

O processo de Lagos

Três meses depois, o veredicto: culpa para o Director Clínico e para a anestesista do Hospital de Lagos. A notícia acabou por não surpreender ninguém. Os visados, postos sob suspeita logo no primeiro dia por responsáveis do Ministério da Saúde, viram os serviços da Tutela «confirmar» o diagnóstico.

O caso do Hospital de Lagos – que se junta a muitos outros – é emblemático do estado em que está a Justiça em Portugal. E num período em que todos – começando pelo mais alto magistrado da Nação – pedem uma profunda reflexão sobre a Justiça e sobre os direitos dos cidadãos, parece-me oportuna uma reflexão.

Morreram duas pessoas e há que apurar responsabilidades. As vítimas, as suas famílias e a garantia de eficácia e de confiança no sistema de saúde tornam elementar a necessidade de uma investigação séria para se apurar responsabilidades.

Mas, se em todos os processos, a presunção é de inocência, porque motivo devem ser os médicos sempre acusados ou colocados sob suspeita? Que alguma comunicação social sensacionalista o faça entende-se. Que a dor inerente à perda de um ente querido leve, por vezes, a afirmações menos correctas pode também compreender-se. Mas que serviços com responsabilidade deixem sair tantas informações para a opinião pública não se compreende. A menos que alguém queira culpar na praça pública, antes de ouvir e julgar nos locais próprios.

Uma vez mais, jornais e televisões continuam a ter acesso a relatórios e informações sobre inquéritos antes dos próprios visados ou da Ordem dos Médicos.

Depois de tudo o que se passou, alguém acredita que os dois médicos em causa, se forem ilibados pelos Tribunais, poderão ser ressarcidos pelos danos que já lhes causaram? É óbvio que não.

Por isso quero que os colegas entendam o apoio que a Ordem dos Médicos dispensou, e vai continuar a dispensar, a estes colegas. Ao contrário de outros, não condenamos antecipadamente, mas também não ilibamos. Queremos a verdade e vamos dar, sempre que necessário, a defesa a quem é acusado. Esse é um direito de todo o cidadão.

É essa a nossa forma de ver a Justiça. Justiça significa encontrar a verdade, doa a quem doer. Justiça significa a presunção de inocência. Justiça não é encontrar «culpados» para tapar falhas e esconder insuficiências. Defender quem é acusado não é corporativismo. Corporativismo é defender, proteger e encobrir os culpados. E isso não se faz na Ordem dos Médicos.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Germano de Sousa', written in a cursive style.

S U M Á R I O

3 EDITORIAL

6 INFORMAÇÃO

Inclui comunicados do Conselho Nacional Executivo e do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos.

12 ACTUALIDADE

OM passou a ser membro efectivo da IAMRA

14 Trauma: como melhorar a capacidade de resposta?

22 Qual o grau de satisfação dos médicos dos Centros de Saúde?

28 O apelo da eutanásia

33 Acabar com a violência

34 DISCIPLINA

Apresentação de processo disciplinar relativo ao relacionamento entre médicos e a necessidade de evitar situações que prejudicam o bem-estar destes profissionais, e que ocupam os Conselhos Disciplinares «com processos muito pouco proveitosos para a comunidade».

37 Factos da vida privada não constituem ilícito disciplinar

38 OPINIÃO

Que modelo para os hospitais: SA ou SPA?, por Manuel J. Antunes

40 Inquietações, por José Fernandes e Fernandes

48 CONTOS

A merenda pequena, por Raul de Amaral-Marques

50 NOTÍCIAS

51 LEGISLAÇÃO

Resumos da legislação publicada nas 1.^a e 2.^a séries do Diário da República em Abril de 2004.

53 CULTURA

Informação relativa a exposições de pintura e escultura a decorrer em vários locais e novos lançamentos de livros.

Ficha Técnica

REVISTA **Ordem dos Médicos**

Ano 20 - N.º 46 - Maio 2004

PROPRIEDADE:



Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda.
SEDE: Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa • Tel.: 218 427 100

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

Director:
J. Germano de Sousa

Directores-Adjuntos:
Miguel Leão
António Reis Marques
Pedro Nunes

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

Directora Executiva: Paula Fortunato

Dep. Editorial:
Paula Fortunato
Miguel Reis

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Dep. Financeiro:
Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:
CELOM

Capa de: Carlos Rodrigues

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

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



ORDEM DOS MÉDICOS
CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO

COMUNICADO

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos reunido em Lisboa no dia 18 de Maio de 2004, vem publicamente denunciar algumas iniciativas do Governo, que a serem consumadas, configuram verdadeiros atentados à racionalidade que deve presidir aos actos dos máximos responsáveis da gestão pública, bem como aos direitos dos cidadãos à protecção da saúde sem discriminação, assim:

O Conselho Nacional Executivo lamenta as intenções do Governo em persistir na ideia de estender o ensino da Medicina a instituições sem as mínimas condições para uma formação de qualidade.

Estão neste caso os pólos de ensino da Medicina dos Açores e da Madeira, bem como alguns projectos de instalação de novas Faculdades de Medicina. É conhecida a necessidade de aumentar a formação de médicos. Será suficiente o número de faculdades existentes, bastando o aumento do número de vagas em cada uma destas instituições, para se atingir tal desiderato. Nada justifica também que médicos dentistas passem a ocupar vagas nas Faculdades de Medicina, por não ser um critério justo, nem a preparação destes profissionais poder ser equiparada à formação dos médicos.

A Ordem dos Médicos repudia o projecto de Decreto Lei que pretende atribuir a podologistas, funções e capacidades próprias dos médicos, para as quais aqueles profissionais não possuem qualquer competência. O Conselho Nacional Executivo espera apenas, que o Ministro da Saúde retire este projecto da sua agenda política, honrando o compromisso verbal assumido com o Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos.

A Ordem dos Médicos tem a vindo a registar notícias preocupantes que dão conta de práticas assistências discriminatórias, de acordo com a entidade pagadora, em doentes que necessitam de cuidados nos hospitais SA.

Não se aceitam também decisões unilaterais de C.A. de hospitais que limitem o acesso de cidadãos aos cuidados de saúde, baseado em critérios meramente geográficos, deixando os doentes sem qualquer resposta às suas necessidades.

Há notória tentativa nestes hospitais de privilegiar tudo o que leve a uma diminuição de gastos, pondo muitas vezes em causa uma correcta e qualificada prestação de cuidados de saúde.

A Ordem dos Médicos continuará atenta a todos os problemas que dizem respeito à saúde dos portugueses e tudo fará para garantir o acesso sem discriminação e a melhor qualidade da prática médica.

Pel'O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos



Ordem dos Médicos
Secção Regional do Sul

COMUNICADO

Alertado pelo Semanário Expresso, o Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos teve acesso ao documento com origem numa suposta Unidade de Missão para os Hospitais SPA em que se preconizam algumas medidas tendentes à redução de custos nos serviços de Urgência.

Entre elas a utilização preferencial de médicos em horário de trabalho de 35 horas sem dedicação exclusiva para, aproveitando a continuada violação da Lei, pagar um menor preço por hora de trabalho. Tal medida que dá nota da ética e método dos seus autores é, no entanto do âmbito sindical, pelo que a Ordem, apesar de solicitada pelos Colegas não emite parecer.

É também do âmbito sindical a «ideia» veiculada pelo documento de usar internos em trabalho voluntário, seguramente nova semântica para designar escravatura (trabalho não remunerado) dos médicos em período de formação.

O que é do âmbito da Ordem e suscita este comunicado é a natural desarticulação dos já precários e sobrecarregados serviços de urgência que deve funcionar com equipas estáveis e motivadas, com consequências irremediáveis na saúde de inúmeros portugueses. A agitação que seguramente não deixará de existir consequência da tomada de medidas inflectidas e reveladoras do maior desprezo pelos profissionais é um risco desnecessário que preocupa o Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos.

Assim, de forma pública, solicita-se ao Senhor Ministro que ponha cobro, demarcando-se, de tão irracional acção.

Lisboa, 07 de Maio de 2004

Pel'O Conselho Regional do Sul
O Presidente
Dr. Pedro M. H. Nunes

Ao ritmo das Noites de Primavera

Começaram as Noites de Primavera na Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos e com elas a música e o ritmo voltam a encher o auditório. Oriana Ensemble e AtéJazz preencheram as primeiras noites, dia 15 e 21 de Maio, respectivamente.

Oriana Ensemble interpreta obras escritas especificamente para vozes femininas ou adaptadas para esta formação. O seu repertório abrange vários séculos de música, desde a idade média até aos nossos dias, e executa obras quer *a capella* quer com acompanhamento de órgão ou orquestra. No espectáculo que teve lugar na SRS da OM, Rui Pinheiro dirigiu as sopranos Carla Aires, Isabel Mendes, Mónica Santos, Andrea Lupi, Catarina Vaz e Maria Pedro Silveira (médica) e as contraltos Catarina Cavaco, Michelle Rolin e Patrícia Mendes na interpretação de obras como Hymn to the Virgin, de Giuseppe Verdi, e Regina Caeli de Johannes Brahms.

O projecto AtéJazz possui um repertório de Jazz de raízes eruditas com algumas incursões pela Bossa Nova. A composição deste grupo inclui médicos mas também membros com formações perfeitamente díspares mas com um gosto comum: a música. Inês Soares (médica, solista na Tuna Mé-

dica de Lisboa e *vocalista* dos Atéjazz), César Filipe Cordeiro (frequentou o Conservatório de Toronto onde concluiu o 8.º grau de violino), João Monteiro (licenciado em matemáticas aplicadas, frequenta o 7.º grau de guitarra clássica na Escola de Música Nossa Senhora do Cabo), Nelson Milagre (médico, toca contrabaixo na Tuna Médica de Lisboa), Tomás Baêna (licenciado em psicologia clínica, estudou em várias escolas de música e tem aulas particulares de bateria desde os 16 anos) e Diogo Leonardo (médico, frequentou a Escola de Música Nossa Senhora do Cabo, onde concluiu o 4º grau de guitarra clássica) interpretaram durante o espectáculo na SRS temas de Tom Jobim, Herbie Hancock, Elis Regina, Dave Brubeck, Dizzie Gillespie e Celso Machado, entre outros.

Para quem perdeu estes dois magníficos momentos, há ainda, dia 19 de Junho, pelas 22 horas, a possibilidade de assistir ao espectáculo dos Sweet Lovers.



OM passou a ser membro efectivo da IAMRA

A Ordem dos Médicos foi reconhecida a nível mundial como a entidade reguladora para a área do exercício técnico e da qualidade da medicina em Portugal, ao ser aceite como membro efectivo da *International Association of Medical Regulatory Authorities*. Numa primeira participação, no âmbito da 6.ª Conferência Internacional de Regulação Médica, muitas foram os temas debatidos com grande relevância para a prática médica.

A Ordem dos Médicos (OM) viu reconhecido internacionalmente o seu papel enquanto entidade que regula em Portugal a prática médica e que garante a qualidade do exercício dos profissionais médicos, tendo sido aceite como membro efectivo pela *International Association of Medical Regulatory Authorities* (IAMRA). A primeira participação oficial da Ordem dos Médicos nesta organização ocorreu no âmbito da 6.ª Conferência Internacional de Regulação Médica (*6th International Conference on Medical Regulation*), que teve lugar entre os dias 21 e 24 de Abril em Dublin, na Irlanda. A 6.ª Conferência Internacional de Regulação Médica contou com a presença de delegados em representação de mais de 100 países, os quais foram recebidos numa recepção formal dada pela Presidente da República da Irlanda, Mary McAleese, no Palácio presiden-

cial, que contou com a presença da Procuradora dos Doentes irlandesa e o embaixador australiano na Irlanda. Entre os participantes desta conferência encontrava-se também o Presidente da Ordem dos Médicos de Cabo Verde, a convite da Ordem dos Médicos portuguesa. «A Ordem dos Médicos considerou fundamental que os países africanos de expressão portuguesa que já têm Ordens constituídas também estivessem representados a nível internacional. Por isso, convidámos o dr. Luís Leite, o Presidente da Ordem dos Médicos de Cabo Verde, a estar presente, tendo este país sido também integrado na IAMRA como membro efectivo», explicou-nos Isabel Caixeiro, membro do Conselho Regional do Sul da O.M. e representante portuguesa nesta reunião da IAMRA.

Sobre a importância da entrada de Portugal para a IAMRA, Isabel Caixeiro salienta: «a Ordem dos Médicos já tinha uma representação a nível europeu muito significativa, mas o facto de sermos agora membros efectivos, com direito a voto, da IAMRA, uma associação mundial, implica a representação de Portugal a um nível internacional mais abrangente. Por outro lado,

esta adesão traz também um reconhecimento, que ultrapassa as fronteiras da Europa, da Ordem dos Médicos como a entidade reguladora nacional para a área do exercício técnico e da qualidade da medicina» - *vide* caixa. Um facto



de grande relevância especialmente se tivermos em conta que a Ordem dos Médicos portuguesa reúne competências na representação e defesa dos médicos e da medicina que noutros países estão dispersas por várias entidades. Os principais temas debatidos na 6.ª Conferência Internacional de Regulação Médica foram a mobilidade dos médicos (existindo neste momento no âmbito do IAMRA um grupo de trabalho sobre o desenvolvimento de um 'passaporte médico internacional' com vista a facilitar a migração de médicos e a incentivar a cooperação internacional) e a troca internacional de informação (nomeadamente no âmbito disciplinar, área em que se está a estudar a constituição de uma rede internacional que permita saber se um determinado médico já teve problemas de actuação ou incorrecções de prática no seu país de origem ou se está a cumprir algum tipo de pena disciplinar, como seja a proibição de exercer a profissão), trabalho de equipa e papéis interdisciplinares, formação e avaliação de desempenho, acreditação e garantias de competência, questões éticas e as novas abordagens terapêuticas.

A IAMRA nasceu formalmente em Setembro de 2000 (sendo que as reuniões deste grupo já ocorriam desde 1994, de dois em dois anos) e os países fundadores foram os EUA, o Canadá, a Austrália, a Nova Zelândia, o Reino Unido, a Irlanda e a África do Sul. Os objectivos desta organização são apoiar a nível mundial as entidades reguladoras da prática médica na protecção do interesse público através da promoção de elevados *standards* de formação pré e pós-graduada para os médicos, defesa da excelência da prática médica e da conduta ética dos profissionais, e da fomentação da troca de informação e conhecimentos entre essas mesmas entidades. A IAMRA visa igualmente promover e apoiar a investigação e a análise e desenvolvimento de novas abordagens ao registo de médicos.

Representação internacional da OM

Além de estar agora representada a nível mundial na IAMRA, a Ordem dos Médicos detém neste momento vice-presidências nos quatro organismos internacionais de maior relevância no âmbito europeu: Pedro Nunes, coordenador do Departamento de Relações Internacionais da Ordem dos Médicos e presidente do Conselho Regional do Sul (CRS) da OM, é vice-presidente do Comité Permanente dos Médicos Europeus (CPME), Ciro Costa, vogal do Conselho Regional do Centro da OM, detém a vice-presidência da União Europeia dos Médicos Especialistas, Isabel Caixeiro, do CRS, foi eleita para a vice-presidência da União Europeia dos Médicos de Clínica Geral (UEMO) - e para a vice-presidência do sub-comité de medicina preventiva e ambiente do CPME, e, mais recentemente, a delegação portuguesa, através de João de Deus, secretário do CRS, foi também eleito para a vice-presidência da Associação Europeia dos Médicos Hospitalares (AEMH).

Trauma: como melhorar a capacidade de resposta?

A Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos organizou nos dias 6 e 7 de Maio o encontro «Trauma um flagelo do século XXI». Médicos, profissionais de saúde não médicos e sociedade civil, nomeadamente a comunicação social, debateram durante estes dois dias a necessidade de criar um sistema integrado de trauma que responda de forma sistemática e otimizada a este flagelo. O momento da triagem, da referenciação, do transporte, acompanhamento e tratamento dos doentes traumatizados, bem como o momento da reabilitação, foram analisados ao pormenor, tendo-se concluído pela existência de muitas lacunas nos mais diversos níveis.

