

«Quotas»

Passados os ecos e esbatidos os excessos da tempestade que recentemente assolou algumas mentes e reavivou alguns complexos de Electra mal resolvidos, importa agora um esclarecimento e uma palavra serena sobre quotas e sobre o «equilíbrio entre homens e mulheres nos cursos de medicina». Nas afirmações que fiz em entrevista ao «Público» de 2 de Junho comentei o acesso ao curso de medicina. De homens e de mulheres. E reiterei uma opinião que tenho repetido frequentemente. Há anos que defendo a alteração do sistema de acesso ao curso. Uma média mais baixa e outros valores de ponderação. Está escrito, dito há muito, e pode ser facilmente confirmado.

Da leitura apressada ou mal intencionada do que disse, propalaram-se inverdades, designadamente que o Bastonário pretendia limitar o acesso de mulheres às faculdades de medicina.

Não é verdade! Condicionar o acesso a um curso superior em função do sexo de cada um não seria legítimo, ético ou moral. Aliás, assim o exprimi na referida entrevista quando claramente me afirmo contra qualquer tipo de quotas.

Tal como muitos outros médicos, entendo que uma média altíssima, como a que é exigida actualmente, não é, só por si, garantia de que as Faculdades de Medicina estejam por esse facto a formar grandes médicos.

Não são as mulheres, ou os homens, que estão em causa. Em causa está a fórmula de acesso às escolas médicas.

Desta minha opinião podem discordar. As médicas, os médicos, as jornalistas, os jornalistas, os comentadores encartados, os comentadores avulsos, as feministas e os machistas mais empedernidos.

Não podem é discordar do que não disse nem penso, ou deturpar o que penso e disse!

Ao acabar de escrever este editorial fui surpreendido pelo falecimento do Doutor José Taim de Brouges da Silveira Estrela Rêgo. Durante longos anos Presidente do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Médicos foi activo participante em todas as lutas que a Ordem dos Médicos travou em prol da Medicina.

Oftalmologista brilhante e homem bom, o seu desaparecimento representa uma perda para todos nós. Há família enlutada, em especial à sua filha que é nossa colega, em meu nome e da Ordem dos Médicos apresento as mais sentidas condolências.



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

S U M Á R I O

3 EDITORIAL

6 INFORMAÇÃO

Inclui comunicados do Conselho Nacional Executivo e dos três Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos.

18 ENTREVISTA

João de Deus, recém-eleito para a vice-presidência da Associação Europeia dos Médicos Hospitalares, fala da importância da Ordem dos Médicos na política europeia de saúde, do fracasso anunciado da empresarialização, das vantagens da opção por um médico/gestor, etc.

24 ACTUALIDADE

O futuro da saúde para a Europa
Resumo da conferência proferida por David Byrne, Comissário Europeu para a Saúde, no âmbito do encerramento do 7.º Ciclo de Conferências do Fórum Gulbenkian da Saúde.

28 DISCIPLINA

Apresentação de processo disciplinar em que se evidencia a necessidade de um extremo rigor técnico/científico dos médicos quando chamados a se pronunciarem em situações de conflito familiar.

30 OPINIÃO

O erro «dito» médico,
por A. Coutinho Miranda

34 A saúde em Portugal,
ou a eterna dicotomia
entre o ser e o parecer,
por José Poças

42 A Entidade Reguladora
da Saúde, por Rui Nunes

45 Ordem dos Médicos
Masculinos,
por Jaime Milheiro

46 O médico no
acompanhamento do
papel dos não médicos
no socorro, por João
Paulo Almeida e Sousa

49 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

Um plágio – uma
greve,
por A. Poiares Baptista

55 CONTOS

Barafunda's Park,
por Luís Miranda

56 CULTURA

Informação relativa a
exposições de pintura e
fotografia, livros e
poesia.

58 NOTÍCIAS

Ficha Técnica

REVISTA **Ordem dos Médicos**

Ano 20 - N.º 47 - Junho 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)

NORMAS PARA A DESFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA POR NÃO MÉDICOS

O Conselho Nacional Executivo aprovou o documento normativo sobre “DAE por não médicos”, elaborado pela Comissão de Avaliação para Admissão por Consenso na Competência em Emergência Médica .*

O seu conteúdo reveste-se de grande importância para o presente e futuro da prática de ressuscitação cardio-pulmonar em Portugal e respectivo fortalecimento de “cadeia de sobrevivência”.

Este documento vai ser apresentado ao Ministério da Saúde sob a forma de projecto de diploma legal para regulamentação da desfibrilhação automática externa por não médicos, como acto delegado.

**Os trabalhos desta Comissão contaram com a participação do Dr. Daniel Ferreira (Cardiologista-Hospital Amadora – Sintra).*

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do conhecimento médico na área da Medicina de Emergência no que concerne à prática da Ressuscitação Cardio-Pulmonar (RCP) aconselha que deva ser utilizada a desfibrilhação precoce nas situações de paragem cardio-respiratória (PCR) com ritmos desfibrilháveis.

A importância desta atitude que permite salvar vidas está consignada no conceito de Cadeia de Sobrevivência.

No âmbito da RCP, sabe-se que fora do Hospital a maior parte das situações de PCR no adulto acontecem por fibrilhação ventricular (FV) e esta só pode ser tratada com desfibrilhação eléctrica.

Em Portugal a desfibrilhação é entendida como um acto médico e como tal só pode ser realizada por médicos. Isto dificulta a acessibilidade, não permitindo que, em tempo útil, um cidadão que sofra uma paragem cardíaca por FV possa ser rapidamente desfibrilhado.

Na maior parte das vezes não é pos-

sível e exequível, por mais rápido que seja o tempo de resposta, ter um médico e um desfibrilhador junto a um cidadão em PCR por FV em tempo considerado vital, dadas as dificuldades conhecidas.

Em muitos países a prática de desfibrilhação por não médicos está implementada, com a possibilidade da sua utilização quer por outros técnicos de saúde, quer por cidadãos treinados (por exemplo nos locais de trabalho) quer por técnicos de emergência (tripulantes de ambulância, bombeiros, polícias, etc.), ou seja por quem testemunha e/ou socorre em primeiro lugar, mas sempre enquadrados em projecto colectivo devidamente monitorizado e auditado. Nestes casos recorre-se à utilização de desfibrilhadores automáticos externos (DAE).

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A utilização de desfibrilhação automática externa por não médicos em Portugal, fora de um contexto orga-

nizativo estruturado e sem controlo médico, pode acarretar riscos e prejuízos inerentes a práticas menos qualificadas, por pessoas sem formação ou, porventura, deficiente formação. A prática da desfibrilhação em Portugal é um acto médico. De acordo com o “estado da arte” nesta matéria, este acto médico pode ser delegado em não médicos desde que mediante recurso à desfibrilhação automática externa - DAE (sistemas automáticos ou semi-automáticos), desde que:

1. Exista um médico responsável pelo programa de DAE.
2. Enquadrada numa organização que normalmente responde a situações de emergência.
3. Enquadrada numa organização que possa vir a ter de responder a situações de emergência.
4. A necessária formação seja coordenada directamente por um médico.
5. Existam registos de todas as utilizações dos DAE e que estes possuam características que permitam a sua posterior análise.
6. Exista um permanente controlo de qualidade de todas as etapas do programa.

7. É criada a Comissão de Acompanhamento, no seio da Ordem dos Médicos, que monitorizará a implementação e funcionamento de todos os programas de DAE.

8. Aos médicos responsáveis pelo programa de DAE, que coordenam a formação ou que supervisionam o controlo de qualidade em DAE, é exigido:

- a. A Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos e
- b. Formação específica em DAE.

CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS

1. Exista um médico responsável pelo programa de DAE, que desempenhe, entre outras, as seguintes funções

- a. Informar e sempre que relevante solicitar parecer, à comissão de acompanhamento da Ordem dos Médicos.
- b. Assegurar que a organização onde se insere cumpra os requisitos definidos pelo presente documento.
- c. Auditar, por amostragem, o desempenho da organização em situações de PCR.
- d. Auditar as utilizações do DAE, de acordo com as normas internacionalmente reconhecidas.
- e. Propor medidas conducentes à melhoria do desempenho da organização.
- f. Assumir a responsabilidade pelos actos por si delegados por escrito.

2. Enquadrada numa organização que normalmente responde (Unidades de Saúde, Instituto Nacional de Emergência Médica, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Forças de Segurança ou outras entidades que venham a ser credenciadas para o efeito) a situações de emergência.

3. Enquadrada numa organização que possa vir a ter de responder a situações de especial risco de emergência (locais de concentração ou afluência de público como as grandes áreas laborais, de diversão ou lazer, superfícies comerciais, aviação comercial e outros).

4. A necessária formação seja coordenada directamente por um médi-

co. A coordenação pressupõe o acompanhamento presencial do médico com responsabilidade executiva e de direcção nas respectivas acções de formação, designadamente no planeamento, concretização e avaliação. Os conteúdos formativos são os preconizados nas recomendações internacionalmente aceites sobre a matéria.

5. Existam registos de todas as utilizações dos DAE e que estes possuam características que permitam a sua posterior análise. Assim, deverão ser analisadas quer a Folha de Registo "tipo Utstein", que deverá ser preenchida pelo operador do equipamento, quer a informação electrocardiográfica e/ou outras que deverão ser armazenadas no DAE e que sejam transmitidas para uma central de controlo de qualidade, de modo a permitir ulterior controlo do sistema, dos operacionais e auditorias externas dos mesmos. Sempre que relevante, no que respeita a protecção de dados, devem ser consultadas as entidades competentes.

6. Exista um permanente controlo de qualidade de todas as etapas do programa o que pressupõe:

- a. A existência de responsabilidade executiva e direcção técnica médica no controlo de qualidade.
- b. Um plano de qualidade específico no programa DAE que verse as vertentes assistencial, de formação e de manutenção de equipamentos.
- c. Protocolos de actuação e de procedimentos, escritos, de acordo com as recomendações internacionais.
- d. Um plano de formação contínua, em função de objectivos consequentes, que visem o melhor funcionamento do programa DAE. As particularidades da aprendizagem e a utilização da DAE por não médicos recomendam que haja manutenção da qualificação para a prática da DAE com periodicidade não superior a 3 anos.

7. É criada a Comissão de Acompanhamento, no seio da Ordem dos Médicos, que monitorizará a implementação e funcionamento de todos

os programas de DAE. Esta comissão terá como funções:

- a. Receber, analisar, e dar parecer sobre propostas para criação de programas que visem a utilização da DAE por não médicos
- b. Acompanhar e verificar o cumprimento do estipulado no presente documento.
- c. Realizar auditorias sempre que solicitada para tal ou por sua iniciativa.
- d. Avaliar a qualidade da formação ministrada.
- e. Compete exclusivamente à Ordem dos Médicos regulamentar a composição, nomeação e funcionamento desta Comissão.

CONCLUSÕES

De acordo com as recomendações internacionais, existe a certeza que a DAE deve ser introduzida como conceito e realidade na cadeia de sobrevivência, sequência de acontecimentos essa cuja probabilidade de sucesso se encontra estritamente dependente da capacidade de activação de todos os seus elos em tempo oportuno.

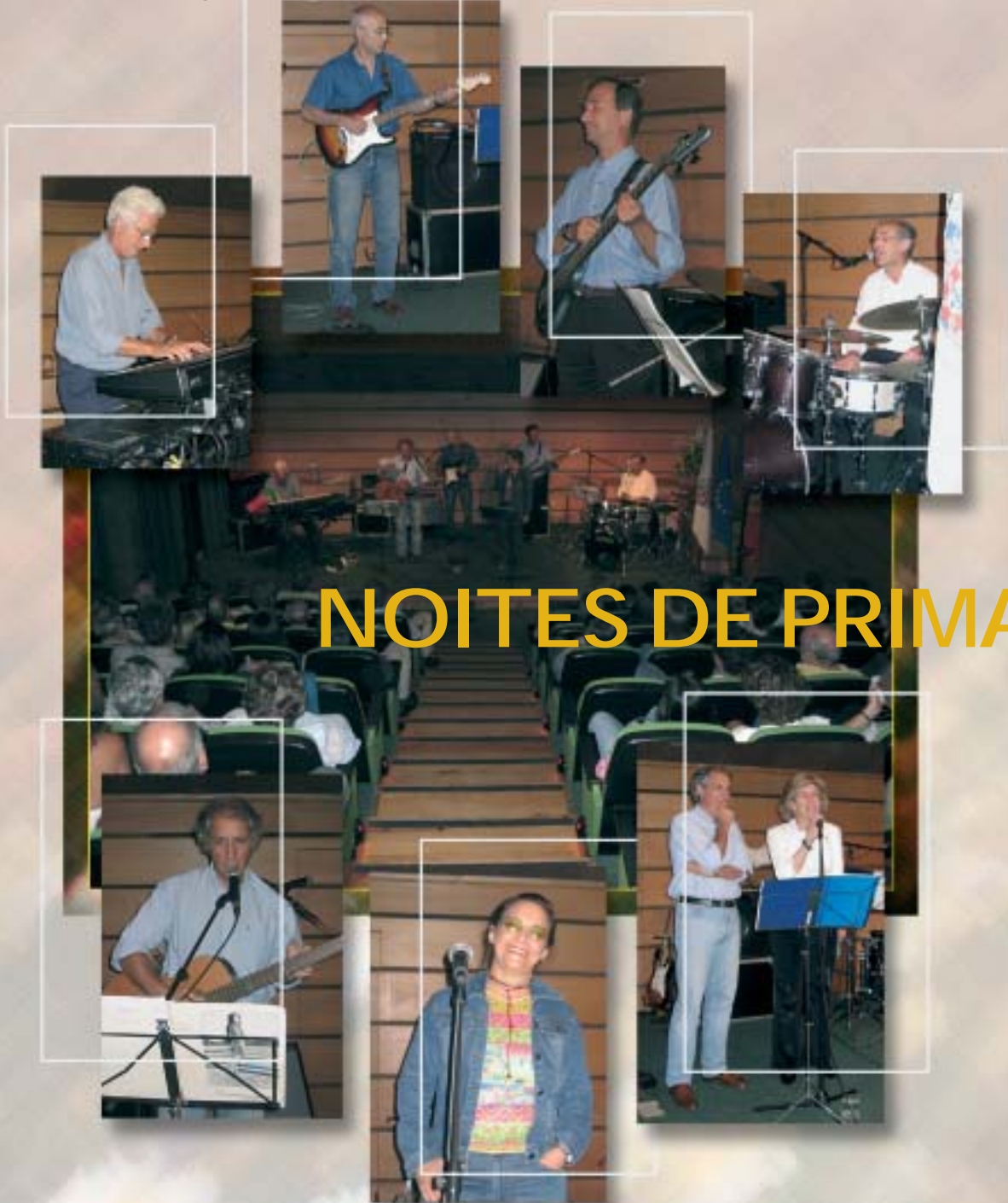
Reconhecendo este facto, a Ordem dos Médicos sistematiza e normaliza os critérios para a utilização, em segurança, da DAE por não médicos. Tendo por finalidade a garantia da qualidade do socorro e cuidados prestados ao doente vítima de paragem cardio-respiratória, a Ordem dos Médicos exige a existência de responsabilidade e controlo médico dos programas de DAE.

A Ordem dos Médicos, e sempre em função do interesse do doente, reserva o direito de, a qualquer momento, se pronunciar e intervir nesta matéria sempre que achar oportuno.

Este documento deverá ser revisto até 5 anos após a sua entrada em vigor de acordo com a evolução dos acontecimentos e a dinâmica que a prática da DAE por não médicos venha a adquirir em Portugal.

INFORMAÇÃO

Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos



NOITES DE PRIMAVERA

FECHAM COM SWEET LOVERS

Terminaram no dia 19 de Junho as Noites de Primavera da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, um evento que terminou com chave de ouro, com um auditório esgotado para ouvir os Sweet Lovers. A dar as boas vindas, quer ao grupo que actuou nesta noite, quer à assistência que encheu por completo a sala, esteve Isabel Caixeiro em representação do Conselho Regional do Sul, sendo que na assistência se encontravam outros membros do CRS, nomeadamente o presidente do CRS, Pedro Nunes, a tesoureira do CRS, Manuela Santos e o vogal do CRS, Francisco Madail. Este agrupamento musical, cuja formação inicial data de finais da década de 80, surgiu no âmbito da associação dos antigos estudantes de Coimbra, na Madeira. Os seus elementos, quase todos médicos, têm uma especial apetência pela música dos anos 60/70, décadas que os influenciaram em termos musicais durante a sua juventude, mas estão neste momento a começar a compor temas originais, dois dos quais, tocaram em estreia absoluta no espectáculo que deram na Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos. O repertório escolhido para este espectáculo levou o público a uma viagem no tempo até meados do século XX, aos sons que povoavam a música anglo-saxónica, francesa e brasileira. Inês Costa Neves, António Trindade, José Carlos Martins, Luis Jardim, Manuel de Brito e Rui Alves são os Sweet Lovers, um grupo que prima pela boa disposição e pelo amor à música.

www.medi.com.pt

O site da Secção Regional do Sul



Caros Colegas,

Inicia-se agora um projecto já com algum tempo – a versão electrónica do nosso Medi.com.

Como se lembram o Medi.com pretende ser um jornal, muito informal, descomplexado, que acolhe a opinião de quem a quiser dar e a informação dos factos que o Conselho Regional vai tendo conhecimento. É inegável que para quem tiver tempo e hábito a versão electrónica permite uma actualização permanente, um manancial de informação disponível, a ligação a outros centros e veículos de informação e, brevemente, a interactividade.

É este mais um serviço que disponibilizaremos aos médicos da Região Sul, estando, pela natureza do meio, também ao alcance dos médicos das outras Regiões. Porque só há uma Ordem e porque todos somos médicos qualquer que seja a especialidade ou o local em que trabalhemos, este é o instrumento adequado à nossa troca de impressões.

Espero que seja útil e estaremos disponíveis para a crítica para podermos corrigir o que não gostarem.

Até breve.

Pedro Nunes
Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos



www.omcentro.com

O site da Secção Regional do Centro



Começa agora a disponibilização aos Colegas de um Site da Secção Regional do Centro.

É mais um esforço para a informação ser rápida e actualizada, utilizando os actuais meios de comunicação.

Julgamos que a partir de agora poderá haver também um conhecimento mais aprofundado de todas as matérias ligadas à Ordem dos Médicos, desde os aspectos legais até aos eventos de lazer, passando pela estrutura organizativa, as funções, os órgãos, os códigos, os Colégios e outros.

Esperamos ser mais um serviço aos médicos e que dele possamos tirar todos um maior conhecimento das iniciativas e das potencialidades desta nossa casa.

Será possível também através deste Site estabelecer um diálogo constante com os Colegas.

Foi com estes objectivos que arrancámos com mais esta valência. Mas este site permite uma outra panorâmica do trabalho que a Secção Regional do Centro vai fazendo. A organização interna da Ordem com a relativa autonomia das três secções, não dá em geral aos médicos das outras regiões a informação necessária quanto ao que se vai fazendo por todo o país.

Pensamos que estas novas formas de informar são uma mais valia, facilitando assim uma maior comunicação entre toda a classe e reforçando também os factores de unidade que tanto necessitamos.

António dos Reis Marques
Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos

Consentimento livre e esclarecido

Pedido de parecer do Director Clínico do Hospital de Mirandela datado de 3 de Fevereiro de 2004

Sobre o assunto em questão têm surgido algumas dúvidas junto do corpo clínico deste Hospital, sobre o modo correcto de proceder em circunstâncias particulares.

Quando o doente está incapacitado para decidir, podem os familiares tomar a decisão quanto ao consentimento para cirurgias ou para pedir a alta hospitalar, depois de devidamente esclarecidos pelo médico do doente?

Se a decisão dos familiares for prejudicial à saúde do doente, ou mesmo comprometer a vida do mesmo, poderá a decisão do médico prevalecer sobre a dos familiares, sempre na defesa do estado de saúde do doente?

Com os melhores cumprimentos,
O Director Clínico
Dr. Américo Magalhães

Consentimento livre e esclarecido

Resposta da Comissão Regional de Ética e Deontologia Médicas e da consultadoria jurídica da SRN da OM

Em referência ao ofício de V. Exa. n.º 73/CA, datado de 3 de Fevereiro p. p., transcrevemos o parecer emitido pela Comissão Regional de Ética e Deontologia Médicas:

«Em termos legais um doente incapacitado deve ter um representante legal e só este pode dar consentimento por representação. A «família» não é automaticamente nem legalmente, representante legal da pessoa incapaz.

Saliento que o consentimento por representação só pode ser exercido no melhor interesse do doente, o qual é definido pelo médico de acordo com as 'leis da arte'.

No caso de a decisão do doente, de consentir ou não consentir, um tratamento, ter sido validamente expressa, por escrito após informação adequada e compreensível, antes da pessoa ficar em estado de incompetência, esta decisão do doente deve ser respeitada, caso não haja perigo iminente de vida. Na situação de perigo iminente o médico deve praticar o tratamento com intenção de evitar a morte, presumindo que o paciente, se pudesse avaliar em tempo real, presente, a sua situação, daria o seu consentimento para intervenção terapêutica que no passado havia recusado.»

Igualmente transcrevemos o parecer que sobre o assunto também foi emitido pela Consultadoria Jurídica desta Secção Regional:

«Consentimento livre e esclarecido constitui um pré-requisito a qualquer actuação médica, sendo que é a presença desse consentimento que afasta a consideração da intervenção médica como ofensa corporal típica, conforme decorre do n.º 1 do artigo 156º do Código Penal.

Nos termos do n.º 2 daquele mesmo preceito, o consentimento presume-se nas seguintes situações:

- Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde do doente ou

- Ter sido dado para certa intervenção ou tratamento tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio de evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde do doente

- e, nos dois casos anteriores, não se verificarem circunstâncias que permitam con-

cluir com segurança que o consentimento seria recusado,

- Ou quando a intervenção ou o tratamento é imposto pelo cumprimento de um dever legal

Para efeitos de obtenção do consentimento impende sobre o médico um dever de esclarecimento sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se tal esclarecimento implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo doente, ponham em perigo a sua vida ou sejam susceptíveis de lhe causar dano à saúde, física ou psíquica (privilégio terapêutico).

Quem presta o consentimento é o doente e/ou o seu representante legal.

Assim, nas situações de incapacidade acidental (seja, situações de urgência em que o doente está incapaz de avaliar a situação e/ou exprimir o seu consentimento), o médico deverá agir de acordo com o consentimento presumido, seja, não adiando a intervenção que se mostre necessária para que não seja colocada em perigo a vida do doente, o seu corpo ou saúde desde que não se verifiquem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento do doente seria recusado (ex. os familiares dão a conhecer factos dos quais com toda a probabilidade permitem concluir que se o doente estivesse capaz não prestaria o seu consentimento).

Do que antecede resulta que, em caso de incapacidade do doente para prestar o consentimento, esta não é suprida pelos seus familiares, mas sim pelo aludido consentimento presumido, razão pela qual a decisão do médico prevalecerá sobre a dos familiares e, muito especialmente, assim será no caso de aquela que pretende ser a decisão dos familiares for prejudicial à saúde do doente ou comprometer a vida do mesmo.»

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

«Ser informado antes e consentir depois» - Rectificação

Por lapso, publicámos na nossa edição de Março o artigo mencionado em epígrafe sem que tivéssemos reproduzido todo o seu conteúdo. Pelo facto apresentamos as nossas desculpas ao autor, Daniel Serrão, Presidente do Conselho Nacional de Ética, e aos nossos leitores. Na próxima edição da revista reproduziremos na íntegra o artigo «Ser informado antes e consentir depois».

Nomeação do Presidente da Entidade Reguladora da Saúde

Informação do Conselho Regional do Norte - 15 de março de 2004

O CRN da OM tomou conhecimento através das declarações públicas de Sua Excelência o Senhor Primeiro-Ministro que a Presidência da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) ficaria sediada na cidade do Porto, graças à intervenção do Presidente da Câmara do Porto, Dr. Rui Rio, e que a mesma seria atribuída ao médico, Prof. Doutor Rui Nunes.

Sem prejuízo do CRN tornar a sublinhar (no seguimento das posições já assumidas pela Ordem dos Médicos) a sua opinião negativa relativamente à ERS, o facto do referido médico integrar os órgãos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, leva-nos a produzir as seguintes considerações:

1 - O Prof. Doutor Rui Nunes é reconhecido como especialista em Ética Médica e nessa qualidade foi nomeado pelo CRN para vogal da Comissão Regional Consultiva de Ética e Deontologia Médicas e, por isso, é membro do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos (CNEDM). A sua carreira académica, orientada pelo Prof. Doutor Daniel Serrão, cuja idoneidade moral, ética e científica dispensa apresentações, indicia um compromisso com os princípios constantes do Código Deontológico dos Médicos e com os princípios de solidariedade, equidade e acessibilidade que caracterizam o Serviço Nacional de Saúde.

