realidade, como foi amplamente demonstrado ao longo da sua apresentação.



A empresarialização e o futuro da saúde

No dia 12 de Fevereiro, no auditório da Ordem dos Médicos, assistimos ao Colóquio subordinado ao tema “A Empresarialização e o Futuro da Saúde em Portugal”, promovido pela Associação dos Direitos dos Cidadãos.

Na mesa estiveram presentes o bastonário da Ordem dos Médicos (OM), Germano de Sousa, Garcia Pereira, membro da direcção da Associação dos Direitos dos Cidadãos, Manuel Pereira Barbosa, ex-director do Hospital de Santa Maria, Mário Jorge da Federação Nacional dos Médicos (FNAM) e Maria de Belém Roseira, ex-ministra da Saúde e deputada pelo Partido Socialista.

Na sua intervenção, Germano de Sousa frisou que a Ordem dos Médicos não se opõe à empresarialização dos Hospitais S.A., mas que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve assegurar que os cidadãos continuem a ter o direito ao acesso aos cuidados de saúde de forma gratuita, ou tendencialmente gratuita, como claramente estabelece a nossa Constituição. Considerando que não é necessário que seja o Estado o único prestador de cuidados de saúde, o bastonário dilucidou que os cuidados de saúde devem integrar-se num princípio básico que é a gratuidade e que «a espinha dorsal do SNS deve ser detida pelo Estado». Como referiu, a OM não é contra a possibilidade do Estado contratar serviços a privados e/ou a organizações sociais, como as

misericórdias, desde que tenha mecanismos concretos de controlo, avaliação e fiscalização dos serviços prestados, «de forma a que a qualidade seja assegurada», um princípio básico do qual a OM não abdica. Em relação à empresarialização dos Hospitais S.A., Germano de Sousa acrescentou que, desde que esse sistema de funcionamento seja o mais adequado para a gestão dos recursos e que signifique melhorias nos cuidados prestados aos cidadãos, à Ordem dos Médicos o que compete é fiscalizar, entre outras coisas, o acesso a esses hospitais para que não haja tratamentos desiguais dos doentes.

A avaliação do desempenho dos profissionais deve ser feita através de modelos credíveis e isentos e por «entidades exteriores» ao sistema.

«A OM recusa peremptoriamente a competição desenfreada entre o sector público e o sector privado», no entanto, conforme explicou Germano de Sousa, «mantendo o Estado como accionista único, estes hospitais podem saudavelmente competir entre si», devendo sempre «ser controlados e avaliados pelo Ministério da Saúde». Na questão da regulamentação dos Hospitais S.A., o presidente da OM teceu algumas críticas à Entidade Reguladora da Saúde. Germano de Sousa colocou algumas

questões que podem ser levantadas pelo modo de funcionamento dos hospitais empresarializados, nomeadamente no que se refere às carreiras médicas (onde salientou a necessidade de incentivos, «uma forma de manter o interesse constante do profissional em aperfeiçoar os seus conhecimentos»), e ao ensino pré e pós-graduado. Em relação ao ensino, Germano de Sousa deixou o alerta: é necessário manter as condições para que se faça um ensino de qualidade. Em relação à importância do ensino pós-graduado, afirmou que é fundamental investir na formação dos médicos internos, pois o país está carenciado de especialistas nalgumas áreas. Neste ponto, Germano de Sousa referiu-se às reuniões que o Conselho Nacional Executivo da OM teve com os presidentes dos Colégios das Especialidades e o Ministério da Saúde, representado nas mesmas por Adão e Silva, secretário de estado da saúde, em que ficou bem definida a necessidade de um esforço global para a criação de condições para um bom ensino pós-graduado. Ficou claro, pelas suas palavras, que a OM não cede nesta matéria: «um governante de bom senso, não pode permitir que os hospitais empresarializados, que têm uma dinâmica diferente de um hospital público, na medida em que há uma responsabilização imediata pelos custos, minimizem o esforço que se tem que fazer pelo ensino dos médicos internos». E acrescentou: «esta é uma questão básica da medicina: se assim não for, em breve a qualidade da medicina e a qualidade dos cuidados de saúde que se faz em Portugal, será irremediavelmente afectada. Deixaríamos de estar no 12º lugar do *ranking* da Organização Mundial da Saúde para passarmos para um nível terceiro-mundista, o que não se compadece com o esforço efectuado ao longo dos

em Portugal

anos por todos os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e outros. Apesar de todas as vicissitudes e das dificuldades, conseguimos manter o SNS numa posição muito honrosa tendo em conta que países como a Inglaterra estão abaixo de Portugal neste *ranking*. Germano de Sousa elucidou ainda que a Ordem dos Médicos nada tem a opor às reformas em curso desde que «se mantenha o princípio da gratuidade, a propriedade dos hospitais empresarializados, em que o único accionista é o Estado, e que a Entidade Reguladora seja encabeçada por pessoas de bom senso, que actuem de acordo com os interesses do cidadão doente, mantendo as regalias a que o mesmo tem direito por via da Constituição». Se assim não for e se «o prognóstico for sombrio», a Ordem dos Médicos «levantar-se-á a uma só voz» e «dirá não!».

Antes de passar a palavra a outro palestrante, Garcia Pereira, moderador deste colóquio, teceu alguns comentários sobre os hospitais S.A., na sua vertente jurídica, económica, financeira, passando pela Entidade Reguladora da Saúde: referindo-se ao conselho de administração do Hospital de São Teotónio, em Viseu, explicou que o mesmo é composto por uma ex-inspectora das finanças, um militar reformado e um bancário. Num tom bem humorado, Garcia Pereira deixou no ar algumas 'provocações', nomeadamente no que se refere à utilidade de ter um militar no conselho de administração, o que nas suas palavras teria o intuito de «pôr os médicos e outros profissionais da saúde na ordem...»

Mário Jorge da FNAM salientou na sua intervenção que as medidas que têm vindo a ser tomadas pelo actual ministro da Saúde, no seu entender, «assentam em pressupostos que não têm qualquer evidência ou fundamen-

to», o que fundamentou citando os parâmetros e indicadores de avaliação do desempenho dos sistemas saúde que colocavam, em 2001, Portugal no 12º lugar das 'tabelas' da OMS. Mário Jorge teceu duras críticas à actual política de saúde, referindo que «em Portugal as despesas públicas com a saúde são de 57,5%, consequentemente as despesas privadas são

«Os lucros para o sector público da saúde são a melhoria dos índices da saúde de uma população.»

de 42,5%, isto de acordo com o relatório da OMS. Estas percentagens colocam o país no centésimo décimo quinto lugar a nível mundial, ao nível dos países de terceiro mundo». Ainda por referência ao relatório da OMS, afirmou que, em Portugal, cada cidadão suporta 40,9% em pagamentos directos nos cuidados de saúde, «quando estes deveriam ser gratui-

tos ou tendencialmente gratuitos». Por referência ao modelo seguido por Portugal, Mário Jorge falou do «desmoronamento dos sistemas de saúde dos EUA e da Grã-Bretanha».

Manuel Pereira Barbosa apelou na sua intervenção a uma reflexão «profunda e muito rigorosa» sobre estas questões e defendeu que o Sistema Nacional de Saúde público tem obtido excelentes resultados. Quanto à avaliação de desempenho, Manuel Barbosa considera que os profissionais devem exigir que a mesma seja feita através de modelos credíveis e isentos e por «entidades exteriores» ao sistema. O SNS só sobreviverá se assim for, conclui.

Maria de Belém Roseira considera que a empresarialização dos Hospitais AS «é apenas uma peça de sistema muito mais vasto» e que se deve ter o cuidado de «não pôr em causa o equilíbrio do sistema». Saliendo que «os lucros para o sector público da saúde são a melhoria dos índices da saúde de uma população», a ex-ministra da Saúde acrescenta: «quem procura o lucro financeiro, quer que a população esteja mais doente pois isso significa vender mais!». Sobre os novos modelos de gestão, foi referi-



do que os mesmos foram sempre desajustados da realidade e das necessidades da prestação de cuidados de saúde. A sua conclusão é de que este é o caminho para a privatização da saúde, através da «progressiva cedência de capital, que neste momento é exclusivamente público, conjugada com os critérios de endividamento, etc.». A gestão privada implica, em seu entendimento, uma selecção prejudicial: «pois nesse sistema não vão querer situações complicadas, demoradas, etc. porque diminui o lucro». Além disso, como explicitou, «saúde em quantidade pode ser o contrário de saúde com qualidade». Outra questão referida como sendo problemática é a questão da contratação colectiva versus a contratação individual: «com os con-

«A espinha dorsal do SNS deve ser detida pelo Estado.»

tratos individuais de trabalho pode-se contratar profissionais de saúde sem nenhum critério de avaliação. (...) Em saúde temos que ser rigorosos e exigentes em termos de qualificação profissional». Maria de Belém Roseira referiu igualmente o problema da livre circulação de médicos na Europa e das regras que têm que se estabelecer a esse nível, bem como os efeitos nefastos do anúncio das alterações relativamente à contagem do tempo de serviço para a reforma. Em jeito de conclusão, a ex-ministra falou sobre a necessidade de transparência e responsabilização a todos os níveis, a começar pela governação. Seguiu-se debate que envolveu a assistência, um debate dominado pelas questões da empresarialização mais do que pelo futuro da saúde em Portugal, mas estas são duas realidades que parecem estar intrinsecamente ligadas nos novos caminhos do sistema de saúde português.

A bioética na relação médico-doente

No dia 4 de Fevereiro realizou-se, na Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, a conferência «O Corpo (o corpo doente)», inserida no ciclo «A Bioética na Relação Médico-Doente», sendo convidada a professora catedrática de ética, a filósofa Isabel Renaud.



Além de Isabel Renaud, na mesa estiveram presentes Esperança Pina, director do Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico e Alexandre Santos, em repre-



sentação do Departamento de Educação Médica da Associação de Estudantes Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Isabel Renaud falou do corpo sob sete perspectivas: o corpo sujeito, o corpo sob o ponto de vista do mundo, o corpo em movimento, as mudanças do corpo no tempo, o corpo doente, a pessoa, a alma e o corpo, e o corpo curado. O corpo primordial não é, para esta filósofa, o corpo anónimo dos tratados de medicina. O verdadeiro corpo não é o que se estuda na anatomia, mas sim o que cada pessoa vive. O corpo objectivo é uma abstracção praticada pelo corpo subjectivo, isto é, o corpo vivido na primeira pessoa. Neste sentido, Isabel Renaud considera que um dos desafios éticos do médico, a este nível, é ultrapassar a ideia de corpo objectivo. «Na filosofia uma pessoa é mais do que o seu corpo: um Ser Humano é um Ser Ético. É a responsabilidade de poder responder

aos desafios, aos chamamentos, às tarefas imprevistas que a vida coloca». Conforme explicou, a responsabilidade ética não é uma resposta automática, a ética implica a capacidade de dizer não a determinadas situações do corpo. Só assim se consegue ordenar os nossos actos com uma verdadeira finalidade ética. Sobre o 'corpo curado', Isabel Renaud explicou que o mesmo «reencontra a alegria de viver». «O sentimento de fragilidade apodera-se do ex-doente», o que se prende com o facto da experiência existencial não ser igual à experiência científica. «A vida humana é feita de grandes experiências: a experiência ética, a experiência do belo, a experiência da amizade e do amor, etc., são experiências que marcam o modo de vida das pessoas». A relação médico-doente pode, assim, revelar-se uma autêntica experiência de humanidade e uma oportunidade de humanização.