A sessão oficial de abertura do encontro «Trauma um flagelo do século XXI» contou com a presença de Germano de Sousa, Bastonário da O.M., Luís Filipe Pereira, Ministro da Saúde, Pedro Nunes, Presidente da S.R.S. da O.M., Luís Manuel Cunha Ribeiro, Presidente do INEM, Jorge Santos Bessa, Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia e H. Bicha Castelo, Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Germano de Sousa salientou na abertura deste encontro a importância que tem para os médicos poder colaborar com o país na resolução de um problema tão grave como é o trauma. Lembrando que os acidentes são uma das principais causas de morte no nosso país e a ameaça terrorista que paira sobre o Mundo, o Bastonário referiu

que é essencial ter capacidade de resposta para atender a estas situações. «Estamos especialmente preocupados com a forma de organização de todo o sistema de trauma, por isso em boa hora a Secção Regional do Sul resolveu levar a cabo esta reflexão conjunta com as pessoas que mais se defrontam com o problema do trauma».

Luís Filipe Pereira, Ministro da Saúde, referiu igualmente a oportunidade da escolha deste tema, especialmente se tivermos em conta que, como referiu, os acidentes são a principal causa de morte até aos 14 anos e que as suas consequências são muito graves quer para a vítima quer para a sociedade. Com especial relevo para a prevenção, o Ministro da Saúde falou do que se tem feito a nível institucional mas reconheceu que é necessário «privi-

legiar o adequado apetrechamento hospitalar e de recursos humanos, definir uma rede de referenciação para acidentados que inclua mecanismos de triagem contemplando traumatismos, ferimentos e lesões». «Ao Estado compete um conjunto de acções que tem que desenvolver, mas também é importante relembrar que a prevenção é algo que cabe a todos nós», concluiu referindo-se à necessidade dos médicos também estarem envolvidos nessa 'fase do tratamento'.

O papel dos médicos no trauma

Um sistema integrado de trauma é um sistema de saúde organizado e coordenado numa determinada área geográfica onde todos os doentes com trauma recebem um tratamento otimizado e padronizado, com gestos simples, desde o local onde sofreram o acidente até onde recebem o tratamento. Sendo sistemas que inequivocamente baixam os custos e melhoram o atendimento clínico para o trauma, é, contudo, impensável dotar todos os serviços de urgência de um sistema destes. Como explicou Salvador Massada, do Hospital S. João do Porto, que fez a introdução do módulo moderado por Pedro Moniz Pereira, «Qual deve ser o papel dos médicos no tratamento do trauma nos dias de hoje?», uma tal disseminação dos centros de trauma seria contra-



producente «pois temos muitos serviços de urgência a funcionar e isso iria diminuir a experiência e a especialização. Cada vez os acidentes são mais graves e, portanto, o tratamento mais complexo. É importante especializar para melhorar o tratamento». O essencial será criar uma rede de urgência, escolhendo alguns centros para os preparar no sentido de ter uma uniformidade de tratamento, com recursos técnicos e recursos humanos adequados. Um processo de triagem adequado e rapidez de encaminhamento, com um fluxo de doentes por gravidade, são também factores essenciais no tratamento dos politraumatizados. Para tal, como se pode inferir das palavras de Salvador Massada, é preciso ter protocolos muito bem definidos, nomeadamente no que diz respeito a responsabilidade e limites de actuação, envolvendo centros de saúde, bombeiros, INEM e centros de trauma em estreita colaboração. Já na fase de reabilitação, se houver uma resposta tardia, o esforço que foi feito acaba por se perder. Para que o sistema integrado funcione tem que afectar novos recursos financeiros e tem que haver organização administrativa, eventualmente através de uma comissão técnica central «que defina claramente quais são os objectivos que queremos atingir e que funcione apoiada por algumas comissões técnicas regionais».

A formação foi outro factor realçado por este interlocutor: «temos que dar formação a quem vai trabalhar nessa área, desde médicos, bombeiros, técnicos do INEM, e também a membros da sociedade civil, em áreas de risco, como sejam as siderurgias e os aeroportos, para estas pessoas terem conhecimentos mínimos de procedimento com o traumatizado».

Paulo Telles de Freitas, da Sociedade Portuguesa de Trauma, falou sobre os critérios mínimos de avaliação de politraumatizados. Por referência ao resumo de um trabalho apresentado na Assembleia da República em Fevereiro deste ano, este interlocutor apresentou algumas estatísticas internacionais



que suportam a ideia de que um sistema integrado de trauma seria um facto de poupança do erário público: é que por cada morte por acidente devem ser contabilizadas duas ou três pessoas com incapacidade permanente. Em 1999 os custos hospitalares avaliados pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde ascendiam a quase 10 milhões de contos. Das mortes que ocorrem, algumas são evitáveis e têm essencialmente uma de duas causas: não identificação do problema e não intervenção cirúrgica atempada. O papel determinante da prevenção foi realçado através do exemplo britânico: a rede inglesa de registo uniforme de trauma fez um estudo em 2002 e conclui que não é possível melhorar a taxa de mortalidade por trauma em Inglaterra nos últimos cinco anos. Isto significa que todo o sistema de trauma está a funcionar a favor do doente e que é preciso voltar à prevenção e evitar o acidente. Já não é possível melhorar mais o tratamento e encaminhamento dos doentes. Existem de facto poucos estudos mas sabemos, através de um estudo datado de 1996 do Hospital de Santa Maria, que se trata de um problema essencialmente do sexo masculino, que temos uma idade média de trauma igual a qualquer outro país da Europa, que a principal causa de acidente são os acidentes de viação e que a maioria dos acidentes acontece em circuito urbano. 45% dos doentes morre nas primeiras 6 horas, sendo que a passagem do tempo funciona contra a vítima, e

40% dos doentes que falecia no hospital provinha de outros hospitais (primeiras e segundas transferências). Daqui se conclui que uma parte significativa dos doentes não deveria ter morrido. De realçar, pela negativa, que a mortalidade, para índices de gravidade iguais, isto é, para uma mesma lesão, observada em Santa Maria era o dobro da observada num hospital inglês. Em Portugal a probabilidade de morrer é, portanto, o dobro.

Outro problema é a não existência de auditorias sistemáticas e o facto de não estarem elaborados critérios de transferência hospitalar («trabalho que tem que ser feito pelas autoridades da saúde»). Mais uma vez foi realçado que «além da organização hospitalar, tem que se fazer um esforço de prevenção pois, caso contrário, vamos continuar a ter uma mortalidade elevada». «Nós médicos não temos muita envolvimento na prevenção mas é um eixo fundamental. A maioria das causas de acidente são factores humanos é aqui que temos que actuar».

No final da sua intervenção, este orador deixou algumas propostas, nomeadamente: efectuar uma campanha a médio e longo prazo de prevenção e um plano integrado de segurança e assistência ao acidentado, efectuar uma folha de registo única, criar centros de referenciação e, a nível distrital, fazer uma integração das infraestruturas que já existem (para isso é necessário inventariar as infraestruturas hospitalares existentes, efectuar estudos de

fluxos de referência), melhorar a triagem mas também o encaminhamento para o local certo onde a equipa já deve estar à espera (o tempo de transporte é extremamente importante), monitorizar o sistema (o que é fácil desde que exista um registo nacional único e pormenorizado), efectuar auditorias sistemáticas para a qualidade e melhorar a fase da reabilitação onde temos grandes lacunas.

Francisco Oliveira Martins, do programa ATLS, Hospital dos Capuchos, falou sobre *standards* e recomendações no tratamento dos doentes politraumatizados e do papel dos médicos, no qual realçou que não se deve limitar à avaliação e tratamento dos doentes. Segundo este interveniente, os médicos também têm uma palavra a dizer na prevenção da doença traumática, na parte organizativa dos sistemas integrados de assistência ao doente traumático, no incentivo do funcionamento multidisciplinar e no incremento da comunicação. Se ao analisar a situação actual verifica que há «cuidados de excelência e cuidados menos bons», Francisco Oliveira Martins conclui pela necessidade de criar protocolos para uniformização dos cuidados e pela importância de avaliar a qualidade, e de eventualmente fazer correcções em relação à definição dos *standards* adequados «ao nosso universo». A credenciação, a formação e os *standards* mínimos e adequados em relação aos médicos que trabalham nos centros de trauma são duas áreas em que estes profissionais têm, através da Ordem dos Médicos, e dos colégios da especialidade e das sociedades científicas, um papel a desempenhar nestas áreas.

José Manuel Novo de Matos, do Hospital de São José, partiu da experiência da sala de emergência do hospital onde presta serviço, apresentando alguns dados estatísticos, para depois deixar propostas de reflexão sobre quantos centros de trauma devem ser criados e onde se devem localizar. O orador considera que, «pela dimensão e volume de acidentes, pelos recursos

humanos existentes e pelo número de hospitais diferenciados que temos», deveriam ser criados 'três mais um' centros de trauma que se localizariam em Porto, Coimbra e Lisboa, sendo o mais um uma unidade no Algarve (não tanto por razões técnico-científicas, mas mais por causa do crescimento e das características específicas da população algarvia). Os hospitais a escolher para esses centros devem ser, naturalmente, os que têm os recursos humanos adequados, meios técnicos suficientes e necessários para a abordagem dos politraumatizados e os que já tenham uma experiência formada na abordagem destas situações, além de que devem ter uma localização geográfica estratégica pois a questão do fácil acesso (e correspondente rapidez de transporte) é fundamental. Nos EUA, por exemplo, há centros de trauma junto das auto-estradas com maior sinistralidade. Em Portugal esta questão tem que ser muito bem equacionada pois para ter um centro junto do IP 5 seria necessário aí concentrar muitos outros recursos. «Dentro de Lisboa, eu diria que, com todas estas condições, há o Hospital de Santa Maria ou o Hospital São Francisco Xavier». Mas mais do que centros de trauma, este orador defende a criação de três regiões de trauma com centros de triagem e encaminhamento dos doentes. Se para José Novo de Matos a criação de uma especialidade em cirurgia do trauma não é um factor a ponderar, o mesmo já não se pode dizer da criação de uma competência em trauma, transversal às várias especialidades, que permita uma formação mais específica em trauma. Muito importante é ter recursos humanos específicos

para esta área, motivados e com forte espírito de grupo, equipas coesas, auditar e avaliar os progressos e o desempenho, promover a qualidade das instituições, e ter em linha de conta as assimetrias do país, concluiu.

Trauma, formação e educação

Moderado por Patrícia Rosado Pinto, da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, o módulo sobre formação pré e pós-graduada em trauma contou com a participação de Paulo Costa da Faculdade de Medicina de Lisboa (que falou sobre o ensino e a aprendizagem de gestos profissionais), Jorge Santos Bessa da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa (que falou sobre a introdução de programas de formação no currículo pré-graduado) e Carlos Mesquita da Faculdade de Medicina de Coimbra (que falou sobre o programa TEAM – planificação, desenvolvimento e resultados). Patrícia Rosado Pinto na sua intervenção final referiu o programa ATLS e os princípios pedagógicos que lhe estão subjacentes.

Se em termos teóricos os estudantes se consideram preparados para executar determinados gestos, quando se fala da prática as certezas já não são as mesmas. E quais são as vantagens de um 'laboratório de gestos'? A repetição de um determinado gesto e o ganhar de automatismo ao praticá-lo leva à perícia e à competência. É necessário saber a teoria com detalhe e ganhar capacidade de execução autónoma. A aprendizagem de desempenhos faz-se, assim, em três fases: de conhecimento teórico, de aquisição de padrões correctos de execução de comportamento e fase automática. O laboratório ao permitir que em tempo real o aluno execute o gesto em vez de apenas ver executar, permite avaliar a sua destreza psíquica e manual e quebra inibições, o que é fundamental na aprendizagem dos gestos. O simulador é o modelo ideal no trauma. É importante treinar os docentes para um modelo de ensino práti-





co, informal, intensivo, centrado no indivíduo e interativo.

Mas como é que se poderá incluir isto num currículo da pré-graduação? A resposta surge-nos ao analisarmos o TEAM – Trauma Evaluation And Management for medical students, um curso do American College of Surgeons (representado em Portugal pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia) saído do ATLS – Advanced Trauma life Support. Trata-se de um curso teórico-prático de actualização periódica que inclui conceitos de tratamento imediato do doente politraumatizado, isto é, a avaliação rápida e adequada da situação do doente, reanimação, estabilização e monitorização do doente em função das respectivas prioridades, a preparação do doente para a transferência hospitalar quando as suas necessidades excedem as competências existentes naquele hospital, etc. Após a frequência do curso TEAM o aluno do 5º ano de medicina estará apto a identificar a sequência correcta das prioridades utilizadas na avaliação do politraumatizado, a descrever as orientações e técnicas utilizadas na reanimação inicial, bem como nas fases de tratamento definitivo e a identificar o contributo prestado pela história e pelo mecanismo lesional na identificação das lesões e finalmente demonstrar e exercitar na prática algumas competências necessárias ao exercício da reanimação do doente. Praticar repetir sob orientação até à aquisição da destreza de execução autónoma em situações reais é o objectivo deste curso, o que inclui o treino mental com visualização dos procedimentos e dos gestos correctos.

O ATLS (suporte avançado de vida em trauma) é um programa da Sociedade Portuguesa de Cirurgia que se traduz num curso intensivo de três dias para 16 médicos. Existe em Lisboa, Coimbra, Viseu, Aveiro, Porto, Braga e Évora. Também existem cursos semelhantes ao ATLS mas especificamente para cirurgiões para abordagem no contexto do trauma. O TEAM é uma versão reduzida do ATLS para estudantes em que as estações práticas são exclusi-

vamente treino de técnicas. O interesse do ATLS e do TEAM, segundo se conclui das apresentações que tiveram lugar neste Encontro, prende-se com a sistematização, algo fundamental para uma optimização do desempenho, muito mais do que com qualquer grande inovação. O ATLS está em Portugal há cerca de cinco anos e neste momento mais de 800 profissionais fizeram esse curso. As fases por que passa quem faz estes cursos são: ver fazer, fazer com apoio, e alcançar autonomia no que se faz.

Trauma e sociedade

Cláudia Borges, jornalista da SIC e moderadora do módulo referente ao papel da sociedade no problema do trauma, fez uma apresentação baseada na experiência de um país que tem um sistema integrado de trauma: Israel. Curiosamente, como referiu, em Israel a principal causa de mortalidade são os acidentes de viação. Em face de uma situação catastrófica, com taxas de mortalidade muito elevadas, Israel repensou o seu sistema tradicional com vista a poupar minutos que são preciosos para a vida. Todos os pormenores foram estudados, como explicou a jornalista, desde a acessibilidade dos medicamentos na sala de urgência, à posição em que se deve encontrar cada elemento da equipa clínica. As mortes na estrada são precisamente o ponto de contacto entre Israel e Portugal, e também aqui é importante pensar e criar um sistema integrado de trauma, para o qual «há muitos elementos e instituições da sociedade civil que devem ser chamados a esse processo», para que realmente se pôr um ponto final neste estado de coisas catastrófico. Pedro Moniz Pereira fez uma breve resenha histórica sobre a evolução do trauma situando, do ponto de vista nacional, o momento mais marcante como sendo as guerras coloniais que tiveram grande influência na forma de tratar o trauma. Nas campanhas africanas, que definiu como sendo «a escola da guerra», foram implementados os princí-

pios de tratamento dos politraumatizados. Como explicou, foram precisamente os textos escritos pelos médicos que estiveram na guerra que permitiram uma evolução na abordagem do trauma. No problema do trauma, realçou quer factores extra-médicos, quer factores médicos, com especial referência para a rapidez de evacuação e a melhoria dos cuidados hospitalares.