2 - Considerou o Governo que o desempenho daquelas funções no âmbito da Ordem dos Médicos não estava abrangido pelo regime de incompatibilidades definido pelo artigo 12º do Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de Dezembro que criou a ERS. O pensamento do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos é idêntico. Na verdade, considera o CRN da OM que o desempenho simultâneo de funções na ERS e no CNEDM da OM não só não é incompatível, como também constitui uma garantia que a ERS cumprirá, positiva, expressa e integralmente os princípios que orientam o Código Deontológico dos Médicos. Em conformidade, e da mesma forma que não existia qualquer incompatibilidade entre o exercício de funções no Conselho Estratégico da Saúde da Comissão Política Distrital do Porto do PSD-Porto e na Ordem dos Médicos, o CRN expressa publicamente a sua determinação para que o Prof. Doutor Rui Nunes continue a desempenhar, como até aqui, as funções que lhe estão atribuídas pela Ordem dos Médicos.

3 - No contexto desta nomeação é importante destacar que esta ERS não corresponde minimamente ao desejado pelo Ministro da Saúde, como resulta da comparação entre o diploma aprovado pelo Governo e aquele que era da autoria do Senhor Ministro da Saúde. O distanciamento geográfico da ERS e do Ministro da Saúde, o perfil do Presidente da ERS e o facto desta entidade vir a assumir funções até agora cometidas ao Ministro da Saúde, revelam uma preocupação e geram expectativas. Revelam preocupação pela descentralização das decisões políticas que foi determinada, como se tornou público, pelo empenhamento do Senhor Presidente da Câmara do Porto, em boa hora correspondido pelo Senhor Primeiro Ministro. Geram necessariamente expectativas positivas já que o CRN da OM tem a absoluta convicção que o desempenho do Prof. Doutor Rui Nunes será sempre superior ao do Ministro da Saúde, Dr. Luís Filipe Pereira.

4 - No seguimento do atrás exposto, o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos proporá ao Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, que renove a sua confiança no Prof. Doutor Rui Nunes, como membro do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos

Inquérito de opinião aos médicos de família

(levado a cabo no 21.º Encontro Nacional de Clínica Geral realizado em Vilamoura em Março de 2004)

	Sim	Não	Indiferente N/R
1. Concorda com a política deste Ministro para os CSP?	1.9%	96.2%	1.9%
2. Concorda com a possibilidade dos Hospitais (SA ou SPA) gerirem os CS?	1.3%	96.9%	1.9%
3. Concorda com a possibilidade de grupos económicos gerirem os CS?	2.5%	92.5%	3.8%
4. E se forem as Misericórdias?	3.1%	82.4%	14.5%
5. E a hipótese de grupos de médicos, concorda com ela?	80.5%	11.3%	8.2%
6. Prefere continuar a trabalhar num C. S. Público nos moldes actuais, mas dotado de maior autonomia?	93.7%	3.1%	3.2%
7. O modelo do Regime Remuneratório Experimental deveria ser definitivo e aberto a todos os médicos que a ele quisessem aderir?	78%	5.7%	16.3%
8. Está disposto a lutar contra uma Lei que apenas serve quem quer explorar a saúde como um negócio lucrativo?	93.7%	3.8%	2.5%
9. Está disposto a reclamar o direito constitucional à resistência?	95.6%	0.0%	4.4%
10. Acha que este Ministro da Saúde deveria ser substituído?	87.4%	5.7%	6.9%
11. Está disposto a manifestar-se junto ao Ministério da Saúde?	54.7%	38.4%	6.9%
12. Está disposto a fazer greve?	87.4%	11.9%	3.1%
13. Se respondeu sim à pergunta anterior, apoiará:			
- Greve de um dia.....	16.4%		
- Greve de 1 a 3 dias.....	8.2%		
- Greve de 3 a 5 dias.....	11.3%		
- Mais um dia em cada uma das próximas semanas	22.6%		
- Outras hipóteses (descriminadas em documento anexo)	18.2%		
14. Sugestões de medidas a implementar? (descriminadas em documento anexo)			

Legislação sobre propriedade e licenciamento das farmácias e venda de medicamentos não sujeitos a receita médica Consulta aos médicos inscritos na SRN da OM

Ex.mo (a) Colega:

Encontra-se em discussão uma directiva comunitária relativa às actividades prestação de serviços que pode implicar modificações na legislação portuguesa relativa à propriedade e licenciamento das farmácias e à comercialização de medicamentos.

Estas matérias não se encontravam contempladas no programa eleitoral que legitimou a eleição dos actuais corpos gerentes da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

Deliberou, assim, o Conselho Regional realizar aos médicos inscritos na Secção Regional do Norte, uma consulta sobre estas matérias, nos termos de regulamento que estará disponível para

consulta na Sede da Secção Regional do Norte, à Rua Delfim Maia, 405, no Porto, a partir do dia 27 de Abril de 2004.

As opções objecto de consulta são as seguintes:

Assegurada a respectiva direcção técnica por um farmacêutico, considera que a propriedade das farmácias deve deixar de ser propriedade exclusiva de farmacêuticos?

SIM/NÃO

Assegurado o controlo técnico por um farmacêutico, considera que os medicamentos não sujeitos a receita médica poderão ser vendidos em grandes superfícies comerciais, tal como acontece em outros países?

SIM/NÃO

Considera que a abertura de farmácias deve ocorrer sem restrições geográficas ou de densidade populacional, tal como acontece com a actividade médica e todas as outras actividades liberais?

SIM/NÃO

Da mesma forma que a Associação Nacional de Farmácias emite opiniões sobre o tipo e qualidade da prescrição médica, entendeu o Conselho Regional do Norte que os médicos têm idêntico direito de se pronunciarem sobre questões estruturantes no âmbito da política do medicamento.

Neste Contexto, o Conselho Regional permite-se fazer-lhe um pedido: VOTE Porto, 26 de Abril de 2004

Propriedade e licenciamento de farmácias e venda de medicamentos não sujeitos a receita médica Conferência de imprensa - 20 de Maio de 2004

Encontra-se em discussão uma directiva comunitária relativa às actividades prestação de serviços que pode implicar modificações na legislação portuguesa relativa à propriedade e licenciamento das farmácias e à comercialização de medicamentos.

Estas matérias não se encontravam contempladas no programa eleitoral que legitimou a eleição dos actuais corpos gerentes da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Neste contexto deliberou o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, nos termos do Estatuto da Ordem dos Médicos, realizar a consulta acima identificada, aos médicos inscritos na Secção Regional do Norte, da qual constam as alternativas atrás reproduzidas.

Porque defendemos o sim

Ao propormos e apelarmos ao VOTO SIM, em todas as questões colocadas aos médicos do norte relativamente à propriedade e licenciamento de farmácias e à venda de

medicamentos não sujeitos a receita médica, estamos a exercer um direito de cidadania com base em argumentos ideológicos e técnicos. Como médicos, temos direito a opinar sobre questões estruturantes da política do medicamento e de procurar defender o que consideramos serem os interesses dos doentes.

Sem prejuízo do realce devido aos farmacêuticos pela acção que têm vindo a desenvolver ao longo dos anos, o acesso aos medicamentos pode ser significativamente melhorado, quer no que diz respeito à comodidade dos cidadãos, quer no que respeita aos preços de venda ao público, os quais poderão ser reduzidos desde o momento que exista concorrência livre no sector.

A inserção de Portugal na União Europeia e a existência de directivas comunitárias (em preparação) que apontam para a liberalização dos serviços no espaço da União, exigem que Portugal se prepare para um mercado de verdadeira livre concorrência.

Como é sabido as farmácias são, fundamentalmente, locais de venda a retalho de medicamentos, sujeitas a licenças (alvarás) concedidas pelo Estado. O mercado dos medicamentos tem crescido acentuadamente nos últimos anos, sem que tenha existido qualquer aumento paralelo no número das farmácias, em virtude do Estado assim o não permitir. O Estado português assume-se claramente, neste campo, como travão à liberdade económica e como limitador do fácil acesso dos cidadãos a medicamentos e, sobretudo, a medicamentos mais baratos.

A política do medicamento aplicada pelo Ministro da Saúde redundou, conforme é público, na diminuição das participações do Estado com os medicamentos, mantendo-se (ou até aumentando ligeiramente) as despesas suportadas pelos portugueses. Em suma, o Estado arrecadou, mas o Utente não ganhou! Tal situação é inconcebível. Admitimos que o Estado possa reduzir as suas despesas, mas não aceitamos que o faça através da manutenção de regras monopolistas que redundam na penalização dos cidadãos.

Por estas razões ideológicas votamos sim, por três vezes

O regime legal de propriedade das farmácias, exclusivo de farmacêuticos, é anacrónico, e se fosse generalizado, corresponderia a que apenas costureiros diplomados pudessem vender roupa em lojas de «pronto-a-vestir» ou que apenas os médicos fossem proprietários de clínicas ou hospitais. Trata-se de uma reminiscência de um regime não democrático, de cariz corporativo, que demonstra que o Estado português não foi lesto na revisão generalizada de legislação sem base democrática, como é o caso de alguma legislação relativa a farmácias.

Acresce ainda, como é óbvio, que liberalizando a propriedade de farmácias, o seu número tenderá a crescer, de acordo com a procura dos cidadãos, isto é, dos doentes, que verão facilitado o seu acesso à compra de medicamentos.

Por esta razão técnica votamos sim na primeira questão

O advento dos medicamentos não sujeitos a receitas médicas (de «venda livre» ou «*over-the counter*» – OTC) vem também eliminar a necessidade de conferir as receitas médicas, actualmente uma das funções fundamentais das farmácias, abrindo o caminho para a venda de medicamentos não sujeitos a receita médica em outros estabelecimentos. Aberta esta possibilidade, e porque a importância técnica de um farmacêutico decorre da sua formação e não do local do exercício profissional, serão os doentes a lucrar com melhor acesso e a mais baixo custo, aos medicamentos de venda livre, definidos segundo os critérios do INFARMED.

Por razões de estrita coerência, não se entende porque é que em farmácias se podem adquirir produtos de cosmética (não considerados como medicamentos) e porque é que o inverso é proibido.

Por esta razão técnica votamos sim na segunda questão

Os critérios de atribuição de alvarás em função do número de habitantes («capitação») ou da proximidade de outra farmácia, são pouco rigorosos, no que diz respeito às necessidades da população, dado que as necessidades em medicamentos variam muito em função do padrão etário das populações, sendo ainda de assinalar a importância das populações não residentes, no caso das regiões turísticas.

O sistema a adoptar deve ser, em suma, baseado no mercado e não no número formal de habitantes ou na existência de uma farmácia concorrente a uma determinada distância. Qualquer cidadão consideraria anacrónico que se limitasse a abertura de consultórios médicos ou de advocacia, de mercearias ou de lojas de electrodomésticos em função da densidade populacional ou das possibilidades de concorrência entre estes prestadores de serviços.

De notar ainda que o estabelecimento de mais farmácias, apenas dependentes da indispensável existência de uma direcção técnica farmacêutica, reduzirá o preço dos alvarás, permitirá alargar o mercado de emprego para jovens farmacêuticos e, sobretudo, melhorará o acesso dos doentes que deixarão de ter de procurar e decorar, a cada momento, os horários das farmácias de serviço.

Por esta razão técnica votamos sim na terceira questão

Alexandra Puga, António Marinho, Fátima Oliveira, José Guimarães Costa, José Luís Costa Lima, José Pedro Moreira da Silva, Luís Lencastre, Machado Lopes, Manuela Dias, Maria José Machado Vaz, Miguel Guimarães, Miguel Leão, Nelson Pereira, Silva Henriques, Strecht Monteiro

Com quatro vice-presidências em associações médicas «Temos algum peso na política da saúde a nível europeu»

João de Deus está no Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos desde 1999, momento em que passou também a fazer parte da delegação portuguesa no Comité Permanente dos Médicos Europeus (CPME) e na Associação Europeia dos Médicos Hospitalares (AEMH), na qual é, desde há dois anos, chefe da delegação. O trabalho que tem sido por si desenvolvido, em estreita ligação com os restantes membros da delegação, produziu frutos indiscutíveis, entre os quais se destaca a eleição de João de Deus para a vice-presidência da AEMH, durante o plenário que decorreu em Madrid nos dias 23 e 24 de Abril. Uma eleição que, como nos explicou, representa o reconhecimento da «grande entrega e empenho dos representantes portugueses».



Revista da Ordem dos Médicos

– Como é que se processou a sua eleição para a vice-presidência da AEMH?

João de Deus – Desde 1998 que o dr. Raymond Lies, da delegação luxemburguesa, através de sucessivas reeleições, é presidente da AEMH. As vice-presidências estavam com a Alemanha, professor Hartmut Nolte, com a França, dr. C.F. Degos, e com a Itália, dr. Pier Maria Morresi. Estes dois últimos representantes estavam nas vice-presidências há cerca de 10 anos. Nesta eleição, a delegação portuguesa, em conjunto com outras, nomeadamente dos países nórdicos, considerou que era importante trazer alguma renovação à direcção da AEMH. Entendemos que há alguns aspectos que é necessário serem introduzidos na AEMH, que é uma organização muito importante a nível europeu. Foi apresentada a minha candidatura e fui eleito juntamente com um representante da delegação

sueca, o qual está muito ligado à educação médica contínua e ao desenvolvimento profissional médico contínuo, temas que estão em debate na AEMH.

ROM – Como se enquadra a importância da AEMH ao nível europeu que referiu?

JD – A AEMH é uma associação com uma longa história e tem um papel fulcral no panorama europeu enquanto membro associado do Comité Permanente dos Médicos Europeus. Temos levado contributos muito importantes ao CPME através da elaboração de documentos que posteriormente foram aprovados pelo Comité e que seguiram para a Comissão Europeia.

ROM – Em termos pessoais o que significa para si esta eleição?

JD – É sempre gratificante, em termos pessoais, quando os nossos colegas reconhecem que podemos dar um contributo importante para a organização. Mas considero que o fundamental não é a questão pessoal, o fundamental é pensar no contributo que a delegação portuguesa pode dar à AEMH. O trabalho que tem sido desenvolvido pela Ordem dos Médicos nas organizações médicas europeias tem sido notável. Não é por acaso que, das cinco grandes organizações médicas europeias, Portugal tem quatro vice-presidências. É uma situação ímpar conseguir ter uma tal representatividade nestas associações, situação que revela o muito trabalho e empenho de todos os membros da representação portuguesa nas várias organizações e o reconhecimento desse contributo traduziu-se precisamente nas sucessivas eleições para vice-presidências. Tudo isto revela de facto que a delegação portuguesa tem ideias próprias e que têm sido bem aceites pelas outras delegações. É nisso que se alicerça esta posição singular da Ordem dos Médicos portuguesa ao mais alto nível das organizações médicas.

ROM – Que contributo pretende levar à AEMH?

JD – O que pretendo como vice-presidente da AEMH é continuar a lutar pelos valores e pelos princípios em que os médicos portugueses acreditam. Há uma série de *dossiers* que estão neste momento em estudo na AEMH que são muito importantes. Exemplo disso é a directiva sobre tempos de trabalho, assunto em que nós temos um papel muito relevante pois, ao contrário de muitos outros países, em Portugal já conseguimos alguns avanços neste capítulo: até agora os ‘tempos de chamada’ – *on call* – não eram pagos em ne-

Em vez de se fazer uma análise aprofundada das infraestruturas, dos meios logísticos e humanos, é mais fácil atribuir imediatamente a culpa aos médicos...

nhum país da Europa. Nós temos conseguido fazer passar a ideia de que todos os tempos de trabalho devem ser pagos. Em Portugal os ‘tempos de chamada’ são pagos, ainda que apenas por metade do valor, mas estamos a tentar que o pagamento seja generalizado aos vários países, um aspecto que consideramos da maior relevância.

ROM – Que outras questões estão na ordem do dia?

JD – Outro capítulo em discussão na AEMH, e que vem a propósito da contribuição da delegação portuguesa, é o chamado *risk management* (gestão de risco): é importante perceber que, quando ocorrem falhas, em vez de erro humano se deve falar em erros do sis-

tema. É que, muitas vezes, quando um procedimento não corre como o previsto diz-se imediatamente que a culpa é do médico e isso não é correcto. Hoje em dia, e este é um dos contributos que pretendo levar à AEMH, tem que se definir muito bem quais são os elementos do sistema organizacional que estão em causa numa determinada situação, para se efectuar uma chamada de atenção às administrações hospitalares, aos governos, etc. Em todos os momentos do acto médico o que falha menos vezes é o factor humano. O que é preciso saber é se os fármacos estão bem formulados, se têm a bioequivalência indicada, se o médico não tinha sido escalado sozinho, se tinha alguém que pudesse terminar uma cirurgia no caso de lhe acontecer alguma coisa, se existia uma unidade de cuidados intensivos pronta a actuar no caso de algo correr mal, se o equipamento estava em boas condições, etc. É preciso parametrizar todo o sistema, saber onde é que o mesmo pode falhar. Em resumo, chamar à atenção para as falhas do sistema para diminuir o risco.

ROM – Mas é mais fácil atribuir a culpa aos médicos...

JD – Claro que sim. Em vez de se fazer uma análise aprofundada das infraestruturas, dos meios logísticos e humanos, é mais fácil atribuir imediatamente a culpa aos médicos, quando estes profissionais, na maior parte das vezes, fazem o que está ao seu alcance perante as condições de trabalho que têm. O que gostaria realmente de transmitir e de ver aprovado na AEMH é esta ideia de que mais do que o erro humano, é preciso analisar os erros do sistema, processo que necessita do empenho dos médicos no sentido de ‘denunciarem’ o que está mal na organização, para que esses factores possam ser corrigidos. Só assim se conseguirá diminuir os riscos que os doentes correm quando são atendidos no sistema de saúde, e isso é que é fundamental.

ROM – Considera que o facto de



termos neste momento uma ampla representatividade nas organizações médicas, reforça a imagem dos médicos portugueses a nível internacional?

JD – Evidentemente que sim. O facto das delegações portuguesas terem desenvolvido esse trabalho, terem dado contributos notáveis nos vários grupos de trabalho em que estão envolvidas, tem trazido um reconhecimento por parte dos outros países da qualidade do trabalho efectuado pelos médicos portugueses de um modo geral.

ROM – Em que medida é que esse reconhecimento tem relevância prática?

JD – Penso que, para os médicos portugueses, este é um momento importante em que a representação significativa nas associações médicas internacionais pode ser fundamental: existem algumas questões relevantes para os médicos europeus e, em

particular, para os médicos portugueses, cuja defesa tem sido efectuada nas várias organizações. Por exemplo, quando se começou a falar a nível europeu do problema dos créditos e da recertificação, foi a delegação portuguesa que, praticamente sozinha, se opôs à aplicação desse sistema. Sempre considerámos que o facto dos médicos irem a congressos recolher créditos para manter o título de especialista não fazia sentido e que não provava nada. Portugal foi, assim, o único país que se opôs desde o início à recertificação, por considerarmos que temos um processo de carreiras médicas que já implica que haja qualidade, não havendo necessidade de aplicação de qualquer modelo de recertificação da especialidade.

ROM – Qual é a posição internacional quanto ao sistema de créditos, neste momento?

JD – Neste momento é um dado adquirido que esse sistema não é o ideal: conseguimos fazer com que as delegações dos vários países percebessem que o modelo de créditos não faz sentido e que não é por um médico ir

Creio que a curto prazo se irá optar pela escolha de médicos/gestores porque este sistema tem 'os dias contados'.

a vinte congressos num ano que é melhor do que um médico que foi apenas a cinco ou que um que tenha feito a sua formação de outra forma. O que defendemos é que as várias acções de formação possam ser creditadas como tendo qualidade para o fim a que se destinam, e foi isso que conseguimos transmitir, sendo que, neste momento, a ideia que está em desenvolvimento é

a da creditação dos eventos para que de uma forma individual os profissionais possam assegurar a sua formação médica ao longo da vida em vez de 'coleccionarem pontos' para justificar seja o que for. Isto é apenas mais um exemplo de que o trabalho das delegações portuguesas se tem reflectido nas posições assumidas por essas organizações.

ROM – Que papel desempenha a AEMH na defesa dos interesses dos médicos?

JD – A AEMH tem como objectivos defender os médicos hospitalares e pugnar por uma boa medicina hospitalar. A organização 'responde' perante o CPME e elabora documentos que depois de aprovados no Comité Permanente são levados à Comissão Europeia e, muitas vezes, integrados nas políticas europeias da saúde.

ROM – Pode dizer-se então que Portugal tem influência na política europeia da saúde?

JD – Podemos dizer que Portugal, graças à presença nas direcções das várias associações médicas que respondem perante o CPME, tem uma influência determinante no que chega à Comissão Europeia pois o Comité Permanente tem sempre uma palavra a dizer nas políticas europeias de saúde. Temos, portanto, algum peso na política da saúde a nível europeu pois, no sentido já referido, fazemo-nos ouvir. Contudo, naturalmente que, o resultado final, depende sempre das decisões políticas da Comissão.

ROM – E dentro das organizações quais as vantagens de ter quatro vice-presidências?

JD – A visão global das várias organizações e de todos os assuntos que estão a ser debatidos, na União Europeia dos Médicos de Clínica Geral, na União Europeia de Médicos Especialistas (UEMS), na Federação Europeia dos Médicos Assalariados (FEMS), etc., é uma grande vantagem da delegação portuguesa. Daí decorre também o facto de termos neste momento a impor-

tância que temos ao nível dessas organizações: é sempre uma delegação da Ordem dos Médicos que vai a todas as reuniões por isso conseguimos ter conhecimento de causa em relação a tudo o que se passa nas várias associações, o que nos permite muitas vezes explicar os nossos argumentos aos outros países de uma forma clara e sustentada, fazendo com que as outras delegações acabem por aceitar as nossas ideias. O facto de termos uma delegação única e de trabalharmos em estreita ligação uns com os outros, procurando sempre a concertação de posições, tem permitido que Portugal seja visto como um parceiro essencial na discussão de todas as questões relativas à saúde.

ROM – Relativamente aos outros países, a organização da delegação não é idêntica?

JD – Relativamente aos outros países acaba por haver uma grande dispersão: na AEMH, por exemplo, há países representados por associações de médicos hospitalares e não pelas Ordens, na FEMS estão representados essencialmente os sindicatos dos vários países (no caso da delegação portuguesa, além dos sindicatos está também a Ordem dos Médicos), na UEMS são muitas vezes as associações das várias especialidades, no CPME já são as Ordens dos Médicos, etc. Em Portugal a existência de uma 'delegação única' permite conjugar as ideias e conhecer os problemas debatidos nas várias organizações. Consequentemente conseguimos assumir posições bem fundamentadas que angariam o consenso dos nossos parceiros europeus e temos o nosso trabalho reconhecido a todos os níveis. Não é por acaso que Portugal tem estas quatro vice-presidências: é fruto do trabalho, das ideias, da dedicação, da entrega e do empenho de todos os membros da delegação e de todos os médicos portugueses que conosco têm colaborado.

ROM – Em que medida é que a AEMH colabora na melhoria dos sistemas de saúde?

O feedback que nos chega relativamente aos resultados desses hospitais empresarializados faz-nos acreditar que essa opção não tem grande futuro.

JD – Ao contrário do que pode parecer, essa colaboração não se limita aos pareceres que efectuamos para o CPME. No plenário anual, por exemplo, temos um contributo muito interessante que tem ajudado a encontrar soluções para alguns problemas do sector: todos



os países apresentam o relatório anual sobre o que se passa em termos de política de saúde e temos todos aprendido muito com a experiência uns dos outros. Temos a exacta noção do que se faz lá fora e sabemos que algumas experiências que parecem ideias inovadoras já foram testadas noutros países e que se revelaram desastrosas quando levadas à prática.

ROM – Pode dar-nos um exemplo de uma política que se tenha revelado ineficaz?

JD – A Suécia, por exemplo, até há pouco tempo, estava numa fase de empresarialização dos hospitais. Contudo, neste momento, está a retroceder nesse processo, estando mesmo a efectuar a 'desempresarialização' dos hospitais porque os responsáveis chegaram à conclusão que os prejuízos eram muito maiores do que anteriormente, especialmente para os doentes, já sem referir as questões financeiras levantadas por este modelo.

ROM – Então a troca de experiências entre os vários países tem sido fundamental...