ORDEM DOS MÉDICOS
CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA E DEONTOLOGIA MÉDICAS

Posição a adoptar no caso de haver médicos com processos disciplinares (arquivados ou não) e que integram Comissões de Ética para a Saúde

Parecer

**Aprovado na reunião do CNE,
de 17 de Fevereiro de 2004**

O Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas na sua reunião de 26 de Novembro de 2003 emitiu o seguinte parecer:

“Em relação à questão específica colocada – que posição a adoptar no caso de haver médicos com processos disciplinares (arquivados ou não) e que integrem Comissões de Ética para a Saúde, o Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas, no entendimento que a questão se refere a processos disciplinares no âmbito da Ordem dos Médicos, propõe os seguintes critérios:

A – Processos arquivados
– deve considerar-se que o médico

tem um registo profissional limpo pelo que pode ser membro de uma Comissão de Ética para a Saúde.

B – Com processo disciplinar em curso:

B.1.- Se é membro, é de esperar que peça a suspensão do mandato até conclusão do processo. Nas Comissões de Ética de Saúde, em instituições privadas, sobre as quais a Ordem tem jurisdição, O Conselho Nacional Executivo pode retirar-lhe o aval propondo à Instituição a indicação de novo membro. Nas C.E.S. dos estabelecimentos públicos a Ordem pode sugerir ao Colega, a auto-suspensão de funções.

B.2. – Se é proposto para membro de uma C.E.S. em instituição privada a Ordem não deve dar-lhe o aval so-

licitado enquanto o processo não estiver concluído.

C – Médico condenado em processo disciplinar.

Não pode ser aceite como membro. Se já é membro e não deixou as funções por auto-suspensão (no caso das Instituições Públicas) a Ordem deve comunicar à Instituição Pública a condenação e sugerir, fortemente, que seja substituído como membro da C.E.S.

O Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas sugere ainda que este parecer, ou semelhante, seja divulgado através dos diferentes meios de comunicação da Ordem.”

Av. Almirante Gago Coutinho,
151 - 1749 084 LISBOA
Telefs: 842 71 00 - Fax: 842 71 01

OS ATESTADOS MÉDICOS E A COMPLACÊNCIA



Maria José Cardoso
Presidente do Conselho Disciplinar SRN

Aos colegas exige-se veracidade e responsabilidade.

Se é real a dificuldade, para não dizer a quase impossibilidade, dos Conselhos Disciplinares comprovarem a veracidade ou falsidade de um atestado médico, isso não pode servir de motivação para uma menor exigência na sua emissão, para já não falarmos numa prática voluntária de um ilícito disciplinar e criminal.

Sabemos quão difícil é destrinçar a veracidade ou não de muitos dos sintomas apresentados pelos aspirantes a um atestado médico e também conhecemos o sofrimento dos médicos quando negam uma justificação “humanitária” a quem lha pede. Mas impõe-se pensar que, a manter-se a actual prática, em breve serão adoptadas medidas de controlo administrativo que terminarão inexoravelmente no prejuízo dos nossos doentes e, também, no descrédito de toda a classe médica. Vêm estas considerações a propósito das participações contra médicos, por emissão de atestados médicos de eventual complacência serem, cada vez, mais frequentes.

PROPOSTA DE ARQUIVAMENTO

1. O presente processo foi instaurado na sequência de exposição, datada de de ... de ..., subscrita pelo Ex.mo Senhor Coordenador da Sub-Região de Saúde de ...
2. A instrução do processo permitiu indiciar os seguintes factos:
 - 2.1. No dia ..., a arguida, Senhora Dra. ... emitiu e subscreveu um atestado médico, no qual, sob compromisso de honra, atestou que o respectivo beneficiário ... marido da própria arguida — *“encontrou-se doente, necessitando dos cuidados imprescindíveis de sua mulher ... nos dias ... , e...*
 - 2.2. O atestado foi escrito em impresso da Extensão do Centro de Saúde de ... da Sub-Região de Saúde de...
 - 2.3. A arguida faltou ao trabalho, no Centro de Saúde, nos dias indicados no atestado médico.
 - 2.4. No entanto, pelo menos no dia ..., trabalhou no Hospital de ... , das 09:00 às 14:00 horas e das 21:00 às 09:00 horas, quando é certo que, nesta data, e segundo a própria arguida escreveu no atestado, o seu marido necessitava dos seus *“cuidados imprescindíveis”*
 - 2.5. Tendo a arguida emitido e assinado o atestado no dia sabia perfeitamente ser falsa a declaração de que, no dia anterior, o seu marido tinha necessitado dos seus *“cuidados imprescindíveis”*
 - 2.6. O verdadeiro objectivo da arguida, ao emitir o atestado, pelo menos no que se refere ao dia ..., foi o de justificar a sua falta no Centro de Saúde, para poder trabalhar no Hospital de...
 - 2.7. Não pode também deixar de considerar-se reprovável que o atestado tenha sido emitido em impresso da Extensão de ... do Centro de Saúde de ... uma vez que o marido da arguida não se encontra inscrito neste Centro nem nele foi consultado nas datas indicadas no atestado.
3. Destes factos foi a arguida acusada no despacho de acusação que em ... lhe foi enviado através de carta registada com aviso de recepção.
4. Em ..., deu entrada na Ordem dos Médicos a defesa escrita da arguida, subscrita pelo seu mandatário, na qual, relativamente aos factos imputados, é alegado fundamentalmente seguinte:
 - 4.1. O objectivo da arguida não poderia ser o de justificar a sua falta no Centro de Saúde para poder trabalhar no

Hospital de .. uma vez que neste o horário era das 09:00 horas às 14:00 horas e naquele das 14:00 horas às 19:00 horas.

4.2. O impresso em que foi emitido o atestado foi-lhe entregue pela funcionária dos serviços administrativos do Centro e os termos do preenchimento foram orientados pelo seu director, ambos cientes da situação real e concreta que a arguida pretendia retractar, nos termos e para os efeitos do artº 53º do D. L. Nº 497/88, de 30 de Dezembro, mas cuja tramitação burocrática ignorava.

4.3. O atestado não foi passado em favor do seu marido, que dele não carecia, muito menos em período de férias judiciais.

4.4. O seu marido encontrava-se já internado, mediante requisição do serviço social do Ministério da Justiça, tendo o mesmo internamento sido prolongado.

4.5. Acontece que o paciente (marido da arguida) sofreu um agravamento súbito do seu estado de saúde, carecendo, por consequência, de um acompanhamento mais estreito.

4.6. Por tal motivo, e tendo em conta que, naquela altura, não se encontrava mais ninguém disponível para tal tarefa, a arguida viu-se na contingência de ter faltado ao trabalho.

4.7. A arguida foi, na altura, informada de que não era necessário um atestado do médico assistente do paciente para justificar a falta ao serviço, uma vez que estava em causa a assistência ao seu cônjuge

4.8. Foi nesse condicionalismo que a arguida subscreveu o atestado, com o objectivo de poder observar e acompanhar a evolução do estado de saúde do seu marido.

4.9. A arguida nunca teve em vista emitir qualquer atestado de mera complacência para seu marido, sendo, inclusive, de todo alheia ao processo de internamento daquele, visando outrossim, e devido ao agravamento do estado de saúde do seu cônjuge, justificar a sua falta no Centro de Saúde.

4.10. Se os seus familiares não a tivessem auxiliado daquele modo, e nos referidos períodos, tornar-se-iam imprescindíveis _ como o foram na ausência daqueles os cuidados da arguida.

5. Analisado o conteúdo da defesa escrita, concluiu-se que o cerne da questão estaria em saber se a Senhora Dra. ... foi ou não substituída por familiares, na assistência ao marido, na manhã do dia ... e na noite de para ... de....

6. Tendo em conta a essencialidade da prova deste facto para a decisão a proferir no âmbito destes autos, foi solicitado ao mandatário da arguida que informasse a identificação das testemunhas susceptíveis de o provarem.

7. Assim, no dia ..., foram ouvidas as testemunhas para aquele efeito indicadas pela arguida, os Ex.mos Senhores e O primeiro declarou

ter permanecido uma noite na Ordem da ... a acompanhar o marido da Senhora Dra. ... por esta ter de trabalhar, afirmando o segundo que o fez, pelo mesmo motivo,

uma manhã e uma tarde.

8. Muito embora não tenham precisado, com exactidão, os dias em concreto que aquele acompanhamento se verificou, o contexto das suas declarações indica tratar-se dos dias ..., e...

9. Assim, tendo em conta o princípio "in dubio pro reo", considero não podermos dar como provado, com absoluta certeza, que o objectivo da arguida, ao emitir o atestado, tenha sido o de justificar a sua falta no Centro de Saúde, para poder trabalhar no Hospital de ... e, consequentemente, que tenha emitido um atestado médico falso.

10. Esta consideração torna inútil a efectivação das restantes diligências de prova requeridas pela arguida, bem como a apreciação das questões de natureza processual levantadas na defesa escrita.

11. Entendo não dever terminar a presente proposta sem manifestar alguma estranheza pelo facto de, em face dos elementos que constam dos autos, parecer que a Sub-Região de Saúde de ... não tomou em consideração o conteúdo do Decreto-Lei nº 165/80, relativo aos atestados para prestação de assistência a familiares não menores, de cujas disposições resulta que a assistência tem de ser imprescindível (o que não acontece, naturalmente, quando a "assistente" pode fazer-se substituir por familiares), que o prestador dos cuidados seja obrigado a anexar declaração informando que a pessoa em causa é a mais indicada para prestar esses cuidados e, mais importante ainda, que em caso de internamento hospitalar, os funcionários não poderão fazer uso desse direito.

Em face do exposto, proponho o arquivamento do presente processo disciplinar, instaurado à Ex.ma Senhora Dra. ...

Porto,

A RECEITA MÉDICA no “Serviço Nacional de Saúde” e noutros mais



Aureliano da Fonseca

Ex-professor da Faculdade de Medicina do Porto

Olhando um ramo de flores, quem conheça a flor da roseira, será fácil no ramo logo a encontrar, pelas suas características entre todas as flores.

De igual modo, num amontoado de papéis ou documentos, quem souber o que é uma autêntica Receita Médica, de imediato a distingue por ser diferente de todos os demais papéis.

Assim será porque a verdadeira Receita Médica subordina-se a certa norma ou modelo que, preenchida convenientemente, dignifica o médico, a torná-lo merecedor de respeito e consideração, e a evidenciar que o médico tem também respeito pela pessoa/doente e pelo farmacêutico que deverá fornecer o que tenha sido medicado. Pelo triplicado respeito, a pessoa/doente sentir-se-á impellido a cumprir o que o médico lhe tenha dito, levado pela confiança e esperança que no médico encontrou, sentimentos que se expressam também no cuidado, exactidão e desvelo que mostra na indicação dos medicamentos na Receita e conseqüente rigor na descrição escrita do modo de cumprir o que lhe tenha sido aconselhado.

O que justifica a exaltação da Receita Médica ?!