Maria João Ruela, jornalista da SIC, relatou aos presentes a experiência que viveu no Iraque, após ser alvejada, salientando a importância, em termos psicológicos, de ser assistida por profissionais médicos aos quais reconhecia competência e destreza: «os cirurgiões militares foram muito profissionais e simpáticos e o facto de me explicarem tudo o que me estavam a fazer deu-me uma confiança e um conforto muito grandes que me permitiram enfrentar aquele momento». De referir ainda que esta jornalista se sentiu envolvida no seu próprio tratamento, pois foi-lhe dado um doseador de analgésicos, o que considerou igualmente positivo.

Manuel João Ramos, da Associação Cidadãos Auto-mobilizados, numa abordagem antropológica, definiu a organização de um sistema de trauma como uma forma de «ritualizar e prevenir um acontecimento futuro». Mas esta abordagem não se remete apenas para a aprendizagem de gestos profissionais, pois também se pode aplicar à prevenção: «os rituais são um aspecto importante na tomada de consciência do risco e para que as pessoas construam mentalmente uma forma de lidar com o problema», e referindo-se especificamente à sinistralidade nas estradas acrescentou: «a noção de perigo das consequências possíveis que o perigo na estrada pode trazer, não está muito presente nas pessoas». Confrontado na sua vida pessoal com o drama de perder uma filha num acidente de viação, Manuel João Ramos percebeu nesse momento dramático que havia grandes lacunas na assistência a politraumatizados. A associação de que faz parte surgiu «como um grito de re-

volta» e tem como principal função alertar para a prevenção. E como «é preciso saber que as palavras fazem coisas», este interveniente salientou a importância do encontro «Trauma um flagelo do século XXI» e de tudo o que se debateu nestes dois dias.

Margarida Martins, da associação Abraço, referiu exemplos do trabalho desenvolvido pela associação que representa, aproveitando para salientar a necessidade de efectuar campanhas de prevenção e criar redes de apoio, tanto para a SIDA como para o trauma, e, acima de tudo, não quis deixar de acentuar a importância de tratar todas as pessoas com dignidade.

Viviane Tavares, da APOROS, começou por referir o peso do trauma resultante do pequeno acidente doméstico, nomeadamente do ponto de vista dos doentes com osteoporose, para depois introduzir a questão do papel da publicidade para se atingir os objectivos pretendidos: através dos exemplos fornecidos pelas campanhas de prevenção da APOROS foi possível aferir o impacto de uma boa publicidade, quer se trate da venda de um produto, quer se trate da venda de uma ideia. Os passos são simples e resumem-se a apresentar um conceito, atrair uma resposta, oferecer algo que seja visto como uma mais valia e desencadear uma acção. Mais do que consciencialização é importante criar atitudes mais activas. Mas se o processo é aparentemente fácil, o mesmo não se pode dizer do seu desenvolvimento: manter a isenção, a independência e a credibilidade é fundamental.

Terminadas as intervenções deste módulo foi apresentado o projecto da Liga Portuguesa Contra o Trauma, ao qual todos os presentes quiseram aderir.

Papel dos não-médicos no trauma

Na fase final deste encontro, que foi moderada por António Marques do Hospital de Santo António, reflectiu-se sobre o papel dos não-médicos no trauma, numa abordagem que passou pela análise do programa 'Choque para a



Vida' – apresentado por Daniel Ferreira cardiologista responsável pela UCIC do Hospital Fernando da Fonseca – e do programa PHTLS (versão do programa ATLS que se destina ao complemento da formação de todos os intervenientes do socorro pré-hospitalar), aqui apresentado pelo enfermeiro Armando Almeida, coordenador do Pré Hospital Life Support em Portugal. Uma



palavra de destaque também para o debate sobre os técnicos de emergência médica e o seu desempenho no contexto do trauma e para o papel dos médicos no acompanhamento dos não médicos no socorro, debate que teve a participação de Humberto Machado, do Hospital Geral de Santo António, Romero Bandeira, que apresentou o ponto de vista dos bombeiros, e João



Paulo Almeida e Sousa dos Hospitais da Universidade de Coimbra e coordenador da Comissão da Nacional da Competência de Emergência Médica da Ordem dos Médicos.

Durante este módulo foram apresentados exemplos organizativos em que o papel dos não médicos no socorro é fundamental. Foram realçados aspectos essenciais para o socorro como o rápido reconhecimento da situação de emergência, o rápido suporte básico de vida, a rápida desfibrilhação e um rápido transporte do doente. Apesar da questão temporal ser apresentada como fundamental parece consensual que um desfibrilhador automático externo deve estar acessível em locais públicos mas que não deve estar acessível ao público (especialmente se tivermos em conta que a maior parte da nossa população nem sequer sabe fazer suporte básico de vida, algo que, como foi aqui referido, deveria fazer parte do ensino escolar). Conforme foi referido, a utilização de desfibrilhação automática externa sem garantia de controlo de qualidade é perigosa, desaconselhável e susceptível de contestação médico-legal e pode desacreditar um avanço técnico que é susceptível de salvar vidas. Em face de estatísticas que apontam que em 97% das vezes o primeiro socorro é prestado pelos bombeiros e que em 49% dos casos não há viatura médica disponível, naturalmente que não se discute a intervenção de não

médicos neste processo. Mas os não médicos só poderão utilizar desfibrilhadores automáticos externos se estiverem inseridos num sistema organizativo legalmente reconhecido e autorizado e com controlo médico qualificado. Nesse sistema organizado é essencial a existência de registos pormenorizados desde o primeiro momento do socorro, comunicação entre os vários intervenientes e controlo de qualidade.

Outra conclusão que se pode retirar deste módulo é que o sistema de socorro deve basear-se sempre num médico e que na adaptação de modelos de sistema de trauma se devem ter em conta as características do nosso país: os factores culturais e de tradição (nomeadamente no que se refere à aceitação das hierarquias técnico-científicas), o factor geográfico (dimensão do país, dispersão geográfica da população, etc.), os recursos humanos e os meios técnicos disponíveis, etc.. Também devemos ter em conta os factores económicos, com avaliação real dos custos e benefícios, mas não efectuando uma mera avaliação economicista. Os intervenientes concordaram ainda que a formação dos não médicos deve ser da responsabilidade e supervisão de médicos e que a Ordem dos Médicos deve ser ouvida em relação aos programas de formação e auditar essa formação. Reconheceu-se a importância de valorizar e melhorar a actuação dos bombeiros que têm um



papel fundamental como complemento da rede do INEM. Assim, «os não médicos podem ter um papel importante no socorro desde que enquadrados em organização que responda habitualmente à emergência; deve haver acompanhamento da actividade dos não médicos por médicos (um acompanhamento que deve incluir formação, existência de um médico responsável das unidades da prestação de socorro com competência em emergência médica, verificação das competências técnicas e controlo de qualidade daquilo que se faz, etc.). Em poucas palavras, podemos resumir as conclusões deste módulo por uma necessidade de qualificar a resposta à emergência.



«Dois dias de um trabalho muito positivo»

No final deste encontro, a comissão organizadora composta por Pedro Moniz Pereira e João de Deus, secretário do Conselho Regional do Sul (C.R.S.) da O.M. e Manuela Santos, Tesoureira do C.R.S. da O.M., não hesitou em considerar que estes foram «dois dias de um trabalho muito positivo» e que irão, com certeza, contribuir para a definição do futuro sistema de trauma, especialmente no que se refere à forma de organização e coordenação de recursos técnicos e humanos, algo em que, como nos referiu Pedro Moniz Pereira, «médicos, técnicos não médicos e sociedade civil têm um importante papel a desempenhar». João de Deus referiu à Revista da Ordem dos Médicos que a criação da Liga Contra o Trauma é «um passo importante no sentido de chamar à atenção das pessoas para a importância deste flagelo», mas também do Governo: «é im-

portante que o Governo saiba que se temos técnicos suficientemente dotados e que nos hospitais existem meios técnicos capazes de dar uma boa resposta ao problema do trauma desde que sejam bem organizados». Colocada a questão se seria necessária uma grande catástrofe para que se organizasse um sistema integrado de trauma, João de Deus não hesita: «Não precisamos de nenhum desastre maior do que o que acontece todos os dias nas nossas estradas para despertar para essas questões. Se temos pessoas competentes para actuar não se justifica que não o façamos da melhor maneira. É dramático saber que em Portugal, para um mesmo traumatismo, a probabilidade de morrer é duas vezes superior à de outros países. Só é necessário que a organização dos cuidados esteja bem feita para que possamos responder muito melhor ao trauma».

Qual o grau de satisfação dos médicos dos Centros de Saúde?

Teve lugar no dia 10 de Maio de 2004 a apresentação do Relatório da Comissão de Avaliação das Condições Técnicas para o Exercício da Actividade dos Médicos dos Centros de Saúde da ARSLVT, resultado de uma iniciativa levada a cabo pelo Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, que dimana de um estudo efectuado ao longo de três anos, incidindo sobre 24 Centros de Saúde e 149 Extensões dos Distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal e que avalia as condições em que são prestados os Cuidados de Saúde à população bem como o grau de satisfação dos médicos que aí exercem a sua actividade.



Na apresentação do Relatório da Comissão de Avaliação das Condições Técnicas para o Exercício da Actividade dos Médicos dos Centros de Saúde da ARSLVT estiveram Germano de Sousa, bastonário da OM, Pedro Nunes, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, Ana Borja Santos, presidente do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), Luís Pisco, presidente da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG), e Maria José Colaço e André Biscaia, membros da equipa que encetou este estudo e que

foi coordenada por José Luís Gomes Vice-Presidente do Conselho Regional do Sul, também presente nesta conferência.

Depois de Germano de Sousa ter realçado a importância deste estudo e dos contributos que dele se podem extrair, Pedro Nunes explicou que esta iniciativa da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos teve, desde o início, o apoio da APMCG e da ARSLVT, e que se enquadra numa visão de «uma Ordem dos Médicos tecnicamente apoiada, em que se pretende mobilizar os médicos para reflectir sobre as condições em que prestam os cuidados de saúde aos portugueses, corrigindo eventuais erros que existam por parte destes profissionais, mas também ajudando a Administração a corrigir os erros organizacionais que são de extrema importância e que muitas vezes são o problema central da prestação de cuidados de saúde no nosso país», não deixando de salientar que quando, em oposição a esta colaboração, se tenta utilizar os médicos como «meros bodes expiatórios das insuficiências dos sistemas e se procura encontrar nestes profissionais as culpas para o que eventualmente não está bem», isso provoca necessariamente a «deterioração das boas relações entre a Ordem e a Tutela, nomeadamente com o Ministério», e que quando isso acontece «o prejuízo maior começa por ser dos doentes e em segundo lugar o prejuízo será obviamente das administrações que deixam de contar com esta potencialidade de conhecimento técnico e empenhamento dos médicos».

Ana Borja Santos considerou o relatório apresentado como



«uma excelente base de trabalho para todos, nomeadamente para a aplicação da nova lei dos cuidados primários», acrescentando que «há um caminho a percorrer» mas que se está a fazer um esforço de financiamento para melhorar os Centros de Saúde (CS), citando como exemplo o projecto existente para a informatização dos mesmos. Mas «nada será exequível se não tivermos profissionais suficientes, habilitados e motivados», concluiu. E é precisamente neste ponto que surgem os problemas como se pode concluir pela análise do relatório apresentado e pelas intervenções de Maria José Colaço e André Biscaia que referiram os principais pontos desta avaliação. Se não vejamos: os Médicos de Família têm em média 48 anos de idade, com apenas 2,8% a apresentar menos de 40 anos, sendo certo que este será um problema de enormes dimensões dentro de poucos anos; nos 24 Centros de Saúde visitados (seleccionados aleatoriamente de entre um total de 87), existem 108.109 utentes inscritos sem Médico de Família atribuído (13% do total de inscritos) e a maioria dos Médicos de Família tem já uma lista a seu cargo superior a 1.500 utentes, sendo a média das listas de 1.671 utentes e, nalguns casos, ascendendo a 2.205 utentes. Os Médicos de Família realizam em média 20 consultas por dia, tendo sido encontrados gabinetes partilhados por três médicos e em 25% das unidades o gabinete era ocupado por dois médicos durante o dia de trabalho. Foi ainda detectado que há falta de acessibilidades para utentes com mobilidade diminuída (como os deficientes motores e idosos) e que existem em cerca de 30% dos CS barreiras arquitectónicas que dificultam ou impossibilitam o acesso aos mesmos. 32% das unidades visitadas possuía



estruturas degradadas e 60% dos edifícios onde estão hoje situados os CS foram construídos para outros fins (habitação, por ex.). No que diz respeito ao equipamento técnico existente, a maioria dos gabinetes de consulta possui equipamento mínimo mas frequentemente inadequado e em mau estado de conservação, criando situações comprometedoras da dignidade do exercício da medicina e da prestação de

cuidados de saúde à população. As salas de tratamento, na sua maioria, funcionam em espaços exíguos, sem o equipamento necessário e sem separação efectiva entre zonas limpas e zonas contaminadas (por exemplo, foram detectados CS em que a vacinação dos recém nascidos é efectuada em áreas eventualmente contaminadas, como salas de tratamentos) e faltam contentores de lixo contaminado em grande número de gabinetes médicos. Metade dos CS não possui nenhum computador para apoio ou utilização pelos médicos e em nenhum existe um sistema informatizado para a área clínica. Nenhuma das unidades visitadas possui todo o equipamento básico de urgência.

Por tudo isto, quando passamos a analisar a satisfação profissional (factor que tem efeitos sobre a qualidade assistencial, o «clima laboral», o moral da classe profissional, a produtividade e a taxa de absentismo) verificamos que o nível de satisfação profissional dos Médicos de Família está no ponto neutro (nem satisfeitos, nem insatisfeitos). No entanto, devemos ter em conta que este resultado neutro engloba respostas positivas no que se refere a interesse pelo e do trabalho e adequação para o trabalho, o que contrabalança as respostas muito menos satisfatórias no que se refere aos factores relacionados com as condi-

Aspectos positivos a salientar

Esta comissão de avaliação encontrou, naturalmente, aspectos positivos que merecem ser salientados. Assim: a totalidade das unidades possui um sistema organizado de marcação de consultas programadas e um sistema de atendimento a situações urgentes; a maioria dos CS presta cuidados globais, integrados e continuados a famílias e indivíduos de todas as idades. Em mais de 80% dos casos existe prestação efectiva de cuidados nas áreas de saúde infantil (86%), saúde materna (84%) e planeamento familiar (81%). Praticamente a globalidade das unidades presta cuidados continuados (98%) e assegura a visita domiciliária (95%).



ções proporcionadas para o exercício profissional, a recompensa pelo trabalho efectuado e, principalmente, a pressão e exigência no trabalho. Somos assim levados a concluir que os factores de motivação internos do médico mantêm-se (os médicos continuam a gostar da sua profissão, a relacionar-se bem com os colegas e continuam empenhados e interessados e só uma baixa percentagem – menos de 9% - afirma que não voltaria a optar pela carreira médica), mas que tudo o que diz respeito a motivações externas (boas condições de trabalho, vencimentos adequados, incentivos, reconhecimento do trabalho efectuado, etc.) recebe dos médicos uma avaliação negativa que prejudica necessariamente o seu desempenho e que leva 33,1% a responder que não voltariam a escolher o Centro de Saúde como local de trabalho principal. As condições de exercício de actividade que implicam maior insatisfação profissional são: ter de partilhar o gabinete de consulta com outro médico, a existência de um baixo rácio de enfermeiros por Médico de Família, o elevado número de utentes atribuído a cada médico, o elevado número de utentes sem médico e a má organização dos espaços nas instalações dos CS.