JD – Tem sido muito enriquecedor. Graças a esse intercâmbio, quando somos confrontados com este tipo de políticas sabemos exactamente o que se passa nos restantes países e sabemos muito bem o que responder aos responsáveis pela pasta da saúde. Além disso, com essa troca de experiências conseguimos trazer ideias positivas para o nosso país que transformamos em propostas concretas e apresentamos ao Ministério da Saúde. Esta partilha de conhecimentos tem sido muitíssimo útil para os médicos em geral, e para os médicos hospitalares em particular, porque só assim é possível tentar influenciar as políticas do nosso país, tendo em conta a experiência acumulada noutros sistemas de saúde. Esta é, sem dúvida, uma área fundamental da influência da AEMH.

ROM – Salvo raras excepções, não existe na maior parte dos países membros da AEMH qualquer verba especialmente adstrita quer à formação contínua dos médicos quer à pesquisa, qual é a posição desta associação em relação a esse problema? O que é que tem sido feito?

JD – De facto, muito raramente há verbas para formação ou investigação. É evidente que a responsabilidade da formação médica contínua devia ser

dos governos dos vários países e isso não tem sido feito, mesmo quando se faz legislação obrigando os médicos a efectuarem formação. Considerando que é fundamental que os médicos tenham essa formação contínua, não podemos deixar de ressaltar que essa deve ser uma competência dos governos, posição que temos feito chegar ao ministro da saúde. No entanto, na maior parte dos países a formação médica contínua está ainda muito dependente dos contributos da indústria farmacêutica. Neste momento, é um apoio fundamental pois sem ele a formação médica contínua estaria comprometida. Por isso e para que não existam quaisquer problemas, temos um protocolo com a indústria farmacêutica que estabelece os parâmetros desse apoio.

ROM – E nos restantes países também existe esse apoio da indústria farmacêutica?

JD – Neste aspecto estamos um pouco à frente de outros países que não têm regras convenientemente estabelecidas. Temos discutido esta nossa experiência na AEMH e tem sido muito bem acolhida. O nosso protocolo está muito bem estruturado, define claramente como é que os médicos podem ser subsidiados, para que tipo de congressos podem receber apoio, etc., defendendo quer a indústria quer os médicos, aos quais é permitido fazerem formação sem qualquer tipo de ilegalidade. A nossa experiência tem sido uma ajuda para os países que não possuem esse tipo de regras e algumas Ordens estão a preparar protocolos idênticos ao nosso.

ROM – A ética é uma área abordada no âmbito da AEMH?

JD – A ética é abordada com alguma relevância na AEMH e eu, particularmente, como faço parte do subcomité de Ética Médica do Comité Permanente dos Médicos Europeus, tenho uma particular apetência para essas questões. Portanto, dentro da AEMH, as questões éticas são igualmente incontornáveis, pese embora o

facto da abordagem destes temas se efectuar com maior profundidade no âmbito do subcomité do CPME. Mas como estou nas duas organizações esforço-me por fazer a ponte entre elas e fazer o ponto de situação do que se está a tratar no subcomité de Ética Médica e na AEMH. Desse trabalho resulta que, muitas vezes, conseguimos chegar a documentos únicos, em vez de elaborarmos mais do

O futuro passa por modificar a gestão dos cuidados de saúde de forma a tornar-se mais humanizada.

que um documento sobre a mesma questão.

ROM – Há alguma questão ética de maior relevância neste momento?

JD – Um tema que tem dado muita discussão é a eutanásia, área em que, por exemplo, a Ordem dos Médicos belga efectuou uma alteração ao Código Deontológico para se adaptar à lei vigente. Naturalmente que não concordamos com esse posicionamento em que o Código Deontológico segue 'a reboque das leis'.

ROM – Uma das questões preconizadas pela AEMH é o envolvimento dos médicos na gestão hospitalar. Em Portugal, a tendência parece ser a oposta: nos 34 hospitais com gestão privada, cerca de 70% dos gestores não tem qualquer experiência no sector da saúde. Como analisa esta questão?

JD – A Ordem dos Médicos considera que quem conhece bem o sistema de saúde são os profissionais de saúde e estes devem ter uma formação na área da gestão para poderem estabelecer a ponte entre o Serviço Nacional de Saúde como actividade do ponto de vista médico e o SNS organizacional, do ponto de vista da gestão. Se estes profissionais conse-



guirem estabelecer esta ligação, juntando à sua experiência médica uma formação específica em gestão, isso só poderá trazer benefícios para os doentes e para a organização. A Ordem já está a trabalhar nesse sentido, tendo criado uma competência em gestão de unidades de saúde.

ROM – Pensa que esse afastamento dos médicos da gestão hospitalar poderá então mudar com a recente criação da competência em gestão?

JD – Com a criação desta competência o que pretendemos é criar um manancial de médicos com formação na área da gestão, que possa depois permitir ao poder político escolher os médicos que entender que são os melhores para fazer a gestão das unidades de saúde. Não pretendemos que todos os médicos com essa competência se tornem gestores, o que pretendemos é que haja um conjunto de médicos com essa formação e que isso permita que os decisores possam optar por um médico/gestor. Esta abordagem seria com certeza benéfica para os doentes, que são aqueles com quem estamos fundamentalmente preocupados. Creio que a curto prazo se irá optar pela escolha de médicos/gestores porque este sistema tem 'os dias contados': o *feedback* que nos chega relativamente aos resultados desses hospitais empresarializados faz-nos acreditar que essa opção não tem grande futuro. À semelhança da Suécia, caso paradigmático que já referi, penso que vamos reverter o processo. O futuro passa por modificar a gestão dos cuidados de saúde de forma a tornar-se muito mais humanizada e muito mais eficaz.

O Futuro da Saúde para a Europa

David Byrne, o Comissário Europeu para a área da saúde, encerrou o 7.º Ciclo de Conferências do Fórum Gulbenkian de Saúde 2004, com a conferência «O Futuro da Saúde para a Europa», à qual se seguiu um debate com a participação de Maria de Belém Roseira, Maria Clara Carneiro, Isabel Ramos, João Lobo Antunes e Vasco Reis

Terminou no dia 26 de Maio o 7.º Ciclo de Conferências do Fórum Gulbenkian de Saúde 2004, organizado pela Fundação Calouste Gulbenkian, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH).

Numa conferência moderada por António Correia de Campos, presi-

saúde são comuns aos vários países membros da União Europeia, David Byrne falou da necessidade de um debate igualmente transversal, e das vantagens da troca de experiências e ideias, e do valor potencial dessa disseminação de conhecimentos para enfrentar os desafios que se colocam aos sistemas de saúde nos nossos dias, nomeadamente no que se refe-

veis políticos percebam que «a saúde é um factor de produtividade numa economia competitiva», concretizando essa ideia no exemplo das doenças crónicas que impedem os cidadãos de continuarem activos. «A saúde é um factor essencial e poupa dinheiro a todos os níveis. O crescimento económico europeu depende do investimento na saúde e temos que reduzir as diferenças



dente do Conselho Científico da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa e ex-ministro da saúde, o Comissário Europeu para a área da saúde, David Byrne, falou do futuro da saúde no velho continente, focando aspectos como a migração dos profissionais de saúde, as regras de movimento livre desses mesmos profissionais, as expectativas dos Estados membros, o impacto das novas tecnologias e as consequências do recente alargamento da União Europeia. Reconhecendo que os desafios que se colocam ao nível da

re a uma melhor utilização dos recursos existentes que são, naturalmente, limitados.

Quanto aos objectivos e indicadores de saúde, já que o que se pretende é idêntico nos vários países, o Comissário Europeu para a saúde considera que devem ser desenvolvidos ao nível europeu e referiu que «os objectivos de saúde devem ser integrados em todas as políticas europeias».

Referindo o sub-investimento na saúde como um problema, explicou que é essencial fazer com que os responsá-

entre os membros mais antigos e os países recém-chegados à União Europeia. (...) Investir na saúde devia ser visto como uma prioridade na Europa, quer através do investimento interno dos países, quer através da cooperação europeia». Explicando que o que está em causa é, mais do que o volume de recursos investidos, como e onde se investe, David Byrne referiu a importância da prevenção e do investimento na saúde pública: «precisamos de governos e ministros das finanças esclarecidos que percebam que há grandes bene-

Precisamos de governos e ministros das finanças esclarecidos que percebam que há grandes benefícios económicos na prevenção.

fícios económicos na prevenção». Classificando a livre circulação como uma questão muito importante, o comissário europeu referiu o direito que um cidadão tem de receber tratamento noutro Estado membro, quando não consegue acesso ao tratamento no seu país de origem. Quanto ao pagamento desse tratamento, pelo qual será responsável o sistema de saúde do país de origem, ressaltou que tem que se ter em conta a sustentabilidade do financiamento dos sistemas de saúde e que o pagamento deve ser efectuado de acordo com a «taxa» aplicável ao acto/tratamento em causa no país de onde é nacional o cidadão. Naturalmente que o desenvolvimento desta ideia e a aborda-

pois o investimento em áreas como, por exemplo, a saúde pública implicam ganhos económicos a médio e longo prazo.

Perspectivas para o futuro

Maria de Belém Roseira, da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, ex-ministra da saúde e actual deputada da Assembleia da República, realçou a importância de um espaço de debate, reflexão e partilha de opiniões, como o Fórum Saúde, numa altura em que «falta a avaliação do impacto de decisões tomadas noutros sectores mas que põem em causa os sistemas de saúde», ilustrando esta sua preocupa-

necessidade de investir na prevenção e na promoção de estilos de vida saudáveis, Maria de Belém Roseira conclui afirmando que é esta a área que mais contribuirá para o crescimento económico: «é com essa leitura em que saúde é igual a riqueza que iremos garantir a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde e a coesão social».

Maria Clara Carneiro, deputada da Assembleia da República, congratulou-se por, finalmente, após 30 anos, a Saúde ter passado a ser vista como um problema de economia («a saúde pública é a riqueza de um país»). Para os próximos anos, e dado o aumento das assimetrias, consequência natural do alargamento da União Europeia, Clara Carneiro considera



gem aos problemas que podem surgir deverá ser efectuada através de acordo entre os membros da União Europeia.

Referindo-se aos vários sistemas de saúde e de financiamento existentes, e ao facto de cada país considerar que o seu é o melhor, David Byrne conclui deixando algumas ideias: a necessidade de uma maior convergência europeia nas questões da saúde, a necessidade de políticas em todas as áreas que contemplem as questões de saúde, e reforçando que saúde é sinónimo de riqueza

ção com o exemplo das consequências do pacto de estabilidade no sector da saúde: «quando se estabelecem regras no âmbito do pacto de estabilidade, como por exemplo o valor máximo de crescimento da dívida pública, isso tem impacto na gestão, que em vez de se pautar pelo preenchimento de critérios de qualidade, se passa a pautar apenas pelo preenchimento dos critérios do pacto de estabilidade». Definindo a saúde como «uma das áreas em que a aprendizagem ao longo da vida mais se manifesta», numa clara alusão à

que «a grande reflexão sobre a saúde na Europa centrar-se-á nos meios de melhorar a eficácia e de garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde».

João Lobo Antunes, professor da Faculdade de Medicina de Lisboa, realçou ao longo da sua intervenção o facto de «o grande progresso da saúde das populações resultar da investigação biomédica e das melhorias económicas». Considerando fundamental que os profissionais de saúde sejam «activos e participantes», João Lobo Antunes referiu o

É com essa leitura em que saúde é igual a riqueza que iremos garantir a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde e a coesão social.

processo de Bolonha como um marco que se vai revelar fundamental na evolução do ensino superior, naquilo que definiu como «uma revolução que vai tocar profundamente as ciências da saúde». Uma intervenção que, como referiu Correia de Campos, se debruçou sobre «a Europa do conhecimento».

Vasco Reis, professor da Escola Nacional de Saúde Pública, após realçar o papel fulcral da Fundação Gulbenkian na realização do Fórum Saúde, referiu-se às implicações financeiras da «europeização» da saúde, deixando no ar a questão de como é que o nosso país, que tem tantas barreiras geográficas e administrativas, e em que é tão difícil até mudar de hospital, irá lidar com a possibilidade de um utente mudar de país para efectuar o seu tratamento: «como é que o nosso país se vai

situar nesse contexto?»

Isabel Ramos, presidente do Conselho de Administração do Hospital de São João, dissertou sobre a necessidade de reduzir custos mantendo os padrões de qualidade, sobre a necessidade de implementação de novas tecnologias administrativas e da definição das regras para utilização das mesmas, e sobre a necessidade de investir em investigação.

Ao longo de todas as intervenções deste fórum, pudemos encontrar uma mesma mensagem: é importante que os decisores reconheçam o valor económico da promoção da saúde.

«Podíamos fazer melhor»

Luís Filipe Pereira, ministro da saúde, encerrou este fórum com uma intervenção onde realçou aquilo que

são, em seu entender, os aspectos positivos da reforma estrutural do sector da saúde.

Segundo referiu, os objectivos da reforma em curso são, nomeadamente, «a responsabilização do sistema face ao cidadão», «o combate ao desperdício», manter um Serviço Nacional de Saúde «de acesso universal e gratuito, salvo as taxas moderadoras», etc. Luís Filipe Pereira considera que mais do que um Serviço Nacional de Saúde, o que deve haver é um Sistema Nacional de Saúde, «em que o Estado continuará a ter um papel de garante mas admitindo-se outras iniciativas, do sector privado e social». Como grandes desafios do sector apontou a necessidade de assegurar melhores cuidados de saúde à população, de assegurar a acessibilidade efectiva (equidade do acesso aos cuidados de saúde sem discriminações), assegurar a sustentabilidade financeira do sistema de saúde e um eficaz emprego dos recursos disponíveis, através de uma gestão eficiente, etc. Referindo que Portugal gasta 9,2% do seu Produto Interno Bruto com a saúde, o ministro concluiu: «com 9,2% do PIB podíamos fazer melhor, ou, eventualmente, fazer o mesmo com menos recursos».

Questões como a remuneração em função da produção (naquilo que o ministro considerou ser «uma lógica empresarial de valorização da eficiência»), a «flexibilização dos recursos humanos», o «reforço da promoção dos genéricos» e as estratégias de combate às listas de espera foram algumas das questões também abordadas no encerramento desta conferência.



Agir com rigor nem sempre é suficiente

O médico, quando chamado a pronunciar-se em situação de conflitos familiares, deve ser extremamente cauteloso, actuando com absoluto rigor técnico-científico. Mesmo assim, é frequentemente injustiçado.

PROPOSTA DE ARQUIVAMENTO

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

2. A participação anexava cópias dos seguintes documentos:

2.1. Relatório psiquiátrico subscrito pelo Senhor Dr. ... elaborado no âmbito do processo n.º ..., do 2.º Juízo Cível do Tribunal de Círculo de ...

2.2. Exames clínicos.

2.3. Relatório da Clínica ..., de Espanha.

3. O participante alega os seguintes factos:

1.1. Pretende, contra a vontade da restante família directa, interditar seu irmão ... sofredor de um atraso mental desde nascença.

1.2. Aquele seu irmão é o visado nos relatórios médicos e exames clínicos anexos à participação.

1.3. O Tribunal de ... onde foi apresentado o pedido de interdição, solicitou a emissão de um parecer ao Senhor Dr. ...

3.4. O relatório elaborado por este médico é, não só um emaranhado de contradições, como em nada reproduz a realidade do estado de saúde mental do irmão do participante.

3.5. Considera existir discrepância entre a avaliação efectuada pelo arguido e a da Clínica ... de Espanha, e diz ter ouvido vários técnicos de saúde muito conceituados que o aconselharam a tomar esta atitude.

4. No relatório subscrito pelo Senhor Dr. ... é de realçar o seguinte:

4.1. O peritado nasceu com uma comunicação inter-auricular, que foi corrigida aos 14 anos, e frequentou a escola com dificuldades, tendo terminado o 2.º ano

do ensino secundário no programa de adultos. Trabalhou até 1991 numa empresa de embalagens, pertença da família, entretanto encerrada.

4.2. Entre 1973 e 1986, o peritado foi seguido pelo Senhor Dr. ..., estando diagnosticado como portador de um atraso mental moderado e de uma epilepsia.

4.3. Chama a atenção para o facto de deverem ser tidas em conta, na interpretação dos resultados da avaliação efectuada por aquele médico, factores externos, como a língua materna diferente da do avaliador.

4.4. O peritado apresenta comportamento em geral adequado, com alterações sazonais do humor; é inibido, inseguro e ansioso, pelo que, quando pressionado, apresenta interferência na realização das suas tarefas.

4.5. Não apresenta alterações relevantes de memória. Tem capacidade de atenção e concentração. Mantém capacidade de cálculo e escrita dentro do seu nível escolar. Sabe o valor do dinheiro e possui conhecimentos de ordem social geral, como regras e funções das instituições, nomeadamente bancárias.

4.6. O pensamento é pobre e algo infantil, mas tem sentido lógico. Revela imaturidade, mas tem preocupações com a sua vida presente e futura. Apresenta compreensão das situações e modo adequado de agir. Compreende que teve doenças e que tem limitações, tendo capacidade de julgamento para estabelecer prioridades e observar consequências.

4.7. Como exames subsidiários apresenta um EEG sem alterações significativas, uma avaliação intelectual (escala WAIS) com um QI global de 79.

4.8. «A avaliação neuropsicológica não



Maria José Cardoso
Presidente do Conselho Disciplinar SRN

revelou défices evidentes em nenhuma das áreas avaliadas. Apresenta um nível intelectual situado no limite, possibilita uma autonomia social e mesmo adaptação a um trabalho».

4.9. Conclui com um parecer não favorável à interdição.

5. O relatório da Clínica ..., datado de 1998, contém um diagnóstico de atraso mental moderado e de epilepsia.

6. Instado para se pronunciar, o Senhor Dr. ..., responde que fez tudo como era devido e reserva-se o direito de acionar judicialmente o participante por ofensas à sua pessoa. Anexa vária documentação que lhe foi facultada pelo Tribunal.

7. Em ... o participante juntou aos autos um relatório médico da Senhora Dra. D. ..., perita nomeada pelo Tribunal, que também conclui pela não interdição do peritado.

8. Solicitada a emissão de parecer ao Colégio da Especialidade de Psiquiatria, o qual apresenta a seguinte conclusão: «O Colégio da Especialidade não encontra qualquer base para a queixa do Sr. ... , que é infundada no aspecto processual, formal e substancial, O Colégio não considera que haja qualquer fundamento que justifique um procedimento disciplinar contra o Senhor Dr. ..., o qual, pelo contrário, tem razão para se sentir ofendido na sua honra, por uma queixa falsa e arbitrária».

9. Considerando que os elementos constantes dos autos são suficientes para concluir que o Senhor Dr. ... agiu correctamente, quer do ponto de vista deontológico, quer do ponto de vista técnico, proponho o arquivamento do processo.

Porto, ...

O erro «dito» médico Por uma apreciação pragmática



A. Coutinho de Miranda
Antigo Chefe de Serviço e Director Clínico do
Hospital Curry Cabral

A Revista da Ordem dos Médicos (Janeiro 2004) transcreve de forma resumida momentos importantes do 1º Congresso Nacional sobre o Erro Médico e Negligência, uma iniciativa da responsabilidade da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Advogados. Trata-se de um problema, talvez pouco discutido pelos próprios médicos, pelo que, os promotores e intervenientes do Congresso são credores pelo alerta lançado, ainda que certos temas pudessem ter um maior desenvolvimento prático. Permito-me assim realçar alguns pontos de interesse, agrupados em torno de três ideias centrais.

De que lado errar – do lado certo ou do lado errado(?)

O conceito de erro comporta uma ambiguidade semântica relativa ao próprio termo. Na língua francesa, "errar" implica como na portuguesa o caminhar sem uma direcção coerente em relação a uma verdade. O termo alemão "*Irrtum*" aceita a mesma etimologia mas, a palavra inglesa "*mistake*" já introduz a noção de uma actividade e terá talvez maior emprego que a palavra de origem latina "*error*" que, por vezes, envolve uma contradição como na frase corrente do inglês "errar do lado certo ou do lado errado" (to err on the right or wrong side). Palavra mais utilizada é "*malpractice*", reservada para o acto médico que não é executado correctamente; é negligente; ou é criminoso. A ambiguidade do termo aumenta quando pretende uma maior precisão indo colidir com razões de contingência geográfica e histórica. Como é conhecido, o "erro" só se tornou importante com a medicina moderna e é também o penhor da sua

extraordinária eficácia. No entanto o erro médico, já era conhecido desde há vários milénios no código de Hamurabi dos caldeus, onde o médico podia reclamar um boi pelo acto bem sucedido ou ser sancionado pela amputação do braço no caso de insucesso.

Em regra e até recentemente havia em relação ao erro uma atitude de alguma complacência, sobrançeria ou até humor, como se recorda a seguir:

- **A Comédia é uma imitação dos erros da vida** (Sir Philip Sydney, 1595)
- **Calculo que seja mortal e que pode errar** (J. Shirley, autor dramático inglês, 1637)
- **Os homens podem errar; a maior parte por paixão ou interesse** (J.Locke, filósofo inglês, 1690)
- **Errar é humano; perdoar é divino** (A.Pope, poeta inglês, 1711)
- **É delicioso pensar na perfeição; mas bastante mais divertido falar de erros e absurdos** (Fanny Burney, novelista inglesa, 1796)
- **Os erros do homem sábio podem ser preferíveis às perfeições do tolo** (W.Blake, poeta inglês, 1827)
- **Os erros das pessoas de poucos meios e feias surgem quando se extraviam; as pessoas de bens podem-se permitir algumas delinquências** (G.Elliot, novelista inglês, 1880)
- **A irracionalidade pode produzir verdades mais prejudiciais que os erros dum razão esclarecida** (T.B.Huxley, biólogo inglês, 1881)
- **O Homem de génio não se engana; os seus erros são volitivos**

e constituem portas de descoberta (J.Joyce, novelista irlandês, 1922)

O erro médico foi durante muito tempo aceite como inevitável e talvez mesmo justificado quando escudado no latim "*errare humanum est*". G. Bernard Shaw de modo desprezado e já no séc. 20 declarava que "os arquitectos escondiam os seus erros debaixo da argamassa, os cozinheiros escondiam-nos com a mayonaise enquanto os médicos faziam repousar os deles debaixo da terra". Nenhuma destas atitudes é defensável hoje.

O médico é responsável pelo "erro médico" (?)

Se a palavra "erro" tem diversas interpretações, a expressão "erro médico" potencia as ambiguidades. Efectivamente o "erro médico" só ocasionalmente é "do" médico e geralmente pode bem ser do gestor, do enfermeiro, do farmacêutico ou da Indústria ou até mesmo do político. Pode-se exemplificar para mera ilustração o que se passa com o gestor ou o político. A eles caberá designar as "metas assistenciais" tais como listas de espera, duração do internamento, apoios de retaguarda (convalescência, casas de repouso), serviços com presença médica de 24 horas (urgência interna) – medidas aliás, que há mais de 30 anos já eram objecto das preocupações de muitos médicos seniores dos antigos Hospitais Cívicos de Lisboa. Outro exemplo prático é a carta ao *The Lancet* do início do ano, assinado por um grupo de notáveis e onde a própria OMS é associada a *malpractice* por alegadamente dificultar a introdução de um novo antimalárico.

Do lado médico, estas metas e os meios utilizados para o seu cumprimento podem influenciar negativamente a performance profissional, desencorajar a motivação profissional, diminuir a realização pessoal, e não raramente conduzir a situações éticas e deontológicas graves. Para cada caso, devem-se analisar as decisões de gestão *versus* a actuação médica, bem como a responsabilidade de outros profissionais envolvidos no processo. O essencial será que o responsável seja identificado e que a legalidade prevaleça.

É possível alcançar o “risco zero” no “erro médico” (?)

Certas profissões da indústria possuem uma componente científica de extremo rigor, envolvem consequências de extrema gravidade para as populações, terão uma definição precisa do erro profissional respectivo, e podem justificar eventuais aplicações noutras profissões v.g. na Medicina. Apresentam-se a seguir exemplos emblemáticos de Desastres Industriais:

Three Mile Island uma estação nuclear da Pensylvania (USA) em 1979 onde se verificou uma avaria grave do núcleo do reactor fora já uma advertência, que acen- tuou a hostilidade contra o uso pacífico da energia nuclear e provocou uma reavaliação das normas de segurança então utilizadas; Bhopal (India) em 1984 onde a fuga para a atmosfera de cloro duma fábrica de pesticidas determinou a morte de 2500 pessoas e sequelas graves em milhares de pessoas; Chernobyl em 1986 onde um acidente numa estação nuclear provocou uma fuga de radioactividade com repercussões de extrema gravidade na Ucrania, Bielorrússia e outras regiões da Europa; o acidente do petroleiro Exxon Valdez em 1989 no Alasca provocou uma grave poluição da costa e dos mares. A agressão do ambiente é hoje uma causa im-

portante de doenças. Os exemplos aqui referidos tornaram-se paradigmáticos da exigência pública e da necessidade de uma regulamentação apertada para certas actividades industriais bem como para o exercício da medicina, onde o erro pode ser causa de vários inconvenientes.