É sabido que o diálogo entre o médico e a pessoa/doente culmina com a entrega à pessoa/doente da Receita Médica, e ela deve veicular do médico a possível força psicológica de esperança se tiver agradável aspecto, apazível aos olhos da pessoa/doente, a causar-lhe deleite que reafirma a confiança que o médico - quando autêntico médico seja -, terá transmitido à pessoa/doente, confiança que deve persistir na sua gratidão, a renovar-se sempre que olhe a Receita, acaso guardada com carinho. Mas, para que tal aconteça, impõe-se, como se disse, que a Receita se subordine a uma norma que dignifique o mé-

dico, e a unidade de Saúde onde o médico exerce a sua missão, Receita que, numa perspectiva actual, deve ser em duplicado: o original para o doente, e na sua mão guardado em arquivo específico com os demais documentos de análises, radiografias e outros que, obtidos onde sejam, ao doente pertencem; e o duplicado para a Farmácia, que a partir desse momento passa a ser um documento burocrático, designação que jamais a verdadeira Receita deve ser.

É óbvio que a norma ou modelo de Receita deve ser a mesma ou idêntica para qualquer médico, seja o que seja e esteja onde esteja, no seu consultório privado, Centro de Saúde ou Hospital, porque em todo o lugar o médico será sempre médico e a pessoa doente será sempre pessoa/doente.

Vem o que se diz a propósito de um impresso criado pelo Serviço Nacional de Saúde, onde se lê, logo no cimo, “Receita Médica”, designação em verdade necessária porque, sendo um impresso que não atende às normas de Receita Médica, sem essa denominação ninguém saberia qual a sua finalidade.

Relativamente a tal impresso, fez-se um comentário intitulado “A Eufemística Receita Médica”, Publicado em “Notícias Médicas”, n.º 2796, 19 de Nov. de 2003 e em “Nortemédica, ano 5/4, Out./Dez, 2003. Anteriormente, em 1994, um outro escrito foi publicado, intitulado “A Receita Médica – O que é e sua estruturação”, em (Notícias Médicas, n.º 2208, 20 de Maio; Interfarma, XI/128:22-23 e

Revista da Ordem dos Médicos, 14/1. Mas, anteriormente, em 1974, um outro comentário foi publicado em O Méd., LXXIII/ 1216: 684-685, sob o título de “Breves considerações acerca dos Impressos-receitas em uso em alguns

organismos de acção médico-social.”

Como é habitual, se alguém leu, e alguém que tinha a obrigação de ponderar os comentários, nenhuma importância deu, porque os interesses de princípios ou ética de princípios estão ausentes dos interesses burocrático-administrativos, nem mesmo é de considerar a harmonização de uns com os outros.

Ainda que o que se diz na “Eufemística Receita Médica” não promova modificações convenientes e úteis, ajustados à ética médica e em concomitância às conveniências administrativas, em alguns pensantes despertou interesse, pelo que a Ordem dos Médicos solicitou um novo escrito onde explicitamente se evidenciasse uma norma de Receita Médica que possa ter aplicação em qualquer organização médica.

Consideremos, na norma das Receitas, as partes ou questões seguintes:

1. Impresso, em duplicado, deve ter a área de 15 x 21 cm, sendo o espaço útil de 14 x 20 cm, e usando papel autocopiativo. Melhor será que se faça a Receita em impressora de computador, já feito por alguns médicos e a ser método a generalizar-se.

2. Cabeçalho, a ser utilizado no Serviço Nacional de Saúde ou em quaisquer outros Serviços de acção médica, convirá ser dividido em três partes. O espaço da esquerda, a ter cerca de 4,5 cm, deve ser reservado à vinheta do médico; o seguinte, de igual área, será destinado à vinheta da instituição médica. No da direita ficará bem o Logótipo da Instituição (ou se quisermos do Ministério da Saúde), tendo logo por baixo e número mecanográfico da Receita e porventura um código de barras que seja necessário. (É óbvio que o duplicado da Receita, que se destina à Farmácia, terá o mesmo número mecanográfico e o mesmo código de barras, sendo o seu

verso destinado ao que tenha interesse administrativo).

No Receita da actividade privada do médico, naturalmente que toda a área do cabeçalho deve ter, impresso ou gravado, o nome clínico do médico, acaso com títulos e funções oficiais ou oficiosas. Também o lugar de consultório e telefones; e porventura Fax e mail de Internet, (as últimas referências, esteticamente melhor ficam no fim do impresso separadas por uma barra). Anote-se, não ser elegante o que se vê, sobretudo, em receituário de algumas Clínicas, em barra ao lado, o nome de todos os médicos ou referência a particularidades de serviços médicos e terapêuticos, atitude de aspecto comercial ou mercantil contrária ao carácter de excelência da acção médica!

3-Identificação da pessoa/doente, com o nome completo, sua residência e n.º do telefone¹.

4-Simbolização, logo abaixo da identificação, à esquerda, a ser um R, (R maiúsculo seguindo-se-lhe um traço oblíquo ou inclinado), a poder ser também Rp ou Rpe, de qualquer modo a ser abreviatura da palavra latina *Recipe* ou *Recipere*, a traduzir o imperativo receba, aceite (cumpra)².

5-Inscrição /ou titulação, a ser em área exclusivamente destinada ao médico, portanto área liberta do que possa estorvar o assentamento, alistamento ou registo dos medicamentos que ao doente são aconselhados. E a cada medicamento deverá seguir-se uma ou duas subscrições (no sentido de escrever a seguir à inscrição), ou anotações.

A principal anotação, que nunca deverá ser omitida, consiste em Indicações ou aconselhamento para a pessoa/doente, a explicar, de acordo com a cultura do doente, mas correctamente, o modo de usar o medicamento, porventura a sua quantidade, horário e duração do tratamento.

[Quando sejam medicamento tópicos – para a pele, olhos, nariz, ouvidos a área génito-anal, é importante mais detalhadamente especificar o modo de usar ou aplicar os medicamentos. É atitude fundamental, porque, apenas pela informação oral, em poucos minutos a maior parte dos doentes esquece ou confunde o que foi aconselhado, indo

cuidar-se erradamente, acaso com consequências adversas que irão atingir o crédito do médico.]

Outra anotação igualmente importante refere-se a Indicações para o farmacêutico, específicas em relação ao fornecimento dos medicamentos, atitude particularmente importante na formulação galénica, porventura a exigir pormenorização de interesse técnico, devendo ter-se em atenção que as doses devem ser, sempre ortografadas e nunca numéricas para evitar o sempre possível erro de interpretação.

Finalmente, é de considerar que, escrevendo-se à mão, a letra deve ser legível e facilmente entendível, mesmo por quem tenha pouca cultura, a repudiar-



se a indevida denominação de “letra de médico”, que, diga-se em verdade, não é específica dos médicos. Tal má letra, tendo ideias indecifráveis mas apenas adivinháveis, tem sido motivadora de, por vezes, graves consequência. A má letra tem história de tempos passados, que este momento não é para contar, mas jamais se justifica no tempo corrente.

6- Assinatura do médico, com data da Receita, se porventura não tiver sido expressa em qualquer local do cabeçalho.

7- Notas a terminar: Na eufemizada “receita médica” do Serviço Nacional de Saúde, a pessoa/doente que, por ser pessoa deve ser respeitada e mais respeitada quando doente, é estigmatizada de utente³! E o médico, personalidade a ter a sua actividade como missão,

encarada pelo doente como vigilante da sua saúde, física a anímica, transmissor de esperança para bem viver, é rebaixado a prescriptor! Em verdade, utente ou usuário, é aquele que usa ou utiliza objectos ou ferramentas como pessoas ou serviços de alguém, por simples dever ou obrigação, materializados acaso em dado tempo finito, sem qualquer compromisso no mínimo humanístico; e o prescriptor, o referido alguém, a ser, em sentido lato, aquele que prescreve ou preceitua, isto é, indica norma ou regra, doutrina ou dá instruções, ideias um pouco diferentes da que está implícita na receita médica (no receitar), que pelo latim arcaico *recupere*, tem o sentido de recuperar, salvar (a saúde).

Mesmo a finalizar, consideremos que jamais no frontispício ou face da verdadeira Receita deve haver qualquer espaço ou palavras de índole ou objectivo burocrático, a ser reservado para a página verso.

No mencionado escrito “Eufemística Receita” foi apresentado um arranjo de Receita Médica que, como então se disse, poderia favorecer os interesse clínicos e administrativos, cada um no seu lugar.

Ponderando, porém, campo mais amplo, apresenta-se um outro modelo que se admite porventura melhor adequado aos objectivos apontados, que será de aceitar ou poderá ser caminho para um modelo mais perfeito?!

¹ **Identificação**, seria bom colocar, entre parêntesis, a sua idade, assim alertando o farmacêutico para possíveis erros de dar para uma criança um medicamento para adulto.

² **Simbolização**, obrigatória em qualquer receita médica em tempo ainda não distante, são ainda usados por raros médicos. Saiba-se ser um símbolo de valor histórico e nobilitante, que fica bem ao doente ser explicado. Com efeito, originalmente (na Grécia), usava-se o emblema de Zeus, deus supremo, a pretender-se invocar a protecção da divindade para o êxito da medicação que a seguir se indicava. Com o decorrer do tempo, pelo romanização da Europa e seu carácter administrativo, o emblema de Zeus converteu-se no referido **R**, com o qual, aliás, se parece, e a ter o mencionado imperativo.

³ **Utente**, n.º 2 da Portaria n.º 1501/2002

O número de médicos em Portugal



Carlos Costa Almeida¹

Há muito tempo que se vem falando sobre este tema, parecendo todos os que se manifestam ter uma de duas opiniões: ou há médicos em número suficiente, ou há falta de médicos. A outra opinião possível, a de haver médicos a mais, por enquanto não recolhe votos. Trata-se na verdade de opiniões, todos têm direito a elas e têm o valor que têm, mas neste assunto dever-se-ia ir bem mais longe, atingir o grau de afirmações concretas, correctas e irrefutáveis. Deveríamos já estar a falar dum facto, vindo confirmar ou negar as nossas prévias opiniões; mas quem fornece as informações básicas necessárias para tal?

Habitámo-nos a não confirmar cegamente nas estatísticas oficiais do nosso país, por alguma razão, e sentimo-nos sempre inseguros em relação a elas. De qualquer maneira ainda há pouco mais de dois anos no Ministério da Saúde se procurava saber quantos médicos existiam nos nossos hospitais públicos, ou melhor, que médicos, em termos de especialidade e de idade, grau e antiguidade na carreira, que é como quem diz em experiência profissional e diferenciação técnica. Procurava-se saber porque não se sabia exactamente, pelo menos nesses pormenores. Mas apesar disso não se saber já no país se ouviam, transmitidas e retransmitidas pelos órgãos de comunicação social, opiniões formadas de muita gente, com acesso fácil a esses órgãos, sobre o problema do número de médicos no nosso País.

Também por essa altura foi lançado pela Ordem dos Médicos, e muito louavelmente, um censo médico, procurando determinar quantos médicos existem no nosso País, ainda activos mas eventualmente reformados da função pública, que especialidades têm, onde trabalham, como trabalham, etc. Essas perguntas foram feitas porque não se sabiam as respectivas respostas, e era com certeza importante obtê-las. Sei que muitos colegas não colaboraram respondendo adequadamente, não sei em que percentagem, tornando o resultado prático desse censo de validade e utilidade limitadas. Mas a verdade é isso também não impediu as declarações de muita gente sobre se há médicos suficientes ou em falta...

Precisamente nessa mesma época um grupo de individualidades de relevo na nossa sociedade, que havia sido encarregado da missão de estudar os problemas da saúde em Portugal, incluindo o número desejável de médicos, e de Faculdades de Medicina, e outros aspectos importantes envolvendo o futuro de todos nós, como sociedade, no que respeita ao combate e profilaxia das doenças, começou a emitir o seu parecer: não havia falta de médicos e o número de Faculda-

des era o correcto.