Se as expectativas iniciais em relação à carreira eram boas ou muito boas em 87,9% dos inquiridos, actualmente a desilusão é um ponto marcante: 55,1% dos médicos classificam as suas expectativas em relação à carreira como más ou muito más. Esta queda vertiginosa das expectativas é especialmente acentuada nos profissionais com mais de 10 anos de actividade profissional, o que parece indicar que quanto maior é a permanência na carreira, piores são as expectativas quanto a esta. Neste quadro factual, e voltando um pouco atrás, como é que



e, simultaneamente, a satisfação profissional dos Médicos de Família que aí trabalham, salientou na sua intervenção a colaboração da ARSLVT e não quis deixar também de dirigir uma palavra de agradecimento e apreço àquele que considerou como um dos precursores deste estudo, «o Dr. Carlos Mendes Leal, que era o presidente do Colégio de Medicina Geral e Familiar, que deu um importante contributo para este trabalho e que infelizmente faleceu o ano passado». Sobre alguns dos problemas apresentados, explicou à Revista da Ordem dos Médicos a sua posição: «daquilo que conheço dos Centros de Saúde da Secção Regional do Sul é muito difícil resolver estas ques-

tões com base em boas vontades. Não sei sequer se a ARSLVT poderá resolvê-los pois penso que o que está aqui em causa são questões de certa forma políticas: do meu ponto de vista há extensões que não têm razão de existir. Por exemplo, uma extensão que tem 42 doentes e em que o médico vai lá de 15 em 15 dias não faz sentido existir. Tem que haver vontade política para resolver essa questão e fechar a extensão». Questionado se só assim se poderá melhorar as condições das restantes extensões, José Luís Gomes considerou que essa seria a pedra de toque para resolver vários problemas... «É precisamente isso: é preciso racionalizar o número de extensões. Não é admissível que certos CS como por exemplo o CS de Abrantes e o de Santarém tenham mais extensões do que médicos de família. Assim é claro que não é possível funcionar bem e ter capacidade de resposta. Nesta avaliação, vi inclusivamente extensões já construídas mas à espera que o CS consiga lá colocar um médico. Se,

é possível ter um número de profissionais suficiente e fazer com que estejam motivados?



«Em alguns CS não há condições para o médico trabalhar»

José Luís Gomes, coordenador do grupo de trabalho que desenvolveu este que é o primeiro grande estudo feito em Portugal que analisa as condições técnicas para o exercício da Medicina Geral e Familiar nos Centros de Saúde



por um lado, há falta de médicos de família, por outro, há decididamente extensões que não se justificam. Terá tudo que passar por uma melhor organização e pela não ceder à solução populista de se criar extensões sem que existam médicos para as mesmas». No que se refere à falta de condições técnicas e logísticas de alguns CS, salientou as consequências desse estado de coisas no binómio médico-doente: «em alguns CS não há condições para o médico trabalhar, nem para os doentes serem assistidos com dignidade». José Luís Gomes referiu que existem extensões muito boas mas que outras «são uma verdadeira catástrofe» e acrescentou: «não percebo como é que os meus colegas podem trabalhar nessas condições». Reproduzimos aqui algumas fotografias que são exemplos da deterioração e falta de condições de alguns CS e da excelência de condições de outros.



Algumas extensões poderão fechar

Na sequência da apresentação deste estudo e de alguns dados referidos – nomeadamente que os de CS de Santarém, Abrantes e Torres Vedras possuem, respectivamente, 24, 21 e 20 extensões, o que «coloca problemas de gestão difíceis de ultrapassar» e que inúmeras extensões de CS servem um número reduzido de utentes e aos quais o médico se desloca uma ou duas vezes por mês – a presidente da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo admitiu a alguns meios de comunicação que algumas extensões poderão vir a ser encerradas. Ana Borja Santos reconheceu que «há extensões sem o mínimo de condições para funcionar».

O apelo da eutanásia

O Ciclo de Conversas de Bioética da Faculdade de Ciências Médicas teve em Maio como interlocutor principal o padre Feytor Pinto, presidente da Comissão de Ética do Hospital de Alcoitão. «O apelo da eutanásia» foi o tema sobre o qual Feytor Pinto conversou com uma assistência, maioritariamente, constituída por estudantes de medicina.

Os organizadores deste ciclo de conversas, a Associação de Estudantes e o Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico ambos da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, neste evento representados por Esperança Pina, director do Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico, e Alexandre Santos, da associação, agradecerem a presença de Feytor Pinto, a quem definiram como um humanista e alguém que já teve contacto directo com pessoas para quem o apelo da eutanásia foi, a dado momento das suas vidas, uma realidade.

Numa intervenção que prendeu a atenção da assistência, não apenas pela actualidade do tema mas também pelo interesse da exposição e pela facilidade de comunicação deste orador, Feytor Pinto pôs o acento tónico da sua apresentação na necessidade de dar qualidade e dignidade a todas as fases da vida, nomeadamente, ao momento da morte. Salientando que «numa fase terminal da vida as pessoas podem ter qualidade» e que «vale sempre a pena uma vida à qual nós dêmos qualidade», alertou para a necessidade de «redescobrir a dimensão do próprio sofrimento», isto é, de perceber alguns factores positivos que estão subjacentes até à dor («a dor permite o despiste de doenças»). Quando se fala em eutanásia associada a questões económicas, Feytor Pinto não hesita em afirmar que isso corresponde a uma visão deturpada da dignidade do ser humano, algo que, para o presidente da Comissão de Éti-

ca do Hospital de Alcoitão, deve estar em primeiro lugar. Em seu entendimento o papel dos médicos nas situações de proximidade da morte reconduz-se a uma expressão simples: «a sua função é sempre o serviço à vida». Foi neste contexto que o padre Feytor Pinto introduziu nesta conversa uma reflexão sobre aqueles que define como «os grandes princípios éticos que quer estejamos a falar do problema da eutanásia quer de outros, devemos ter sempre em atenção»: «O primeiro princípio é que a vida é

Uma certa obstinação terapêutica é tão negativa como a própria eutanásia.

inviolável, inalienável e indisponível». O segundo princípio enunciado foi que «há cultura da morte que hoje é tão constante devemos sempre contrapor a cultura da vida», pois a defesa da vida humana é, naturalmente, um valor essencial e os exemplos de desrespeito radical pela vida humana são constantes, todos os dias, um pouco por todo o mundo. No mesmo sentido, refere outro princípio: «considero também fundamental que a vida humana de um ser humano não possa nunca ser usada para tratar outros seres humanos com compromisso da própria vida». Outro princípio ético que referiu foi

que «a vida é sempre um dom», mas não sem explicar que não se referia necessariamente a questões religiosas: «ninguém tem a vida por si próprio: pode ser um dom de Deus, dos pais ou da natureza, conforme se quiser entender». Outro princípio muito importante, nomeadamente no contexto desta conversa, isto é quando falamos de eutanásia, é «evitar o excesso terapêutico». «Posso salvar a vida por isso mantenho os cuidados, mantendo uma vida que não é vida?» «A pessoa tem o direito a adormecer...», foi a resposta apresentada por Feytor Pinto a este dilema do prolongamento da vida. «Acreditem que uma certa obstinação terapêutica é tão negativa como a própria eutanásia». No que se refere aos princípios, o interlocutor deixou um alerta: «na nossa maneira de reflectir, por vezes, somos levados a atenuar com razões várias aquilo que são princípios indiscutíveis e que temos o dever de assumir sem reservas».

Sobre a morte, campo em que necessariamente nos movemos quando falamos de eutanásia, tem havido uma evolução histórica curiosa: «no século XVIII colocava-se muito a questão da morte do 'tu', no século XIX colocava-se a questão da morte do 'eu', no século XX coloca-se sobretudo em questão a morte enquanto morte... No mundo de hoje, a morte tornou-se o último tabu. No universo do agnosticismo chegamos ao ponto de desprezar tanto a morte que até a menosprezamos. A morte é proporcional ao sentido que eu possa dar à vida: se ti-

ver encontrado um sentido para a vida, encontro um sentido para a morte», concluiu. Considerando a morte como sendo «o último estadió da vida» - infância, adolescência, idade adulta, velhice, morte – Feytor Pinto defendeu que, para que um médico faça um capaz acompanhamento de um doente em fase terminal, terá sempre primeiro que «fazer uma análise concreta do momento da sua própria morte». «Cada um de nós tem que ter a coragem de, de vez em quando, parar e conseguir imaginar a sua própria morte e não ter medo de pensar nisso». Se uma pessoa em fase terminal está a fazer uma síntese da sua vida, «está a atingir o estadió da plenitude», como poderá alguém ser capaz de a acompanhar se não se tiver preparado para isso? «É extremamente importante sabermos que um dia teremos que viver essa síntese da vida», realçou. Mas será a eutanásia uma 'invenção' moderna? Não, conforme referiu o orador, já na tradição portuguesa se praticava eutanásia, sem, obviamente, lhe atribuir esse nome: Miguel Torga, e este é apenas um dos vários exemplos existentes na nossa história e até na nossa tradição oral, refere em Novos Contos da Montanha a figura do 'abafador' ou o 'pai da morte' que nas aldeias abreviava a vida do moribundo. O 'abafador' ficava a sós com o moribundo e, com uma almofada, abafava a vida dessa pessoa.

Eutanásia social

Considerando que «vivemos um momento de des-socialização da morte», Feytor Pinto explica esta circunstância através do medo da morte: «De repente as pessoas começaram a assustar-se tanto com a questão da morte que, ou a precipitavam, ou a adiavam indeterminadamente ou, simplesmente, deixavam de falar dela». A ausência da morte da nossa linguagem comum exacerbou-se de tal forma que, a dado momento, «a morte física é precedida pela morte social e a pessoa acaba por ficar sozinha. As pessoas têm medo de analisar a sua própria situa-

ção por isso rompem os laços», algo que foi designado pelo orador como uma forma de «eutanásia social». O doente terminal, ou na terminologia mais adequada segundo o padre Feytor Pinto, o homem terminal, também tem direitos e deve ser encarado com respeito. «Tem o direito a ser tratado até ao fim, o direito a manter um sentimento de esperança, o direito a participar nas decisões sobre os cuidados a prestar-lhe, o direito a morrer em paz e com dignidade. O direito a não ter dor (cuidados paliativos) e a ter os cuidados adequados, o direito a não morrer só e a receber a ajuda da família, o direito à privacidade e a não ser mal julgado pelas opções que venha a fazer: tudo isto são direitos humanos inalienáveis a aplicar a um doente na fase terminal». Como a um direito contrapõe-se sempre um dever, o homem terminal não é excepção e a ele compete assumir os deveres dos doentes hospitalizados: zelar pelos seus cuidados de saúde, dever de fornecer aos profissionais de saúde de todas as informações necessárias ao seu adequado tratamento, o dever de respeitar os direitos dos outros doentes que estão ao seu lado, e, finalmente, o dever de colaborar com

os profissionais de saúde respeitando as recomendações que lhe são dadas e por si livremente aceites. «Todo o homem é terminal num momento determinado e não apenas doente terminal».

Enquanto o doente passa por fases como estado de surpresa, choque, revolta, negação, negociação e depressão até atingir a aceitação, os médicos, perante o homem terminal, podem, segundo a Organização Mundial de Saúde, viver quatro situações «que normalmente os levam à fuga e que os levam a recusar a terapia de acompanhamento que é indispensável». A saber: o sentimento de fracasso («eu esperava salvar este doente fracassei, não volto lá»), a situação de espelho («daqui a alguns anos eu vou estar assim mais vale não pensar nisso por isso afasto-me»), a 'tentação' do mistério («não sou capaz de entender o problema da vida e da morte») e a 'tentação' do intimismo («o doente precisa de estar só a pensar na sua vida, precisa de um momento de intimidade que eu não vou perturbar»). Formas de fuga a situações em que «muitas vezes, dar a mão, fazer uma festa, dar um beijo bastava. Mas que difícil que é...» Sobre o conflito inerente à tentação



da eutanásia ou mesmo da obstinação terapêutica, Feytor Pinto considera que esse é um desafio permanente: «Uma mãe uma vez disse-me 'o meu filho morreu há seis anos num acidente e eu fui ontem enterrá-lo', depois do seu filho ter estado ligado a um ventilador durante esse período. «Mas tenho outras situações como a de um rapaz que há 37 anos teve um acidente brutal. A mãe não aceitou. Cinco anos depois do acidente ele recuperou a vida e 37 anos depois tem a sua vida normal», conta, para a seguir concluir: «não tenham medo de ter este conflito no coração. É um desafio permanente».

Dignidade na morte

Salientando a importância de morrer com dignidade, Feytor Pinto explica o que seria uma morte indigna: «uma morte com falta de respeito pelo doente terminal, com falta dos cuidados de higiene e terapêuticos indispensáveis, com ausência dos técnicos que se recusam à terapia de acompanhamento, com o silêncio da família, que não foi integrada no processo de acompanhamento ou que se demitiu da assistência que lhe competia, no

esquecimento ou na recusa explícita da assistência espiritual ou religiosa a que o doente tem direito, no isolamento do doente que provoca a des-sociação total da morte ou a barreira que técnicos ou familiares fazem à aproximação de amigos ou pessoas que lhes levariam um apoio espiritual urgente... Apoio espiritual não é apenas apoio religioso, é muito mais do que isso: é o apoio da simples presença, da ternura».

Aos médicos pede-se uma competência clínica para o conhecimento específico do doente na sua fase terminal e das dificuldades que é preciso enfrentar, (...) a consciência da realidade das terapêuticas destinadas a prolongar a vida, de tal modo que se saiba parar em tempo os mecanismos de reanimação quando são já completamente desnecessários.

Um outro ponto referido durante a intervenção deste orador foi «a tentação do ser humano se tornar, em absoluto, o senhor da vida». É também neste âmbito que se enquadra o problema da eutanásia («que não é uma morte boa, é a precipitação da morte») e da obsessão terapêutica («com

prolongamento exagerado da vida através de cuidados fúteis, inúteis»), ambas eticamente reprováveis e ambas tendencialmente manipuladoras do ser humano. «É preciso respeitar que a pessoa é mortal».

Em relação aos cuidados paliativos, o interlocutor tem uma posição bem definida: «o simples acompanhamento é paliativo, ajuda a pessoa, dá dignidade», e acrescenta «todos os hospitais deviam ter uma unidade de cuidados paliativos».

E enquanto as pessoas esperam que os médicos sejam 'deuses' ou «os senhores da vida», o que é que se espera neste campo em termos éticos de um clínico? «Aos médicos pede-se uma competência clínica para o conhecimento específico do doente na sua fase terminal e das dificuldades que é preciso enfrentar, a actualização nas ciências psicossociais com os vários desenvolvimentos que uma doença terminal pode provocar no doente e na sua família e até na sociedade, uma preparação psicológica dos membros da equipa clínica, a consciência da realidade das terapêuticas destinadas a prolongar a vida, de tal modo que se saiba parar em tempo os mecanismos de reanimação quando são já completamente desnecessários, e finalmente a atenção às condições somáticas gerais, bem como à crise que a família do doente está a viver para que possamos ser terapeutas não apenas do doente terminal, mas também da sua família». E quais são os objectivos que se visam atingir? «Diminuir a dor e o desconforto do doente, prolongar a vida com qualidade suficiente, respeitar quando essa qualidade já não existe, tratar o doente segundo os seus próprios desejos e a sua cultura, e enquadrá-lo no seu modo de vida segundo os seus afectos e a sua vontade, porque até ao último momento ele tem o direito de amar e ser amado». «Sempre que a equipa clínica tenha coragem de fazer isto, admitindo que às vezes pode errar, estará a cumprir o seu papel». E acima de tudo deve estar a dignidade do homem em fase terminal.