Para um paralelo com a medicina atente-se ao que se passa com a aviação onde a necessidade de controlar o erro é também obsessiva. O “*check cross*” que ocupa os dois pilotos na meia hora que precede o levantar de vôo, visa testar diversos parâmetros de segurança e as instruções de vôo previamente recebidas. Consiste em comparar as instruções escritas entregues aos dois pilotos e que começa por um deles ler a instrução escrita em voz perceptível, antes de computadorizar a informação, enquanto o outro ouve, repete e compara com a respectiva instrução escrita antes de introduzir no próprio computador, e assim sucessivamente. A metodologia assegura um duplo controlo das normas, que é triplo se for considerado o registo da caixa de vôo. Outra regra, para levar o exemplo um pouco mais longe, obriga um dos pilotos à adopção de alerta máximo quando o outro alivia a pressão de vôo p.e. “para desentorpecer as pernas”. A

analogia com a função médica é evidente na Urgência, onde qualquer das funções médicas deveria estar sob responsabilidade dupla, sobretudo no trabalho nocturno ou sempre que o responsável da equipa o determinasse. Também as “*guidelines*” das centrais nucleares ou das fábricas de produtos tóxicos são de cumprimento rigoroso, pois o “erro humano”, é uma causa frequente de catástrofe. Os interessados procedem à simulação do erro no computador para treino, descoberta de falhas no sistema e motivação no desempenho. Uma necessidade para o risco tendencialmente a zero é ainda a redundância no número de pessoas encarregues de determinada tarefa. Tudo afinal como os novos internos hospitalares praticavam com os doentes, no respeito rigoroso das normas médicas e quando faziam a respectiva apresentação (actividade provavelmente de pouco interesse na óptica de produtividade do gestor).

Mas será o erro dito médico idêntico ao “erro industrial” (?)

Há desde logo uma diferença essencial já que a realidade observada é um objecto fabricado pelo homem no caso da indústria; e é o próprio homem no caso da medicina. Por outro lado, o



Figura 1

exercício médico depende de circunstâncias próprias e ligadas à formação continuada, tais como o **conhecimento** sempre em vias de actualização, sempre com lacunas e sempre com certezas de vida curta; a **execução**, muito dependente do treino, da idade e da complexidade do acto executado, (inclui, é claro, o preenchimento adequado da ficha clínica) e bastante vulnerável (p.e. pela fadiga excessiva, sem repouso suficiente tão frequentes no internista pela multiplicidade de postos de trabalho que ocupa); a **afectividade** que não deve ser esquecida (nem exagerada) para a pessoa doente; e o **senso clínico** comum que condiciona as outras vertentes, é fruto dos anos de exercício e justificará em geral uma acção mais oportuna, rápida e eficaz, sem o recurso à última novidade ou ao último "state-of-the-art". Podem trazer sérios inconvenientes o esquecimento de aspectos essenciais da praxis, que tem uma das suas raízes mais importantes nas observações de F.Sylvius (ou Franz de le Boë, Leyden, Holanda, sec. 17). Ele próprio proclamara ter inventado um método consistindo em levar os discípulos aos Hospitais públicos, ouvir e examinar os doentes, interpretar e considerar as causas do mal e propôr o seu trata-

mento. Parte destas ideias não seriam originais, foram-se aperfeiçoando nos séculos seguintes tornando possível um enquadramento cada vez mais perfeito das realidades clínicas em vida à cabeceira do doente e na visita médica.

Outra alavanca importante para o aprofundamento do conhecimento foi o exame *post mortem* tornado possível com a legislação de Napoleão, cerca de dois séculos depois. As realidades tinham mudado e foram as morgues (figura 1), com a presença assegurada de curiosos em busca de emoções fortes, e o teatro anatómico (figura 2), centro médico por excelência, que iriam atrair médicos da mais variada proveniência a Paris, desde então um centro de liderança médica, posição que ainda hoje disputa a muitas capitais. A responsabilidade e o erro profissionais são conceitos mais recentes indissociáveis da modernidade médica e só estarão salvaguardados por uma carreira assistencial hospitalar, profissionalizada, estruturada, digna e exigente, mas que nos últimos anos talvez tenha sido demasiado subalternizada.

As quatro vertentes, aqui sumariamente referidas, conferem um carácter *sui*

generis ao erro «dito» médico, com componentes próprios e repercussões, em regra, no singular. No entanto pode o erro assumir proporções catastróficas à semelhança dos erros industriais, tais como a história recente da medicina portuguesa mostrou com a transmissão de infecções (SIDA) na transfusão de sangue ou do factor VIII na hemofilia; na intoxicação pelo alumínio do doente em hemodiálise; na toxicidade fetal como no caso da Talidomida, embora este último, com uma incidência mínima em Portugal; e num número apreciável de situações que a atitude e o gesto aprendidos e aperfeiçoados, neutralizam no dia-a-dia.

Assim e em conclusão:

- A atitude tradicional perante o erro talvez tenha sido de complacência, e mesmo de aceitação o que parecia inevitável nas profissões como a medicina, dependentes da experiência.
- Esta atitude cultural não tem hoje cabimento, pode mesmo ser prejudicial em profissões com riscos públicos e deveria ter o devido enquadramento legal. O mesmo se passa com a medicina onde o erro é em regra singular, mas pode afectar grupos importantes de doentes com uma determinada patologia (como infecções transfusionais, intoxicações, e um número apreciável de outras entidades).
- O exercício profissional médico correcto depende de um conhecimento actualizado, capacidade física, atitude humanitária e senso clínico. A preocupação com o "state-of-the-art" não deve minimizar ou esquecer aspectos tradicionais, essenciais e enraizados na Enfermaria (a "oficina" do clínico, para parafrasear um inglês famoso).
- O erro dito médico é muitas vezes da responsabilidade de outros sectores da Saúde, tais como gestão, e deveria ser substituída por outra expressão mais objectiva.



Figura 2

A Saúde em Portugal, ou a eterna dicotomia entre o Ser e o Parecer



José Poças
Director de Serviço de um Hospital SA

I - Introdução

«... mas os Directores de Serviço hospitalares têm que demonstrar envolvimento total e apresentarem resultados. Quem não pensar assim, simplesmente não serve, seja qual for o modelo de gestão ... »
sic Eduardo Barroso, DN, Abril, 2004

Vivemos numa época em que cada vez mais a classe política entende que a aparência é mais importante para a opinião pública em geral e para a sua própria sobrevivência, do que a realidade, e em que um crescente número de responsáveis cultivam com discutível eficácia a capacidade de se auto-iludirem. Estando em fase de balanço o primeiro ano de vigência da denominada «revolução» no sector da saúde no nosso país, é pois cada vez mais difícil de inferir se, nas declarações públicas dos nossos governantes, existe alguma correspondência fidedigna entre «o que se diz» e «o que se pensa».

II - Equívocos

«... quando as ilusões economicistas dos filhos de Cavaco passarem, Portugal estará no exacto lugar onde D. João III o deixou há 400 anos, isto é, país lateral e periférico da Europa, 50 anos atrasado face aos indicadores europeus; mas o Estado, esse, ter-se-á tornado no pior inimigo dos portugueses...»
sic Miguel Real, JL, Abril, 2004

Vejamos pois alguns exemplos bem ilustrativos em como a tão necessá-

ria credibilidade nas instituições, nas políticas e nos seus responsáveis é posta em causa, na prática, com demasiada frequência. Para tal podemos então servir-nos de alguns *slogans* tão propagandeados e do mais genuíno «bom gosto» da hierarquia reinante, qual evidência «lapalisseana» jamais passível de poder ser contestada:

1) Diz-se:

É necessário racionalizar a despesa, mas ... sem por em causa a qualidade dos serviços e os direitos dos utentes;

**O direito
constitucional à saúde
das populações mais
carençadas nunca
esteve efectivamente
tão ameaçado...**

É necessário desburocratizar processos ... e agilizar procedimentos; As SAs têm maior autonomia administrativa.

a) Na realidade:

Reduziram-se os «stoques» de consumíveis nas instituições (medicamentos, reagentes, etc.) de tal forma, que as roturas passaram a ser ainda mais frequentes, com as óbvias implicações no regular funcionamento dos diversos serviços. Em muitos casos, não se diminuíram

os prazos de liquidação das despesas com consumíveis, nem se criaram, por exemplo, centrais de compras comuns (por grupo hospitalar, região administrativa, etc.) que permitissem negociar melhores preços a troco de um maior volume de aquisição. Muitas das regras dos concursos de adjudicação próprias da Administração Pública, tidas justamente como impeditivas do bom funcionamento do sistema e eloquentemente demonstrativas da manutenção do «salazarismo» mais que obsoleto (compras, serviços, obras, etc.) continuam na prática em vigor, em completa contradição com a pretensamente eficiente «cultura empresarial» que se pretenderia implementar.

2) Diz-se:

É necessária mais Humanização e maior Qualidade;

b) Na realidade:

Apesar de todos os indicadores credíveis evidenciarem a existência de um défice enorme de enfermeiros e auxiliares de acção médica, ou seja, dos profissionais que mais permanentemente estão em contacto directo com o doente, restringem-se os recursos humanos nas áreas de prestação directa de cuidados assistenciais e retiram-se-lhes os horários acrescidos, fomentando-se o desgastante e nefasto pluriemprego. Existe um enorme défice de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, sendo a sua média etária consideravelmente avançada para se poder exigir um aumento completamen-

te desajustado de doentes e de actos médicos. Desta forma, compromete-se irremediavelmente a qualidade da medicina praticada, e torna-se quase impossível levar a cabo as fundamentais tarefas de educação para a saúde e de cariz preventivo, transformando-se assim a sua actividade em pouco mais do que a de um mero «referenciador» ao especialista hospitalar.

Estes últimos, em nº também reduzido nalguns sectores e de uma faixa etária semelhante à dos anteriores, desgastam-se também de uma maneira quase desumana para fazer face ao caos das urgências, subtraindo pois energias e tempo que obviamente muito comprometem as restantes actividades assistenciais tão ou mais importantes.

Por muito que custe aceitar a evidência mais que irrefutável, as imprescindíveis actividades de formação médica pós-graduada continuam a sobreviver quase exclusivamente à conta do apoio da indústria farmacêutica, enquanto os departamentos hospitalares respectivos e as bibliotecas vão asfixiando à míngua de condições para desempenharem tais funções. Para além disso, na prática, desincentiva-se a investigação clínica, a realização ensaios farmacológicos, e paralisa-se a actividade de algumas Comissões Técnicas cuja existência é obrigatória face à lei vigente, na «mira saloia» de que com estas atitudes se conseguirá poupar bastante dinheiro, etc.

Os Internos do Geral e do Complementar são cada vez mais encarados como uma mera força indiferenciada de trabalho, nefastamente consumidora de recursos, a quem até se pode admitir reduzir o salário, e não como o garante da continuidade dos Serviços e da sua nobre missão assistencial, desígnio vital para o país e suas populações que deveria ser antes devidamente fomentado e aperfeiçoado.

3) Diz-se:

Os médicos nomeados Directores de

Serviço, assumem a responsabilidade pela gestão operacional dos restantes profissionais;

A Gestão deve ser participada, transparente e profissionalizada.

c) Na realidade:

Continuam a existir hierarquias funcionais paralelas, sendo a autoridade do Director de Serviço, no que respeita à capacidade de planeamento das suas actividades, uma mera caricatura daquilo que está consignado na lei vigente.

Alguns CAs de certos SAs já começaram a estimular ou a sugerir veladamente que se dê prioridade aos doentes dos denominados sub-sistemas, das seguradoras ou mesmo privados, em detrimento dos do SNS.

Os Regulamentos Internos dos hospitais, na generalidade, não foram objecto de um prévio e profundo debate interno, nem algumas das propostas entretanto consideradas pertinentes e apresentadas nas vésperas da sua aprovação final, foram sequer integradas no respectivo texto definitivo.

Realizaram-se Cursos de Formação em Estratégia de Gestão Empresarial para os órgãos dirigentes de algumas SAs, através de fundos comunitários, onde foram apontados alguns vectores de desenvolvimento institucional a serem seguidos e prevista a existência de algumas comis-

sões de acompanhamento interno, cuja concretização é, por ora, meramente virtual...

Os Contratos Programa das instituições não integram a realidade e as contingências próprias de cada Serviço, de pouco valendo o necessário esforço despendido na realização dos Relatórios de Actividades anuais e dos Programas de Acção para cada triénio que é exigido aos seus respectivos Directores, a quem alguns dos mais elementares dados de produção, receita e consumo não são sequer fornecidos com aceitável prontidão e fiabilidade.

Irresponsavelmente, os quantitativos negociados pelos CAs com a tutela para pagamento da produção realizada/contratualizada não previram nenhuma espécie de verba para os exames realizados por algumas especialidades (ex.: Fibroendoscopias, Cateterismos, etc.) aos doentes do SNS, o que se traduz na necessidade de se ter que optar entre tratar os mesmos ao arrepio das normas consensuais e adequadas, aumentar o défice, ou codificar o exame sob outra denominação tida por menos ruínosa...

A taxa de aplicação de verbas comunitárias neste sector, nomeadamente em áreas tidas como vitais para a própria Saúde Pública, é escandalosamente baixa.

Ainda não existe uma organização interna institucional que permita, de uma forma adequada, apurar a produção efectiva em tempo útil, nem os hospitais são realmente subsidiados pela tutela em função da diferenciação da medicina praticada, ao passo que, artificialmente, algumas despesas são administrativamente «corrigidas» pelo ministério (veja-se o caso recente dos gastos com medicamentos cuja verba foi imputada às ARSs, ou o pagamento dos ordenados dos internos do geral e do complementar que iniciaram funções a partir de Janeiro do corrente ano nos SAs e cuja verba é imputada incompreensivelmente a certos hospitais SPAs!).

Generalizou-se uma organização departamental nos hospitais, sem se adaptar a mesma à realidade de cada instituição, sem se ter em conta o peso enorme da «tradição» no nosso país, e sem se cuidar que a eficácia da mesma está muito interligada a uma reforma paralela que se impu- nha ter encetado primeiramente, quer ao nível da pré-graduação (ensino com uma maior componente prática e com o necessário enfoque na formação prioritária de médicos generalistas), quer ao nível da especialização médica e cirúrgica (através da criação de um tronco comum de 3 anos em Medicina Interna, em Cirurgia Geral ou em Pediatria). Pretende-se, absurdamente, subalternizar os Cuidados de Saúde Primários aos Hospitalares, tal como já foi feito relativamente à Saúde Pública, em vez de se aprofundar a necessária e mais produtiva cooperação inter-sectorial de todos, sem subordinação de qualquer um deles.

4) Diz-se:

A produtividade no sector da saúde é muito baixa;
É necessária maior disponibilidade dos médicos;
Vai premiar-se o acréscimo de responsabilidade e o desempenho.

d) Na realidade:

Não se investe a sério na profissionalização do secretariado clínico nem na informatização dos registos médicos e dos circuitos administrativos ligados directamente às áreas assistenciais, sendo os processos de trabalho ainda incrivelmente demorados e obsoletos em relação às capacidades técnicas actuais, logo, consumidores de muita mão-de-obra e tempo que tanta falta faz noutra tipo de funções.

Desincentiva-se objectivamente a dedicação exclusiva dos médicos e impede-se a dos restantes profissionais, criando-se um desfasamento funcional verdadeiramente anacrónico que se traduz numa deficiente rentabilização das capacidades instaladas, so-

bretudo no sector dos exames auxiliares de diagnóstico, acarretando um conseqüente, mas evitável, aumento dos tempos de internamento e lógica diminuição da rotatividade das, por vezes, mais que exíguas camas hospitalares.

Até ao momento e ao longo de muitos anos, existiram muitos médicos que não receberam qualquer subsídio pela Direcção de Serviço ou por cargos de Assessoria Técnica, haven-

O que se afigura ainda mais inadmissível é a actual ARSLVT dizer desconhecer a existência de qualquer Plano de Remodelação do Hospital (...), tal como administrações anteriores se atreveram a dizer que a lotação do mesmo, determinada pela DGS em 516 camas, desde 1996 (e nunca posteriormente revogada!), não era a oficial...

do outras funções altamente desgastantes e de enorme responsabilidade profissional pelas quais sempre foram pagas importâncias verdadeiramente simbólicas, ao passo que os Gestores nomeados para os CAs das recém criadas SAs viram os seus ordenados insultuosamente aumentados numa época em os dos restantes funcionários estão congelados

desde há dois anos (incluindo o do Director Clínico!).

Os critérios de avaliação de desempenho que se anunciam para a progressão salarial têm em conta quase somente a quantidade de actos ou técnicas realizadas, sendo omissos quanto à qualidade dos mesmos, e não sendo claros na distinção que se impõe quanto à índole de cada especialidade (médicas, médico-cirúrgicas, cirúrgicas, se têm ou não técnicas próprias, se realizam apenas exames auxiliares de diagnóstico ou actividade clínica), ou quanto ao tipo de doentes que tratam (crónicos e/ou agudos), etc.

5) Diz-se:

Devemos ir de encontro às necessidades das populações;
O Sistema e as Instituições têm que se saber adaptar às exigências dos doentes.

e) Na realidade:

O direito constitucional à saúde das populações mais carenciadas nunca esteve efectivamente tão ameaçado, sendo de aguardar com a necessária prudência e expectativa a posição da recém criada ERS.

Alguns CAs de certos SAs já começaram a estimular ou a sugerir veladamente que se dê prioridade aos doentes dos denominados sub-sistemas, das seguradoras ou mesmo privados, em detrimento dos do SNS. Doenças que geram maior despesa são encaradas como indesejáveis, não se olhando aos chamados custos sociais indirectos.

6) Diz-se:

Os hospitais gerais diferenciados são predominantemente para doentes agudos;
Vai-se investir numa rede de cuidados continuados/paliativos.

f) Na realidade:

Desarticulou-se irresponsavelmente as camas da rede de hospitais concelhios, sem se operacionalizar primeiramente, em alternativa, outras

estruturas mais adequadas, e que, por ora, só existem enquanto mero projecto de intenções.

Os internamentos de cariz social são cada vez mais frequentes.

Cada vez são internados mais doentes com agudizações de doenças crónicas (geriátricos, com patologias consumptivas ou degenerativas, psiquiátricos, portadores de distúrbios comportamentais ligados mais ou menos directamente a disfunções sócio-económicas e/ou afectivas, com afecções secundárias ao abuso de, ou exposição a substâncias tóxicas, com desregulação imunitária, etc.), e traumatizados graves (com todas as suas graves sequelas inerentes...), etc.

III - O Caso «Exemplar» do Hospital de Setúbal

«... a criação de boas condições de trabalho no sector público da saúde não é um gasto, é um investimento que tem como contrapartida a disponibilidade obrigatória do médico. Se a empresarialização dos hospitais for nesse sentido, evitar-se-á muito desperdício...»

sic Francisco Azevedo e Silva, DN, Julho, 2003)

Algumas das deficiências apontadas previamente podem, infelizmente, ser encontradas com mais ou menos dificuldade no hospital onde trabalho e ao qual dediquei grande parte da minha vida profissional de mais de 20 anos, cerca de dois anos e meio dos quais como elemento integrante da sua Direcção Médica. Durante este último período, tentou-se, empenhadamente, fazer sair do verdadeiro estertor em que caiu devido à inadmissível inacção dos responsáveis pela hierarquia da tutela ao longo dos derradeiros 15 anos, aquele que foi outrora o primeiro hospital regional nacional, paladino reconhecido da formação médica pós-graduada e viveiro de muitas gerações de médicos que se têm notabilizado nas mais diversas especialidades e que foram posteriormente tra-

balhar para inúmeros outros hospitais.

Numa «Carta Aberta» publicada na revista da OM há pouco mais de um ano e dirigida ao actual Ministro da Saúde, intitulada «A Saga do Rei Nu», para além de uma análise detalhada premonitória acerca de toda esta complexa problemática, atrevi-me a

Não será pois de estranhar que (...) existam actualmente alguns serviços sem camas de internamento atribuídas, ou com um número perfeitamente exíguo para as necessidades...

contar alguns pormenores mais ou menos rocambolescos que envolveram a negociação com as sucessivas direcções da ARSLVT acerca da decisão entre construir um hospital novo ou reabilitar o existente, tal era (e continua a ser) o avançado estado de degradação de algumas das suas instalações. Afirmei então (sem que alguém tenha feito qualquer desmentido público posterior...) que foram apresentadas às mais variadas instâncias competentes (Ministros, Secretários de Estado, Presidentes da ARSLVT, Coordenadores da Sub-Região, Comissão Técnica, etc.) os argumentos pró e contra de cada uma das hipóteses em estudo, bem como dois documentos amplamente discutidos e fundamentados

acerca das alternativas ao plano de obras e rotação dos respectivos serviços proposto pelo Grupo Técnico da ARSLVT.

Estas negociações não foram nada fáceis, tendo-se prolongado por todo o verão de 2001. Por incrível que se possa conceber, para uma população de mais de 250.000 habitantes, no centro geográfico do distrito e na cidade capital do mesmo, numa região altamente industrializada e em expansão demográfica, com projectos turísticos e de rede rodoviária de grande magnitude, partimos de uma proposta inicial que contemplava pouco mais de 300 camas, quase só com valências básicas, para um acordo final de cerca de 410 camas, compreendendo pelo menos todas as especialidades diferenciadas já existentes.

Foi posteriormente prometido, em cerimónia pública realizada no hospital, perante todos os seus funcionários, um investimento de cerca de 3.000.000 de contos por um período de 4 anos. Tal como então, é pois legítimo perguntar, perante todo o desenvolvimento posterior, se foi prometido aquilo que não existia, ou se outros *lobbies* mais poderosos desviaram esse dinheiro posteriormente para outros projectos tidos como

«mais importantes»...

O que se afigura ainda mais inadmissível é a actual ARSLVT dizer desconhecer a existência de qualquer Plano de Remodelação do Hospital (quando o anterior, da autoria do próprio Grupo Técnico, até tinha sido publicado na revista da Associação de Médicos da Carreira Hospitalar!), tal como administrações anteriores se atreveram a dizer que a lotação do mesmo, determinada pela DGS em 516 camas, desde 1996 (e nunca posteriormente revogada!) não era a «oficial»!!!

Não será pois de estranhar que, tal como foi então previsto poder vir a acontecer, existam actualmente alguns serviços sem camas de internamento atribuídas, ou com um número perfeitamente exíguo para as necessidades, serviços que se planeia serem transferidos para junto de outros sem o mínimo de similitude e à custa da diminuição da sua lotação oficial, os espaços vagos para a sua rotação já não existam, tenham sido feitas obras provisórias em locais não previstos, dê-se agora como definitivo aquilo que foi tido apenas por temporário, doentes de uma mesma especialidade tenham que se amontoar no Serviço de Urgência e serem posteriormente dispersos pelos vários pisos e serviços nos dois blocos, em suma, se tenha criado o descrédito absoluto nas hierarquias, generalizado o caos na organização dos espaços e dos circuitos, e o que é mais grave ainda, feito germinar o nefasto clima próprio do aforismo popular «casa onde não há pão, todos ralham, e ninguém tem razão»...

Dois exemplos do que acabo de expor se podem apontar desde já. O primeiro, é o que se refere à auditoria externa ao Serviço de Urgência, onde seguramente o «diagnóstico» da «doença» está feito há muito, pelo que, certamente, não bastará uma mera operação de cosmética para lhe evitar uma agonia eternamente anunciada.

O segundo e mais ilustrativo, é o caso da enfermaria de Infecçiology/Pneu-

mologia, com plano de obras e respectivo caderno de encargos completo desde há cerca de 8 anos!!!, com financiamento garantido!!! por duas entidades (CNLCS e Saúde XXI), no valor total de cerca de 1.250.000 euros, sempre tido como «prioritário» por todas as entidades e... cujo concurso para as obras só agora parece ir ser aberto, ao passo que os doentes (quem se interessa?) se amonto-

O caso da enfermaria de Infecçiology/Pneumologia, com plano de obras e respectivo caderno de encargos completo desde há cerca de 8 anos!!!, com financiamento garantido!!! por duas entidades (CNLCS e Saúde XXI), (...), sempre tido como «prioritário» por todas as entidades e... cujo concurso para as obras só agora parece ir ser aberto!!!

am em todo e nenhum lado, como se a tão evocada Saúde Pública fosse coisa de menor importância.