Pelo contrário, no momento actual passou a ouvir-se, quase de repente, clamar por todo o lado que há falta de médicos no nosso país, ou melhor, a moda agora é de que há falta só de algumas especialidades (enche-se a boca com os clínicos gerais, com os obstetras, os pediatras...). E passados apenas dois anos, ou menos, o número de alunos entrados nas Faculdades de Medicina, que era o possível e o adequado, é agora aumentado em trezentos...

Não se podem tomar decisões de tão relevante importância, como as de programar em cada ano um número de alunos a entrar nas Faculdades de Medicina, ou de médicos a sair delas, ou de especialistas a terminarem o seu treino pós-graduado nos vários Hospitais, sem informações precisas e detalhadas sobre a população médica portuguesa em Portugal. Esta é uma matéria, volto a dizer, em que não pode haver opiniões, mas sim factos!

Frequentemente se vê comparar números nossos com os de outros países, mas a maior parte das vezes essa comparação parece fazer-se duma maneira leviana e apressada. Admitindo que cada um desses emissores de opinião conhece realmente os números dos outros países (e que esses números são correctos...), não sabe provavelmente os nossos, como se vê. É que não se trata simplesmente de conhecer a população do nosso país (e essa pode agora conhecer-se após o censo populacional recentemente levado a cabo), quer a total quer a das diferentes regiões, e dividi-la pelo que se supõe ser o número total de médicos vivos do país. Essa divisão dá-nos um índice objectivo, comparável com o mesmo índice doutros países, sem dúvida, mas com um interesse muito limitado. Há muitos outros parâmetros a considerar e a conhecer com exactidão, sob pena de estarmos a comparar coisas profundamente diferentes. O que nos levará a conclusões completamente erradas e de repercussões muito negativas a médio e longo prazo. E que teremos de rever a curto prazo.

Parece navegarmos em maré de simples opiniões, cada um com direito à sua, e eu não vou prescindir desse direito. Mas seria de todo conveniente que nós todos – Ordem dos Médicos, Ministério da Saúde, País – começássemos a pedir explicações, e por que não contas, aos que emitiram opiniões supostamente fundamentadas em estudos criteriosos e detalhados, e que depois se venham a revelar totalmente erradas e infundadas. Eu, por mim, reconheço que não tenho números, mas pelo menos sou médico há trinta anos, todos os dias lido com doentes e com médicos, bem como com outros profissionais de saúde, conheço a realidade nacional, tive oportunidade na

minha vida profissional de conhecer a doutros países europeus, e estou muito ligado à formação médica, pré-graduada e pós-graduada. Como disse, não tenho números mas também tenho opinião, baseada no meu dia a dia.

Permanentemente constato a presença crescente de médicos estrangeiros nos hospitais portugueses, que vieram tirar o lugar aos nossos, sendo que estes não tiveram por sua vez de emigrar, e puderam cá ficar a trabalhar também. Então é porque havia falta...

Em todos os hospitais, centrais e distritais, junto ao mar ou no interior, as queixas de falta de pessoal médico são as mesmas, em quase todas as áreas mas sobretudo nos serviços de urgência, feitos por profissionais mais jovens, o que é, aliás, obviamente desejável. Com um excesso de trabalho prestado fora de horas, de horas extraordinárias portanto, e como tal pagas. E a solução não está com certeza na sua supressão, ou na acumulação de doentes em poucos serviços, para rentabilizar os poucos médicos, com o inevitável mau atendimento e as longas listas de espera e as esperas consequentes.

As queixas dos doentes portugueses centram-se muito na clínica geral, e a falta de médico de família é central nessas queixas, com doentes sem médico e muitos centros de saúde ocupados por médicos estrangeiros, formados nos seus países, donde emigraram para ir trabalhar onde há falta – em Portugal, por exemplo.

Parece, pois, evidente que no momento há falta de médicos em Portugal. E é isso mesmo que agora se diz.

Mas como não temos emenda, continuamos a programar curto. Actualmente nota-se mais a falta de médicos de família, portanto vamos “fabricar” muitos, em detrimento doutras especialidades... E sempre poderemos depois pô-los a fazer o trabalho dos que então faltarem...

Esqueçemo-nos – porque lá saber, sabemos – que dentro de 10 anos a grande maioria dos actuais especialistas irá reformar-se. E não adiantará nessa altura abrir as vagas para internato de especialidade! É agora que isso tem de ser feito! Neste ano, no ano que vem e nos próximos, pois um especialista leva 7 a 10 anos a fazer-se, desde a saída da Faculdade até ter experiência profissional que lhe permita tratar um doente com total autonomia e segurança. E isso nota-se mais nas especialidades cirúrgicas. Como todos nós, governantes incluídos, poderemos vir a precisar de ser operados daqui a dez anos, e mais, não seria má ideia desta vez pensarmos com alguma antecipação...

Existindo no momento 42 especialidades médicas, seria trágico querer obrigar agora a que todos ou quase todos os recém licenciados escolham 2 ou 3 delas, como se ouve por aí alguns dos tais emissores de opiniões dizerem. É óbvio que, se assim for, haverá uma grave falta nas outras dentro de algum tempo, e os jovens médicos que foram entretanto obrigados a escolher uma actividade especializada que não

queriam levarão o resto das suas vidas profissionais, rapidamente encurtadas por uma reforma “salvadora”, a arrastar-se fazendo algo que não os entusiasma. Sem lucro para ninguém, antes com prejuízo para nós todos, potenciais doentes. É que ninguém faz bem aquilo que não gosta de fazer.

Um outro aspecto do mesmo problema será o contrário, e conhecendo o meu país como conheço, não será para admirar que daqui a uns anos passemos da falta à fartura, e comece a haver médicos portugueses desempregados! Haverá que pensar muito bem nos números, fazer os cálculos certos baseados em números correctos, para duma vez se acertar. Insisto que é fundamental obter informações detalhadas sobre a população médica portuguesa, e não fazer fé em dits e escritos por quem muitas vezes nem conhece a realidade diária da saúde.

A verdade é que estamos num momento crucial para a saúde do nosso país, em vários aspectos e também neste. Se se quiser introduzir mudanças, elas terão de ser levadas a cabo de modo a melhorar, ou pelo menos a não piorar o que estava. Há que tomar decisões imediatas, com repercussões a médio

e longo prazo, sabendo utilizar os recursos humanos disponíveis e criando outros atempadamente. Para bem da nossa saúde. Que, juntamente com a educação, é um bem fundamental duma sociedade. Um povo saudável e culto é um povo com todas as potencialidades e que poderá vencer todos os desafios. Por isso vale com certeza a pena procurar o melhor nessas áreas. E para isso quem nelas tiver de resolver deverá obviamente ouvir quem delas sabe.

1 Cirurgião, Director de Serviço do Centro Hospitalar de Coimbra, Professor da Faculdade de Medicina

Se se quiser introduzir mudanças, elas terão de ser levadas a cabo de modo a melhorar, ou pelo menos a não piorar o que estava.

Na sala de espera

É notável o poder terapêutico da sala de espera. Partilhar doenças, discutir experiências, avaliar terapêuticas, expor cataclismos, ou seja, vitimizar-se em conjunto, alivia os participantes. Os males reduzem-se, verificados nos outros. É terapia de grupo. Se calhar é por isso que muitos médicos, sem o confessarem, sabiamente marcam várias consultas para as cinco e só aparecem três horas depois. Desse modo propiciam um longo tratamento gracioso, ministrado pelos clientes uns aos outros, devidamente tutelados pela sua sombra.

I

Há dias, estive cerca de meia hora na sala de espera dum radiologista. Lá encontrei três casais de meia idade. Recostados, sorridentes, verdadeiros, conviviam. Falavam e repetiam, cumpriciando intimidades e confidências. Percorrendo variadíssimos temas, saltitando alegremente.

Ouvi coisas espantosas: doenças, complicações, dificuldades de vida, alusões à tropa, alfinetadas no patrão, maldições na vizinhança, tiros na medicina, episódios de rua, interpelações políticas, malfeitorias da Câmara, inseguranças do tempo, tristezas de família, rumores de polícia, conflitos no trabalho... tudo no soberbo à vontade de quem tem a certeza de encontrar eco na outra parte. Em conversas cruzadas, por vezes na presteza característica dos interlocutores interagindo, todos participavam confluentes.

Sorumbático, atrasado, despejado no meu canto, obrigatoriamente ouvia. Nem podia deixar de o fazer. A TV tinha o som bastante baixo, mas também não me interessaria. Triste e abandonado, cogitava como seria bom ter acompanhantes nas horas de sofrimento, até que, em jeito de passatempo, comecei a tentar adivinhar qual seria o doente do grupo. No meu entendimento só poderia ser um dos homens, uma mulher nunca teria tal comitiva.

Pensei que o excesso de palavras traduziria alguma ansiedade relativamente à TAC que um deles iria fazer, exame que finalmente esclareceria as preocupações de todos. Na segura convicção de que estariam ali para acompanhar o sofrimento, levando as mulheres como reforço.

E já me alegrava com as virtudes dos seres humanos, pensando-as esquecidas demasiadas vezes, quando o microfone chamou e uma grande surpresa me concedeu. Um deles levantou-se, despediu-se demoradamente de todos, e, cumpridos os beijinhos, acrescentou:

«Tive muito gosto em conhecê-los ... foi um prazer! Se precisarem de alguma coisa em Rio Tinto é só telefonar, bastará dizer ...»

...enquanto estendia pressurosos cartões de visita.

Só faltaram palmas!

II

Afinal nem se conheciam. Tinham-se descoberto naquela hora. Só por acidente se reuniram naquela sala de espera. Mas tinham aproveitado o momento para desabafar, distender, contar, com gosto e sem nevoeiros. Como lhes terá feito bem!

Vim para casa a falar sozinho, preocupado com a minha incompetência. Os meus dotes de observador andarão



Jaime Milheiro
Psiquiatra. Psicanalista

bastante por baixo. Qualquer astrólogo(a), mágico, vidente, bruxa, paralelos, afins e etc., qualquer daquelas bem falantes criaturas que tão melodiosas consultas fornecem nas revistas e na televisão (tudo espécimes que costumam apelidar de imbecis, diga-se de passagem) teria percebido. Qualquer fornecedor de psicologia barata teria percebido aquela situação enquanto eu, ignorante e além disso presunçoso, não percebi nada!

Terá chegado a hora de mudar de profissão?

III

Nas salas de espera dum hospital ou dum centro de saúde o facto é ainda mais relevante. Os doentes reconhecem-se, trocam lembranças, marcam consulta para o mesmo dia, tricotam entre as falas. Actualizam-se, conferem sintomas, prolongam harmonias, muitas vezes por entre murmúrios contra o médico ou contra o serviço que os não compreenderá. Para muitos, as salas de espera são uma necessidade e um desabafo. De grande utilidade.

É por isso que aconselho vivamente a sua institucionalização e sua inclusão no receituário.

O doseamento será fácil: prescrevem-se minutos ou horas, conforme o estado clínico e a motivação, sabendo-se que o erário público não será sobre-carregado porque os doentes, na sua maioria, já estão com baixa. A indicação do princípio activo para uso de genéricos será um pouco mais difícil, mas o Ministério, com a sua reconhecida criatividade, certamente ultrapassará o problema. E disporá, a partir de então, de mais uma retumbante vitória sobre as listas de espera.