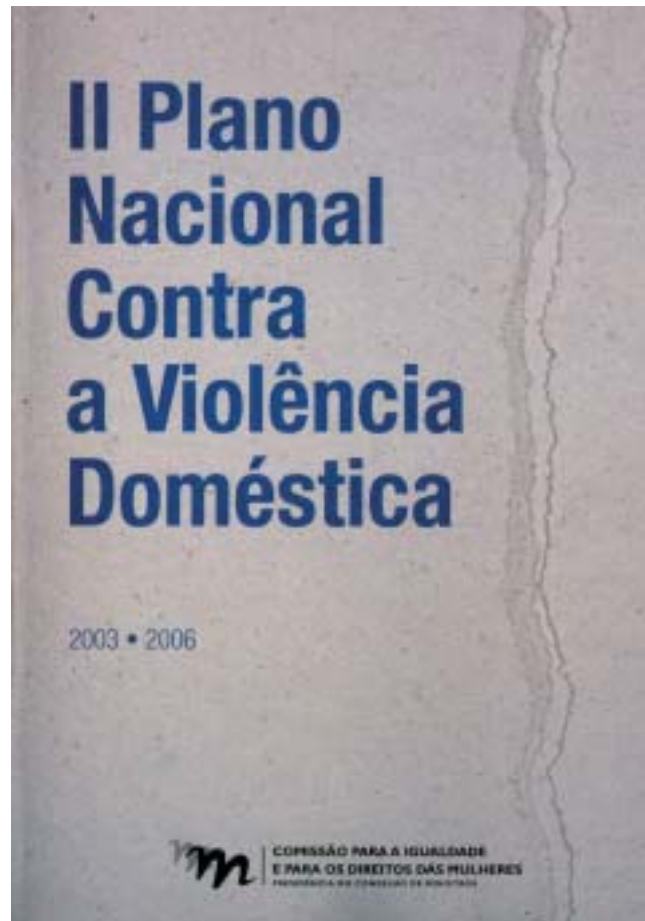


Acabar com a violência

Realizou-se recentemente uma reunião do II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, plano a ser desenvolvido pela Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, com o envolvimento do Observatório sobre a Violência Doméstica, e que conta com o apoio de diversas entidades, nomeadamente da Ordem dos Médicos.

Em representação da Ordem dos Médicos, Isabel Caixeiro esteve presente nesta reunião em que se debateram as estratégias, as prioridades e os contributos que cada instituição poderá dar para a divulgação e desenvolvimento do II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2003-2006). Este plano do Governo, focalizado principalmente na violência doméstica exercida sobre as mulheres, contempla equipas multidisciplinares, nomeadamente na área da saúde, na área jurídica, etc.

Considerando que a violência doméstica assumiu «dimensões alarmantes na sociedade portuguesa», e que «as mulheres são, ainda, a enormíssima maioria das vítimas mais frequentes da violência praticada no espaço familiar», este plano «tem como objectivo primordial de intervenção, o combate à violência exercida sobre as mulheres no espaço doméstico» embora se reconheça a existência de violência doméstica sobre homens, crianças e idosos. Em relação a este projecto, a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres tem como função a dinamização, o acompanhamento e a execução de todas as medidas constantes do plano, que também conta com o envolvimento do Observatório sobre a Violência Doméstica. O plano inclui acções de informação, sensibilização e prevenção, formação dos profissionais das diversas áreas e elementos da sociedade civil que lidam com as situações concretas de violência, medidas legislativas, promoção de estudos sectoriais sobre este 'flagelo mundial' com vista à obtenção de dados concretos que permitam tirar conclusões e fazer projecções objectivas, etc.



O relacionamento entre médicos



Maria José Cardoso
Presidente do Conselho Disciplinar SRN

Se o relacionamento entre os cidadãos em geral deve ser cordato, aos médicos é exigível que se relacionem com civismo, evitando situações que prejudicam não só o seu bem-estar pessoal, como o funcionamento dos Serviços e a ocupação dos Conselhos Disciplinares em processos muito pouco proveitosos para a comunidade.

Por favor, entendam-se!

Proposta de arquivamento

1. O presente processo foi instaurado na sequência do recebimento de ofício, datado de ..., subscrito pelo Ex.mo Senhor ... o qual, por sua vez, anexava cópia de uma exposição que o Senhor Dr. ... lhe endereçara, na sua qualidade de Director do Serviço de Urgência do mesmo Hospital.

2. Na exposição em causa, o Senhor Dr. ... alega o seguinte:

2.1. No domingo dia ... estive a trabalhar na urgência do Hospital de ... quando, por volta das 21,50 horas, solicitou à Senhora Dra. ..., que era a chefe da equipa médica da Urgência, autorização para jantar no horário que lhe fosse mais conveniente.

2.2. Perante o senhor Enfermeiro ..., que se encontrava a realizar um penso num paciente, a Senhora Dra. ... respondeu-lhe da seguinte forma: «Vá à hora que quiser... pois eu detesto pessoas ordinárias de fala mansa».

2.3. Disse-lhe que não estava a compreender e ela voltou-me a responder em tom autoritário: «Tu poderias ter ido às 21,00 horas ou não teres vindo que era a mesma coisa!!». Bateu as mãos, fechou a porta e saiu. Não lhe disse mais nada.

2.4. A chefe da equipa médica da urgência desrespeitou-o e humilhou-o, com o agravo de o ter feito perante um enfermeiro e a um paciente do hospital, o que caracteriza falta de ética e de decoro por parte da Senhora Dra.

2.5. Espera que sejam tomadas as devidas providências

a nível hospitalar para que o serviço de urgência ... apresente sempre equipas chefiadas por pessoas equilibradas e de boa educação.

3. Instada a pronunciar-se sobre o teor da participação, a Ex.ma Senhora Dra. ..., através de carta datada de ..., refere, nomeadamente, o seguinte:

3.1. Exprime a sua mais completa indignação pelo facto de o Senhor Dr. ... lhe ter sonegado o direito fundamental a ser ouvida, no âmbito da Instituição, perante uma acusação presumindo-a, de imediato, como culpada e fazendo a mesma seguir para o Conselho Disciplinar da Ordem dos Médicos.

3.2. Esta atitude parece-lhe tanto mais grave quanto essa acusação é feita por um colega que serve, em regime de contrato, o Hospital há menos de seis meses contra um elemento do Quadro, que serve o Hospital há dezasseis anos, na qualidade de Chefe de Equipa legítima representante do Ex.mo Senhor Director Clínico/Director do Serviço de Urgência.

3.3. Apesar da indignação, esta atitude, contudo, não

lhe causa estranheza «dado que o Senhor Dr. ... já nos habituou à prática de 'denúncia', para instâncias superiores, de *problemas que deveriam ser esclarecidos e eventualmente resolvidos internamente*».

3.4. Quanto à queixa propriamente dita, nega veementemente as afirmações que lhe são atribuídas pelo Colega, sendo com total incredulidade que vê que toda a sua conversa foi completamente desvirtuada e invertida.

**«A paz não se faz com guerras e sim com o diálogo para o bom entendimento entre as pessoas».
(...) Antes de enviar a sua exposição para a Ordem dos Médicos, o Senhor Director do Hospital de ..., deveria ter-se certificado se esse era efectivamente o seu propósito, bem como o do Senhor Dr. ...**

3.5. De seguida informa sobre os antecedentes que considera importantes para a compreensão desta ocorrência e que se relacionaram com a composição e modo de funcionamento das equipas de urgência. Na sua narrativa, informa ainda que o Senhor Dr. ... estava colocado naquela equipa a desempenhar funções de ajudante de cirurgia, embora, por não ter ainda a sua especialização reconhecida pela Ordem dos Médicos, estivesse referenciado como internista, o que, aliás, já motivara problemas, nesse mesmo dia, ao funcionamento do Serviço de Urgência.

3.6. Cerca das 22,00 horas, na sala de Cirurgia e com a presença das pessoas que tão bem fixou, local e contexto escolhidos pelo Colega para abordar a Chefe de Equipa, foi confrontada com a seguinte declaração: «Se a Dra. . . . não se importa vou sair às 22,30 horas, porque ainda não jantei». ...e porque a área cirúrgica deixaria também de ter cobertura por este elemento, respondeu «É claro que me importo. A hora de jantar deveria ter sido programada com o cirurgião de serviço e deveria ter sido praticada antes das 21,00. horas, hora de saída do Dr.».

«... não sou meiga, sou acusada frequentemente de ter mau feitio mas não sou ordinária porque se o fosse responder-lhe-ia de outra forma».

3.8. Termina narrando o modo como a participação seguiu os trâmites no Hospital e informa que pediu a sua suspensão de chefe de equipa até ao esclarecimento da situação.

3.9. Não lhe parece de todo causal a não abertura de um inquérito interno para averiguar a verdade dos factos.

4. Por ofício datado de ..., foi solicitada ao Senhor Director Clínico do Hospital de ... a indicação do nome das testemunhas dos factos narrados na exposição do Senhor Dr.

5. No dia ... foi recebido um ofício do Senhor Director Clínico do Hospital de ..., do qual consta: «Venho por este meio comunicar a V.Ex.^a que o Exm^o Senhor Dr. ..., me enviou uma carta na qual explicita a pretensão da resolução do problema não passar pela Ordem dos Médicos. Mais afirma que, da sua parte, o problema se encontra solucionado».

6. O ofício em causa anexava carta do Senhor Dr. ..., da qual consta: «Após ser informado pelo digníssimo director que a Secção Norte da Ordem dos Médicos é quem irá resolver o problema exposto em carta redigida por mim e remetida para a Direcção Clínica do hospital em que questionava a falta de ética e decoro da Dra. ..., como chefe de equipa perante mim, o enfermeiro e um paciente, fui obrigado a reflectir e expor o seguinte:

1 - Não vejo o porquê do problema vir a ser soluciona-

do pela Ordem dos Médicos uma vez que este se resolveu quando a Dra. ..., por iniciativa própria, abdicou do comando da chefia de equipa da urgência após o acontecido.

2 - Além disso, acredito que devo colaborar com o bom ambiente do hospital que certamente seria atingido por uma solução que passasse pelas mãos da Ordem dos Médicos. Pelo acima exposto e por acreditar que a paz não se faz com guerras e sim com o diálogo para o bom entendimento entre as pessoas, afirmo que da minha parte o problema com a Dra. ..., se encontra encerrado, perdendo qualquer sentido tentar manter uma resolução pela Ordem dos Médicos».

7. Mediante ofício datado de ..., o Director Clínico do Hospital de ..., Ex.mo Senhor Dr. ..., comunicou desistir da queixa apresentada, «dado o facto do Dr. ... ter manifestado a vontade expressa de que a resolução do problema não passasse pela Ordem dos Médicos».

8. Em face da desistência da queixa. proponho o arquivamento do presente processo, nos termos do art^o 10.º do Estatuto Disciplinar dos Médicos.

9. Entendo, no entanto, que o Conselho Disciplinar não pode deixar de fazer os seguintes reparos:

9.1. Antes de enviar a sua exposição para a Ordem dos Médicos, o Senhor Director do Hospital de ..., deveria ter-se certificado se esse era efectivamente o seu propósito, bem como o do Senhor Dr.

9.2. Ao responder que o problema estava resolvido quando lhe foi solicitada a identificação das testemunhas da ocorrência, originou um trabalho inútil a este Conselho Disciplinar.

Porto, . . .

Acta Médica Portuguesa, uma edição ONLINE

ACTA MÉDICA PORTUGUESA

@ Rapidez de acesso

@ Facilidade de consulta

@ Pesquisas mais completas

@ Divulgação a nível mundial

@ Possibilidade de imprimir artigos

@ Publicação de mais artigos por edição

@ Todos os textos disponíveis no arquivo online

Agora encontrará a sua acta Médica Portuguesa no endereço:

www.ordemdosmedicos.pt/ie/institucional/publicacoes/ACTA

ACESSÍVEL A TODOS OS MÉDICOS

Factos da vida privada não constituem ilícito disciplinar

Freire de Andrade
Presidente do Conselho Disciplinar SRS

Processo Disciplinar n.º 29/99

PARECER

1. Neste processo o Sr. S. queixa-se da médica psiquiatra Dra. M.

2. Na sua participação o queixoso diz, resumidamente, o seguinte: a) Que a participada o seduziu durante as consultas no seu consultório no Centro de Saúde de F. e que iniciou com ele um relacionamento sexual; b) Que a participada passou a interferir na vida privada do participante, semeando inseguranças e desconfianças neste, face ao médico que ele passou entretanto a consultar, e in-

trometendo-se em dois processos judiciais de natureza patrimonial em que o queixoso era parte, dando palpites sobre os processos e tentando levar o participante a desconfiar do seu próprio advogado, seu amigo de infância; c) Que a participada, a partir da ruptura do seu relacionamento sexual, acentuou a desestabilização emocional sistemática do participante, lamentando-se, ameaçando-o e perseguindo-o telefonicamente, para além de ter telefonado para o advogado do participante tentando criar inimizade entre eles.
(estivemos a resumir a participação do queixoso)

3. Para além de entendermos que os factos descritos dificilmente constituirão ilícito disciplinar – opinião essa também perflhada no parecer do Contencioso da Ordem dos Médicos – já que dizem respeito à vida privada da participada, é ainda de notar que qualquer eventual infracção terá sido amnistiada pela Lei n.º 29/99 de 12.05.

4. Assim sendo, propomos ao Conselho Disciplinar Regional do Sul o arquivamento do presente processo.

Parecer aprovado por acórdão do CDRS de 16 Setembro de 2003. Processo arquivado. Transitou em julgado.

Que modelo para os hospitais: SA ou SPA?



Manuel J. Antunes

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina e director do Centro de Cirurgia Cardiorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Nos últimos tempos, a discussão à volta do nosso Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem-se centrado nos hospitais SA e nas suas eficácias assistencial e económica, e na comparação óbvia que se faz com os outros hospitais, os do Sistema Público Administrativo (SPA). Os custos dos hospitais SA terão aumentado menos em 2003 (ainda há uns meses se afirmava que tinham diminuído) e a sua produtividade terá sido mais elevada.

Eu tenho sido muito crítico da incapacidade do SNS em prestar ao cidadão os cuidados de saúde de que necessita e a que, por força da nossa constituição, tem direito, apesar de, em minha opinião, dispor de recursos humanos e materiais adequados. Penso que é consensual que este estado de coisas se deve, essencialmente, a uma deficiente gestão que, por sua vez, resulta da utilização do conjunto de regras arcaicas e desadequadas do actual estadio de desenvolvimento da economia e, admito-o, à generalizada falta de cultura empresarial dos nossos gestores.

Daí que eu tenha sugerido, há algum tempo, e apoiado, recentemente, as alterações estruturais que permitiram a implementação de modelos alternativos de gestão, como os estatutos especiais dos Hospitais de Amadora-Sintra e da Vila da Feira, os Centros de Responsabilidade Integrados, os Hospitais SA, etc. Embora o tempo seja escasso para experimentar, todos constituiriam, a meu ver, experiências válidas, que importaria avaliar e comparar no nosso contexto.

Necessitamos, acima de tudo, de corrigir as deficiências de gestão, o que passa, em minha opinião, pela imple-

mentação mais generalizada, dentro do Sector Público, de métodos de gestão empresarial. Como se subentende, admito, até, a inovação dos Hospitais SA, posta em prática por este Governo, embora não esteja inteiramente de acordo com a metodologia seguida e, sobretudo, com a velocidade da implementação que não permite aos responsáveis pela sua gestão o tempo de que necessitam para se adaptar aos novos métodos. Por isso penso que é, simultaneamente, necessário envidar todos os esforços no sentido de re-educar todos os profissionais, mas especialmente os dirigentes, para estas novas filosofias de gestão; e nada foi ainda feito nesse sentido. De qualquer modo, o SNS tem-se esforçado por cumprir a sua obrigação e se mais não pôde fazer muitas vezes foi por falta dos instrumentos necessários que, mesmo nas aludidas experiências recentes, têm sido dados com muitas reticências e praticamente sem nenhum apoio.

O balanço positivo que o Senhor Ministro da Saúde fez recentemente do desempenho dos Hospitais SA é, a meu ver, excessivamente optimista, por demasiado precoce, decorridos apenas 12 meses da experiência, sobretudo

porque baseado em números que resultam de uma alteração dos métodos estatísticos anteriormente utilizados. Isto é, o proclamado aumento dos números de cirurgias e consultas poderá ser, essencialmente, o resultado de uma contabilidade mais apurada, nalguns casos indistintamente criativa. Por outro lado, os números assim expressos não são suficientemente qualitativos no que diz respeito à magnitude dos actos, que uma adequada definição do *case-mix* melhor poderia esclarecer.