O resultado? Perante a recusa em continuar a financiar os SAs através do PIDAC, o actual CA até já considera a hipótese, para garantir a viabilidade operacional da instituição, fazer obras recorrendo à alienação do seu capital social!

Não admira pois que, perante todo este quadro, a meio do Outono do ano transacto, após a apresentação do pedido de exoneração do então Director Clínico, a pretexto de «estarem em causa as condições institucionais para a boa prática médica», numa atitude perfeitamente inédita no nosso país, mais de 25 dos ainda na altura indigitados Directores de Serviço, tivessem que mostrar indisponibilidade para a sua nomeação definitiva, apenas fazendo eco do clima generalizado de descrença no futuro próximo da instituição que então se vivia no seio da classe médica e dos restantes profissionais.

Mais recentemente, com o prolongar da greve do sector médico para além do imaginável, não se assumindo os encargos inerentes a compromissos que decorrem tão-somente da aplicação da lei vigente, e ao abusar-se da boa fé alheia, renegando a validade de documentos assinados em plena consciência perante representantes legítimos de ambas as partes em litígio, deu-se a derradeira machadada na confiança institucional e na entrega espontânea à causa do hospital, espírito emblematicamente cultivado ao longo de sucessivas gerações!

Mas então, tal como se ouve insistentemente nos corredores, onde estão e o que fazem as «forças vivas» da cidade? E o que dizem os órgãos do poder local? Será que querem que aguardemos tranquilamente pela vinda de uma «Comissão Liquidatária»? Ou será que afinal este assunto é perfeitamente despiciente e até nem lhes diz assim tanto respeito? E a população, com o seu silêncio ensurdecedor?

Não será que no âmbito de todas estas questões afinal, o mal reside, apenas e tão só, na falta de capacidade para fazer *lobby* por parte da população e responsáveis políticos de uma cidade e de uma região que, historicamente, sempre foi verdadeiramente esmagada pela proximidade da capital do reino e visceralmente des-

prezada por quem o tem governado? É pois com base nesta minha experiência e nestas conjecturas que fico com a nítida sensação que, em certas circunstâncias, infelizmente cada vez mais frequentes, a necessária solidariedade dos órgãos do poder para com as chefias de algumas instituições, termina no exacto momento em que estas acabam por aceitar os cargos para os quais os primeiros tiveram tanta dificuldade em encontrar alternativa, tornando posteriormente vãs todas as promessas de empenhamento para ajudar na resolução dos difíceis problemas que os seus responsáveis têm que enfrentar quotidianamente.

IV - Considerações Finais

« ... e a situação só não é pior devido à abnegação e competência de muitos médicos e enfermeiros que vão resistindo nos hospitais e nos centros de saúde. Até se cansarem. Há uma espécie de 'assassinato' da classe média. E médica... »
sic, Carlos Cáceres Monteiro, Visão, Fevereiro, 2004

Voltando finalmente aos problemas da saúde em geral, é inegável que se atravessa uma crise económica a nível mundial, com fortes repercussões no nosso país e, em particular, na região onde vivo e onde trabalho. Por consequência, nas sociedades com regimes democráticos (tal como também se deveria passar na nossa...), a necessária racionalização na distribuição da riqueza de cada nação será tanto melhor aceite e será tão mais eficaz, quanto maior for a formação cívica dos eleitores e a confiança nos eleitos para os cargos de natureza governamental. Só que isso comporta várias condições prévias, acima das quais a transparência nos métodos de decisão e o conhecimento informado e a aceitação previa por parte da maioria da sociedade.

É que neste tipo de regime político (o pior de todos, à excepção dos restantes...) os cidadão organizados nas

estruturas representativas da sociedade, são livres de optarem por assumir colectivamente as consequen-

Não admira pois que, perante todo este quadro, (...), após a apresentação do pedido de exoneração do então Director Clínico, (...), numa atitude perfeitamente inédita no nosso país, (...) tivessem que mostrar indisponibilidade para a sua nomeação definitiva.

cias de se gastar mais, por exemplo, em saúde e educação, do que em ci-
mento e balas, ... ou ao contrário!

De facto, não será de todo admissível, sub-repticiamente, os políticos empurrarem para os médicos o ónus de determinado tipo de opções incómodas aos olhos dos cidadãos, que devem ser antes da intrínseca responsabilidade dos mesmos, dado ultrapassarem completamente os limites de natureza técnica e os fundamentos de índole ética que estes estão obrigados a defenderem sempre por imperativos deontológicos, independentemente das pressões mais ou

menos directas dos poderes instituídos.

Ninguém contestará pois, em consequência, a necessidade, cada vez maior, de se racionalizarem os gastos e rentabilizarem os investimentos. Tão pouco a importância de passarmos a ter Administrações altamente profissionalizadas na direcção das instituições de cuidados de saúde. Mas o mais importante, em termos das necessidades dos cidadãos e da satisfação dos doentes, continua e continuará a ser, sem sombra de dúvida, a disponibilidade, o empenhamento e a competência técnica dos profissionais do ramo. Porém, o que acontece é que, na situação actual e em muitas das instituições, cada vez a disponibilidade e o empenhamento daqueles é menor, dado o ambiente interno de grande desmotivação que se vive.

Daria então, de seguida, apenas alguns exemplos, todos bem ilustrativos dos anacronismos do nosso sistema, e da falta de confiança nalguns dos seus agentes.

Dentro dos primeiros, referiria a existência de uma multiplicidade de sub-sistemas de saúde, todos subsidiados directamente pelo Estado com base nos descontos efectuados pe-

los respectivos beneficiários, embora com regras e vantagens muito diferentes, dando a sensação a um observador externo (tal como já aconteceu com diversas instituições internacionais de credibilidade inquestionável), que estaríamos perante países diversos, com a agravante da possibilidade de acumulação da vários deles pela mesma pessoa ou família. Em segundo lugar, diria que, num país em que a grande maioria dos cuidados de saúde estão na dependência directa ou indirecta do Estado, e em que os cidadãos já descontam uma percentagem substancial dos seus salários para impostos, é inadmissível que ainda recaia directamente sobre os mesmos o pagamento de uma importância tão elevada dos seus custos totais, facto sem qualquer paralelo nos países comunitários.

Dentro dos segundos, citaria primeiramente o caso da actual política do medicamento, com as fundadas suspeitas de que existe uma deficiente farmacovigilância das cópias e dos genéricos de moléculas originais que, a par do licenciamento da comercialização de um nº perfeitamente absurdo de similares de um mesmo produto farmacêutico, produzam objectivamente uma menor aderência ao saudável princípio da prescrição por substância química, e estimulem o consequente inflacionamento do consumo farmacológico desadequado face aos diagnósticos concretos.

Em segundo lugar, os sistemas de seguros de saúde, onde os prémios são manifestamente exagerados para a cobertura de cuidados que oferecem, nomeadamente o facto de não garantirem a sua manutenção em certos casos de doença ou restringirem o seu âmbito a determinadas faixas etárias, razões pelo que não constituem pois, à partida, verdadeiras alternativas, tal como se pretendia. É por tudo o que disse que a contabilidade efectiva dos cuidados de saúde não se pode fazer à moda do «merceeiro» de aldeia, havendo que contabilizar, para além dos gastos di-

rectos, outro tipo de parâmetros fármaco-económicos que, demagogicamente, tão pouco são tidos em conta quando os nossos governantes pretendem «esclarecer» publicamente a população, e cuja omissão tantos prejuízos pode trazer.

Refiro-me concretamente aos «custos do não tratamento», ou em sentido mais lato, ao custo de não se tomarem atempadamente as medidas científica e epidemiologicamente correctas que se imponham em cada momento, sobretudo quando estão em causa doenças transmissíveis e a Saúde Pública. Será que não chegam os exemplos da BSE, do SARS e da Gripe Aviária, de que todo o mundo foi «cúmplice» mais ou menos inocente e (des)interessado, e do gigantesco prejuízo económico para as economias dos países afectados, sabendo-se que nesta era da globalização, também neste aspecto, nenhum se pode verdadeiramente considerar imune?

É por isso para mim perfeitamente incompreensível, à luz destes princípios, que no nosso país, por exemplo, a declaração da SIDA como doença crónica venha a ser sucessivamente prometida e ... sempre adiada. Pena é que a grande sensibilização genuinamente evidenciada pelo mais Alto Magistrado da Nação quanto a este problema, não tenha ainda «contagiado» os sucessivos Governos. Se isso ocorresse, talvez o problema já tivesse começado a deixar de ser o drama que é hoje em dia no nosso país, onde assume proporções sem paralelo à escala comunitária. Finalmente no que concerne a outros aspectos tão polémicos da actual política de saúde, referindo-me especificamente à decisão inopinada de se transformar de uma assentada 31 hospitais em SAs (todos com características e condições de funcionamento diferentes), poderemos compará-la, em termos figurativos, ao lançamento de uma frota de navios ao mar, em que cada um é suposto ser auto-suficiente, enfrentar idênticas tormentas, fazer um trajecto se-

melhante, e desempenhar missão equivalente, mas ... em que existem uns com 10 anos de construção e outros que têm 40 anos, uns com uma tripulação em quantidade e qualidade minimamente aceitáveis, e outros em que uma parte da mesma se evade logo no primeiro porto, ou ainda, uns que têm o casco restaurado e o parque de máquinas operacional, ao passo que os restantes vão ter que fazer reparações frequentes, pagando-as à conta da venda do seu recheio.

Perguntar-se-á então: Os resultados finais serão mais da responsabilidade do comandante e da tripulação, ou do armador? E quanto aos resultados: Serão, honestamente, equiparáveis?

É, pois, infelizmente esta a realidade que vamos vivendo e que importa ter a coragem de analisar e denunciar a cada passo, porque a reflexão interpares e o exercício livre e responsável da cidadania plena, além de fazerem parte da tradição e da cultura médicas, representam inequívoca e simultaneamente, um direito e um dever de que jamais abdicaremos! Quanto mais não seja, para que não nos tomem a todos por «tolos», e porque a «catarse» diminui o *stress* e este, como se sabe, faz muito mal à saúde e gera muita despesa ao erário público. **Não é Sr. Ministro?**

Enquanto tal, neste jardim à beira mar plantado e de brandos costumes, caem as pontes, ardem as matas, e uma parte dos «ícones mediáticos» da nossa sociedade balofa lá se vai sentando calmamente nas camas dos calabouços «víps» e no banco de réus comum à restante população.

Tal como sempre, daqui por algum tempo, novos escândalos irão despertar a sua fugaz memória, e a «culpa lá terá que se arriscar a morrer solteira» uma vez mais.

Ou não terá sido sempre assim...!?
Setúbal, 2004/04/26

A Entidade Reguladora da Saúde



Rui Nunes

*Professor da Faculdade de Medicina do Porto
Presidente da Entidade Reguladora da Saúde*

Em Abril de 2004 tomou posse a direcção da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) correspondendo ao imperativo legal que decorre da aprovação pelo Conselho de Ministros do Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de Dezembro.

Sendo a regulação na saúde uma prática corrente na maioria dos países ocidentais pode questionar-se porque é que só neste momento é que se criou uma autoridade dedicada ao sector da saúde no nosso país.

Por um lado, e tal como sugere sua Excelência o Sr. Presidente da República, porque devido à reforma estrutural do Serviço Nacional de Saúde a regulação é um instrumento essencial não apenas para garantir a concorrência saudável entre os diversos operadores mas, sobretudo, para salvaguardar o direito inalienável de todos os cidadãos a um sistema de saúde justo, solidário e equitativo. Por outro, porque importa separar claramente o financiamento da prestação de cuidados, sendo que o controlo deve ser efectuado por uma entidade isenta e independente.

Mas, no quadro desta importante reforma estrutural, deve ter-se em linha de conta que o pilar essencial do Sistema de Saúde é o Serviço Nacional de Saúde que tem que ser cuidadosamente reapreciado à luz de novas correntes de opinião, consagrando porém os seus valores estruturais. Estes valores, constitucionalmente protegidos, em particular a equidade no acesso e a universalidade na cobertura, não devem impedir um debate sério de ideias sobre o modo como se estabelecem as prioridades na saúde e sobre quais os

cuidados de saúde que o sistema pode efectivamente oferecer aos cidadãos.

A protecção da saúde é hoje considerada como um direito civilizacional, o que implica que a salvaguarda deste direito é sobretudo uma responsabilidade da sociedade e das suas instituições democráticas. Tal como noutros países ocidentais, a existência em Portugal de um sistema público de protecção da saúde

Mais do que um direito constitucional, a protecção da saúde deve ser considerada como um dos grandes pilares de uma sociedade democrática e plural.

enquadra-se nesta dinâmica, sendo um factor decisivo para a melhoria sustentada dos indicadores de saúde da nossa população. E a política de saúde deve tentar conciliar os princípios da equidade e da solidariedade com a vontade social, democraticamente determinada, atribuindo um carácter operacional aos cri-

térios de justiça, fundamentais para uma política de saúde atenta às necessidades básicas dos cidadãos. Mais do que um direito constitucional, a protecção da saúde deve ser considerada como um dos grandes pilares de uma sociedade democrática e plural.

Porém, e não obstante o contributo fundamental do Serviço Nacional de Saúde para a protecção da saúde dos portugueses, a gestão estatal dos serviços públicos tem-se revelado pouco eficiente. Ao longo dos últimos anos, e independentemente da complexa geometria político-partidária, os governantes tentam dirimir este conflito – entre a necessidade de providenciar um bem social, como a saúde, e melhorar a eficiência económica – através da intervenção do mercado. Na saúde, no entanto, o mercado é sempre imperfeito, pelo que é determinante a adopção de critérios de transparência bem como a função reguladora do Estado. De facto, o mercado só providencia os cuidados de saúde aos cidadãos com capacidade para pagar e não a todos os que dele necessitam.

Daí que a intervenção do Estado seja fundamental para harmonizar e articular uma oferta e uma procura tão particulares, não estando em causa o cumprimento das mesmas regras da economia em geral, pois, aos olhos do cidadão, a saúde não é um bem susceptível de consumo ou de permuta.

Está em causa uma nova cultura na saúde fundada na convergência de dois factores aparentemente irreconciliáveis: a qualidade na prestação de cuidados de saúde e a optimização da utilização dos recursos disponíveis. Assim, com base no vector chave para o aumento da produtividade surge o ideal de que melhorar a eficiência na utilização dos recursos pode originar um sistema de saúde mais justo e de melhor qualidade. E, também, concorre para o reconhecimento do papel do contribuinte que através dos seus impostos contribui decisivamente para o financiamento do sistema. Esta nova mentalidade parte, então, da percepção de que a saúde e a sua protecção são um bem económico altamente dispendioso e não “gratuito”, ainda que frequentemente o seja no momento da utilização dos serviços. Está igualmente em causa a necessidade de se promover a eficiência do ponto de vista económico através da adequada gestão dos recursos financeiros e dos meios humanos e materiais. Este requisito é determinante para a estabilidade social, dada a actual falta de sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde. Esta reflexão preliminar remete-me para a questão inicial de que, numa sociedade justa e democrática, os cidadãos – contribuintes e potenciais utilizadores dos serviços de saúde – exigem que cada Euro-Saúde seja utilizado com a maior eficiência possível.

O problema da saúde em Portugal não reside apenas no sub-financiamento, mas no modo como os recursos são geridos e utilizados. São desejáveis novas soluções no combate firme e determinado ao desperdício, passando, naturalmente, pela plena responsabilização dos gestores, a todos os níveis da cadeia hierárquica das organizações.

A introdução de novos modelos de gestão nas unidades de saúde reflecte a resposta das instituições de saúde a uma sociedade cada vez mais exigente, mais crítica e em perma-

nente evolução. De facto, observam-se profundas alterações na estrutura tradicional da administração pública com a finalidade de obter ganhos em saúde para as populações. Procura-se, cada vez mais, uma estrutura flexível, centrada no princípio da racionalidade económica e na lei da oferta e da procura. Neste contexto

À Entidade Reguladora da Saúde compete a tarefa de evitar disfunções no acesso à saúde, de que a selecção adversa e a procura induzida são bons exemplos.

de mercado imperfeito, o Estado deve assegurar as funções de financiamento, regulação, e acompanhamento dos cuidados de saúde. Mais ainda, quando está em curso a implementação de redes nacionais de cuidados primários, hospitalares e continuados.

Com a criação de um mercado administrativo na saúde, no qual participam distintos operadores – públicos, sociais e privados – e onde a procura de eficiência económica implica a adopção de novos modelos de gestão de hospitais e de centros de saúde – de que a empresarialização e as parcerias público/privado são exemplos elucidativos – a Entidade Reguladora da Saúde tem como objectivo nuclear a protecção dos direitos fundamentais dos cidadãos. Direitos, tais como a equidade no acesso ao sistema público, a obtenção de informação, a implementação de mecanismos eficazes de reclamação, ou mesmo a protecção da privacidade individual. Recorde-se que, tradicionalmente, a salvaguarda dos direitos fundamentais dos cidadãos repousava sobre a ética profissional que sobreviveu ao

longo de dois mil anos, tendo-se sucessivamente consagrado em diversos códigos de ética profissional e nos juramentos que os pretendem honrar. Todos estes documentos têm, em comum, a atribuição de um papel central aos profissionais de saúde, exortando determinados princípios éticos que, independentemente da cultura de onde emanaram, visavam a promoção das virtudes profissionais. De facto, qualquer profissão impõe determinados deveres àqueles que a exercem. Quanto mais uma profissão se organiza, mais tende a dotar-se de um estatuto codificado onde estão bem definidos os deveres e as obrigações emanados dos seus órgãos oficiais. A deontologia profissional trata, assim, de garantir o bom exercício da profissão, alicerçando-se, por um lado, na pureza dos preceitos éticos e por outro na sua regulamentação. A auto-regulação profissional decorre da aceitação de um padrão de competência e de conduta determinado, e periodicamente revisto, pelas associações representativas da classe.

Mas, ainda que a auto-regulação profissional – de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, e outros profissionais de saúde – seja perspectivada como o sentido último da responsabilidade, constata-se que em todo o mun-

Qualidade, segurança, prática baseada na evidência, prevenção de riscos, clinical governance, são os termos da linguagem presentes na regulação da saúde, onde as estratégias para a melhoria do desempenho organizacional serão sempre acompanhadas com isenção e transparência.

do ocidental se tem desenvolvido um controlo sustentado e dirigido do direito à protecção da saúde, por parte de autoridades reguladoras independentes. A existência de mecanismos regulatórios centralizados, com legitimidade formal, e conceptualmente distantes da hierarquia buro-

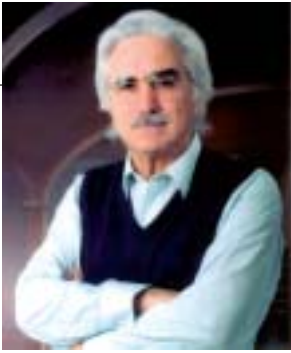
crática convencional da administração pública, é o expediente transnacional necessário para potenciar a melhoria do desempenho, da qualidade e da segurança no domínio da saúde.

A regulação social e a regulação económica da saúde enquadram-se num

novo modelo de administração pública no qual a obtenção de ganhos de eficiência, e o combate ao desperdício, implicam uma política de rigor na utilização de recursos, sempre com grande sentido de responsabilidade. A Entidade Reguladora da Saúde compete a tarefa de evitar disfunções no acesso à saúde, de que a selecção adversa e a procura induzida são bons exemplos. A regulação estará atenta a estes fenómenos e tentará, no quadro legal em que se inscreve, prevenir o seu aparecimento através de uma intervenção serena, mas determinada. Ou seja, com a criação de um organismo regulador independente, pretende-se separar as funções de controlo, supervisão e acompanhamento dos operadores no sector da saúde, garantido todavia que estas funções não sejam influenciadas por nenhuma das partes envolvidas.

Em todo o caso torna-se fundamental uma colaboração activa de todos os intervenientes, desde os cidadãos, aos profissionais e respectivas associações, às distintas organizações públicas, privadas e sociais dedicadas à prestação de cuidados de saúde, dado que se trata, verdadeiramente, de uma parceria para um Novo SNS.

Qualidade, segurança, prática baseada na evidência, prevenção de riscos, clinical governance, são os termos da linguagem presentes na regulação da saúde, onde as estratégias para a melhoria do desempenho organizacional serão sempre acompanhadas com isenção e transparência. Em suma, no limite dos recursos existentes, procura-se a excelência clínica e a humanização da saúde.



Jaime Milheiro

Presidente do Conselho Nacional de Saúde Mental

Numa publicação mais em cima do acontecimento, fizemos humor sobre a necessidade de quotas de homens em Medicina sugerida por algumas conhecidas individualidades portuguesas. Face ao "indecente" aumento do número de médicas em Portugal (como em toda a Europa) e dos alarmes que pelos vistos tão judiciosamente provoca, fui adiantando que se deveria organizar uma Ordem dos Médicos Masculinos (OMM) para nos defender. E que na situação realmente intolerável em que nos encontramos, ainda por cima com tendência para piorar, esse nosso Vaticano se deveria desembaraçar em atitudes, não fosse alguém duvidar da dotação hormonal de que tão orgulhosamente nos sabemos assistidos.

E sugeri também que o Governo fosse obrigado a colaborar, arquitectando diplomas impeditores desta invasão e propiciadores duma efectiva manutenção dos nossos "poderes". Não se vislumbrando medidas mais benignas e considerando que nos momentos graves, com toda a justiça, nos devemos sentir desobrigados de condescendências, propus mesmo que os Directores de Serviço masculinos fossem clonados e as suas cópias largamente difundidas por todo o País. Acompanhadas, obviamente, por idênticas clonagens das auxiliares de limpeza.

Desse modo se acalmariam os medos mal confessados que os homens têm das mulheres. Medos que são a causa verdadeira desta questão e que existiram desde sempre, mas que ao longo da História foram exemplarmente "resolvidos" pelo nosso poder, aparentemente agora posto em causa.

Acrescentei ainda que esse medo do outro sexo existe na profundidade dos homens e das mulheres. E que constitui até uma peça significativa na relação entre os dois, constituindo igualmente e em simultâneo, um atractivo

factor de busca no erotismo e na diferença. Será mesmo uma das peças integrantes dum conceito que não vem nos livros e que habitualmente designo por "ADN mental". Mas o medo social (e é disso que se trata nesta questão das quotas), não pode ser confundido com esse medo psicológico profundo, porque se mobiliza noutros condimentos e noutras motivações.

I

Mais a sério, é óbvio que o aumento do número de médicas se deve a condições determinados pelas democracia e pela organização social dos países civilizados, ou seja, pelas inultrapassáveis culturas e mercados a que ambos os sexos têm idêntico acesso. Além de assentar nesse desenvolvimento social, tem vindo a ser exemplarmente cimentado no edifício público e profissional da mulher, ao contrário do que insinua as individualidades assustadas. Pelo que, em minha opinião, deverá ser aplaudido como elemento benéfico, qualquer que seja a numeração e qualquer que seja o exercício. Sabendo nós que, numa condição normal de Saúde, a essencialidade do masculino e do feminino não se modificam apesar das mudanças externas em cadeia. Só a superfície do homem e da mulher se desvanecem no alargamento culturalista, o seu interior profundo inevitavelmente permanece. Este Sapiens permanecerá, com os sexos diferenciados e com as suas identidades características, pelo que será insensato temer a evolução social, como parece estar a acontecer. Factores psicológicos e factores sociais têm origens diferentes: completam-se saudavelmente mas permanecem diferentes.

No que diz respeito à Medicina, penso que o aumento feminino deveria ser até preconizado. Muito seriamente,

acho que a Medicina do nosso tempo só pode melhorar com o exercício feminino, o qual, de certa maneira vem já compensando, nos nossos dias, o excesso tecnológico e desumanizado que infelizmente a caracteriza. Mais afectivas e mais disponíveis quase sempre, menos "instrumentais" dos que os homens por história e por natureza, com uma constituição biológica, psicológica e social (o seu "ADN mental") mais próxima do benefício numa relação médico-doente, só por razões freudianas se justificarão estas preocupações. Racionalmente, será difícil avalizá-las: só razões fundas e ancestrais, derramadas sobre o julgamento dos outros, as poderão justificar.

II

Por Saúde Mental entende-se um sentimento íntimo de fluidez, uma harmonia activa nos movimentos psicológicos das pessoas e das sociedades. Funciona com condição de bem estar ou de mal-estar, assente numa estrutura que supõe uma liberdade interior e pessoal, a interagir com a liberdade exterior ou social, advinda do meio ambiente. Meio que dá e recebe dentro do possível, mas que se torna dispensavelmente prejudicial se artificializa dissonâncias. Há fundamentos de expectativa e de adaptação, de participação e desenvolvimento, cujas potencialidades não podem ser coarctadas com ligeireza, sob pena de prejuízo da Saúde Mental de toda a gente.