Duma retumbante vitória moral!

A propósito do Romance Drácula, Uma perspectiva da história da medicina na literatura

«... os olhos não vêem nem os ouvidos ouvem aquilo que não se explica ...»
(Van Helsing)

Em Setembro de 2003, estive no último congresso da UMEM [União Mundial de Escritores Médicos], realizado este ano em Bucareste, capital da Roménia, sob o tema genérico Cultura e Atitude. Foram presentes várias dezenas de médicos, a maioria da Europa. A delegação de Portugal foi constituída por cinco colegas, entre os quais o próximo presidente da UMEM, Dr. Carlos Vieira Reis. Sendo membro efectivo, apresentei como prelector o ensaio O Romance Drácula no contexto da Medicina do século XIX.



João-Maria Nabais
Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria
Médica

Bucareste (a pequena Paris) foi fundada, segundo a tradição, por um pastor de nome Bucur (que significa alegria) e sempre se associou no passado a uma cidade com história, largas avenidas ladeadas por áreas de árvores e flores, edifícios de estilo Belle Epoque e reputação de bom nível de vida com uma memória aristocrática e mesmo feudal – a decadência elegante.

Remodelada no final do século XIX, por franceses e seus arquitectos (o francês é aqui a segunda língua oficial), o consulado comunista interrompe este espírito cosmopolita até à queda de Nicolae Ceasescu (talvez a 2.ª figura romena mais “famosa” depois de Vlad III Dracul, o celeberrimo Drácula) durante a revolução de 1989.

A cidade reflecte uma interessante mistura de influências nos seus usos e cultura. Hoje já se pode visitar a antiga Casa do Povo, rebaptizada de Palácio do Parlamento, o segundo maior edifício do mundo (todo ele em mármore da região, com perto de 1000 salões com colunatas e 4500 lustres, ouro, madeiras preciosas e quilómetros de tapetes tecidos à mão) a seguir ao americaníssimo Pentágono. Aqui trabalharam durante anos milha-

res de artesãos e operários em turnos seguidos de 24 horas para a futura casa do antigo ditador dos Cárpatos, que reflecte, pelo seu espírito megalómano, o sonho de um louco com as ideias delirantes de grandeza ao estilo faraónico – não teve tempo de vida para a estrear.

Algumas figuras romenas de relevo são: Gheorghe Marinescu (neurologista), Constantin Brancusi (escultor), George Enescu (um dos músicos mais talentosos do último século: violinista, compositor e maestro), Eugin Ionescu (dramaturgo, poeta, crítico literário e publicista, fundador do Teatro do Absurdo), etc.

Hoje a Roménia faz-me lembrar Portugal na década de setenta, com as vicissitudes de um país liberto de anos de isolamento e ostracismo à procura de um novo rumo.

O mito de Drácula, o Vampiro

O mito do vampiro data dos primeiros tempos da Antiguidade Clássica. Já é documentado na antiga Babilónia, no Egipto, em Roma, na Grécia e na China. A crença em vampiros é universal,

especialmente quando o homem descobriu que o sangue é a fonte da vida. Em muitos lugares, como na Roménia – pátria de Drácula – ela sobrevive ainda...

O mais célebre vampiro de sempre foi uma personagem real, natural da Transilvânia – Roménia: o conde Vlad Tepes (circa 1430-1476).

A tradição oral popular diz que tinha por hábito beber sangue ao presenciar torturas e execuções, nas quais muitos dos seus convidados e adversários eram por ele mandados matar. Um dos grandes sonhos visionários, desde sempre, da espécie humana, foi a descoberta de uma forma de vida eterna, com a vontade-limite de ser deus para não sucumbir à idade ou cair nos braços da morte.

Um dos bons exemplos é justamente a religião egípcia, que embalsamava os seus mortos e os enterrava com pertences pessoais e escravos, acreditando que, quando eles voltassem a viver, não perderiam os seus símbolos e privilégios.

Até a Bíblia tem o seu caso de vitória no desejo de vencer a morte, através de Jesus Cristo.

O tratamento que é dado à figura

mítica do Drácula reflecte-se em muitas das aspirações humanas mais remotas e profundas: não é o vampiro detentor de um conjunto de atributos ambicionados pelo comum dos mortais – a juventude eterna, a força sobre-humana, a beleza mítica do belo, o poder de sedução, a capacidade de metamorfose e a reencarnação pela imortalidade?

Este poder encantatório transforma a personagem num impressionante arquétipo humano, pois radica em si o símbolo da personalidade de um D. Juan que conserva a sua grande capacidade romântica com a prodigiosa brutalidade de um monstro.

O símbolo do conde Drácula, o Vampiro por epíteto – uma criatura morta-viva — vai adquirir a sua própria imortalidade ao alcançar fama e celebridade na sociedade tecnológica do século XX, tal como as figuras literárias do Dr. Jekyll-Mr. Hyde e Frankenstein. Não deixa de ser curioso o aspecto sociologicamente intrigante da recusa dos romenos a esta sombria personalidade da História, achando-a mais um devaneio literário do Ocidente, pondo eles em contraponto o acento tónico no seu papel de libertador e herói nacional.

O romance DRÁCULA

Em 1897, foi publicado o romance Drácula, de Bram Stoker (1847-1912). Através desta sua obra, o escritor irlandês vai acentuar o nosso imaginário popular ao confiar às trevas um monstro que se alimenta de sangue. A novela inspira-se num aspecto da lenda e do folclore romeno associados ao vampirismo. O tema possui cambiantes muito variados e profundos no domínio da imaginação.

Esta história, escrita numa forma despretensiosa e publicada como Diário, vai tornar-se objecto de culto e um dos pontos mais altos da novelística inglesa do século XIX, com a ajuda dum dos mais famosos ícones do terror. Incluída no género da novela gótica, a acção viaja na Londres vitoriana e as-

signala o encontro entre dois mundos: o misterioso, antigo universo da tradição e do folclore, simbolizado por Vlad Drácula (filho do dragão), e o tempo racional e fleumático da Inglaterra de finais do século XIX.

O assunto continua a ser objecto de recriação estética e de análise científica de tal modo que ainda hoje influencia a literatura e o cinema.

Stoker baseou-se, para dar vida ao mais famoso vampiro de todos os tempos, num nobre transilvano, mais conhecido como Vlad, o Empalador, pela facilidade com que aplicava este cruel castigo a quem a ele se opunha ou aos inimigos vencidos em batalha.

Bram Stoker reconhece nesta perso-



nalidade uma criatura da noite e converte-o num verdadeiro vampiro que vive perpetuamente a sua lenda negra, ao alimentar-se do sangue vivo dos humanos. Tinha nascido o mito...

Pode-se afirmar que Stoker, Murnau (realizador do filme Nosferatu, de 1922) e muitos outros foram motivados de forma directa ou indirecta por um desejo que está em todos nós inerente: o de viver para sempre no sortilégio do elixir da perpétua juventude.

Anne Rice, ao escrever Interview with the vampire (Entrevista com o vampiro), trouxe um universo diferente a este tema, onde os vampiros deixam de ser criaturas mal-intencionadas e cruéis e passam a ter uma faceta mais humana, com os mesmos desejos e paixões, incluindo a capacidade de uma vida eterna, ao experimentar tudo o que a vida pode oferecer, de forma absoluta. E nós temos actualmente no nosso dia-a-dia exemplos de sobra,

nestes tempos terríveis de insegurança e angústia colectiva.

Não deixa de ser curioso o facto de o principal adversário do vampiro (além da própria luz do dia) e seu maior inimigo ser um médico conceituado de apelido Van Helsing (Jan). Natural de Amesterdão, Holanda, é professor de antropologia e filosofia, além de especialista em doenças ocultas, tendo como base de trabalho elementos peculiares como um crucifixo, estacas, água benta, etc. Tem como última meta da sua vida apanhar e destruir de uma vez por todas o vampiro mais perigoso de todos – Drácula. A perseguição começa em Londres e termina na Transilvânia, após uma batalha próxima do castelo do conde Drácula.

Pelo seu conhecimento enciclopédico abraçando as últimas teorias do hipnotismo, este médico, sendo um conhecedor profundo da mente humana, torna-se um perito perspicaz, ao possuir poderes psíquicos para derrotar o vício e o submundo demoníaco, no eterno paradoxo entre o Bem e o Mal.

Esta particularidade irá transformá-lo num incansável caçador de vampiros, pois, para ele, este ser fantástico que sai à noite das sepulturas para sugar o sangue às pessoas incautas constitui uma matéria fascinante como tema de estudo. Este hunter compulsivo irá assumir um papel preponderante no desenrolar do romance, pois integra uma personagem que encarna toda uma mentalidade e toda uma época.

Van Helsing mantém um espírito conservado na tradição: «Entrámos com as flores (de alho). Primeiro fechou as janelas e aferrolhou-as bem; a seguir, pegando num punhado de flores, esfregou-as em todos os caixilhos, como para se assegurar de que cada brisa que entrasse ficava carregada com o cheiro do alho... e ele próprio lhe colocou a grinalda à volta do pescoço»; método popular para afugentar os morcegos-vampiros... «Depois tirou do pescoço e de sob o colarinho um pequeno crucifixo de ouro que colocou

sobre a boca».

Ao mesmo tempo é a prefiguração de um paradigma: o modelo do médico cientista do século XIX, com o espírito aberto para os avanços da ciência («levou com ele uma maleta na qual havia muitos instrumentos e drogas... o equipamento de um professor do ofício de curar... e sem um momento de espera começámos a operação de transfusão» – diz Van Helsing «... não há tempo a perder. Ela (Lucy) morrerá por pura necessidade de sangue para manter o coração a trabalhar como deve ser. Temos de fazer imediatamente uma transfusão de sangue - transferir das veias cheias de uma pessoa sã para as veias vazias que anseiam por ele...» depois, à medida que falava tirou os instrumentos para a transfusão); aqui demonstra ter já conhecimentos da importância do sangue para a manutenção do traço vital da vida e também de algumas técnicas de preparação (... «Precisa de sangue e tem de o ter, ou morre»... «ele é tão jovem e tão forte e de um sangue tão puro que não precisamos de o desfibrinar»...), depois, com ligeireza mas com método Van Helsing, executou a operação. Fala também do papel das células (... «se a hemólise ocorre no soro, as células morrem»...) nas doenças do sangue. Convém recordar que no século XIX era muito comum ainda o uso de ventosas, sanguessugas e sangramentos!!! ...

Este médico é certamente a representação de quase tudo o que é positivo. Combina um certo número de traços: é o homem do novo conhecimento que concilia a ciência e a superstição para resolver o mistério da doença em Lucy; é o líder sem medo ao perseguir Drácula através da Europa e fornece a força da inspiração moral pela sua fé cristã.

A Medicina no século XIX

Desde a origem da espécie, o homem, por instinto de sobrevivência, procurou remédio contra ferimentos e outros males.

O confronto entre Drácula e Van

Helsing expressa o encontro simbólico entre a superstição tradicional veiculada por uma figura histórica popular eminente e o novo saber progressivo e positivo da Medicina emergente do século XIX.

A partir de 1800, Lamarck passa a usar uma nova palavra – biologia, aplicando-a ao estudo dos processos vitais dos reinos animal e vegetal.