Mas, mesmo admitindo a bondade dos números e a melhoria da *performance* destes hospitais, a comparação com a dos Hospitais SPA é altamente penalizadora e injusta para estes. Primeiro, porque se trata, em muitos casos, de hospitais de características diferentes (quase todos os hospitais centrais estão englobados neste grupo) e os dois de Coimbra, que recentemente classificou negativamente, são-no certamente. Depois, porque a metodologia de gestão utilizada é diferente. Não se compreende, pois, que o Senhor Ministro da Saúde se permita fazer estas comparações, porque sabe que não são comparáveis. De qualquer modo, fica no ar a questão: porque razão teriam os Hospitais SPA uma *performance* tão claramente inferior à dos Hospitais SA? Serão os seus administradores mais ineficientes ou mesmo incompetentes? Neste caso, porque não são substituídos? Ou não disporão eles dos mesmos instrumentos de gestão? Se assim for, porque não lhes disponibilizam? Em qualquer dos casos, e a fazer fé nas comparações do Senhor Ministro, haveria um grande número de hospitais (mais de metade) obviamente a desperdiçar o di-

neiro dos contribuintes. Como pode tolerar-se esta situação?

Não é esta, contudo, a minha interpretação, O que se está já a observar é uma competição desigual entre dois modelos gestionários muito diversos. Os hospitais SPA, mais frequentemente de natureza terciária, estão obrigados a prestar os cuidados de saúde de última linha, independentemente da sua complexidade e do seu impacto orçamental, o que não é o caso da maior parte dos Hospitais SA. É voz corrente que alguns destes hospitais praticam a chamada selecção adversa. E se nem tudo o que se diz seja, porventura, verdadeiro, nem tudo pode ser falso e a afluência aos hospitais centrais parece confirmar essa selecção. Daí que ou se lhes dão as mesmas possibilidades ou deixe-se de os tratar como as ovelhas negras do rebanho. Continuo a pensar que tanto uns hospitais como outros podem melhorar a sua prestação. E isso ficou abundantemente demonstrado neste último ano. Mas, embora se tenha (re)afirmado o conceito de autoridade dos Directores de Serviço, pouco ou nada se fez para a reforçar, na prática. Como o tenho feito tantas vezes, lembro que é a nível dos Serviços que a produtividade e a qualidade são geradas, do mesmo modo que é **somente** a este nível que se podem controlar os custos. Daí que me tenha custado muito constatar que o conceito dos centros de responsabilidade nem sequer tivessem sido considerado nos Hospitais SA e, pelo contrário, tenha sido praticamente arquivado com o recente decreto-lei do regime jurídico dos Hospitais SPA.

Algumas das reformas implementadas nos últimos dois anos têm sido justificadas pelo «facto de o Estado não ser um bom gestor». Devo dizer que me sinto frustrado, e estou certo de que muitos outros dentro do SNS sentirão do mesmo modo. Quem não se sente... Colocada assim, a afirmação dos nossos responsáveis constitui um anátema aos gestores do Estado. Como muitos outros, tenho contribu-

ído, ainda que modestamente, para uma melhor gestão do Serviço, mesmo sem acesso a muitos dos tais instrumentos de gestão.

Por outro lado, sinto-me confundido ao constatar que os responsáveis pela gestão pública do nosso país venham, em público, reconhecer a incapacidade de a melhorar e considerem, por isso, que nada podem fazer, excepto, talvez, entregá-la ao sector privado, a quem, aliás, também reconheço uma

Nesta linha de rumo corre-se o risco de, lentamente, matar o Serviço Nacional de Saúde que temos, talvez substituindo-o por outro de que desconheço as características. Mas será que terá as mesmas boas qualidades do actual, incluindo a universalidade de acesso?

maior eficiência neste campo. E questiono-me porque razão, pensando deste modo, não se deveria então entregar a administração pública, **toda** e não apenas da saúde, **imediatamente**, ao sector privado. Nesse caso, não contem com o meu apoio.

Durante o lançamento da nossa primeira experiência de uma Parceria Público-Privado (PPP), o novo Hospital de Loures, o Senhor Primeiro-Ministro terá afirmado que «num sistema público-privado podemos ir buscar ao público o que temos de bom,

que são os médicos e os enfermeiros, e ao privado vamos buscar a gestão que é muito melhor que uma gestão estatal». Não esqueçamos que neste caso os profissionais deixam de pertencer ao sector público, que assim será também espoliado dos seus melhores elementos. De facto, neste nosso modelo de «sistema público-privado» do público ficam apenas os doentes; tudo o resto passa a ser privado. Só mais tarde se ficará a saber se os doentes sairão beneficiados.

Talvez por deficiência profissional, estou habituado a diagnosticar a doença e tratá-la nas suas consequências e sobretudo nas suas causas, mas nunca matando o doente. Por vezes, será necessário trocar-lhe um ou outro órgão, mas não é possível substituir-lhe o corpo inteiro. Nesta linha de rumo corre-se o risco de, lentamente, matar o Serviço Nacional de Saúde que temos, talvez substituindo-o por outro de que desconheço as características. Mas será que terá as mesmas boas qualidades do actual, incluindo a universalidade de acesso?

Já agora, no que respeita às PPP, no país onde elas já têm alguma tradição, o Reino Unido, nunca houve coragem de ir tão longe e tão depressa. Sobre tudo, a prestação de cuidados nunca deixou de estar nas mãos do respectivo SNS. Um dos responsáveis por esta experiência naquele país, que recentemente esteve entre nós, mostrou-se interessado em acompanhar a nossa mas, nas entrelinhas, não deixou de sublinhar o seu cepticismo.

Em conclusão, penso que as novas experiências de gestão empresarial são positivas e a única forma de transformar o nosso SNS num sistema mais eficiente e capaz de corresponder integralmente às expectativas dos cidadãos. Mas, em minha opinião, tal transformação não subentende, necessariamente, a transformação dos hospitais em Sociedades Anónimas. Aos hospitais SPA podem ser atribuídos os mesmos instrumentos de gestão que lhes permitam as mesmas *performances*. Assim haja vontade política.

Coimbra, 28 de Abril de 2004

Inquietações



José Fernandes e Fernandes
Prof. Catedrático da FML, Chefe de Serviço de
Cirurgia Vascular

«To have shown what ought to be done is not enough; the main problem is to show how it can be done»

Espinosa

A arrumação de «papéis» é um ritual necessário; proporcionou reencontrar o documento que o Dr. Medina Carreira, amavelmente me enviara em *Maio de 94*, sobre «A encruzilhada do Estado-Providência», texto duma sua conferência e que tinha como perdido, algures na minha biblioteca. Reli-o e não pude deixar de concordar com a tese defendida. Cito do texto: «...as orientações podem ser traçadas à margem de considerações de eficiência, de racionalidade e de conjuntura económica, para se basearem nas conveniências eleitorais».

Mas verdadeiramente *inquietante*, foi comprovar a justeza da previsão. Passaram anos preciosos, suscitaram-se expectativas não concretizadas sobre a reforma do Sistema de Saúde em Portugal, as medidas reformadoras essenciais não foram tomadas, e a razão é simples: são impopulares, por isso, politicamente indesejáveis. O Serviço Nacional de Saúde é ineficiente, cronicamente deficitário e os recursos financeiros insuficientes. A viabilidade do modelo vigente e o seu desenvolvimento indispensável requerem aumento do financiamento, independentemente da necessária racionalização administrativa, e para esse objectivo só há duas possibilidades: ou o Estado aumenta a dotação orçamental, isto é, maior percentagem do PIB atribuído à Saúde e, no contexto das necessidades do País, aumenta a despesa pública e os impostos, ou então, obriga o cidadão a maior contribuição pessoal na utilização dos serviços. Nenhuma destas medidas será facilmente aceite, pois são obviamente impopulares. Não é um problema exclusivamente

português, nem a crítica do serviço de Saúde, é uma moda. Ineficácia, insatisfação pública, listas de espera, desânimo dos seus profissionais, défices progressivamente maiores, são sintomas de disfunção grave do sistema, que também se verificam noutros países. É uma espiral progressiva, porque as necessidades em Saúde são crescentes, a capacidade de actuação e a exigência social cada vez maiores.

Não existe, infelizmente, nenhum modelo de Serviço de Saúde perfeito; todos têm problemas, por isso são objecto de controvérsia e debate.

Há um ano, a revista «Prospect» publicou estudo interessante sobre diferentes sistemas de saúde, desde os EUA, Austrália, Japão a vários países europeus. Conduzido com apreciável rigor, analisava parâmetros económicos e financeiros, a relação entre os sectores público e privado e a sua eficácia, medida por índices biomédicos, desde a mortalidade infantil à esperança de vida, satisfação das populações, listas de espera etc., identificando para cada sistema os seus pontos fortes e as suas fraquezas. Três modelos fundamentais, mereceram análise, pois a falência do sistema colectivista puro não oferece contestação, nem em parte alguma tem servido de modelo inspirador.

Primeiro, sistemas tipo empresarial de predominância privada, como nos Estados-Unidos, onde, não obstante, existem seguros de saúde públicos, para os reformados, maiores de 65 anos – Medicare - e para os pobres e desempregados – Medicaid -, o que permitiu reduzir substancialmente o número de americanos sem protecção na doença. Em segundo lugar, o modelo concebido sob a inspiração do serviço público do Reino Unido, como na Suécia e em vários países europeus, Portugal incluído, com financiamento pelo Orçamento do Estado e teoricamente gratuito para o

utente. O terceiro modelo é caracterizado por sistema misto, público e privado, com seguro social compulsivo, o que possibilita cobertura da população, complementado quer com seguros privados como na Alemanha, Holanda, Austrália e Japão, ou com sistemas de apoio específico *les mutuelles*, como em França. Neste país, na Medicina ambulatória, vigora sistema de reembolso imediato e uma política de preços controlados, previamente convencionados com os profissionais.

A validade desta investigação jornalística assentou na lógica de que, não obstante a diversidade cultural e étnica, as expectativas e as necessidades das populações em Saúde são comparáveis, neste mundo global do século XXI.

Os modelos com melhores índices de sucesso biomédico, eficácia do sistema e maior satisfação dos «consumidores» eram os que privilegiavam livre-escolha pelo doente, oferta diversificada de opções, e não um sistema único, fechado, dependente do Estado. Observava a autora do estudo, que a *competitividade* na oferta e *capacidade de escolha* do doente fomentavam a proximidade do cidadão com o sistema e, desse modo, a sua eficácia. Por outro lado, ressaltava nesta investigação, a impossibilidade de manter a gratuidade dos serviços, o que era uma das suas bandeiras políticas: na Suécia, pagamento nas consultas no médico generalista (equivalente ao nosso médico de família) foi introduzido em 1970, e noutros países, houve necessidade de introduzir factores de correcção financeira: foram as taxas moderadoras, progressivamente mais elevadas, na utilização dos serviços de Saúde e a redução na comparticipação nos medicamentos. O objectivo destas medidas foi duplo: complementar o financiamento do sistema público e desencorajar abusos eventuais.

A conclusão do estudo é interessante: para assegurar a sobrevivência destes sistemas públicos, e perante o incremento de necessidades em Saúde, o cidadão utente teve que pagar cada vez maior percentagem do valor dos serviços utilizados, o que é uma contradição essencial com os princípios e filosofia subjacentes à sua constituição.

Num artigo, publicado em Abril de 2000, defendi que medidas exclusivas de controlo financeiro, ainda que urgentes e necessárias, seriam insuficientes para promover eficácia e credibilidade do sistema de saúde, e que se impunha uma *nova política*. Os alicerces dessa política deveriam ser redução do papel directo do Estado como patrão e empregador, financiador e prestador de serviços, competitividade entre sectores, público e privado, e seguro nacional de saúde com liberdade de escolha do doente. Escrevi, então, que um sistema burocratizado, nacionalizado, não seria o meio mais eficaz, económico e dinâmico para assegurar o exercício efectivo de solidariedade, apoio na doença e resposta aos desafios actuais da Medicina Clínica. De facto, parece que alguns desses aspectos que mencionei, vigoram nos modelos de serviços de saúde, com melhores indicadores de eficácia e satisfação dos cidadãos, analisados no artigo mencionado. Também é linear que os custos da Saúde são elevados, «não se fazem omeletas sem ovos», mas a questão crucial é a rentabilidade do sistema, isto é, o emprego judicioso dos recursos disponíveis. É claro que se for reduzida a oferta de serviços - as listas de espera não são mais que uma forma subtil de racionamento -, se os défices de exploração puderem ser pagos a longo prazo, o que requer a convívência dos credores (a que preço?), se a qualidade das instalações e dos serviços for mitigada, e se sobretudo isto cair a indiferença das pessoas e o manto diáfano do Orçamento público, nada de essencial será preciso mudar. Porquê arriscar descontentamento e mal-estar?

Nesse artigo mencionei a necessidade de aplicar ao serviço de saúde as regras da boa economia – *verdade económica* – foi a expressão que utilizei, e que isso

seria o grande agente para a mudança. Não vigoravam ainda as directivas europeias sobre a obrigatoriedade de limitar o défice público, facto novo, que nos obrigou a outras regras de rigor económico e financeiro, nomeadamente para os serviços públicos.

Por outro lado, o custo dos serviços de Saúde é complexo e multifactorial; instalações adequadas, recursos humanos especializados, médicos e para-médicos, sistemas de controlo sofisticados e isentos, burocracia instalada, ineficiente, e despesa com as terapêuticas, nomeadamente com os medicamentos. E é curi-

Em Portugal, durante anos, porque se temeram medidas impopulares, adoptaram-se soluções parcelares de discutível eficácia e perdeu-se tempo.

oso notar a discrepância: a coexistência dum serviço público de cuidados clínicos, com um serviço privado, dominante, para a prestação medicamentosa! Como será óbvio, a possibilidade de descontrolo e conseqüente despesismo é múltipla, e surpreende-me que o sector médico seja sempre o mais responsabilizado pela ineficiência do sistema. Os exemplos de disfunção são múltiplos e encheriam várias páginas; desarticulação entre serviços, irresponsabilidade colectiva de vários sectores, são realidades que não devem ser escamoteadas e que configuram interesses estabelecidos difíceis de ultrapassar, um verdadeiro *nó górdio*.

Em Portugal, durante anos, porque se temeram medidas impopulares, adoptaram-se soluções parcelares de discutível eficácia e perdeu-se tempo. No combate às listas de espera, para citar uma questão mediática, houve um resultado

perverso: em vez de se fomentar o *aumento de produtividade* indispensável dos serviços públicos, o que obrigava a modificações estruturais difíceis e eventuais melhorias salariais, criou-se um «mercado» específico que tenderá a auto-perpetuar-se, pois é, também, um complemento salarial. Criaram-se mesmo empresas para exploração deste mercado, desde associações de médicos, a parcerias com instituições nacionais e estrangeiras, públicas e privadas, para quem esta solução foi uma benesse financeira (?). Não foi só em Portugal: as listas de espera dos doentes do serviço nacional de saúde britânico foram disputadas pela Alemanha e França, cujos serviços são baseados num modelo diferente, e uma empresa estrangeira terá assinado um contrato de cinco anos para as operações às cataratas, que serão feitas em unidades móveis circulando entre as diferentes cidades do Reino Unido. Ao observador menos atento pouco importará o modelo, se o problema for resolvido; pragmatismo, meu caro, dir-me-ia um amigo ilustre, e não é esse um componente essencial da arte política? No entanto há questões essenciais que devem ser analisadas neste tipo de solução pragmática: a qualidade dos serviços, a despersonalização dos cuidados médicos, transformados em pura indústria – linha de montagem – o cuidado das complicações eventuais, e, não menos importante, a destruição da relação médico-doente, um valor intangível, perdido algures numa cadeia «produtiva» e desumanizada. Segundo a nossa imprensa, os resultados obtidos pelo programa nacional de combate às listas de espera terá ficado aquém das necessidades previamente definidas, e, como se esperava, um novo contingente deste ano irá aumentar a lista de espera do próximo ano. Fala-se agora em «tempo clinicamente aceitável» a definir para cada patologia; para o doente que ultrapassar esse período será emitido um «termo de responsabilidade» que lhe permitirá recorrer a outras instituições, públicas, mutualistas ou privadas, para tratamento. «O dinheiro segue o doente» ou *liberdade do doente administrar o seu direito à Saúde*, um princípio saudável, como

defendi há quatro anos. Um passo na boa direcção? Sem dúvida, eventualmente melhor que a distribuição burocrática de doentes que vigorou na experiência em curso; mas demonstração cabal da insuficiência do serviço nacional de Saúde tal qual existe, onde as listas de espera são inevitáveis, porque o sistema não prevê incentivos para o necessário incremento de produtividade que as reduziria, e essa simples decisão e suas consequências, seriam uma contradição com os seus pressupostos organizacionais e lógica fundacional.