Qualquer constrangimento ou quota será negativo, nomeadamente quando representa um absurdo sem benefício para ninguém. Será apenas um ensaio de menorização, suportado em fantasmas de pouca consistência no nosso tempo. Só com humor se poderão encerrar estes exclusivismos de cidadania, masculinos ou femininos.

Devemos fazer Humor!

O médico no acompanhamento do papel dos não médicos no socorro*

* Palestra proferida na mesa-redonda «O papel dos não médicos no trauma» (Trauma Um Flagelo do Século XXI, Auditório da O.M., Lisboa 6-7 de Maio de 2004)

Várias leituras se podem fazer a partir desta questão. Aceita-se como princípio genérico, a possibilidade no caso vertente (do socorro), de os médicos poderem ser substituídos por não médicos. Admite-se também que outros (não médicos), desde que para isso estejam habilitados, possam desenvolver uma actividade que pressupõe a realização de actos que competem aos médicos e por isso, estes têm de ter controlo sobre isso; por outro lado pressupõe-se que a actuação de não médicos no socorro, (mesmo que não pratiquem actos médicos *strictu sensu*) merecem monitorização e acompanhamento por médicos, porque a sua actuação perante uma vítima pode ter implicações quer imediatas quer no prognóstico. Nestes pressupostos várias interrogações se podem colocar: Qual o papel dos não médicos no socorro? Que nível de formação será desejável para os não médicos no socorro? Qual a capacidade de intervenção dos não médicos? Poderá existir autonomia dos não médicos no socorro? O acompanhamento pelo médico pressupõe: controlo de actividade? responsabilização médica? responsabilidade na formação? Naturalmente que estas questões só se devem colocar em cenários fora do «olhar» do médico, por isso sobretudo ao nível pré-hospitalar.

O exercício ou prática de técnicas terapêuticas pressupõe a capacidade de diagnóstico; o diagnóstico e a terapêutica fazem parte do exercício da Medicina ainda que, sob condições possam ser realizados por outros profissionais da área da saúde ou afim, por delegação de competências. Mas não chega os médicos delegarem competências; nem basta existirem protocolos ou algoritmos de actuação feitos por médicos. Dada a natureza dos actos praticados, os médicos têm que ser directamente responsáveis pela formação dos não médicos quando se trata da realização de actos médicos; assim tem que existir uma responsabilidade repartida, de quem

executa e de quem deu formação e/ou homologa a prática de actos médicos. Independentemente das opiniões e leituras sobre o papel dos não médicos, há uma questão que é fulcral: o sistema de socorro deve basear-se sempre no médico porque a sua presença dá credibilidade ao que se faz e ao próprio sistema e contribui para a manutenção da qualidade do que é feito, no pressuposto que o médico leva para a «rua» a experiência e conhecimentos adquiridos na sua prática diária. Aliás será de pôr em causa a prática ou a autorização da prática de determinados gestos por não médicos, exactamente pelas dificuldades que a falta de experiência acarreta e o tempo, por vezes precioso, despendido na sua execução. Por exemplo: há determinadas técnicas e gestos que não sendo praticados diariamente ou com frequência, colocam dificuldades para quem os executa. Assim pode não ser adequado que outros, sem experiência os executem pelo tempo (perdido) que demoram a executar e por vezes sem sucesso, atrasando o tratamento definitivo; daí a já referida utilidade de levar a experiência adquirida no hospital para a «rua»; também por isto alguns defendem o *load and go* em vez do *stay and play*. Sabemos que há outros sistemas de socorro e emergência noutros países, que não se baseiam na presença do médico a nível pré-hospitalar. Isto não nos deve preocupar nem conduzir à tentação de copiar e criar modelos iguais só porque outros os desenvolveram, até sendo países mais desenvolvidos que o nosso, quiçá possuindo uma Medicina mais avançada. Copiar não tem nada de negativo, desde que se referencie a origem da fonte e se «copie bem»! Entenda-se por «copiar bem» a identificação do que existe de inovador e pode ser transportado e adaptado à nossa realidade, depois de analisadas as condicionantes socio-políticas, culturais e geográficas de outras realidades diferentes da nossa. Isto consegue-se, neste particular, introduzin-

do variáveis (condicionantes) nacionais como são: os factores culturais/tradição, os factores geográficos e demográficos, os recursos humanos e meios disponíveis e os factores económicos. Entre nós, no primeiro caso, são exemplos a valorização da presença do médico e a sua esperada centralidade no desempenho; factores geográficos como a relativamente pequena extensão territorial a cobrir comparativamente a outros países, as curtas distâncias aos hospitais e as melhores ou piores acessibilidades; factores demográficos como a maior/menor densidade populacional e a concentração/dispersão habitacional; a disponibilidade de recursos humanos (designadamente médicos) e meios materiais disponíveis ou instalados, e por fim, factores económicos (que não economicistas) na perspectiva da relação custo-eficácia. Como defendo que o médico deve estar directamente envolvido no socorro, e constituir um pilar no desenvolvimento do sistema designadamente fora do hospital, poder-se-ia pensar que não admitia nunca a presença de outros actores com papel primordial naquele cenário. Não é verdade!

Entendo que é admissível que não médicos possam intervir no socorro, em situações definidas e complementarmente à desejável cobertura medicalizada do País, sempre que razões de custo/eficácia, de ordem geográfica e circunstanciais o exijam. Contudo a realidade mostra-nos que, sendo teoricamente desejável, é impossível ter um médico sempre presente, em qualquer ponto do País, na primeira abordagem e resposta de emergência; porque geograficamente e operacionalmente inviável e pelos custos pesados com a perda de eficiência. Voltando ao assunto proposto, das interpretações referidas, o tema parece implicar a aceitação universal de que o médico pode ser substituído, o que não devendo ser a regra, pode ser excepção! Mas se em vez de excepção (ainda que alargada), a presença dos não mé-

dicos como únicos intervenientes no socorro fosse a regra, será que então faria sentido falar no «papel do médico no acompanhamento do papel dos não médicos no socorro», no âmbito da tática autonomia de outros profissionais? Não tenho dúvidas que fará sempre todo o sentido, se quisermos um socorro com qualidade baseado em conhecimentos médicos actualizados, em que só os médicos têm essa capacidade de *apport* ao sistema. Mas com o decorrer dos tempos não seria posto em causa esse papel de acompanhamento, referindo-se ou evocando-se a tal autonomia desta ou daquela profissão?

E que formação/preparação terão esses não médicos (leia-se «técnicos de emergência»). Será que terão uma formação ao nível de curso técnico-profissional? Ou um curso médio? E depois com o evoluir dos tempos, como sabemos que tem acontecido em Portugal, para o acesso que até poderia bastar o 9.º ano, passar-se-ia a uma maioria de candidatos à partida com o 12.º ano, volvidos uns anos teríamos a reivindicação de bacharelato em técnicas de emergência, meio caminho para uma licenciatura bietápica *quicá*, uma licenciatura em Emergência Médica exigindo-se uma intervenção com prática mais alargada!...Seria o aparecimento em Portugal de médicos de «segunda»? Poderá parecer um exagero interpretativo da minha parte, uma visão quase maniqueísta sobre o assunto. Não tenhamos dúvidas que ao tentar resolver um problema (a melhor cobertura e uma primeira resposta com qualidade) se podem correr riscos de arranjarmos outros problemas, que seriam fonte de conflictualidade, colocando-se mais uma vez em causa a hierarquia técnico-científica! Tentar-se-ia sobretudo que o médico fosse arredado do sistema (até seria mais barato e há falta de médicos)! Já nada nos espanta!...

E aí mais uma vez e por maioria da razão seria questionado o controlo médico, e reivindicada a autonomia desses técnicos, pondo-se mais uma vez (ou continuando-se a pôr) em causa o acto médico.

Repito a ideia de que poderá haver excepções neste caso para que actos da estrita competência médica, mas que permitem salvar vidas sejam efectuados por não médicos, ou seja, que médicos possam delegar a sua realiza-

ção em não médicos desde que:

– a rapidez necessária para o sucesso de determinado gesto, que pode salvar vidas e/ou evitar complicações, não permita aguardar pela presença do médico em tempo útil, como por exemplo acontece com a utilização da desfibrilhação automática externa.

– a impossibilidade de ter uma cobertura geográfica com presença médica na primeira resposta ponto por ponto em determinada área territorial, onde a casuística não justifica a permanente disponibilidade de meios e recursos médicos.

– inexistência absoluta do médico em qualquer circunstância: em locais inóspitos, em situações de conflito armado ou situações de multivítimas e catástrofe.

Mas há uma questão muito importante e que diz respeito à formação e à sua estruturação e que é um ponto inicial muito importante do acompanhamento dos não médicos.

– que a formação desses não médicos seja da responsabilidade e supervisão médica;

– que os programas e conteúdos formativos sejam estruturados ouvida a Ordem dos Médicos;

– que a formação seja auditada pela Ordem dos Médicos.

Dar formação pela formação não faz sentido, correndo-se o risco de criar uma nova profissão sem uma carreira devidamente estruturada. Interessa, neste caso, que essa formação seja dirigida a quem está na primeira linha do socorro e potencie as capacidades instaladas em termos de resposta à emergência onde não existe cobertura médica na área pré-hospitalar. Na nossa realidade nacional há que olhar para quem ou quais as organizações que estão implementadas no terreno e aproveitar essa mais valia, as suas potencialidades e capacidade instalada. E quem está implementado no terreno em Portugal para além do INEM? São as centenas de Corporações de Bombeiros. Efectivamente os Bombeiros constituem a primeira linha da resposta no socorro em Portugal. Por isso há que valorizar e melhorar a sua actuação no socorro pré-hospitalar. Assim faz sentido que sejam os Bombeiros a ter no seu seio gente com formação adequada – «técnicos de emergência», o que permitirá complementar a rede medicalizada



João Paulo Almeida e Sousa

Coordenador da Comissão da Competência em Emergência Médica

do INEM.

Mas interessa definir outras regras que regulem o socorro pré-hospitalar por não médicos:

– que os não médicos estejam enquadrados em organização que responda habitualmente em situações de socorro/emergência;

– que exista médico localmente responsável por esse modelo de resposta à emergência;

– que seja definido a capacidade de intervenção técnica dos não médicos;

– que exista avaliação do desempenho e da qualidade.

Parece às vezes, entre nós, que neste contexto o que está em causa, mais do que o interesse em tratar doentes e salvar vidas, é o desejo de ganhar prática e executar gestos (que numa hierarquização técnico-científica correcta devem ser reservadas só para os médicos), em atitudes voluntaristas e com duvidoso interesse curricular reivindicando capacidades e competências a que só a licenciatura em Medicina deveria dar acesso. Porque saber fazer não quer dizer que se faça!

Em conclusão:

– os não médicos podem vir a ter um papel complementar importante no socorro desde que enquadrados em organização que responde habitualmente no socorro.

– a prática de técnicas do foro médico por não médicos, ainda que «simples» deve implicar o acompanhamento dessa actividade por médicos.

– do acompanhamento pelos médicos do papel dos não médicos deve fazer parte:

– estruturação e supervisão da formação;

– a existência de médicos (com a Competência em Emergência Médica) responsáveis por unidades ou serviços de prestação de socorro;

– auditoria e verificação das competências técnicas.

– controlo de qualidade (por mecanismos a definir).



A. Poiares Baptista
Professor Catedrático Jubilado
Faculdade de Medicina de Coimbra

Um plágio - uma greve

A greve do curso do 5.º Ano da Faculdade de Medicina de Coimbra (1920-1921)

As greves dos estudantes universitários sempre foram um meio utilizado como protesto contra determinadas decisões ou posições da instituição universitária ou contra políticas governamentais consideradas lesivas dos seus interesses. No primeiro caso, elas são locais, mais ou menos significativas, na maioria dos casos sem importantes repercussões. No segundo caso, podem tomar um significado muito importante, sobretudo quando adquirem um carácter nacional, como sucedeu na greve de 1969, com graves consequências na vida nacional estudantil e política.

A greve desencadeada pelos alunos do 5º ano do curso de Medicina, do ano de 1921, relacionou-se directamente com os discursos fúnebres proferidos aquando do enterro do Professor Dr. Daniel de Matos, em 25 de Fevereiro de 1921, pelo aluno do 5º ano médico, Eduardo Coelho, e pelo Professor Dr. Angelo da Fonseca. Ela teve a particularidade, julgo que única, de ter sido dirigida contra um único professor, o Dr. Angelo Rodrigues da Fonseca (Fig. 1), personalidade de prestígio nos meios universitário e político¹, acusado de plagiador, de ter originado uma greve geral dos alunos e de ter causado a perda do ano lectivo e o desmembrar do referido curso médico constituído por 59 alunos².

A singularidade do motivo da greve e das suas consequências e o de possuímos alguns panfletos publicados pelos alunos, deu-nos razões de a recordar.

Os documentos que possuímos são um longo manifesto dos alunos, intitulado «ROMPENDO FOGO...», de Abril de 1921 (uma folha do tipo jornal, 39x52 cm, com a referência «primeira tiragem 20 mil exemplares») e um panfleto intitulado «UM PLÁGIO do Dr. Angelo da Fonseca, Prof. de Clínica Cirúrgica na Universidade de Coimbra», com «distribuição gratuita em todo o País» e com a indicação «Edição do Médico António Coelho, Porto, 1921» (8 páginas de 12x19 cm), que reproduz integralmente o plagiado discurso do Prof. Angelo da Fonseca, abrindo com o prefácio «Duas palavras» do aluno do V ano médico, Eduardo Coelho, datado no Porto, em Julho de 1921 (Fig.2)

Consultamos também algumas publicações da época, editadas em Coimbra, sobretudo o «O JORNAL», semanário editado pelo Centro Republicano Liberal, a «GAZETA DE COIMBRA» e a publicação «O CONFLITO», «Órgão da Academia de Coimbra» (foram publicados apenas 8 números, de 6 de Maio a 19 de Julho). Há referência a outros

documentos, sobretudo a um panfleto inicial intitulado «Palavras Claras» que não encontramos.

O conflito teve, como dissemos e como podemos deduzir, dois motivos, ambos em relação directa com o Prof. Angelo da Fonseca.

Um primeiro motivo surgiu em 1 de Março, na segunda aula de clínica cirúrgica após o funeral do Prof. Daniel de Matos, na qual o Prof. Angelo da Fonseca após ter evocado a memória do falecido, seu antecessor, comentou asperamente as palavras que o aluno Eduardo Coelho proferiu no funeral, considerando-as, «*com grande desgosto*», desagradáveis e insultuosas para a Faculdade. Logo nessa manhã os alunos, nomeadamente António de Pádua e Eduardo Coelho, procuraram esclarecer o professor mas não foram recebidos «porque estava muito fatigado» pois terminara de operar auxiliado pelo seu colega Dr. Bissaia Barreto. Contudo algum tempo depois os mesmos alunos são recebidos, o discurso é-lhe lido e é-lhe explicado não ter havido qualquer intenção de agredir a Faculdade. Na realidade, no discurso do aluno, publicado na «Gazeta de Coimbra» de 3 de Março, estão escritas frases como «*O Grande Mestre valia toda a Faculdade*», «*Rareiam cada vez mais os homens de envergadura moral e intelectual de Daniel de Matos. Desaparecem grandes homens e ficam pequenos homens*», «*Que tristeza a geração de hoje! De maus e de doidos, mais maus que doidos, como ele tantas vezes dizia*»; a sua morte foi para Faculdade «*uma desgraça!*». E termina: «*Com as nossas almas ajoelhadas no altar da nossa saudade choremos, em silêncio, o Grande Mestre que, sendo uma das maiores figuras da Medicina portuguesa, era o maior professor da Faculdade de Medicina*». Convenhamos que tais frases, não certamente «inocentes», poderão ter sido pouco agradáveis de ouvir pelo corpo docente da Faculdade... No entanto, o Prof. Angelo da Fonseca escreve na exposição à Faculdade, publicada no «O Jornal» (30 de Abril), ter considerado o assunto esclarecido e encerrado.

Contudo assim não aconteceu...

Com efeito, em 12 de Março, surge o segundo motivo, quando os alunos enviam ao Conselho da Faculdade uma exposição acusando o Professor Dr. Angelo da Fonseca de ter plagiado o seu discurso de um outro proferido pelo Dr. Bernardino Machado, vinte anos antes, por ocasião do falecimento do Prof. Augusto Rocha, também da Faculdade de Medicina, mas «*individualidade intelectual e moral muito dife-*

rente da de Daniel de Matos». De notar que este assunto não parece ter sido levantado na reunião havida com o Prof. Angelo da Fonseca, talvez por ter sido descoberto posteriormente. Diz-se que o «plágio» foi suspeitado pelo Prof. Dr Elísio de Moura...³

Eis a exposição enviada à Faculdade, dada a publico no manifesto «Palavras Claras» e de novo reproduzida no manifesto «Rompendo Fogo...»:

Exmo Senhor Director da Faculdade de Medicina

A gravidade dos factos passados numa aula de segunda clínica cirúrgica, onde o curso do V ano médico foi rudemente ultrajado pelo professor da cadeira, senhor Doutor Angelo Rodrigues da Fonseca, traz-nos perante V.Excia, magoados, porque no ultraje ao V ano médico, não poupou o senhor Doutor Angelo Rodrigues da Fonseca a memória sagrada do grande mestre que foi Daniel de Matos, com a agravante – saiba a nobre e ilustre Faculdade de Medicina – de ter *chorado* a sua morte com as mesmas palavras com que *chorara* a personalidade tão diferente, no talento e no carácter de Augusto Rocha, e de ter copiado e plagiado, com descaro e sem vergonha, o discurso que o sr. Doutor Bernardino Machado, actual Presidente do Ministério, pronunciou à beira da campa deste último sábio Mestre, para o ler sem a menor sombra de pudor moral e intelectual junto do ataúde de Daniel de Matos.

O que se passou é meramente revoltante para a dignidade e para o brio do curso do V ano médico que, por educação e por temperamento, não dobra a espinha nem leva a mão para subtrair a propriedade alheia!

Sobre o primeiro ultraje dirigido ao curso do V ano médico e à memória sagrada da Daniel de Matos- acusando-nos de, no nosso discurso, atacarmos a Faculdade de Medicina porque

muito elevámos a personalidade do sábio Mestre - vem mais este ultraje para a Faculdade de Medicina, para a Universidade de Coimbra, para o País, e sobretudo, o que mais nos fere, para a memória de Daniel de Matos.

E porque muito prezamos e defendemos o prestígio da Faculdade que nos educa não quisemos vir a publico.V.Excia verá pelo Manifesto que profusamente distribuimos por todo o País que foi o senhor Doutor Angelo Rodrigues da Fonseca quem nos atirou para a publicidade, afirmando : - «*Isto é uma questão extra-escolar. Esclareçam a opinião pública. Ela é que ha-de julgá-los.*»

Ao seu apelo viemos elucidar o País do que se passara. A opinião pública acaba de nos julgar.

Aqui vimos perante V.Excia e perante a ilustre Faculdade de

Medicina para que nos julgue também. Permitimo-nos supor que a Faculdade não trilhará outro caminho que não seja o da Moralidade.

O senhor Doutor Angelo Rodrigues da Fonseca, que perdeu a autoridade moral e intelectual – perante o País – não poderá ser professor do curso do V ano médico, sob pena de perdermos o nosso brio e a nossa dignidade. Este acto do V ano médico é uma eloquente *afirmação de caracter* – afirmou-o todo o País.

Um homem que assim se exautora não pode, para prestígio da nossa escola, continuar a reger a sua cadeira.

O curso do V ano de Medicina encontra-se irredutivelmente incompatível com o senhor Doutor Angelo Rodrigues da Fonseca.

Foram estas as palavras que dirigimos ao País, são estas as palavras que dirigimos à digna e ilustre Faculdade de Medicina.

Saúde e Fraternidade

Coimbra, 12 de Março de 1921

O curso do V ano médico



Fig. 1 - O Prof. Angelo da Fonseca

A Faculdade, por intermédio do seu director, o Prof. Luís Pereira da Costa⁴, informou «*que o caso não seria apreciado em congregação por lhe ser vedado ocupar-se de questões morais!...*» e em virtude dos termos utilizados. Recorrendo ao Reitor da Universidade, Prof. Oliveira Guimarães⁵, também lhes foi dito que o assunto só poderia ser analisado oficialmente se enviado pela «*vias competentes*», isto é, pela direcção da Faculdade de Medicina. Contudo na procura de sanar o problema, o Reitor propôs que se desse por terminado o ano escolar das cadeiras regidas pelo Prof. Angelo da Fonseca o que não foi aceite pelos alunos porque queriam aulas para «*completar a educação científica*» e porque «*grande parte dos alunos não*

tinha ainda a frequência da Urologia, cadeira semestral. E mais – porque o lei nos exige um ano de frequência». Entretanto a congregação da Faculdade mantinha a recusa da análise e de resposta à exposição dos alunos, tendo o Director dito, conforme o escrito no manifesto «Rompendo Fogo...»: «*Os senhores convençam-se que só têm uma plataforma airosa. É a saída em massa e espontaneamente da Universidade de Coimbra*». Esta afirmação é comentada no manifesto: «*O curso registou o conselho obsceno...*».

Em consequência, foi realizada uma Assembleia Magna, em 18 de Abril, na Sala dos Capelos, cedida pelo Reitor, «*a mais concorrida e a mais entusiástica Assembleia Académica a que temos assistido*», na qual esteve durante algum tempo o próprio reitor! Nela foi votada, «*em prova e contraprova*» a

seguinte moção :

«A Academia de Coimbra reunida em sessão magna, na sala dos Actos grandes, para apreciar o conflito existente entre o curso do V ano médico e o Prof. da 2ª clínica cirúrgica e clínica urológica, Doutor Angelo Rodrigues da Fonseca: Considerando, pelos factos expostos, que já foram esgotados todos os meios suasórios para a resolução do conflito e que por isso o mesmo curso deliberou abandonar a Universidade,

Resolve, fiel às suas velhas e nobres tradições de solidariedade, proclamar a greve geral até a resolução do conflito dentro da única formula que honrosamente pode ser aceita: substituição do doutor Angelo Rodrigues da Fonseca como professor e examinador do actual V ano médico – para que aqueles seus colegas não tenham de retirar-se da Universidade que sempre tem defendido.

António Pedro Pinto de Mesquita ⁶

Perante a greve geral, a Faculdade toma então, em 20 de Abril, uma posição oficial que é dada a público :

«A Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra tendo sido chamada a dar o seu parecer sobre o documento, entregue ao reitor, em que é reclamada pela Academia a substituição do professor dr. Angelo da Fonseca, na regência da sua cadeira de clínica cirúrgica, pelo professor dr. Raposo de Magalhães, aprovou por unanimidade a seguinte moção:

Ouidas, e devidamente ponderadas, as considerações que após a leitura do referido documento e a propósito dos factos que terão servido de pretexto, fez o professor atingido;

Considerando que o professor dr. Angelo Rodrigues da Fonseca tem dado à Faculdade de que é um dos mais ilustres membros todo o prestígio que provem da sua capacidade científica, da sua alta competência profissional e do seu comprovado mérito pedagógico;

Considerando que o aludido professor, e independente dos relevantes serviços prestados ao ensino da regência da sua cadeira, tem procurado melhorar as condições de realização do ensino médico em Coimbra, sendo devido principalmente ao seu esforço tenaz e persistente que os Hospitais da Universidade sofreram a transformação profunda que deles fez também um estabelecimento modelar de assistência pública;

Considerando que o professor dr. Angelo Rodrigues da Fonseca tem sido um devotado amigo da Universidade, mais de uma vez tendo posto o seu valimento pessoal e político na defesa da integridade deste estabelecimento de ensino e dos direitos de muitos dos seus professores;

Considerando que ao mesmo ilustre professor se devem inicialmente e em grande parte, quando Director Geral do Ensino Superior, as reformas que deram às Universidades a autonomia pedagógica e administrativa que delas trata de fazer centros de intensa cultura científica;

Por outro lado:

Considerando que, segundo o art.º 3º, nº1 da Constituição Política da República Portuguesa, ninguém pode ser obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei;

Considerando que o Estatuto Universitário, no seu art.56º, declara os professores ordinários inamovíveis, não podendo ser suspensos nem demitidos, ou de qualquer forma destituídos dos seus direitos, senão pela forma e nos casos previstos pela lei;

Resolve:

1º - Manifestar ao professor dr. Angelo Rodrigues da Fonseca a sua mais ampla e cordial solidariedade,

2º - Declarar que, em seu parecer, a reclamação que lhe foi apresentada, de substituição do mesmo professor, é infundamentada e destituída de base legal.