Com os avanços da anatomia (François Magendie desenvolve o estudo dos nervos motores e sensoriais), bacteriologia, da fisiologia (Rudolf Virchow cria em 1858, as bases da patologia celular no seu livro *Cellular Pathologie*. Fica célebre o seu aforismo «toda a célula provém de outra célula». Será igualmente um dos grandes pioneiros da saúde pública), endocrinologia (Claude Bernard, um



dos seus fundadores, autor da concepção de meio interno, enuncia o seu método em *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* - 1865), histologia ou ciência dos tecidos, da química (com as noções de átomo e molécula) e de outras disciplinas (a anti-sepsia, com Joseph Lister, e a anestesia representam um imenso progresso na prática cirúrgica graças às quais se pôde ampliar o seu campo de acção), a Medicina afirma-se, nesse período, como ciência experimental moderna.

No decurso dessa aliança da prática com a teoria vai ocorrer um surto de desenvolvimento das técnicas de análise e síntese químicas, em especial da química da matéria viva, ou bioquímica. Estes progressos vão reconhecer as virtudes terapêuticas das plantas medicinais e possibilitar a identificação e isolamento dos seus componentes activos, em função dos

compostos que contêm.

A determinação da noção de célula, o elemento fundamental de todos os tecidos, mais a constatação por Pasteur de que a fermentação e a putrefacção são provocadas por pequeníssimos organismos vivos (então denominados micróbios) deita por terra a velha teoria da geração espontânea, ao lançar as bases para métodos de prevenção das várias doenças infecciosas, muito em voga na altura, ex. o carbúnculo, a cólera das aves e a raiva.

Robert Koch, outro pioneiro da bacteriologia, ao descobrir o bacilo da tuberculose e o vibrião da cólera faz surgir novas técnicas originais de diagnóstico e a consequente procura de uma terapêutica adequada.

Fica confirmado o papel dos insectos como factores de grande morbidade e mortalidade na transmissão de certas doenças: exs. a malária, febre-amarela, etc. Com a pesquisa e divulgação do uso generalizado de novas vacinas e o incremento de diversos modelos de diagnóstico e tratamento, de que são exs. os raios X e o rádio que, apesar de arriscados, passam a ser novas conquistas irreversíveis e dos factos mais relevantes da época.

O monge Gregory Mendel, ao expor as leis da hereditariedade que levam o seu nome, descobre as regras da transmissão e das mutações hereditárias. Os seus trabalhos, entretanto esquecidos, serão redescobertos no início do século XX – assim tinha nascido a genética!

No virar do século XIX, as ciências do comportamento, com os estudos de Pavlov e Freud, respectivamente, sobre o sistema nervoso central, os reflexos condicionados e a psicanálise, levam à reformulação da psiquiatria, da psicopatologia e, após uma dura e longa caminhada, a uma melhor percepção e conhecimento da natureza humana. Esta revolução radical vai realizar-se metódica e silenciosamente, tanto no aprofundamento da experiência dos conhecimentos como pelo estudo e descoberta do infinitamente grande e do infinitamente pequeno, nos últimos cem anos.

A Medicina nos descobrimentos

*Ah, seja como for, seja para onde for, partir!
Largar por aí fora, pelas ondas, pelo perigo, pelo mar.
Ir para longe, ir para fora, para a distância abstracta,
Indefinidamente, pelas noites misteriosas e fundas,
Levado, como poeira, p'los ventos, p'los vendavais!
Ir, ir, ir, ir de vez!*

(Fernando Pessoa)

Pelas vozes dos poetas, falam os deuses. E, os deuses quiseram que assim fosse. Ao mar se fizeram os portugueses e pelos cinco cantos da Terra espalharam a língua, a fé e uma forma muito própria de estar. Os padrões com a cruz de Cristo foram sendo semeados por esse mundo fora, dando manifesto sinal do que pode a vontade de um povo. Ao mar se fizeram os portugueses e assim foram fazendo a sua história. Pelos mares andaram e pelos mares foram morrendo, alguns, e se salvando, outros. E as caravelas foram progressivamente fazendo-se ao mais longe e, desse modo, fazendo do longe, perto.

A bordo seguiam os capitães, os padres, os marinheiros e aqueles que viam nessas distâncias seguras fontes de comércio e de riqueza.

Agora cinco, logo dez, depois vinte, as caravelas partiam.

A experiência ensina, os olhos vêem, os ouvidos ouvem, a inteligência organiza e desse modo se foi fazendo o saber de experiência feito.

Não só a ciência da guerra se foi desenvolvendo. A medicina também. Tudo foi vendo, experimentando e aprendendo. Técnicas novas que encontrava, a medicina dos gentios, as plantas medicinais, de tudo isso a medicina se

foi servindo para mudar procedimentos e atitudes. Não significa isto que ela tenha melhorado ou se tenha verdadeiramente enriquecido, mas apenas que se aumentou. Erradas ou não, à luz de hoje, novas formas de tratamento passaram a ser usadas.

Falar da medicina dos descobrimentos é falar de qualquer coisa que não houve.

Se pensarmos que muitos séculos antes, durante a expansão romana, não havia navio que não levasse médico ou legião que o não tivesse, mais nos custa a entender que a maioria das naus e caravelas portuguesas o não levassem e contassem, quanto muito, com um padre versado em coisas médicas ou com um barbeiro cirurgião.

Não surpreende pois que muitas das coisas que vieram enriquecer os conhecimentos médicos da época, nos tenham chegado por descrições feitas por capitães de navio, por capitães de tropas.

Talvez a existência da Inquisição possa explicar algumas coisas. Se é verdade que os inquisidores passavam a pente fino todos os navios que demandavam Lisboa, numa tentativa de encontrarem livros de medicina ou cirurgia que eventualmente reproduzissem partes do corpo humano para



por Carlos Vieira Reis

prontamente os censurarem ou interditem, mais activos seriam à procura e perseguição de médicos cristãos novos, o que fez com que os melhores médicos daquele tempo tenham fugido de Portugal e tenham sido famosos em toda a Europa.

Por essa ou outra qualquer razão, o certo é que não se encontram registos que confirmem a presença de médicos a bordo de todas as armadas portuguesas. Mas é possível estabelecer-se uma lista de 12 médicos que ainda durante o século XV teriam participado na aventura das descobertas e dos quais destaco Mestre José Vizinho, físico e astrólogo de D. João II e 45 outros médicos que possivelmente acompanharam os nossos descobridores durante o século XVI, dos quais destaco Garcia de Orta que embarcou para a Índia na armada de Martim Afonso de Sousa e Dimas Bosque, licenciado por Salamanca e que ficou a dever a sua celebridade ao facto de ser o médico com quem Garcia de Orta dialoga no seu famoso livro Colóquio dos simples e cousas medicinais da Índia...

Só à laia de comentário, tenho que referir que Garcia de Orta ia fugido à Inquisição e que apesar do seu livro ter sido autorizado pelo Inquisidor

Mor, não impediu que os seus ossos tivessem sido desenterrados alguns anos após a sua morte e tenham sido queimados em praça pública, juntamente com todos os exemplares existentes do seu famoso livro.

É curioso referir que muitos médicos desta época deram um grande contributo para os descobrimentos, não pela sua acção médica, mas pelos seus conhecimentos noutros ramos da ciência, nomeadamente naqueles que facilitavam a arte de navegar. Tiveram grande importância na astronomia e nas ciências-base da náutica, ajudando a resolver um grande número de problemas teóricos e a idealizar os instrumentos práticos que a navegação exigia, nomeadamente quando se avistava terra e a orientação tinha que se tomar com referência à altura do sol e às estrelas.

Entre eles destaca-se Pedro Nunes, professor da Universidade de Salamanca, parteiro da Rainha, autor do Tratado da Esfera e do famoso Nónio, de que até hoje se conhece um único exemplar. Foi Pedro Nunes o primeiro a separar as águas do conhecimento e a estabelecer a diferença entre astronomia e astrologia, que até aí se confundiam.

Pouco deverá a medicina aos médicos daquele tempo, mas muitas foram as consequências das descobertas para a medicina. Antes de mais, o conhecimento e aplicação das plantas medicinais até aí desconhecidas na Europa. Depois a troca de experiências entre

os europeus e os nativos que exerciam a arte de curar.

Também o import-export da patologia daquele tempo, com a migração das doenças e o conhecimento de novas doenças. A sífilis, a varíola, o escorbuto, a influenza, a malária, a lepra e tantas outras, que foram andando de um lado para o outro, atravessando mares e distâncias, implantando-se sem barreiras ou resistências, em terras até aí virgens de tais patologias.

Há sempre quem aprenda e sempre quem ensine. Deste passar de uns a outros se vai fazendo o conhecimento. Não podemos duvidar da importância dos descobrimentos neste desenvolver dos vasos comunicantes do conhecimento e da aprendizagem.

Estupefacção terá sido o que cerca de quatro mil japoneses terão tido, quando viram pela primeira vez o homem de «quatro olhos» que o jesuíta Francisco Cabral representava, ao mostrar-se perante eles, em 1571, usando óculos para corrigir a sua miopia.

Embora sendo evidente que os hospitais daquele tempo nada tinham a ver com os hospitais de hoje, o certo é que existiam casas que se destinavam ao tratamento e internamento dos doentes e que tinham o nome de hospitais. Fossem eles como fossem, os portugueses tiveram um papel relevante, durante os séculos XVI e XVII, ao construírem ou adaptarem, o impressionante número de 40 hospitais, de

Cabo Verde a Macau, sem contar com o Brasil, de acordo com o esclarecido trabalho do Professor Luís de Pina.

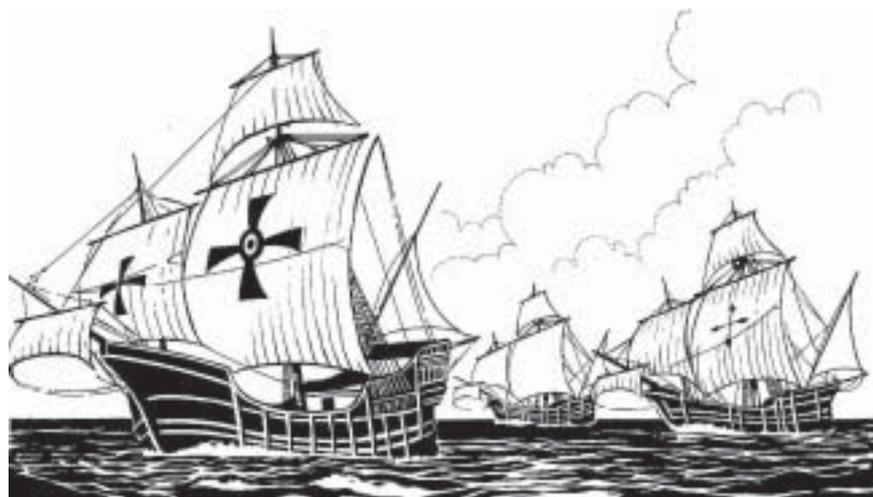
No que à cirurgia se refere, as amputações representavam talvez o acto cirúrgico mais praticado no tempo dos descobrimentos, quer por razões de feridas de guerra, quer por esmagamentos, quer por gangrenas.

A este propósito e como demonstração de que se pode aprender estando atento às coisas, atentemos no que dizia Bartolomeo Maggi, professor na Universidade de Bolonha, quando explicava que tinha aprendido a fazer amputações correctas, depois de ter visto trabalhar os carrascos de Veneza e que, só depois de os ter visto, tinha percebido que se puxasse a pele antes de cortar, ficava com pele suficiente para poder fechar o coto de amputação...