Um outro aspecto interessante, foi o reconhecimento da ineficácia da gestão pública, centralizada, politicamente dependente (o que não se menciona!) na contenção de custos e racionalização de recursos. A resposta foi a adopção de outra filosofia de actuação mais próxima da administração privada. A nova política foi designada por *empresarialização*, a qual se generalizou, de uma só penada a trinta e um hospitais. Ora o que caracteriza a boa gestão privada são os seguintes atributos: autonomia, competência, independência e responsabilidade. Não escondo inquietação: de quem é a responsabilidade financeira? Do Ministério da Saúde? Das Administrações Regiões de Saúde? Dos gestores? Terão autonomia para ultrapassar os constrangimentos administrativos da função pública, até na selecção dos recursos humanos e fomentar novos hábitos e regras de trabalho? Para o conseguirem, *de facto e não simbolicamente*, toda a arquitectura do sistema público actual, nos seus pressupostos organizativos e esquemas retributivos, deverá ser modificada, o que logicamente será uma mudança total, com descaracterização completa da filosofia vigente de serviço público, ou então, será a quadratura do círculo! Ou será, como alguns insinuaram, que toda esta alteração não passará de operação de «cosmética» para subtrair os prejuízos ao défice do orçamento de Estado? Porventura, uma boa decisão política, e ainda bem que há tantos quadros «politicamente independentes» preparados em gestão hospitalar para conduzir a «esquadra» a bom porto!

A questão da produtividade nos serviços de Saúde é complexa: nenhum sistema é produtivo senão souber ou puder premiar o mérito e a competência nos seus recursos humanos. A desmoralização profissional em vários sectores dos serviços de Saúde, em Portugal como noutros países, resultou essencialmente deste facto. Alterar a estrutura das carreiras médicas é uma necessidade, mas simultaneamente há que assegurar um sistema adequado e credível de formação dos recursos humanos, médicos e para-médicos, com meios de formação pós-graduada e educação continuada, sérios e rigorosos e que fomentem uma cultura de meritocracia. Mas esta é incompatível com a politização das nomeações dos dirigentes, em todos os sectores, da medicina à gestão. A legisla-

Nenhum sistema é produtivo senão souber ou puder premiar o mérito e a competência nos seus recursos humanos.

ção actual para a carreira médica hospitalar é obsoleta, não privilegia o mérito, mas o situacionismo «na casa, para os da casa», uma *moquerie* dos processos de selecção que vigoram nos países mais evoluídos do espaço europeu onde nos integramos. Não me detenho sobre as grelhas classificativas, verdadeira monstruosidade burocrática, iguais para todo o sistema, como se as necessidades e os requisitos fossem iguais em todas as instituições. Como foi possível manter na lei, até agora (Abril de 2004), que num concurso para um lugar dum hospital terciário, ou de ensino, como é modo agora designar os hospitais universitários, a contribuição de investigação vale até 2 valores, e que a actividade docente 0.5 valores? O que se pode esperar em valorização e diferenciação das carreiras profissionais? Nada, o triunfo do menor dominador comum, o que é pró-

prio dum sistema colectivista, e um obstáculo ao fomento dum verdadeira meritocracia profissional. As instituições necessitam de liberdade de escolha e de definição dos requisitos desejáveis para os profissionais que contratam; mas para que disso não resulte aviltamento profissional, é indispensável que os Médicos e as suas organizações representativas adoptem critérios e prática de exigência profissional, não só na educação pós-graduada, como na necessidade de assegurar programas eficazes e realistas de educação permanente e desenvolvimento profissional continuado. A garantia da qualidade profissional, e da promoção da competência profissional, são uma necessidade e um dever, mas são também um *direito* dos Médicos, o qual tem que ser reconhecido pelas entidades empregadoras. Na minha opinião, este é o único meio eficaz de impedir que a capacidade de contratação individual, fora das Carreiras Médicas, não comprometa a qualidade do exercício médico, sacrificada a uma pretensa rentabilidade e à tentação de redução de custos. É que em Medicina Clínica, economia depende directamente da qualidade e da competência dos seus profissionais!

O modelo *hospitais-empresa (SA)* poderá constituir uma etapa para a racionalidade administrativa e rigor económico, e o embrião dum novo modelo organizativo. As vantagens são óbvias: autonomia, descentralização, melhor sintonia com o meio envolvente. As desvantagens, ou melhor, os perigos são também claros. Sacrifício da equidade no acesso aos serviços para todos os cidadãos, com tendência a privilegiar os mais rentáveis economicamente; os ecos recentes confirmam a justeza da preocupação. Atropelo das regras de competitividade com os outros sectores, que a tradicional falta de transparência no exercício económico e financeiro, e o manto protector do Orçamento do Estado, possibilitam. Ausência de um sistema isento, independente e competente que permita a avaliação objectiva do seu funcionamento. A outra inquietação é o modo como irá ser assegurado o direito à formação dos recursos humanos,

tão importante em todos os grupos profissionais mas sobretudo nos médicos, e o risco real de tudo sacrificar a uma lógica puramente economicista. E finalmente uma outra preocupação: haverá avaliação rigorosa e autónoma desta experiência? As contradições detectadas nos relatórios de gestão apresentados e as diferentes leituras possíveis, não são um bom sinal!

Outra questão suscitou interesse mediático, ilustrando a ineficiência do sistema e o custo de decisões erradas, parcelares, aparentemente pontuais, sem visão prospectiva. Refiro-me às urgências, nomeadamente ao estadió de pré-rotura que se vislumbra nas instituições hospitalares dos principais centros urbanos, e de que o caso da Pediatria, em Lisboa, foi a ponta do *iceberg*.

Há anos, vozes lúcidas e experientes avisaram para o risco de se condicionar o planeamento hospitalar à resolução pontual da urgência. «Aceitar o problema da urgência como fulcro da organização hospitalar é um erro monstruoso. Por isso cada Banco novo que se abre ou se amplia agrava a situação, num ciclo vicioso que aumenta a afluência de doentes, a desordem na cidade e nos transportes e acelera a destruição da orgânica interna hospitalar» escreveu o Prof. Jaime Celestino da Costa em Maio de 1988, num período de crispação entre os Médicos e o Ministério da Saúde. Impunham-se decisões perante as dificuldades já evidentes do serviço nacional de Saúde, mas a opção tomada foi a ditada pelas conveniências eleitorais. Uma oportunidade perdida!

O problema persiste, e a solução necessária é cada vez mais difícil; passa pela criação de estruturas intermédias capazes de responder adequadamente às necessidades de Medicina Clínica da população, e de realizar triagem efectiva da patologia que necessita actuação hospitalar. Sem essa «rede protectora», não haverá outra alternativa que a pletera actual dos serviços de urgência, onde mais de 60% das solicitações não são situações verdadeiramente urgentes, como a situação actual exemplifica claramente. O problema nunca se irá resolver com mais serviços de urgência,

ou com famigeradas equipas de «emergencistas», designação que suscita confusão semântica com os profissionais adstritos aos Centros de Trauma e de grande urgência clínica. Corre-se o risco que este novo grupo «salvador» da urgência, seja essencialmente constituído por profissionais fora das carreiras médicas, ou na situação de pluri-emprego, desdobrando-se em vários serviços, num exercício profissional limitado – a Urgência é apenas um componente da Medicina Clínica, e como ela, sofreu o

O modelo *hospitais-empresa (SA)* poderá constituir uma etapa para a racionalidade administrativa e rigor económico, e o embrião dum novo modelo organizativo. As vantagens são óbvias (...). As desvantagens, ou melhor, os perigos são também claros.

impacto da especialização –, sem continuidade e dificilmente incorporáveis numa filosofia de responsabilização institucional. Conheci as suas consequências durante o meu estágio em Londres há quase 30 anos: os hospitais subcontratavam, a agências de emprego médico, os profissionais necessários, «locums», para colmatar as necessidades, nomeadamente, nos serviços de urgência; não foi uma experiência bem sucedida, pela difícil integração no espírito e actuação da instituição e pela descontinuidade do serviço. É óbvio que este modelo, de que tanto se falou há meses, e que oportunamente critiquei, se for implementado, será mais um falhanço,

com custos bem elevados para o futuro e para a educação dos médicos.

A solução passa pelo desenvolvimento de sinergias, de protocolos de cooperação com os diferentes componentes do sistema, nomeadamente com Centros de Saúde dotados de capacidade de actuação efectiva, para além do horário tradicional, de modo a que possam ser úteis e creíveis perante a população e actuar como um filtro efectivo para os problemas que efectivamente necessitarão de observação e/ou tratamento hospitalar. Depois, é necessário que os hospitais funcionem mais tempo, com horários diversificados, de modo a que os serviços se mantenham activos e produtivos, capazes de resposta imediata e diferenciada aos problemas urgentes. Durante o meu périplo profissional por esse mundo, devo reconhecer que os nossos serviços hospitalares têm, na generalidade, um *staff* médico mais numeroso do que encontrei em unidades análogas, em hospitais públicos com e sem ensino universitário, e com produtividade clínica idêntica ou superior, com urgências e referenciação de outros hospitais menos diferenciados. É uma questão de organização.

Um outro aspecto merece discussão. Reconheceu-se a necessidade de reduzir o peso excessivo do Estado na prestação dos cuidados de Saúde, como em outros domínios da vida pública, como na Economia e na Educação, facto que vem suscitando debate e controvérsia em vários países europeus.

Havia vários caminhos possíveis; na Alemanha e Holanda, as instituições prestadoras de cuidados médicos são públicas, privadas ou pertencem a organizações mutualistas, ordens religiosas ou outras. Os cidadãos têm um seguro social obrigatório e/ou seguros privados, válidos para qualquer dos sectores, e as instituições negociam entre si os custos e honorários respectivos. Na França, o cidadão tem acesso total aos sectores público e privado mediante um seguro nacional que reembolsa de imediato as despesas, dentro de parâmetros definidos; a maioria dos médicos e hospitais estão convencionados com o sistema e existem outros seguros comple-

mentares ou mútuas que complementam o pagamento, quando necessário. Estes sistemas têm duas vantagens importantes. A primeira, ao privilegiar a livre-escolha reforça a ligação médico-doente, a confiança mútua e o sentimento de responsabilidade personalizada nos serviços; a segunda, confere ao cidadão autonomia, capacidade de gerir o seu direito à Saúde e exigência. A contrapartida, é que impõe a necessidade de sistemas de controlo rigoroso, o que implica custos adicionais.

No Reino Unido e em Portugal, a solução que se prefigura são as parcerias público-privado, tipo de empresa mista, análoga a outras grandes empresas que operam no tecido económico. A vantagem potencial é suscitar competitividade, o que não está mal, mas que, para ser efectiva e real, tem que ser acompanhada do direito de *liberdade de escolha* do doente, nos diferentes componentes do sistema: estatal, público-privado e privado. Haverá coragem para reconhecer esse direito fundamental do cidadão? Ou persistirão os circuitos obrigatórios, que no novo sistema terão a vantagem única de assegurar *mercado* para as novas empresas?

Existem outras questões que é fundamental analisar, nomeadamente, o risco de monopolização privada e a formação dos recursos humanos. A primeira, exigirá, também na Saúde, a aplicação de legislação anti-monopolista, um alicerce fundamental das sociedades livres e democráticas. Em relação ao segundo aspecto, e limitando-me ao meu grupo profissional, o sistema vigente das Carreiras Médicas tem constituído o alicerce da formação profissional pós-graduada. Necessita mudança e actualização, e perder algum cunho demasiado «corporativista e carreirista» actuais. Essa é uma área da responsabilidade dos médicos que não deve ser transferida para o poder político. A este pedir-se-á que actue como um regulador eficaz do sistema, garante das condições essenciais ao fomento e emergência da qualidade; o resto, formação científica e profissional, avaliação da competência, é domínio específico dos médicos e das suas organizações, desde a Ordem, às socie-

dades científicas e às escolas médicas, que não podem ignorar esta nova dimensão de educação pós-graduação. Mas também é indispensável que as instituições assumam o dever de proporcionar as oportunidades para o *desenvolvimento profissional continuado* daqueles que as servem, e reconheçam esse direito aos seus profissionais. Conceitos como *creditação* das acções de formação, separando o trigo do joio nas múltiplas iniciativas de educação médica, desen-

Há questões essenciais que devem ser analisadas neste tipo de solução pragmática: a qualidade dos serviços, a despersonalização dos cuidados médicos (...), e, não menos importante, a destruição da relação médico-doente, um valor intangível, perdido algures numa cadeia «produtiva» e desumanizada.

volvimento profissional continuado e educação médica permanente e *recertificação* periódica da qualidade e competência profissional, diferente dum exame, o qual a meu ver seria totalmente absurdo, são expressão de empenhamento e responsabilidade colectiva que é importante passarem a integrar o léxico e a preocupação dos responsáveis. Finalmente, anuncia-se obra: novos hospitais por todo o país, em especial na área da grande Lisboa; é uma tentativa

de todos os governos, a de sufragar a sua política pela área construída, hábito antigo. Reconhece-se que há unidades hospitalares velhas e inadequadas para as necessidades da medicina moderna, que devem ser substituídas, onde doentes têm que se deslocar em condições totalmente deprimentes: não é raro, doentes serem transportados em macas, à chuva, protegidos por guarda-chuva de familiar solícito!

Não tenho números exactos que permitam ajuizar da disponibilidade hospitalar em relação à população portuguesa, mas o que sei é que em vários países há programas de redução efectiva do número de camas hospitalares, porque a medicina evoluiu, os internamentos hospitalares são cada vez mais curtos e um hospital é um local demasiado caro para convalescenças prolongadas. Que aconteceu ao plano do Dr. Paulo Mendos «hospital», um destino possível para algumas unidades obsoletas, se houver coragem suficiente para resistir à pressão da construção civil? Qual será a proporção de recursos hospitalares que não são plenamente utilizados, ou têm utilização inferior à desejável e aconselhável, e que foram criadas para satisfação de interesses políticos?

O que me surpreende e inquieta é que este espantoso plano de novas construções hospitalares não seja acompanhado de outro similar sobre a desactivação das unidades antigas, cujas adaptações permanentes desafiam a imaginação e custam uma fortuna.

O desafio da Saúde é muito complexo, com múltiplos aspectos controversos e causa de profunda inquietação. As decisões nunca são fáceis, mas o que me parece fundamental é que exista uma política clara que se sustente numa estratégia coerente para os diversos aspectos do problema. Participar nesse debate é um dever e um direito dos médicos e dos cidadãos.

Por isso, a citação inicial de Espinosa me pareceu apropriada, assim como, participar e discutir ideias é, na sua essência, um exercício de cidadania que só a «sociedade aberta» sabe apreciar e privilegiar.

Lisboa, 20/4/2004

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

A merenda pequena



Raul de Amaral-Marques
Médico Pneumologista e Imuno-Alergologista

Com a regularidade de um relógio – uma das minhas paixões – tenho vindo, desde o longínquo ano de 1973, até esta Capital de Distrito, fazer consultas da minha especialidade médica. De início, nas antigas Caixas de Previdência, depois, no Hospital e, a partir do momento em que uma ministra da saúde, de discutível beleza, decidiu que não havia necessidade de os especialistas dos hospitais centrais se deslocarem aos distritais, mudei-me para um consultório da cidade – uma quase exigência dos muitos doentes que acompanhei durante mais de uma década e que se viam na obrigação de se deslocarem a Lisboa para serem assistidos pelo “seu” especialista.

