

# Novo modelo de gestão não pode ter o lucro como único objectivo...

A empresarialização dos hospitais é actualmente uma realidade no sector da saúde. Tem sido um caminho difícil, com erros e sucessos. No fundo com as vicissitudes próprias de algo de novo, sujeito aos ajustes que uma alteração profunda do modelo existente impõe. Ao olhar para trás é possível fazer um primeiro balanço e retirar alguns ensinamentos das experiências em curso. A primeira nota é a constatação de que a empresarialização está longe de ser matéria pacífica entre os decisores políticos, a classe médica e os demais profissionais da saúde.

O modelo hospitalar, como o conhecemos até à década de 80, deixou tradições, ensinamentos e tão bons resultados que não faltaram vozes contra as alterações que começaram nesse período.

Leis sucessivas, muitas vezes feitas à revelia – e contra – da classe médica reduziram a eficácia dos serviços e começaram a minar a relação médico-doente.

Depois das experiências dos últimos 25 anos, era natural que uma revolução como a que está em curso provocasse naturais reservas. Mesmo assim, e sem esquecer as falhas e erros detectados, parece óbvio que a empresarialização vai seguir em frente e que os profissionais serão obrigados a viver com esta realidade.

Há notícias frequentes sobre situações de mal estar na gestão de alguns hospitais. Situações que reforçam a ideia de que os gestores escolhidos devem ser profissionais com experiência na área da saúde. Há também aqui o eterno conflito entre o «gestor economicista», os médicos e os profissionais de saúde.

São «guerras» antigas e que se podem prolongar. Cabe aos gestores entenderem que o novo modelo de gestão não pode ser visto como mais uma mera actividade económica, em que o lucro é o único objectivo. Se assim for, então a fórmula de «empresarialização» estará condenada.



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

# S U M Á R I O

## 3 EDITORIAL

## 6 INFORMAÇÃO

Inclui o anúncio relativo à data fixada para as eleições para os órgãos sociais da Ordem dos Médicos, relativamente ao triénio 2005/2007 e informação relativa à abertura de vagas para médicos para a Agência Europeia do Medicamento.

## 10 ACTUALIDADE

**Organismo e Pessoa**  
Decorreu no passado dia 7 de Julho a conferência «Organisme et personne», no âmbito do Ciclo de Conversas de Bioética da Faculdade de Ciências Médicas, uma conferência proferida por Jean Ladrière, professor da Faculdade de Ciências Filosóficas da Universidade Católica de Louvain, na Bélgica.

## 12 DL do Regime Jurídico da Formação Médica: mais pontos positivos do que negativos

Reportagem relativa à conferência de imprensa para prestação de esclarecimentos sobre o decreto-lei que altera o regime jurídico da Formação Médica, convocada pela OM e SIM. Neste artigo poderá ler igualmente o comunicado do Conselho Nacional Executivo em que se publicita a posição deste órgão relativamente ao Decreto-Lei do Regime Jurídico da Formação Médica.

## 18 DISCIPLINA

## 26 OPINIÃO

**A empresarialização dos hospitais – apenas uma jogada do capitalismo neo-liberal post-moderno**, de F. M. Fonseca Ferreira

## 32 Os sem-amor e os excluídos não existem? Os médicos não tratam pessoas?, de António Bento

## 34 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

**O ensino da cirurgia ao longo dos tempos**  
A propósito da criação das Régias Escolas de Cirurgia de Lisboa e do Porto, por Carlos Vieira Reis

## 36 O Humanismo na Medicina, por João-Maria Nabais

## 38 CONTOS

**O suave milagre**, de Jaime Milheiro

## 40 NOTÍCIAS

Inclui agenda de congressos.

## 43 CULTURA

Informação relativa a exposições (pintura, cerâmica e azulejaria) e à cultura gastronómica.

## 45 LEGISLAÇÃO

Resumo da legislação publicada no mês de Julho. Inclui continuação da agenda de congressos.