*Vi as águas os cabos vi as ilhas
E o longo baloiçar dos coqueirais
Vi lagunas azuis como safiras
Rápidas aves furtivos animais
Vi prodígios espantos maravilhas
Vi homens nus bailando nos areais
E ouvi o fundo som de suas falas
Que já nenhum de nós entendeu mais
Vi ferros e vi setas e vi lanças
Oiro também à flor das ondas finas
E o diverso fulgor de outros metais
Vi pérolas e conchas e corais
Desertos fontes trémulas campinas
Vi o rosto de Euridice das neblinas
Vi o frescor das coisas naturais
Só do Preste João não vi sinais*

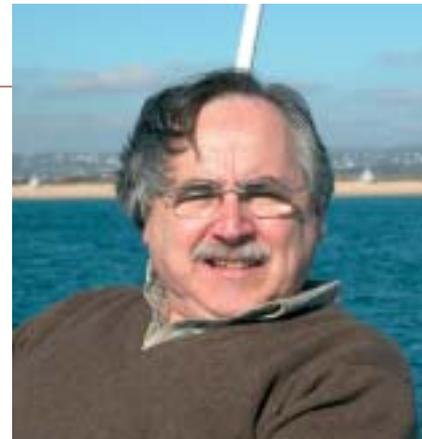
*As ordens que levava não cumpri
E assim contando tudo quanto vi
Não sei se tudo errei ou descobri*

(Sophia de Mello Breyner Andresen)



De vez em quando... eu conto uma história!

As laranjas do espanhol



Raul de Amaral-Marques
Médico Pneumologista e Imno-Alergologista

Ainda não tinha acontecido o terramoto dos Açores, que destruiu grande parte da cidade de Angra do Heroísmo, quando visitei, pela primeira vez, aquela bonita e histórica cidade e a ilha que a alberga. Para mim é também a Terceira, não porque foi a terceira ilha açoriana que visitei, mas porque o fiz na terceira vez que fui aos Açores. À emoção da chegada no voo da SATA, um bimotor a turbo-hélice que ondulava ao sabor dos ventos do arquipélago e se deixava afundar nos poços de ar, juntou-se a expectativa da visita a uma ilha, nova para mim. O encanto de S. Miguel constitui uma referência, como uma bitola ou um padrão de aferição de beleza e encanto, em termos de comparação com qualquer outro lugar. É natural a existência de rivalidades entre as ilhas do arquipélago, em particular entre os rabos-tortos e os japoneses; é assim que se chamam a uns e a outros os naturais de cada uma das ilhas. Também é reconhecido o sentimento de exaltação que cada ilhéu tem em relação à sua ilha.

Depois da suave aterragem na pista das Lajes, um pouco como que uma compensação feita pelo comandante do avião à sacudida viagem que nos proporcionou desde Ponta Delgada, e de uma visita à base americana com almoço e compras no supermercado da base, metemos as malas num táxi e seguimos rumo a Angra, no outro lado da ilha. Um táxi Mercedes 190 (passe a publicidade) e o seu motorista e dono, que ficou ao meu serviço nos três dias que passei na ilha. Figura simpática, de pronúncia carregada e fechada, e com um teclado dental de fazer inveja a qualquer Steinway, o senhor Hermínio, assim se chamava o ho-

mem, cedo se revelou um infundável conversador e contador de histórias. À medida que a conversa se desenrolava, quase um monólogo da parte dele, fomos adaptando o nosso ouvir àquela dialecto difícil de perceber e entender às primeiras vezes – a gama é a pastilha elástica (vem do «*gum*» dos emigrantes da América), os alvaroses («*overall*», aquelas calças de jardineiro com peitilho), a flegue («*flag*», a bandeira com o açor que cada ilhéu tem hasteada no quintal da sua casa).

O senhor Hermínio não dava deixas... sempre que parava a conversa para dizer um «olá» a um conhecido e um de nós aproveitava a ocasião para perguntar alguma coisa – ah! esqueci-me



de dizer que era meu companheiro de viagem um simpático espanhol, residente em Portugal há muitos anos e possuidor de grandes laranjais na zona de Benavente – ele ouvia o que se lhe perguntava mas lá continuava no seu monólogo. E dizia que a sua ilha era a mais bonita, que as paisagens eram as de maior encanto, que o mar era o mais azul e o mais rico, que o algar do Carvão era o mais espectacular, e patati e patapá... até chegarmos ao hotel, no centro da cidade.

No outro dia foi o da visita à ilha «... e a cidade da Vitória e a bravura dos ilhé-

us, e a corrida de touros à corda... única em Portugal, e os Impérios do Espírito Santo, os mais bonitos, e as pastagens com as vacas que produzem o melhor leite de mundo, e o queijo flamengo melhor que o original, e a alcatra comida à hora do almoço nos Biscoitos sem comparação com qualquer outra...» enfim, o Hermínio demonstrou, da maneira mais exaltante, o que é ser um verdadeiro bairrista... o Pinto da Costa ao lado dele não passa de um amador!

No terceiro dia, a partida para outra ilha e o «nosso» Hermínio lá nos foi levar ao aeroporto. O trajecto de regresso foi mais um desfiar de uma laidinha de louvores à ilha e aos terceirenses, sempre melhores que os micalenses ou que os continentais.

Já dentro do aeroporto, com o *check in* feito e as malas despachadas para o Faial, o meu amigo espanhol resolveu pôr o nosso Hermínio à prova. Do bolso do casaco tira a carteira, dentro desta retira uma fotografia que mostrava um laranjal a perder de vista, com as árvores carregadas de laranjas grandes, de aspecto suculento, e mostra-a ao Hermínio ao mesmo tempo que lhe pergunta: e vocês têm cá laranjais e laranjas assim como estas? Durante 30 longos segundos a verborreia do Hermínio transformou-se num sepulcral silêncio acompanhado de um ar de espanto e surpresa mas, sem demoras de maior, com um sorriso de vitória a aflorar a face, um brilho estimulante no olhar e o teclado dos dentes a mostrar-se de novo, num rasgo de génio intelectual e de bairrismo, sai-se com esta frase lapidar: as nossas laranjas são mais doces!...

Interferão peguilado é mais eficaz que terapêuticas convencionais

Novos estudos demonstram que o interferão peguilado é mais eficaz que a lamivudina no tratamento de uma das mais complexas formas de Hepatite B. De acordo com resultados recentemente apresentados, a adição de lamivudina ao interferão peguilado não resulta numa eficácia adicional. O estudo envolveu 537 doentes, todos com HBeAg negativo/VHB e elevados níveis de ALT no sangue, uma enzima específica que serve de marcador para inflamações no fígado, foram tratados durante 48 semanas com injeções subcutâneas de 180 ¼g/semanal e placebo, lamivudina 100mg diárias ou uma combinação das duas terapêuticas. No final do período de observação, concluiu-se que 42,9% dos doentes tratados com interferão peguilado em monoterapia reduziram a Hepatite B viral no DNA para menos de 20.000 cópias/ml comparado com apenas 29,3 % entre aqueles que apenas foram tratados com lamivudina. 59,3% dos doentes tratados com interferão peguilado reduziram os níveis de ALT ao normal comparado com apenas 44,2% dos doentes tratados com lamivudina.

Antipsicóticos na Doença Bipolar



A problemática da Doença Bipolar e o seu tratamento foi o tema que reuniu médicos especialistas no dia 24 de Janeiro, no Convento do Beato. Este encontro, organizado pela Astra

Zeneca, foi presidido por Vaz Serra, Psiquiatra e Director da Unidade de Psiquiatria do Hospital Universitário de Coimbra, e contou com ainda com a presença de Pacheco Palha, Psiquiatra e Director do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João, Luísa Figueira, Psiquiatra e Directora do Serviço de Psiquiatria do Hospital Santa Maria e Jonathan Hellewell, de Trafford General Hospital, Manchester, entre outros. Com o objectivo de debater os aspectos clínicos da patologia e a necessidade da intervenção precoce do tratamento, esta iniciativa incidiu nos novos tratamentos da doença bipolar apresentando o antipsicótico atípico Quetiapina para o seu tratamento, o qual recebeu recentemente a aprovação por intermédio de MRP – Mutual Recognition Procedure, na União Europeia e da FDA – Food and Drug Administration, para o tratamento da doença bipolar na Europa e nos Estados Unidos, respectivamente. A Quetiapina disponibiliza aos doentes maníaco-depressivos o acesso a um tratamento tolerável, sendo eficaz no controlo dos sintomas da doença, o que permite uma estabilização a longo prazo dos níveis de hostilidade e de estabilidade do doente.

Doença Cardiovascular em Portugal



A Doença Cardiovascular em Portugal foi o tema do encontro promovido pela ratiopharm que teve lugar no dia 21 de Janeiro. Neste encontro, que contou, nomeadamente,

com a presença de Fernando Pádua, presidente do Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva e da Fundação Professor Fernando de Pádua, e de Jorge Portela, director-geral da empresa promotora, foram abordados temas como o papel do medicamento genérico na terapêutica cardiovascular e na melhoria da qualidade de vida do doente. Fernando de Pádua defendeu durante este encontro que a hipertensão arterial é maltratada pelos médicos, que, dado o elevado número de consultas diárias a que estão sujeitos, não têm muito tempo, e dão pouca formação ao doente ligeiro no que diz respeito a medidas não farmacológicas como alimentação, sal, tabaco, álcool, stress e exercício físico; pelos doentes, por recrearem os efeitos secundários dos medicamentos, por razões económicas ou por se julgarem curados; pelos governantes, por não apostarem a fundo na prevenção e no diagnóstico precoce, acossados que estão pelo público e pelos *media* sobre os problemas das urgências, cirurgias e emergências. Segundo uma análise ratiopharm baseada em informações da IMS, em 2003, o mercado de medicamentos genéricos portugueses vendeu 111 milhões de euros, correspondentes a 8 milhões de unidades. Num mercado farmacêutico total que registou vendas na ordem dos 1998 milhões de euros, os medicamentos genéricos conquistaram uma quota de 5.61% com um crescimento médio de 210.3%.

Combate à osteoporose



Decorreu, no âmbito do IV Congresso Português de Osteoporose e outras Doenças Ósseas Metabólicas, uma sessão plenária, presidida por Germano de

Sousa, bastonário da Ordem dos Médicos, sobre a importância do combate à progressão da osteoporose. Esta sessão contou ainda com a presença de Erik Eriksen, um especialista internacional na área da investigação dos formadores de osso. Na sua intervenção referiu o primeiro formador de osso a receber autorização de comercialização na Europa: a

teriparatida, já disponível nos Estados Unidos da América desde Dezembro de 2002. Num estudo clínico conduzido por Erik Eriksen, foram analisadas 49 biópsias de osso de doentes tratados com teriparatida durante 12 a 24 meses, tendo-se concluído que havia um aumento da massa óssea na ordem dos 15%, o que, segundo o investigador, «reduz o risco de fracturas nos doentes com osteoporose».

Linfoma Não-Hodgkin

A Comissão Europeia concedeu a autorização de comercialização para o fármaco de radioimunoterapia, Zevalin (ibritumomab tiuxetan). O ibritumomab tiuxetan tem indicação para o tratamento de doentes adultos com Linfoma Não-Hodgkin (LNH) folicular das células B CD20 positivas, refractário ou que recidivou após quimioterapia com rituximab. O LNH é uma doença maligna com origem no sistema linfático e é a quinta neoplasia mais frequente a seguir ao cancro da mama, próstata, pulmão e cólon. Através do acompanhamento a longo prazo dos doentes de três ensaios clínicos, concluiu-se que a terapêutica induz respostas completas duradouras em doentes com LNH das células B refractário ou em recidiva. A duração média da resposta completa atingiu dois anos, sendo que em alguns doentes as respostas mantiveram-se até 6 anos.