Nessa altura não havia auto-estradas para o Alentejo. O trajecto fazia-se, quase obrigatoriamente por Vila Franca, pela ponte Marechal Carmona, recta do Cabo, onde ainda existia a estalagem do Gado Bravo e, logo depois, as casas de enguias do Porto Alto, que se enchiam de apreciadores na época apropriada. Depois, Pegões e a inflexão para Montemor na estrada que ruma a Badajoz. Atravessavam-se as Vendas Novas, onde era obrigatória a paragem para a quente e succulenta bifana, depois as Silveiras, o restaurante Chaparral, do qual

contarei uma história numa próxima vez, Montemor o Novo, a subida para Arraiolos e, lá mais adiante, Estremoz. Novo virar de rumo até Portalegre. Finalmente! As chaminés da Robinson, uma delas a anunciar constantemente o “habemus Papa” e a outra sempre em contradição, a Casa Amarela, a encosta da serra densamente arborizada e ponteada de algumas casas bem alentejanas, ao contrário do que agora vemos: no meio das casas de gosto eclético e duvidoso – uma até tem uma açoteia algarvia, imagine-se! –, um pouco da serra verde. Duzentos e quarenta quilómetros, numa Dyane carregada de histórias de viagens por Portugal e Espanha.

Foi numa destas vindas, já lá vão 12 ou 13 anos, num ano em que a Primavera tardava em despertar de um Inverno particularmente chuvoso e longo, que obrigou os rios a saírem dos seus caminhos e a, inclusive, fazer trajecto por algumas estradas principais, deixando as terras de tal modos empapadas que as máquinas agrícolas se atolavam logo à primeira tentativa. Inverno que parecia não querer ceder espaço à Estação seguinte. Uma Primavera apenas anunciada pela teimosia persistente dos amarelos das mimosas e pelo brilhar tímido do sol. Dizia... que foi numa destas vindas que resolvi trazer, como companhia, a minha neta, na altura com quase dois anos. Um avô estreante, entusiasmado, jovem de 42 anos, orgulhoso daquele ser que viu nascer sob os seus olhos e que, como quase uma filha, sempre viveu na sua casa. Aconchegada na sua alcofa, no banco de trás, lá ia, ora dormitando ora galreando, e, outras vezes, manifestando o seu desagrado por um choro de início tímido e depois mais sonoro. Uma viagem com interrupções mais frequentes porque, ou se tinha destapado, ou por-

que precisava de água, ou porque a chupeta tinha caído...

Tínhamos já passado Arraiolos, a manhã estava fresca e húmida, a terra ainda orvalhava e o bafo dos animais no campo libertava um vapor iridicente, devido à baixa altura dos raios solares vindos do lado de Espanha. O cansaço de me ter levantado cedo e o sol de frente pediam uma paragem, uma bica e um desentorpecer de pernas. Um oásis no meio da estrada deserta! Uma bomba de gasolina com um café! A bica apetecida, uma sanduíche de presunto acabado de fatiar e a neta ao colo, a sorrir para quem lhe sorria ou fazia um mimo... Encostado ao balcão, um homem, velho, com a idade sulcada no rosto, o trabalho marcado nas mãos calosas de dedos grossos e tortuosos, os olhos cansados de olhar o além do Alentejo, a barba esquecida de três ou quatro dias e a fome anteriormente passada, bem gravada naquele corpo magro e seco. Uma graça da neta virou as atenções daquela assistência escassa, desencantou sorrisos em rostos sérios. E o velho, desencostando-se do balcão, trôpego no seu andar, aproximou-se com o vagar que o Alentejo, felizmente ainda, permite, e chegou-se junto a nós... o cajado amparava-lhe o tronco que se inclinava sobre a criança e, depois de um mimo, de um blábláblá intraduzível, voltou, no seu vagar, para o balcão e para o seu mata-bicho.

Hora de regressar à estrada, pagar a despesa e, na saída, ao passar junto ao velho homem, este volta-se para mim, olha para a criança que transporto no colo, fixa-me o olhar e diz-me: tudo o que é pequenino tem graça! Menos a merenda!

Apertei-lhe a mão, com a força que a dignidade daquele homem merecia!

Tratamento mais rápido a doentes com EAM

Numa reunião interdisciplinar realizada em Espanha, cardiologistas e médicos de serviços de urgência de vários países europeus decidiram que devem colaborar no sentido de administrar um tratamento mais rápido a doentes com enfarte agudo do miocárdio (EAM), pois quanto mais cedo os doentes receberem tratamento, mais cedo se pode restabelecer o fluxo sanguíneo, salvando-se frequentemente uma vida ou diminuindo significativamente lesões irreversíveis. Um dos oradores da conferência, Frans Van de Werf, que liderou os ensaios clínicos ASSENT, sublinhou que o ensaio ASSENT-3 PLUS, de trombólise pré-hospitalar, permitiu reduzir em 47 minutos o período de tratamento típico, tendo sido possível tratar 53 por cento dos doentes em menos de duas horas. Este resultado baseou-se na utilização de tenecteplase, um agente trombolítico de bólus único que pode ser administrado em segundos.

Médicos debatem a gestão da osteoporose

No âmbito do XXI Congresso Português de Reumatologia, especialistas médicos debateram o impacto da osteoporose na população portuguesa com especial enfoque na formação de osso novo e nas medidas de prevenção. Num simpósio subordinado ao tema «A Gestão da Osteoporose no Dealbar do Século XXI», moderado por Viviana Tavares (Reumatologista, Presidente da APOROS), e que teve como oradores Paulo Coelho (Reumatologista, médico especialista do Instituto Português de Reumatologia) e Nathalie Franchimont (reumatologista, Directora Clínica na Universidade Liège, Bélgica). Durante o simpósio foram referidos novos tratamentos da osteoporose grave, nomeadamente o formador de osso teriparatida, aplicável na osteoformação.

Eficácia de tratamento no combate à enxaqueca

Segundo a Organização Mundial de Saúde a enxaqueca é uma das doenças mais comuns no sistema de nervoso central. Segundo dois estudos apresentados no decorrer do Congresso da Academia Americana de Neurologia, há um novo tratamento que permite controlar a enxaqueca, proporcionando um alívio rápido dos seus sintomas: o tratamento com Zomig^o Nasal (zolmitriptano) manifesta bons níveis de eficácia e tolerabilidade, e os estudos apresentados demonstraram uma resposta positiva desta terapêutica no combate às cefaleias após 10-15 minutos da administração. Os estudos farmacocinéticos demonstram que o zolmitriptano é detectado no plasma dois minutos após a administração.

Tratamento anticoagulante

Os dados apresentados a 14 de Maio, no Congresso Europeu dos Acidentes Vasculares Cerebrais, em Heidelberg, na Alemanha, demonstram que apenas metade dos doentes com

fibrilhação auricular recebem o tratamento anticoagulante recomendado pelas *guidelines* internacionais para protecção de acidentes vasculares cerebrais (AVC) apesar dos AVC's neste tipo de doentes ter maior probabilidade de se tornar fatal do que em doentes com um ritmo cardíaco normal. Dados resultantes do programa SPORTIF demonstram que Exanta[®] (ximelagatran), o primeiro tratamento oral de uma nova classe terapêutica - os inibidores directos da trombina é pelo menos tão eficaz quanto a varfarina com INR controlado na prevenção de AVC's e embolias sistémicas em doentes com fibrilhação auricular, causando menos hemorragias, sem necessidade de monitorização da coagulação ou de ajustamento da dose individual.

Tratamento personalizado para VIH

A avaliação da contribuição dos vários genes e variantes genéticas para a resposta ao tratamento dos doentes infectados pelo vírus da SIDA pode contribuir para uma melhor resposta do doente à terapêutica, personalizando o tratamento anti-retrovirico. Esta é a conclusão dos resultados preliminares de um estudo que está a ser efectuado por uma equipa de investigadores portugueses liderada por Mota Miranda e Fernando Araújo, do Hospital de S. João, no Porto. O estudo clínico intitulado «Farmocogenética – Abordagem Laboratorial para Optimizar a Eficácia da Terapêutica no Contexto das Resistências aos Fármacos Anti-retroviricos» foi o vencedor da 1ª bolsa «Bristol-Myers Squibb de Investigação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana», atribuída pela APECS em 2001.

Redução do colesterol-LDL em doentes com diabetes tipo 2

Os indivíduos com diabetes do tipo 2 encontram-se três vezes mais predispostos a morrer devido a um evento cardiovascular do que os indivíduos não-diabéticos que apresentam o mesmo nível de colesterol, sendo que em 80% desta população se verifica o óbito provocado por doença cardiovascular. Novos dados científicos apresentados demonstram que a rosuvastatina permite reduções superiores num dos factores de risco cardiovasculares de maior preponderância, o colesterol-LDL, em doentes com diabetes tipo 2 e dislipidemia, por comparação com a atorvastatina. Os resultados do estudo CORALL demonstraram que para cada dose de rosuvastatina as LDL-C foram significativamente mais reduzidas do que com a utilização de uma dose duplicada de atorvastatina.

Inovação ao Serviço da Sociedade

Por iniciativa do Diário Económico e da Merck Sharp & Dohme realizou-se no dia 13 de Maio a conferência «Indústria Farmacêutica – Inovação ao Serviço da Sociedade». Neste encontro foram debatidos temas como o custo da inovação e a sustentabilidade dos sistemas de saúde, a indústria farmacêutica de base nacional e a sua evolução recente e a saúde na Europa, nomeadamente na perspectiva dos doentes/consumidores.



1.ª Série

Decreto-Lei n.º 81/2004. DR 85 SÉRIE I-A de 2004-04-10

Ministério da Saúde

Altera o Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de Dezembro, que estabelece o sistema de preços de referência para efeitos de comparticipação pelo Estado no preço dos medicamentos, o Decreto-Lei n.º 101/94, de 19 de Abril, que estabelece as regras a que devem obedecer a rotulagem e o folheto informativo que acompanham os medicamentos para uso humano, e o Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de Junho, que estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos

Decreto-Lei n.º 85/2004. DR 89 SÉRIE I-A de 2004-04-15

Ministério da Saúde

Aprova o regime jurídico aplicável às alterações dos termos das autorizações de introdução no mercado de medicamentos de uso humano concedidas ao abrigo de procedimentos não abrangidos pelo ordenamento jurídico comunitário e a sua tipologia, bem como os pressupostos necessários à sua autorização

Decreto-Lei n.º 90/2004. DR 93 SÉRIE I-A de 2004-04-20

Ministério da Saúde

Altera os Decretos-Leis n.os 72/91, de 8 de Fevereiro, que regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação de medicamentos de uso humano, e 118/92, de 25 de Junho, que estabelece o regime de comparticipação no preço dos medicamentos

Decreto-Lei n.º 91/2004. DR 93 SÉRIE I-A de 2004-04-20

Ministério da Saúde

Transfere para o Hospital de São Francisco Xavier, S. A., os projectos de obras e equipamentos contratados

pelo Estado, actualmente a cargo da Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, relativos às suas instalações

Decreto-Lei n.º 95/2004. DR 95 SÉRIE I-A de 2004-04-22

Ministério da Saúde

Regula a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados

Decreto-Lei n.º 97/2004. DR 96 SÉRIE I-A de 2004-04-23

Ministério da Saúde

Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2003/63/CE, da Comissão, de 25 de Junho, que altera a Directiva n.º 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, e altera o Decreto-Lei n.º 72/91, de 8 de Fevereiro, que regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação dos medicamentos de uso humano

Portaria n.º 428/2004. DR 98 SÉRIE I-B de 2004-04-26

Ministérios das Finanças e da Saúde

Altera o quadro de pessoal do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Saúde, relativamente ao licenciamento de unidade privadas de saúde

Despacho n.º 6960/2004, 2004.04.06

Cria o Programa de Tratamento Domiciliário dos Doentes com Coagulopatias Congénitas.

Despacho n.º 6961/2004, de 2004.04.06

Esclarece e normaliza todos os procedimentos sobre a isenção de pagamento de taxas moderadoras dentro do SNS, a usufruir pelos doadores benévolos de sangue, de acordo com o actual quadro legislativo.

Despacho n.º 8231/2004, de 2004.04.24

Para efeitos de aplicação do disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 112/98, de 24 de Abril, publica a lista dos estabelecimentos de saúde e especialidades carenciados

Portaria n.º 458-A/2004, de 2004.04.23

Homologa o regulamento interno do Instituto Nacional de Emergência Médica

2.ª Série

Despacho n.º 6818/2004, de 2004.04.03

Alarga o espectro dos medicamentos DCI abrangidos pela legislação relativa ao acesso aos medicamentos na profilaxia da rejeição aguda em transplantação, consagrado no despacho n.º 22 116/99 (2.ª série), de 22 de Outubro.

Despacho n.º 6951/2004 (2.ª série), de 2004.04.06

Delegação de competências do Ministro da Saúde no Director-Geral da

Exposições



Espiga Pinto

Até dia 6 de Junho, Espiga Pinto expõe algumas das suas obras na galeria da sede da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos. Este artista foi por diversas vezes galardoado a nível internacional, destacando-se o prémio internacional consagrado pela «World Coins News» dos Estados Unidos e ainda o galardão «Moeda do Ano», para a moeda portuguesa em prata alusiva ao Ano Internacional dos Oceanos - Expo 98. Nesta exposição que decorre na sede da SRS da OM, esculturas e quadros dividem o espaço da galeria numa harmonia perfeita, evidenciando o acentuado bom-gosto artístico do seu autor.

denciando o acentuado bom-gosto artístico do seu autor.



Goa e o Grão Mogol



Está patente ao público, de 9 de Junho a 5 de Setembro de 2004, na Galeria de Exposições Temporárias da Sede da Fundação Calouste Gulbenkian, a exposição Goa e o Grão Mogol. Goa e o Grão Mogol pretende pôr em evidência as diversas facetas da relação que se estabeleceu nos séculos XVI e XVII entre a Índia portuguesa e o império mogol. Uma relação que durou mais de dois

séculos e se corporizou em diversos domínios. Relação comercial, relação política e diplomática, religiosa, cultural e artística, assente nas múltiplas contaminações de objectos, ideias, gostos e estilos. Comissariada por Jorge Flores e Nuno Vassallo e Silva e apoiada por uma equipa internacional, a exposição será acompanhada por um livro que integra um conjunto de estudos da autoria de reputados especialistas, para além da descrição e bibliografia de todas as peças presentes na exposição.



Ernesto SHIKNANI em retrospectiva



Está a decorrer até dia 17 de Julho a exposição retrospectiva de quatro décadas de Ernesto Shiknani. A exposição inclui 72 obras de pintura, desenho e escultura e poderá ser visitada entre as 14 e as 20 horas, de segunda a sábado, Perve Galeria (Rua das Escolas Gerais n.ºs 17 e 19 - em Alfama junto à Igreja de St.º Estêvão).

Livros

O Silêncio da Memória

«O Silêncio da Memória - o (des)conhecimento da Doença de Alzheimer em Portugal» é uma obra que aborda que apresenta de forma sistematizada um vasto conjunto de conhecimentos sobre a doença de Alzheimer, desde uma completa caracterização da patologia até aos efeitos mais nefastos para o doente, respectiva família e comunidade. O lançamento deste livro foi efectuado no âmbito da comemoração do Dia Internacional da Família, que se celebrou no dia 15 de Maio. A Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer, juntamente com os laboratórios Pfizer, foram os promotores desta edição.



Cardiopatia Isquémica

J. T. S. Soares-Costa e Teresa J. J.

B. Soares-Costa
Permanyer Portugal



Memórias de Território

Alain Jézéquel

Climepsi Editores