## Ficha Técnica

### REVISTA **Ordem dos Médicos**

Ano 20 - N.º 49 - Setembro 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  
E-mail: celom.omcne@omsul.com  
Tel. 218 437 750 - Fax. 218 437 751

**Director:**  
J. Germano de Sousa

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

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

**Directora Executiva:** Paula Fortunato

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

**Dep. Comercial:**  
Helena Pereira

**Dep. Financeiro:**  
Maria João Pacheco

**Dep. Gráfico:**  
CELOM

**Capa de:** Carlos Rodrigues

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

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



ORDEM DOS MÉDICOS  
CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO

## ELEIÇÕES

### Triénio 2005/2007

#### Anúncio

Nos termos dos art.ºs 5.º e 6.º do Regulamento Eleitoral, o Conselho Nacional Executivo anuncia que fixou a **data das eleições** para os órgãos sociais da Ordem dos Médicos, relativamente ao triénio 2005/2007, para o **dia 15 de Dezembro de 2004**.

Os órgãos sociais a eleger são:

- Presidente da Ordem dos Médicos;
- Mesas das Assembleias Regionais do Norte, Centro e Sul;
- Conselhos Regionais do Norte, Centro e Sul;
- Conselhos Disciplinares Regionais do Norte, Centro e Sul;
- Conselhos Fiscais Regionais do Norte, Centro e Sul;
- Mesas das Assembleias Distritais;
- Conselhos Distritais e
- Membros consultivos dos Conselhos Regionais do Norte, Centro e Sul.

Lisboa, 17 de Julho de 2004

O Conselho Nacional Executivo

## Oferta de Emprego

### Vagas de Agentes Temporários na Agência Europeia de Medicamentos

A Agência Europeia de Medicamentos é responsável pela coordenação da avaliação e vigilância dos medicamentos de uso humano e veterinário na União Europeia - ver regulamento (CEE) nº 2309/93 do Conselho, de 22 de Julho de 1993, Jornal Oficial da União Europeia L 214 de 24 de Agosto de 1993, e Regulamento (CE) nº 726/2004 do Conselho, de 31 de Março de 2004, Jornal Oficial da União Europeia L 136/1 de 30 de Abril de 2004. A EMEA foi criada em Janeiro de 1995, mantendo contactos directos com a Comissão Europeia, os 25 Estados-Membros da União Europeia, os países do EEE e diversos outros grupos no sector público e privado. Mais informações sobre a EMEA ou as suas actividades podem ser facilmente obtidas através da Internet no endereço: <http://www.emea.eu.int>

A Agência Europeia de Medicamentos procede actualmente à organização de processos de selecção com vista à constituição de listas de reserva para recrutamento de:

- EMEA/A/186: Administrador (científico), Unidade de Medicamentos de Uso Veterinário, Segurança dos Medicamentos (A\*8)
- EMEA/A/187: Administrador (científico), Unidade de Medicamentos de Uso Humano, Avaliação antes da Autorização, chefe do grupo especializado em oncologia (A\*8)

- EMEA/A/188: Administrador (científico), Unidade de Medicamentos de Uso Humano, Avaliação antes da Autorização, chefe do grupo especializado em medicina interna/sistema nervoso central (A\*8)

- EMEA/A/189: Administrador (científico), Unidade de Medicamentos de Uso Humano, Avaliação antes da Autorização, chefe do grupo especializado em medicina interna/diabetes/doenças metabólicas (A\*8)

- EMEA/A/190: Administrador (científico), Unidade de Medicamentos de Uso Humano, Avaliação antes da Autorização, segurança e eficácia/aconselhamento científico e medicamentos órfãos (A\*5)

- EMEA/A/191: Administrador (científico), Unidade de Medicamentos de Uso Humano, Avaliação antes da Autorização, qualidade dos medicamentos (A\*5)

- EMEA/A/192: Administrador, unidade de comunicações e redes, arquitecto de sistemas TI (A\*5)

- EMEA/A/193: Assistente Administrativo: Gestão de Projectos/Finança (B\*3)

Para todos os candidatos é obrigatória a utilização de formulário específico (com preenchimento de todas as secções) e indicação da referência do lugar a que se candida-

tam. O formulário, devidamente assinado e datado, bem como os documentos comprovativos exigidos (consultar condições gerais), devem ser enviados, o mais tardar **até 20 de Setembro de 2004**, fazendo fé a data do carimbo do correio, para o seguinte endereço:

EMEA – Head of Personnel, 7 Westferry Circus, Canary Wharf, UK-London E14 4HB (Tel: 00 – 44 – 20 – 7418 8400; Telefax: 00 – 44 – 20 – 7418 8416).