Coimbra, 20 de Abril de 1921. O professor (a) Luís Pereira da Costa

A reacção dos alunos foi imediata, publicando o já referido manifesto «ROMPENDO FOGO...» com numerosas críticas à moção, e declarando que o «*estranho documento se baseia em premissas falsas*», pois era falso que os alunos tivessem proposto a substituição do Prof. Angelo da Fonseca pelo Prof. Raposo de Magalhães (a ideia partira do próprio reitor...) e eram também falsas as informações que o Prof. Angelo da Fonseca prestara aos seus colegas sobre o desenrolar de um novo encontro havido com os alunos pois dissera ter-lhes dado as explicações das palavras por si usadas e ter aceite os esclarecimentos dos alunos. Como estes escrevem «*De um lado está a palavra e a honra de cinquenta e nove alunos que compõem o V ano médico e do outro está ... o Dr. Angelo Rodrigues da Fonseca*».

Assinalemos que o documento da Faculdade não foi assinado pelo Prof. Elísio de Moura, «*a maior cabeça, e a alma mais pura e verídica da Faculdade de Medicina*», por estar ausente no Porto, e pelos professores Álvaro de Matos, filho de Daniel de Matos e professor de ginecologia, e Alberto da Rocha Brito, então professor de dermatologia e sifilografia, porque «*sairam da sala antes da votação*» («*Gazeta de Coimbra*»). Este professor teria sido objecto de comentários do Prof. Angelo da Fonseca ao afirmar, no seu serviço, que o modo de ensino da sifilografia era um «*crime*»... De notar que o Prof. Angelo da Fonseca é também acusado de ter um comportamento ético censurável, criticando os colegas perante enfermeiros e doentes, «*dizendo que mais do que os colegas sabem os enfermeiros*» e de também de ter atitudes médicas e directivas muito discutíveis. De entre críticas à sua personalidade os alunos reproduzem, no manifesto «*Rompendo Fogo*», alegadas afirmações do reitor, Prof. Oliveira Guimarães, testemunhadas pelos alunos Lucena e Vale e Pinto Mesquita, da Faculdade de Direito, e Gualberto de Melo e Salgado Júnior, do V ano médico: «*O Angelo sempre foi um bêbedo, um cinico, um perverso*».

Depois destes e de outros vários comentários muito pouco abonatórios sobre a personalidade do Prof. Angelo da Fonseca, e também indignados pelo apoio da congregação da Faculdade expresso na moção acima reproduzida, o manifesto «Rompendo Fogo...» termina afirmando:

«O curso do V ano médico afirma à Faculdade de Medicina, afirma à Universidade, afirma a S.Ex.^a o ministro da Instrução Pública, afirma ao País inteiro que **mais do que nunca se mantém irredutivelmente incompatível com o Dr. Angelo Rodrigues da Fonseca.**

E para terminar, invocando a nota oficiosa da Comissão Dirigente do Movimento Académico, declara nobremente que não toma a responsabilidade de qualquer acto que possa perturbar a ordem pública.

Viva a Universidade de Coimbra!

Viva a Academia!

Viva a greve!

Coimbra, 26 de Abril de 1921

O Curso do V ano médico de 1920-1921

(seguem-se os nomes dos alunos por ordem alfabética)

Declaro que este manifesto foi lido à comissão Dirigente do Movimento Académico que sancionou a sua publicação.

Pela Comissão, o Presidente Antero de Lucena e Vale⁷

A greve geral teve algumas repercussões políticas, tendo sido objecto de intervenções na Câmara dos Deputados pelos deputados Dr. Alves dos Santos, de Coimbra, e Homem Cristo, de Aveiro (este chamou a atenção para a gravidade do problema, «*exemplo da continuação da anarquia do ensino*») e pelo Ministro da Instrução, Dr. Júlio Martins. Este fez um circunstanciado relato sobre o historial do conflito, certamente baseado no relato do Prof. Angelo da Fonseca à Faculdade, afirmando ser sobretudo um «*mal entendido e um equívoco*» e «*não poder admitir o principio de declaração de greve por incompatibilidades com qualquer professor. Seria o caos no ensino o que evidentemente não pode tolerar*». Termina por declarar «*no intuito de que a greve termine e quanto antes, que se eles não quiserem fazer os seus exames na Universidade de Coimbra os autorizará a fazê-los nas escolas Médicas de Lisboa ou do Porto*» («O Jornal», 27 e 30 de Abril).

De notar que o relato do Ministro não faz referência ao já tão falado plágio do Prof. Angelo da Fonseca. Também é certo que, inversamente, os manifestos dos estudantes não dão realce às críticas deste professor, e eventualmente de

outros, ao discurso do estudante Eduardo Coelho.

Em 24 de Abril, o Reitor faz um apelo publico aos estudantes («O Jornal», 30 de Abril). Após um resumo dos acontecimentos, termina escrevendo: «*A Academia de Coimbra pode e deve pois revogar as suas deliberações do 18 do corrente, porque desapareceu a base em que assentavam – uma interpretação de pensamentos e de actos que o seu autor declara em inequação com as suas intenções - e nestes termos entrar nas aulas de cabeça erguida, com aquela nobre altivez que a mocidade sempre timbrou em manter*».

Em Maio, veio a Coimbra uma delegação dos estudantes da Federação Académica de Lisboa que depois de ter sido recebida pelo Prof. Angelo da Fonseca, por um grupo de professores de Medicina e pela assembleia dos alunos do V ano médico, declarou apenas estar solidária com os seus colegas de Coimbra («O Tempo», de 21 de Maio de 1921).

Note-se que os estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa e do Instituto Superior Técnico e que um grupo significativo de estudantes do 4º ano de Direito da mesma Universidade não se associaram a tal iniciativa. O aluno Eduardo Coelho, em Julho do mesmo ano, e portanto no fim do ano lectivo, volta ao assunto, redigindo o prefácio do panfleto «O Plágio» acima mencionado, sob o título «*Duas Palavras*». Nele escreve:

«A personalidade de Angelo da Fonseca está inteiramente vazada no *plágio* com que destruiu para sempre e sua medíocre craveira mental.

Quis chorar o grande prof.

Daniel de Matos, e, sem respeito pela sua santa memória e sem consideração por milhares de pessoas que o ouviam, *recitou*, no cemitério, como seu, o discurso que o Dr. Bernardino Machado pronunciara, vinte anos atrás, diante o ataúde do Prof. Augusto Rocha, individualidade muito diferente da de Daniel de Matos.

O plágio, inutilizando-o mentalmente para sempre, tem também um alto significado moral.

Este homem é professor duma cadeira importantíssima da Faculdade de Medicina de Coimbra. *Plagiou um discurso* perante os seus discípulos. Como professor tem de dar caracter de independência e *originalidade* às suas lições, e tem de inculcar aos seus discípulos disciplina, iniciativa, um alto cunho de individualidade e gosto pela ciência. Tem, numa palavra, que ensinar e educar. Mas carece, para o desempenho de tão complexa função, de autoridade intelectual e



Fig. 2 - O folheto «UM PLÁGIO»

moral...

Exautorado como ficou perante todo o país, amarrado como está a *um plágio sem nome*, este homem irremediavelmente perdido como professor, *não tem autoridade intelectual nem autoridade moral para continuar na Faculdade de Medicina*. Porque amanhã, os seus discípulos., para o correrem, só têm uma coisa a fazer: levarem para a aula este folheto, em que se põe *vis à vis* a fraude da cópia e do plágio, e o original.

O plágio deste professor sobre ser um tremendo estigma que lhe amordaçou a alma, é também um epítáfio, que giza a traços duros a pedra que o esmagou» – Porto, Julho de 1921 — Eduardo Coelho ⁸

Neste folheto, o discurso de Angelo da Fonseca, em homenagem a Daniel de Matos, e o de Bernardino Machado, pronunciado vinte anos em homenagem a Augusto Rocha, são cotejados, comprovando-se plenamente o plágio. O autor do panfleto, o médico António Coelho, tece violento comentário à atitude da Faculdade : *«Apesar de Angelo da Fonseca ter deslustrado, com este imundo plágio, a Universidade de Coimbra, a grande maioria do seu professorado cobriu-o com a sua solidariedade!! Estranha manifestação de psicologia colectiva!! Desventurada Universidade!... Pobre País de compadres!...»*

Como mencionamos, o conflito teve alguma repercussão nacional. Homem Cristo, deputado de Aveiro, escreve no Jornal «O de Aveiro», em 24 de Abril de 1921: *«Há dois factos que o prendem, o Dr Angelo da Fonseca, de pés e mãos: um é o plágio indecoroso que os rapazes trouxeram a lume. Se a falta de probidade literária e científica é sempre condenável em qualquer homem, num professor inutiliza-o. Outro são os escândalos, e as vergonhas, e a ruinosa administração do hospital da Universidade que o deixam numa situação não menos dolorosa e triste»*.

Estas acusações e outras são mencionadas pelos estudantes no panfleto «Rompendo Fogo...» e, principalmente, nos 8 números da publicação «O Conflito». Nesta publicação são lançados «ataques» ao reitor por negar afirmações que havia proferido perante os alunos, são publicados numerosos artigos de apoio ao movimento, são publicadas mordazes caricaturas de Angelo da Fonseca (autor?) a quem chamam o «Professor Pirilau», e largos editoriais verberando a Faculdade por ter dado apoio ao principal visado e por se manter alheada à solução do conflito.

Noutros jornais publicaram-se algumas declarações de solidariedade para com o professor, nomeadamente pela Comissão Executiva da Câmara Municipal de Coimbra e pela direcção do Centro Republicano Liberal.

A greve arrastou-se, apesar da tentativa de mediação dos estudantes de Lisboa, de reuniões havidas, em Julho, com os pais dos alunos em casa do Prof. Guilherme Moreira, da Faculdade de Direito e antigo Reitor, e contra as quais os alunos manifestaram o seu desacordo, dos apelos do Reitor e do Ministro da Instrução, e de alguns artigos nos

jornais da cidade, etc. Na assembleia geral de alunos, havida em 16 de Julho, é encarada a hipótese de se transferirem para Lisboa ou Porto *«se o Governo não resolver o conflito até ao próximo mês de Setembro»*. Foi o que veio a suceder... Acrescenta-se que em 30 de Julho, é enviado pelo Governo, o Juiz do Tribunal da Relação de Lisboa, dr. Nunes da Silva, *«incumbido de fazer uma sindicância à actual questão académica»*. O inquérito foi concluído em Setembro. Neste mesmo mês, na base de um acordo entre a Comissão Dirigente da Greve, o Presidente da Comissão dos Professores e o Reitor, o governo autoriza uma nova *«época de exames em Outubro e Dezembro e épocas extraordinárias segundo as Faculdades»*. Assim, em 24 de Setembro, a *«Comissão Dirigente declara levantada a greve geral académica, votada em 18 de Abril»* («Gazeta de Coimbra»). Foram 5 meses de greve!

Desconhecemos qual o aproveitamento escolar final nas diversas Faculdades. Sabemos sim, pelo que meu pai me dizia, que a quase totalidade do V ano médico perdeu o ano lectivo e que se desmembrou: alguns permaneceram em Coimbra, muitos transferiram-se para a Faculdade de Medicina de Lisboa e outros para a do Porto.

O recordar desta greve parece-nos ter algum interesse na história das greves dos estudantes da Universidade de Coimbra. Com efeito, julgo ter sido a única que se dirigiu contra um só professor de uma Faculdade, baseado num único facto preciso cuja base era essencialmente um princípio ético: dois discursos de homenagem póstuma. Um, proferido por um aluno, considerado por esse professor como insultuoso para com a Faculdade, outro, proferido pelo mesmo professor, comprovadamente plagiado, facto considerado inadmissível pelos alunos. Seria de prever que os apoios dos respectivos corpos universitários em causa, alunos e professores, originaria um conflito. As diversas tentativas de reconciliação falharam... A intransigência da posição tomada pela «congregação» dos professores da Faculdade de Medicina, ao ter recusado a análise do motivo apresentado pelos alunos, de ter manifestado a sua *«mais ampla e cordial solidariedade»* ao professor em causa, de se ter baseado apenas nas suas afirmações, e ao não ter procurado qualquer solução conciliatória, reforçaram a posição dos alunos, não apenas de medicina mas também de toda a Universidade, que nem as intervenções do Ministro da Instrução e do Reitor conseguiram ultrapassar. De qualquer modo é sobretudo de salientar a grande firmeza da posição dos alunos do V ano médico, mesmo se por vezes expressa em termos violentos, e que se traduziu no conseqüente prejuízo final para todo o curso.

Não sabemos se outras razões tenham existido, pois o clima político nacional naquela época era conturbado. Contudo, cremos que não, não só porque meu pai, que se transferiu para Lisboa, a elas nunca se referiu, como também porque não encontramos referências nos panfletos ou nos jornais (com excepção das moções da Câmara Municipal e do Centro Republicano Liberal). De qualquer

modo, é de sublinhar, mais uma vez, que a razão da greve decidida pelos alunos deste V ano médico, tenha sido apenas um princípio ético.

Estamos bem certos que nos dias de hoje, um plágio, de um discurso ou de outros assuntos bem mais importantes, não causaria tanta polémica e nem teria tais consequências...

¹ - Angelo da Fonseca (1872-1942), além das funções universitárias, havia sido administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra (1910-1911) e Director Geral da Instrução Pública (1911-1912), a convite de António José de Almeida, então Ministro do Interior. Foi depois Director dos HUC de 1930 a 1942, período durante o qual se fizeram profundas reformas.

² - Fizeram parte do curso, meu Pai, médico do quadro do Ultramar e os futuros professores António Manso da Cunha Vaz, da FM de Coimbra, António de Pádua, da FM do Porto e Eduardo Carneiro de Araújo Coelho, da FM de Lisboa. A única aluna chamava-se Leonilde Rego Costa.

³ - No funeral de Daniel de Matos tomaram a palavra o Reitor, Prof. Oliveira Guimarães, o Director da Faculdade de Medicina, Prof. Luís Pereira da Costa, o Dr. Dias Pereira, em representação do Ministro dos Estrangeiros, os Prof. Angelo da Fonseca e Costa Lobo, pelo Instituto de Coimbra, os Prof. Basílio Freire (Faculdade de Medicina) e José C. Rodrigues Dinís (Fac. de Farmácia), o Dr. Fernandes Martins e os alunos Eduardo Coelho, do 5º ano, e Mário Rodrigues Martins, do 4º ano.

⁴ - Professor de Bacteriologia e Parasitologia e de Fisiologia geral (1921-1930), foi Director da Faculdade de 1919 a 1925. Fora Presidente da Câmara Municipal de Coimbra de 1896 a 1898.

⁵ - Professor da Faculdade de Letras, foi reitor interino em 1918 e 1921. Transferido para a Faculdade de Letras de Lisboa em 1936.

⁶ - Quintanista do curso de Direito

⁷ - Aluno quintanista do curso de Direito

⁸ Em 1949, Eduardo Coelho, já professor da Faculdade de Medicina de Lisboa, é acusado por um seu colaborador, Dr. Leonel Cabral, no opúsculo "A proibidade científica do Prof. Eduardo Coelho", de ter feito "um autêntico roubo a propósito de um trabalho em que fui colaborador e citado no seu curriculum vitae para concurso a Professor Catedrático". No mesmo opúsculo lembra que ele já havia sido acusado pelo Prof. Lopo de Carvalho, em 1935, de se ter servido de trabalhos seus sobre o professorado universitário e de ter também plagiado um trabalho científico sobre electrocardiografia, publicado em 1943 por um autor estrangeiro na revista *Cardiologia*, copiado por Eduardo Coelho, em 1944, em artigo publicado na "Imprensa Médica". Naturalmente que o Dr. Cabral não deixou de relembrar a destacada posição do então aluno Eduardo Coelho na greve do V ano médico de 1921... Ironia do destino.

AGENDA

1.º Ciclo de Conferências de Saúde do Centro de Estudos Ibéricos – Saúde sem Fronteiras de Maio 2004 a Maio de 2005

(1 conferência por mês)

Sala da Assembleia Municipal – Guarda

Contactos: Telef./Fax.: 271 220 212

e-mail: cei@cei.pt

9.º Congresso Nacional de Medicina Familiar 26 a 28 de Setembro

Local: Viseu - Hotel Montebelo

Contactos: Tel.: 217 615 250

Fax: 217 933 145,

Email: apmcg@netcabo.pt

II Curso de Pós-Graduação em Acupuntura Início em 8 de Outubro de 2004

Local: Anfiteatro AO do ICBAS - Porto

Contactos: Secretaria de alunos do ICBAS - Largo Abel

Salazar nº 2 - 4099-003 Porto

Tel.: 22 206 22 11

Fax.: 22 206 22 32

I Jornadas Oncológicas de Coimbra 14 a 16 Outubro de 2004

Luso

Telef.: 239 400 325

e-mail: hgervasio@croc.min-saude.pt

Congresso «Toxicoddependência, Saúde Mental e Comunicação Social» 28 e 29 de Outubro 2004

Fórum Lisboa

Contactos: VITAE - Associação de Solidariedade e

Desenvolvimento Internacional

Telef.: 217 751 710/218 161 640

e-mail: vitae@assoc-vitae.org

XI Jornadas de Medicina Interna 19 e 20 de Novembro de 2004

Setúbal

admedic@mail.telepac.pt

II Congresso Europeu de Medicina Anti Envelhecimento

20 e 21 de Novembro 2004

Local: Tavira

Contactos: Telef./Fax: 281 323 22

E-mail: info@alcfalgarve.com



Luís Miranda

Barafunda's Park

Quem tem a coragem de utilizar o parque de estacionamento do Hospital onde se situa o S4, fá-lo à sua conta e risco, e pode orgulhar-se de uma qualidade de vida invejável. Ao chegar, o utente do parque tem o duvidoso prazer de esperar em fila cerca de uma hora. Conversa nervosamente com os seus colegas de infortúnio, a olhar constantemente para o relógio, sabendo que já estão vinte pessoas à sua espera no serviço. O mais afoito toma uma bica à pressa no café da esquina, sempre de sobre-aviso a controlar o avanço da fila; além disso, tem de se precaver contra algum malandro a tentar furar a bicha, bem como estar atento à aproximação de algum polícia que decerto o irá chatear para ir estacionar noutro lugar. Um ou outro, menos paciente, vai de facto estacionar nas imediações: Erro! dado que, para além de ganhar gratuitamente uma úlcera a calcular ao longo do dia o tempo que lhe resta no parquímetro, frequentemente descobre o seu carro não no sítio onde o deixou, mas sim no depósito de carros da polícia, situado a 10 km de distância.

Voltando ao nosso camarada da bicha, ele lá consegue, finalmente, entrar no parque. Como de costume, o único lugar vago é aquele em baixo da palmeira, que, misteriosamente, foi o único naquela zona que não foi atribuído aos Directores de Serviço. Mas o nosso utente sabe porquê: Sabe perfeitamente que ao fim do dia, ao anoitecer, terá o seu querido Porsche profusamente decorado com produtos excrementícios de aves das famílias dos columbídeos e dos fringilídeos, que abundam nos coqueiros e nos telhados do hospital; estes excrementos, deixem-me dizê-lo, custam mesmo *muito* a retirar da capota. Deixa o seu carro a travar a saída a mais três, confia a chave ao porteiro para a eventualidade de algum dos travados querer

sair, e, no fim, lá vai experimentar o prazer supremo de chegar atrasado uma hora ao serviço, onde os olhares de soslaio e os comentários sarcásticos em surdina do pessoal o esperam. Entretanto, o seu precioso vai ficar sujeito a toda uma série de acidentes. Já não falamos nos comezinhos, do dia-a-dia: Patadas oleosas de gatos, poeira densa proveniente de intermináveis obras, sementes a cobrirem totalmente o veículo, *graffitti*, notas de papel com recados ou comentários pouco recomendáveis, de tudo há um pouco. Os riscos e amolgadelas são também frequentes, tão frequentes que as pessoas só se limitam a um simples encolher de ombros ao depararem com algum. Aliás, existe uma raça especial de utentes do Barafunda's que nem deveriam guiar um carrinho de mão: Alguns conseguem a proeza incrível de demorar mais de uma hora a andar 1 (Um!) metro em marcha-atrás. No entanto, acontecem acidentes mais graves: Retrovisores misteriosamente arancados, pára-choques a olhar nostalgicamente para o céu (ou mais prosaicamente, para o chão); portas totalmente dentro das cabines; chega a haver extremos de carros quase totalmente destruídos, como no caso em que um contentor de entulho resolveu fazer uma viagem sózinho, abalroando no caminho alguns veículos; ou noutro, quando um camião destravado realizou idêntica proeza. Como exemplo extremo do Barafunda's, não se podia deixar de mencionar a experiência do chefe Marthin's, pessoa respeitabilíssima no hospital, e um dos enfermeiros-chefes mais ocupados, num sector muito difícil. Tinha acabado de entrar no hospital, antes das 7 horas (ele é daqueles que chega mais cedo para escapar ao inferno dantesco das horas seguintes), descansado da vida, quando vê crescer em sua direcção... não, não um gato, nem uma pessoa, nem tampouco um carro;

era sim, um gigantesco camião do lixo, que corria veloz no meio do Barafunda's em sua direcção. Num reflexo, encolheu-se, encomendou a alma ao criador, e esperou pelo inevitável. Um barulho ensurdecedor, um estremeção violento, e foi tudo. Olhou para trás, e viu o camião prosseguir a sua marcha, levando consigo o parachoques do seu carro! Felizmente que o porteiro tinha presenciado a cena, e fechou o portão, impossibilitando a saída do veículo. O motorista, com ar de já ter bebido uns copitos, saiu do camião e começou a barafustar.

Não entrando em pormenores, basta-nos-á dizer que este acidente fez com que o chefe Marthin's, que, como já afirmámos, é um elemento importante num sector do hospital, roubasse a este último um dia completo de trabalho, ao ter de chamar a polícia para o auto do acidente, telefonar para a câmara municipal, contactar com o depósito de material da câmara, preencher os papéis do seguro, deslocar-se à sua seguradora e à da câmara para comunicar o ocorrido, levar o carro à garagem e discutir o orçamento com o mecânico.

Ainda bem que certos membros da administração não ouviram falar nisto, senão decerto iriam descontar-lhe o ordenado desse dia; é que eles já tinham previamente anunciado que não se responsabilizariam por quaisquer acidentes que ocorressem no Barafunda's Park...¹.

¹ **Última Hora:** Soube-se por fonte autorizada que o Barafunda's vai encerrar durante um dia, para permitir o estacionamento a uma centena de VIP's que vêm inaugurar uma nova unidade de cuidados intensivos. Os utentes não podem assim estacionar no local habitual, mas fazem encarecidos votos que todos os columbídeos e fringilídeos das vizinhanças tenham uma gastroenterite das tesas.