ADSE: alterações ao receituário

A partir do dia 1 de Março, o subsistema de saúde gerido pela Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE) adere ao sistema de preços de referência, prescrição por DCI e novo modelo de receita médica, passando a reger-se pelos regimes jurídicos consagrados no DL n.º 270/2002, de 2 de Dezembro, na Lei n.º 14/2000, de 8 de Agosto (redacção dada pelo DL n.º 271/2002 de 2 de Dezembro), e na Portaria n.º 1501/2002, de 12 de Dezembro. Assim: o receituário destinado aos beneficiários da ADSE apenas poderá ser efectuado no modelo normalizado de receita médica do SNS; cada receita apenas poderá conter até quatro medicamentos, no máximo de duas embalagens do mesmo medicamento, excepcionando-se as situações de embalagem unitária, em que poderão ser quatro medicamentos, no máximo de quatro embalagens do mesmo medicamento; passará igualmente a vigorar a receita renovável, com prazo de validade para efeitos de dispensa e comparticipação pela ADSE de 6 meses. Na receita é obrigatório preencher o campo relativo à entidade financeira responsável.

Entrega dos Prémios Pfizer 2003

Com o objectivo de fomentar a investigação no âmbito das doenças cardíacas e vasculares, a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (SCML) em colaboração com os Laboratórios Pfizer, promove desde 1956 a atribuição dos

Prémios Pfizer. Os trabalhos premiados em 2003 foram:

- 1.º Prémio de Investigação: "Decisões de destino e equilíbrio em células estaminais do sangue"
- 1ª. Menção Honrosa: "Um novo membro da família de proteínas cinases WNK associada com a hipertensão arterial"
- 2.ª Menção Honrosa: "Alterações moleculares do ventrículo esquerdo e suas repercussões funcionais na progressão para a insuficiência cardíaca: importância relativa da carga e da activação neuro-humoral"
- Bolsa de Investigação Pfizer 2003: "Perfil genético associado a risco de morte súbita em cardiomiopatia hipertrófica familiar".

Cancro da mama

Em Janeiro, políticos e médicos encontraram-se num simpósio sob os auspícios do Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, em Roma, para discutir as formas de aumentar o acesso a rastreio e tratamento do cancro da mama na Europa. Karin Jöns, Membro do Parlamento Europeu, explicou que o cancro da mama é uma grande prioridade do Parlamento, e incentivou os médicos a exigirem que, nos seus países, todas as mulheres tenham acesso aos melhores programas de rastreio.

Co-infectados HIV/HCV

Foram apresentados em Fevereiro os resultados do APRICOT (Aids Pegasys Ribavirin Internacional Co-Infection Trial) – um estudo multinacional, que avaliou a eficácia e a segurança da associação do interferão peguilado com a ribavirina em indivíduos co-infectados com HIV/HCV. Do estudo, que envolveu 868 doentes de 19 países, todos co-infectados com HIV-HCV, concluiu-se que 40 % dos doentes tratados com interferão peguilado e ribavirina obtiveram Resposta Viroológica Mantida enquanto só 20% dos tratados com interferão peguilado em monoterapia e 12% dos doentes tratados com interferão convencional + ribavirina a obtiveram; os doentes com infecção HCV genótipo 1 tratados com interferão peguilado e ribavirina registaram um aumento da RVM de quatro vezes quando comparados com o grupo do interferão convencional + ribavirina (29% vs 7%); 62% dos doentes com infecção HCV genótipos 2/3 tratados com a associação interferão peguilado e ribavirina obtiveram RVM comparativamente com os 20% do grupo tratado com interferão convencional + ribavirina.

Acção nacional de rastreio à osteoporose

No âmbito do Dia Internacional da Mulher, a Associação Portuguesa de Osteoporose, com o apoio da Merck Sharp & Dohme, promoveu uma acção nacional de rastreio da osteoporose e sensibilização relativamente a essa doença. No âmbito desta acção realizaram-se rastreios em diversos centros comerciais de todo o país.

AGENDA

XXV Congresso Português de Cardiologia

27 a 31 de Março

Local: Vilamoura

Contactos: 21 781 59 90/5

João Teixeira e Gorete Ribeiro - goretex@xpress.pt

Curso de Formação em Farmacovigilância

2 de Abril de 2004

Destinatários: profissionais de saúde a exercer actividade na Indústria Farmacêutica

Duração: 8 horas

Local: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Inscrição: 250€

Nº de inscrições: 30

Contactos: Unidade de Farmacovigilância do Norte

Tel.: 225 573 990/1 - Fax: 225 573 971

email: ufn@med.up.pt

Colóquios do Porto: Psicanálise e Cultura

23 e 24 de Abril de 2004

Local: Fundação Eng. António de Almeida - Porto

Contactos: Instituto de Psicanálise do Porto

Telef.: 22 606 75 11 - Fax.: 22 606 75 14

1.º Simpósio da Unidade de Neurofisiologia do Hospital de S. João

Monitorização Neurofisiológica nos Cuidados Intensivos e Bloco Operatório

15 de Maio de 2004

Local: Casa do Médico - Porto

Contactos: José Augusto Mendes Ribeiro

jamendesribeiro@hsjoao.min-saude.pt

Unidade de Neurofisiologia - Hospital de S. João

Al. Prof. Hernâni Monteiro, 4202-451

Telefone: 225 512 172

www.consultorio.info/simposio

7.º Curso Pós-Graduado de Imagiologia do H. S. F. X.

Até 18 de Junho de 2004

Inscrição por módulos

Local: Lisboa, Ordem dos Médicos

Contactos: Secretariado do 7.º Curso Pós-Graduado de Imagiologia do H. S. F. X.

Serviço de Imagiologia do H.S.F.X.

Estrada do Forte do Alto Duque - 1449-005 Lisboa



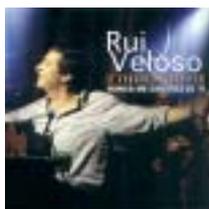
VÁRIOS

"Lady Sings the Blues"

Volume 2

Foi editado a 9 de Dezembro o segundo volume

deste disco tocado pela magia dos grandes clássicos na voz das grandes senhoras do jazz. Lady Sings the Blues 2 junta algumas das mais célebres artistas e canções. Por vezes com recorte *Soul*, outras de contornos *Jazz*, o certo é que, em todos os momentos, se encontra a influência dos *Blues*. Ella Fitzgerald, Dusty Springfield, Julie London, Peggy Lee, Aretha Franklin, Billie Holiday e Sarah Vaughan oferecem o seu estilo muito pessoal a cada canção. Ao lado das estrelas consagradas, surgem dois "novos" nomes que merecem a menção: Joss Stone que aos 16 anos já garante o seu lugar entre as Divas, e a incontornável Jacinta, voz portuguesa com o selo Blue Note. "Baby Please Come Home" é um daqueles rasgos de sedução aos quais é difícil resistir.



RUI VELOSO

O Concerto Acústico DVD

Depois do disco O Concerto Acústico, chegou no dia 5 de Dezembro

O Concerto Acústico DVD - o primeiro da carreira de Rui Veloso. Tal como acontece no disco, O Concerto Acústico em DVD apresenta alguns dos maiores êxitos que Rui Veloso (e Carlos Tê) escreveram ao longo desta carreira impar no panorama musical português. A todos esses juntam-se dois inéditos, dos quais se destaca "Nunca Me Esqueci de Ti". Além do concerto, este DVD brindanos com vários extras que tornam ainda mais rica esta estreia de Rui Veloso em DVD: o magnífico "Porto Sentido" - gravado ao vivo no Coliseu do Porto -, o tema "Primeiro Beijo" - aqui como vídeo com os Cabeças no Ar -, o *making of* do DVD, entrevistas a Rui Veloso e Carlos Tê, etc.



JOHN LENNON

Legend

No dia 8 de Dezembro completaram-se 23 anos desde que John Lennon viu a sua vida chegar ao fim

pelas mãos de Mark David Chapman. John Lennon foi um dos melhores e mais expressivos vocalistas que o *rock* alguma vez teve. Compositor inspirado, artesão de melodias e brutalmente honesto nas suas letras, sendo muitas delas uma confissão. Nunca se contentou em ser uma estrela *rock*. Envolveu-se em lutas políticas e em *talk-shows* televisivos para conseguir que a sua mensagem e as suas ideias chegassem mais longe. É possível revisitar toda a sua carreira no DVD Legend. Ao longo das 20 faixas que o compõem, pode-se saborear 15 novos vídeos e imagens nunca vistas de John Lennon e Yoko Ono. E ainda "Working Class Hero", "Slippin' & Slidin'" e "Imagine (live)", e ainda imagens nunca antes editadas e uma galeria com fotografias raras. Uma edição EMI Valentim de Carvalho.

BLUE

Guilty



Editado no dia 3 de Novembro, o novo disco dos Blue - Guilty - entrou directamente para o primeiro lugar do *top* de álbuns do Reino Unido. Destacamos a versão de "Signed, Sealed, Delivered I'm Yours", de Stevie Wonder, que conta com a colaboração do próprio artista e da diva da *soul* Angie Stone.



NORAH JONES

Feels Like Home

Dois anos depois de editar o multi-platina-

do e vencedor de oito Grammy álbum de estreia *Come Away With Me*, Norah Jones regressa com uma nova colecção de canções. *Feels Like Home*, já editado, conta mais uma vez com a parceria entre a cantora-compositora-pianista e Arif Mardin, com o engenheiro Jay Newland e com a banda que a acompanha em digressão. Apresenta-nos um conjunto de melodias escritas por ela, por membros do seu grupo e pelo cantor-autor Richard Julian. Norah Jones presenteia-nos também com algumas versões, como sendo "Be Here To Love Me" de Townes Van Zandt e "Melancholia" de Duke Ellington para a qual escreveu nova letra e da qual alterou o título para "Don't Miss You At All". Este novo trabalho conta com participações de Dolly Parton, Levon Helm e Grath Hudson de The Band, o baterista Brian Blade, o guitarrista Jesse Harris e Tony Scherr e ainda com o teclista Rob Burger. O seu primeiro disco, *Come Away With Me*, foi editado a 15 de Abril de 2002. Em Junho chegava a número 1 do Top Nacional de Vendas e em Agosto alcançava o disco de platina por mais de 40.000 unidades vendidas, sendo Portugal o primeiro país a entregá-lo a Norah Jones. *Feels Like Home* já chegou e Norah Jones também: em Abril, a cantora deverá iniciar uma digressão pela Europa.



Exposição

Esteve patente na galeria da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos uma exposição que incluiu obras do escultor Melício e da pintora Florentina Resende.

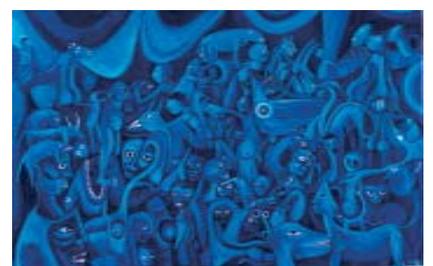
Actualmente decorre a mostra de trabalhos do pintor moçambicano Malangatana. Uma exposição a não perder que estará patente ao público até ao próximo dia 4 de Abril.



Florentina Resende



Melício



Malangatana