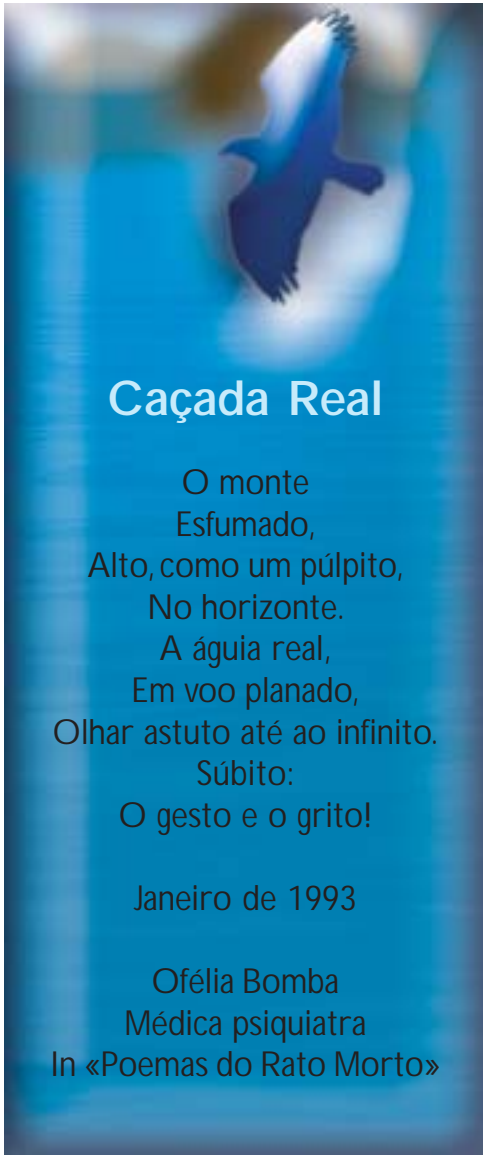


Expõem na galeria da SRS da Ordem dos Médicos

Eduardo Gageiro, fotógrafo, e **João Luís Queiroz Taborda**, médico de profissão, fotógrafo por paixão, estão presentes na galeria da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos até dia 25 de Julho, numa exposição colectiva de fotografia. As imagens em exposição representam momentos e expressões únicos, capturados pelas objectivas destes dois humanistas, perante as quais é impossível não nos comovermos, imagens que nos fazem deambular por viagens, momentos históricos, notícias e sonhos, e que nos permitem ter um vislumbre da alma das pessoas, lugares e momentos retratados. Para João Luís Queiroz Taborda esta exposição tem um significado muito especial pois é a primeira vez que expõe na Ordem dos Médicos: «Existe uma simbologia especial pois sinto que estou a expor naquela que também é a minha casa. Fazer uma exposição de fotografia na Ordem é uma dupla emoção». Poder partilhar o seu olhar sobre o mundo com outros médicos é, segundo João Taborda, uma forma de também tentar «despertar os colegas para algo que pode ser uma forma interessante de expressarem sentimentos. Considero que os médicos, em virtude da profissão que exercem, e por viverem muitas vezes na barreira que separa a vida e a morte, têm uma sensibilidade exacerbada. Estamos habituados a 'ler' muita informação através da 'simples' observação do doente e isso é algo que

se transporta para a fotografia». Um poder de observação que se detecta nos rostos que fotografa e «na intimidade que se estabelece entre quem fotografa e quem é fotografado, existindo apenas um intruso pelo meio: a máquina». Uma intimidade e uma relação de compromisso com o alvo da sua objectiva, seja ele uma pessoa ou um lugar, que se percebe facilmente ao contemplar as suas fotografias, pois «nada é fotografado ao acaso, há sempre um significado, uma relação». A vocação para a medicina e para a fotografia é algo que João Taborda identifica como sendo «genético» pois a sua família sempre esteve ligada quer à medicina, quer à fotografia, arte a que o seu avô já se dedicava e em que o seu pai e o seu tio foram distinguidos com prémios. Quando se pede que nos diga qual a fotografia que seleccionaria como sendo a que mais gosta, refere como suas preferidas as quatro premiadas no festival internacional da Croácia, mas quando saímos do tema 'Um Olhar a Oriente', a que subordinou a exposição que está a decorrer na OM, as suas preferências mudam: «tenho, por exemplo, fotografias lindíssimas da minha filha, das quais gosto muito, mas tive que fazer uma selecção para esta exposição». Eduardo Gageiro nasceu em Sacavém, a 16 de Fevereiro de 1935, e, logo aos 12 anos de idade, tem a sua primeira fotografia publicada na primeira página do

Diário de Notícias. Dez anos depois, iniciava-se no Diário Ilustrado na profissão de repórter fotográfico. Quase cinco décadas depois, o reconhecimento nacional e internacional fazem de Eduardo Gageiro o mais premiado fotógrafo português de sempre. Tem mais de trezentas exposições nos cinco continentes, figura em diversos museus e tem mais de cem medalhas de ouro. No passado dia 10 de Junho, Eduardo Gageiro foi condecorado pelo Presidente da República, Jorge Sampaio, com o título de Comendador da Ordem do Infante D. Henrique. João Luís de Queiroz Taborda nasceu em Lisboa a 19 de Junho de 1950. Licenciou-se em medicina, sendo hoje assistente hospitalar de pneumologia e responsável pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital Pulido Valente. A partir de 1987, rendido à paixão pela fotografia, começa a concorrer a certames, tendo ganho mais de duas centenas de prémios, entre os quais se destaca o Grande Prémio Batana no 11º FotoFestival Mundial em Rovigno, na Croácia, que venceu no ano 2000. É por tudo isto, e, acima de tudo, pela beleza estética e indeléveis emoções que cada uma das fotografias presentes nesta exposição nos provoca, que vale a pena visitar a galeria da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos até dia 25 de Julho e ter um vislumbre do mundo através dos olhos destes dois artistas.



Caçada Real

O monte
Esfumado,
Alto, como um púlpito,
No horizonte.
A águia real,
Em voo planado,
Olhar astuto até ao infinito.
Súbito:
O gesto e o grito!

Janeiro de 1993

Ofélia Bomba
Médica psiquiatra
In «Poemas do Rato Morto»

EXPOSIÇÕES

Diálogos e Sustenidos

Esteve patente ao público até dia 20 de Junho, na Galeria da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, uma exposição colectiva de pintura com os artistas Virgílio Vaz e Zé Dalmeida. O primeiro intitulou a sua selecção para esta exposição de «diálogos», e é disso mesmo que se trata, a pintura de Virgílio Vaz dialoga com quem a contempla, contando histórias, transmitindo emoções. Zé Dalmeida, por seu lado, transporta-nos para um universo onde paira o ritmo, e em que o piano reina: «sustenidos», é o tema de uma exposição que nos faz sonhar com recitais de piano e que nos transmite a beleza deste instrumento, que connosco é partilhada pelo artista.



LIVROS



Será Depressão ou simplesmente Tristeza...?
Pedro Afonso
Principia

Projecto inovador investiga regeneração óssea

Durante três anos, cientistas holandeses vão investigar os mecanismos de formação do osso, com o intuito de descobrir novos tratamentos para doenças como a osteoporose, numa parceria entre a Organon, a Universidade de Twente e a Delft University of Technology. Este projecto receberá um subsídio do ministério da economia holandês.

Bramedica recebe Certificação de Qualidade

A Bramedica, empresa especializada no fornecimento de material cirúrgico e hospitalar, sediada em Braga, obteve recentemente a Certificação da Qualidade, segundo a norma internacional NP EN ISO 9001:2000, atribuída pela SGS – ICS. A Bramedica fornece aparelhagem e equipamento médico, mobiliário metálico hospitalar, material de consumo clínico, equipamento para fisioterapia e para estética e lazer. Como organismo de certificação, a missão da SGS ICS é verificar junto das empresas e em colaboração com elas, os seus sistemas de gestão, em conformidade com referenciais definidos, visando a melhoria contínua da qualidade e da eficiência dos seus processos.

Projecto Sensibilizarte

No âmbito da comemoração do Primeiro Dia Mundial do Lupus, a marca de produtos dermatológicos La Roche-Posay apresentou uma iniciativa de beneficência que pretende ajudar a Associação de Doentes com Lupus. No âmbito dessa acção foram convidados cerca de 30 artistas conceituados nas artes plásticas, como Emília Nadal, João Cutileiro, João Chichorro, Jacinto Luís e João Limpinho, para conceberem obras de arte e escultura inspiradas nos produtos da marca, que serão colocados em exposição e leiloados no dia 29 de Setembro de 2004. Os fundos angariados com o leilão serão entregues na sua totalidade à Associação de Doentes com Lupus.

Doenças Muco-Cutâneas de Base Imunológica

Durante o VIII Congresso Nacional de Dermatologia e Venereologia, a Fusijawa organizou um simpósio sobre as novas terapêuticas nas doenças muco-cutâneas de base imunológica. O simpósio teve como moderadores António Picoto e Manuela Selores. O programa inclui os seguintes temas: tratamento da dermatite atópica com imunomoduladores tópicos, questão abordada por Agustin Alomar, do Serviço de Dermatologia do Hospital S. Paulo, Barcelona, as novas alternativas no tratamento do vitiligo, tema desenvolvido por A. Sousa Basto, do Serviço de Dermatologia do Hospital S. Marcos, em Braga, as novas terapêuticas tópicas no líquen plano e dermatoses líquenóides,

tema a cargo de Rui Tavares Bello, do Serviço de Dermatologia do Hospital Militar de Belém, Lisboa, e a experiência clínica com imunomoduladores tópicos em outras patologias, apresentado por Luis Leite do Serviço de Dermatologia do Hospital do Desterro, Lisboa.

Dia Nacional de Luta Contra a Obesidade

A ADEXO – Associação dos Doentes Obesos e ex-Obesos de Portugal instituiu o Dia Nacional de Luta Contra a Obesidade, que foi assinalado pela primeira vez em Portugal e no mundo no dia 22 de Maio de 2004. Durante este dia, a ADEXO realizou diversas actividades pedagógicas e de sensibilização, com o objectivo de chamar à atenção para a doença grave que é a Obesidade, com vista a conduzir a uma melhoria dos hábitos alimentares e físicos junto da população portuguesa.



Combater o sedentarismo

A Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC) e a BIAL «entraram em campo», na jornada da Superliga de Futebol de dia 1 e 2 de Maio, no arranque do programa «Mês de Maio, Mês do Coração». Este ano o programa foi dedicado à temática do sedentarismo e da importância da actividade física. Esta iniciativa conjunta contou ainda com o apoio da Liga Portuguesa de Futebol Profissional que abriu as portas dos estádios nacionais a esta campanha de sensibilização. Jogadores e equipas de arbitragem subiram ao relvado com uma camisola comum onde se podia ler «Vão passear – Parar é morrer», mote de todo o programa do «Mês de Maio, Mês do Coração».

Prémios para o Marketing Farmacêutico

A agência de Comunicação Loja da Imagem e a Markinfar (Associação Portuguesa de Marketing Farmacêutico) uniram-se para criar os "Prémios Estratégia, Marketing Farmacêutico em Portugal 2004". Pretendendo ser o reconhecimento da qualidade e criatividade do trabalho desenvolvido pelos profissionais de Marketing Farmacêutico, este acontecimento terá este ano a primeira edição. Os prémios, distribuídos por diferentes categorias, dirigem-se aos responsáveis pelas estratégias de marketing levadas a cabo durante o período compreendido entre Junho de 2003 e Junho de 2004, direccionadas para o mercado português. Os concorrentes podem apresentar a sua candidatura entre 1 de Julho e 15 de Setembro de 2004, sendo que a avaliação dos trabalhos estará a cargo de um júri com reconhecidas competências na área. Para mais informações, contactar Paula Ribeiro/Loja da Imagem (Pribeiro@lojadaimagem.pt).

Guia Fiscal Simplificado

Fascículo 4 - Sociedades Comerciais

Introdução

Após a publicação nas edições de Março, Abril e Maio, dos três primeiros fascículos do Guia Fiscal Simplificado, a Revista da Ordem dos Médicos em parceria com a Médis e a Deloitte, apresenta agora o último fascículo reservado à actividade médica prestada através de uma sociedade comercial.

Conforme foi analisado no fascículo anterior, o exercício da actividade médica com recurso à forma societária poderá ser efectuado por uma sociedade em que todos os sócios exercem a actividade médica (sociedade de profissionais).

Não se verificando esta última condição, poderá ser constituída uma sociedade civil não constituída sob a forma comercial, a qual será tributada em moldes semelhantes ao das sociedades de profissionais (com excepção da aplicação do regime simplificado).

Alternativamente, poderá ser criada uma sociedade comercial sujeita ao regime geral de tributação em sede de Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Colectivas (IRC) adiante exposto.

Tributação da sociedade em IRC

Enquanto sujeito passivo de IRC, a sociedade poderá estar sujeita a tributação de acordo com

as regras do regime geral de determinação do lucro tributável ou de acordo com o regime simplificado.

Ficam abrangidas pelo regime simplificado as sociedades criadas para o exercício da actividade médica com sede ou direcção efectiva em Portugal, que apresentem no exercício anterior ao da aplicação do regime um volume total de proveitos inferior a € 149.639,37 e que não optem pelo regime geral de determinação do lucro tributável.

Em termos genéricos, a aplicação deste regime determina que, na ausência de indicadores de base técnico-científica ou até que estes sejam aprovados, o lucro tributável é o resultante da aplicação de um coeficiente de 0,45 ao valor dos proveitos auferidos no exercício.

Note-se que, em virtude da aplicação deste regime, a lei prevê a existência de um montante mínimo sujeito a imposto, independentemente dos rendimentos obtidos pela sociedade durante o ano (vulgo, rendimento colectável mínimo, o qual ascende em 2004 a € 6.250).

Nos restantes casos (i.e., sempre que seja aplicável o regime geral de determinação do lucro tributável), a determinação da matéria colectável da sociedade deve efectuar-se de acordo com as regras gerais previstas no código do IRC.

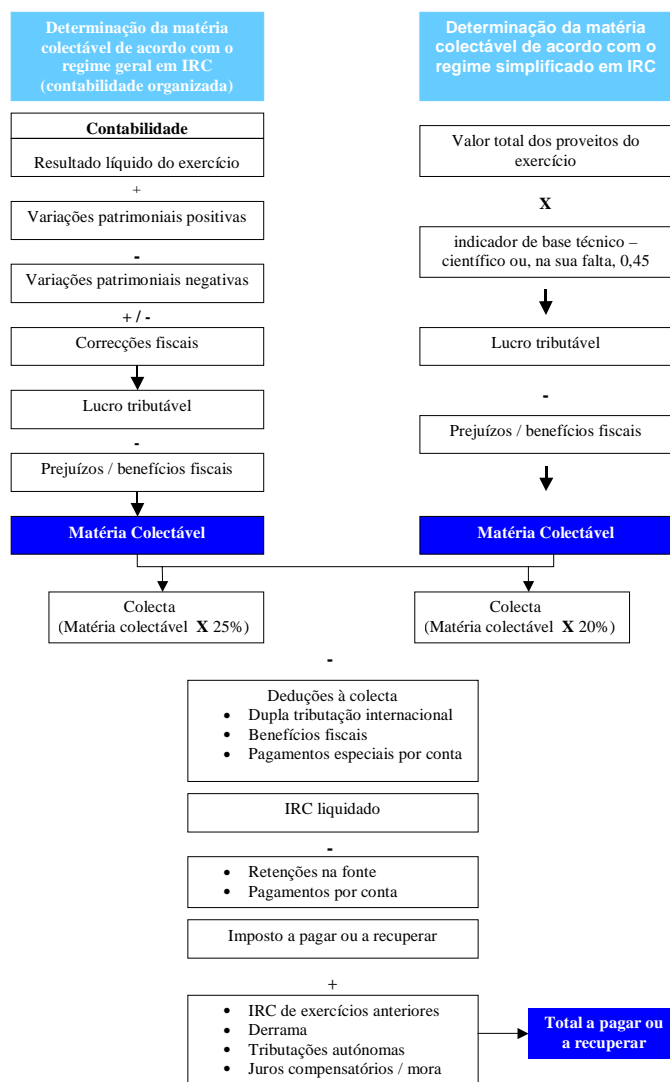
Deloitte.



Ordem dos
REVISTA **Médicos**

Regime geral de tributação e regime simplificado

Em termos sintéticos, a tributação na esfera da sociedade encontra-se descrita no seguinte esquema:



Limitações à dedutibilidade

Em termos gerais, e nos casos em que a sociedade não esteja sujeita ao regime simplificado de determinação do lucro tributável, deverão considerar-se como custos ou perdas dedutíveis, para efeitos de IRC, os que comprovadamente forem indispensáveis para a realização dos proveitos ou ganhos sujeitos a imposto ou para a manutenção da fonte produtora.

Por outro lado, deverão ter-se em conta alguns custos cuja dedutibilidade se encontra expressamente prevista na lei. Apresentam-se de seguida alguns encargos não dedutíveis considerados mais importantes no âmbito da actividade em análise, i.e., actividade médica:

Encargos não dedutíveis	<ul style="list-style-type: none"> Despesas com combustíveis na parte em que o sujeito passivo não faça prova que as mesmas respeitam a bens pertencentes ao seu activo ou por ele utilizadas em regime de locação e de que não são ultrapassados os consumos normais
	<ul style="list-style-type: none"> Multas, coimas e demais encargos pela prática de infracções
	<ul style="list-style-type: none"> Encargos não devidamente documentados e despesas com carácter confidencial
	<ul style="list-style-type: none"> Não dedutibilidade das reintegrações ou prestações devidas pelo aluguer sem condutor de viaturas ligeiras de passageiros ou mistas na parte do valor de aquisição ou reavaliação que exceda € 29.927,87 (cfr. fascículo 3)
	<ul style="list-style-type: none"> (...)

Note-se que, contrariamente ao previsto relativamente às sociedades transparentes, não existe neste regime a limitação da aceitação dos custos fiscais a uma viatura motorizada por cada sócio e por empregado. Os encargos em causa deverão, no entanto, observar a regra geral da dedutibilidade dos custos em IRC, i.e., deverão considerar-se essenciais à realização dos proveitos da sociedade.

Taxa de imposto

A taxa normal de IRC a aplicar à matéria colectável (ver esquema supra) é de 25% ou de 20% no caso de a sociedade ficar abrangida pelo regime simplificado, à qual acresce, na maioria dos concelhos, a derrama à taxa máxima de 10%, o que resulta numa taxa agregada de 27,5% ou 22% respectivamente.

Tributação autónoma

As sociedades são ainda sujeitas a tributação autónoma relativamente às seguintes despesas e encargos:

- despesas confidenciais ou não documentadas – tributação autónoma à taxa de 50%;
- importâncias pagas a entidades “off-shores” – tributação autónoma à taxa de 35%;
- despesas de representação dedutíveis – tributação autónoma à taxa de 6%;

- encargos dedutíveis com viaturas ligeiras de passageiros ou mistas, motos e motocicletos – tributação autónoma à taxa de 6%.

Note-se que, nos casos em que a sociedade se encontra sujeita ao regime simplificado de tributação, haverá apenas tributação autónoma relativamente aos dois primeiros itens acima referidos.

Pagamento especial por conta

Enquanto sujeitos passivos de IRC, as sociedades serão sujeitas ao pagamento especial por conta, o qual é calculado com referência à diferença entre 1% do volume de negócios do ano anterior e o montante dos pagamentos por conta efectuados nesse mesmo exercício anterior.

Note-se que para estes efeitos, a percentagem do volume de negócios a ter em conta terá como limite mínimo € 1.250. Quando ultrapassado este limite, o montante a considerar deverá ter em conta o limite mínimo já referido (€ 1.250) acrescido de 20% da parte excedente, com o limite máximo de €40.000.

Este pagamento especial por conta não é, contudo, aplicável às sociedades abrangidas pelo regime simplificado.

Prejuízos fiscais

Os prejuízos apurados no exercício da actividade da sociedade podem ser deduzidos nos lucros apurados nos seis exercícios seguintes.

Contabilidade organizada e obrigações declarativas da sociedade

Enquanto sujeito passivo de IRC, a sociedade deverá dispor de contabilidade organizada que permita o controlo do lucro tributável.

Ao nível das obrigações declarativas, as sociedades sujeitas ao regime geral de tributação encontram-se obrigadas ao preenchimento e entrega de:

- declaração de inscrição, de alterações ou de cessação;
- declaração periódica de rendimentos (modelo 22);
- declaração anual de informação contabilística e fiscal.

Retenções na fonte

No âmbito da actividade desenvolvida pela sociedade não está excluída a hipótese de se verificarem retenções na fonte relativamente a certos rendimentos que a esta sejam pagos. Em princípio, os rendimentos decorrentes da actividade principal da sociedade não estarão sujeitos a retenções na fonte. Poderão, no entanto, existir situações em que a sociedade obtenha outro tipo de rendimentos sujeitos a retenção, v.g., rendimentos de capitais ou prediais. Tais retenções na fonte terão a natureza de pagamento por conta do imposto devido a final pela sociedade.

Pagamentos efectuados aos sócios

Distribuição de lucros aos sócios

Os lucros pagos aos sócios da sociedade devem ser qualificados como rendimentos de capitais e sujeitos a Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS).

No momento do seu pagamento, a sociedade deverá proceder à retenção na fonte de IRS à taxa de 15%, quer se trate de uma sociedade anónima ou de uma sociedade por quotas.

Para efeitos de tributação final, os lucros pagos apenas deverão ser considerados em 50% do seu valor, pelo que só esse montante deverá ser incluído na respectiva declaração de IRS.

Remuneração de gerência

No caso do sócio da sociedade exercer também funções de gerência na sociedade, e sendo o mesmo remunerado pelo exercício de tais funções, os montantes pagos deverão ser tratados como um rendimento de trabalho dependente tributado em sede de IRS. Tal rendimento será paralelamente considerado como um custo dedutível da sociedade, caso esta se encontre abrangida pelo regime geral de determinação do lucro tributável em IRC. Caso contrário (i.e., sendo a sociedade sujeita ao regime simplificado de tributação), tal remuneração não será considerada para efeitos de custos, sendo a sociedade tributada sobre 45% dos seus proveitos, conforme explicitado acima.

Convém referir que, para efeitos de Segurança Social, o(s) gerente(s) da sociedade ficarão

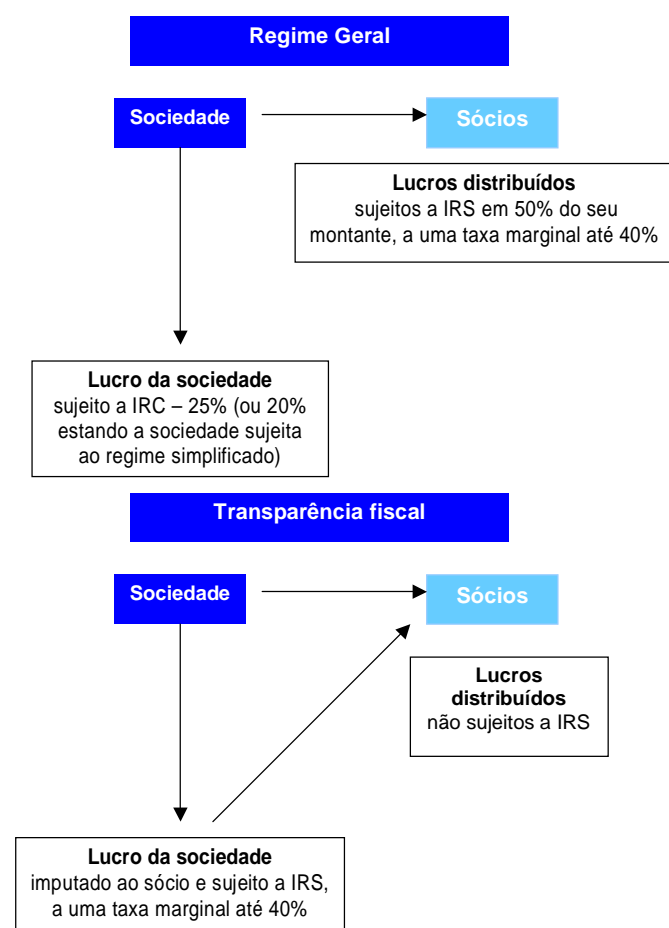
obrigados a efectuar contribuições para a segurança social, com base na remuneração efectivamente auferida, com o limite mínimo igual ao valor de um salário mínimo nacional e com o limite máximo correspondente a 12 vezes o salário mínimo nacional.

As taxas a aplicar corresponderão a 10% para o gerente e 21,25% para a sociedade.

Assim, no caso de o gerente não se encontrar abrangido por outro regime obrigatório de segurança social, e ainda que não aufera qualquer remuneração pelo exercício da gerência deverá efectuar contribuições com base no limite mínimo de um salário mínimo nacional.

Comparação regime geral / regime da transparência fiscal

Esquemáticamente pode ser efectuada a comparação entre o regime da transparência fiscal com o regime geral de tributação do modo seguinte (admitindo que a sociedade é exclusivamente detida por pessoas singulares):



Ao compararmos os dois regimes, e tendo em conta as taxas de tributação aplicáveis em sede de IRS (entre 12% e 40%), a taxa de tributação em sede de IRC (entre 25% e 27,5% no regime geral ou 20% e 22% no regime simplificado), bem como a dedução de 50% dos lucros distribuídos com vista a atenuar a dupla tributação económica dos lucros distribuídos, poder-se-á concluir que, em certas situações, o regime da transparência fiscal se revela mais vantajoso (sobretudo nos casos em que se verifica uma política de distribuição frequente de lucros por parte da sociedade).

No entanto, o recurso à transparência fiscal suscita algumas questões de ordem prática. Com efeito, e conforme referido no fascículo 3, a matéria colectável a apurar no âmbito deste regime deve ser imputada aos sócios nos termos que resultarem do acto constitutivo ou em partes iguais, caso deste não resultem quaisquer elementos.

Na prática, a matéria colectável apurada poderá não corresponder à efectiva contribuição de cada sócio para a formação do lucro tributável.

Assim, poderá verificar-se uma situação em que cada sócio detém uma participação social de 50%, mas um deles contribui em 30% para o lucro tributável e o outro em 70%.

Para efeitos fiscais, a matéria colectável a imputar a cada um deles corresponderá, no entanto à partida a 50%, independentemente das contribuições efectivas.

Face ao exposto, será necessária a criação de um mecanismo de ajustamento entre os sócios que venha a compensar essa diferença, caso tal situação não tenha sido acautelada no acto constitutivo da sociedade.