As condições gerais podem ser consultadas em:

<http://www.emea.eu.int/pdfs/general/admin/recruit/Jobs%20186-193/generalconditions/PT20040074.pdf>

Formulário (obrigatório) de candidatura disponível em:

<http://www.emea.eu.int/pdfs/general/admin/recruit/Jobs%20186-193/forms/20040072PT.pdf>

Descrição pormenorizada das vagas disponíveis (apenas em inglês) em:

<http://www.emea.eu.int/pdfs/general/admin/recruit/Jobs%20186-193/descriptions/Jobvacancies.pdf>

Nota – a leitura da informação contida nesta página não substitui a leitura das condições gerais (que contém todas as regras para uma candidatura) cujos endereços electrónicos são devidamente indicados.

## Organismo e pessoa

Decorreu no passado dia 7 de Julho a conferência «Organisme et personne», no âmbito do Ciclo de Conversas de Bioética da Faculdade de Ciências Médicas, uma conferência proferida por Jean Ladrière, professor da Faculdade de Ciências Filosóficas da Universidade Católica de Louvain, na Bélgica.



Esperança Pina, director do Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico, deu início à conferência referindo o sucesso do Ciclo de Conversas e realçando a extraordinária importância dos debates que têm decorrido com intervenientes de reconhecido mérito. A palestra deste dia não poderia ser excepção, tendo sido realçada a honra que representa ter a presença e participação de Jean Ladrière neste ciclo de conferências. Numa

breve resenha do percurso de Jean Ladrière, Esperança Pina definiu-o como «um homem da ciência, pedagogo, pesquisador no campo da filosofia da ciência, da linguagem, da metafísica, da política e do discurso religioso... em resumo, uma personalidade do mundo do saber». Professor catedrático, Jean Ladrière é, entre outras coisas, membro da Royal Academie Belgic, membro da Academia Internacional de Filosofia das Ciências, doutor honoris cau-

sa de diversas universidades e antigo presidente da União Mundial das Associações Católicas de Filosofia.

Alexandre Santos, da Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, realçou a importância da temática em debate - organismo/pessoa - no contexto dos temas de bioética, e agradeceu não só a presença de Jean Ladrière, mas também do filósofo Michel Renaud que participou nesta conferência para auxiliar na tradução e por vezes interpretação das ideias expostas pelo conferencista principal.

Num discurso perpassado por elementos claramente filosóficos, mas também teológicos e científicos, Jean Ladrière começou por referir que iria falar sobre o estatuto do ser humano no ponto de vista hermenêutico.

Referindo que a reflexão começa por se apoiar em qualquer coisa que a precede, explicou que o conceito metodológico em que se apoia é o da experiência: a experiência é o universo onde as coisas e os significados se tornam manifestos e acessíveis. O fenómeno como conceito filosófico no sentido etimológico é o que aparece, o que se manifesta, sendo a manifestação o processo de se mostrar. Mas o fenómeno não se apresenta numa perspectiva meramente superficial, mas antes com autenticidade. Neste contexto, realizar-se é «fenomenizar-se», é mostrar-se no campo da experiência. Em termos de conceito cosmológico, como explicou Jean Ladrière, entramos num campo muito mais vasto em que se contempla a totalidade organizada, penetrada por uma ordem a que nós pertencemos. Este conceito de ordem é muito diferente da «coisa cosmológica» pois não tem a ver com o universo material. A ordem cosmológica de que se fala aqui releva igualmente no campo espiritual. É a partir daquilo que faz que o ser pode ser compreendido pois tudo tem um carácter dinâmico. É, portanto, a partir do que o homem faz que se manifesta, as suas acções «fenomenizam-se». Segundo este filósofo, em cada comportamento humano é a totalidade que se manifesta pois a acção é vista como um comportamento portador de um sentido geral total. «Ao vê-lo actuar compreendemos a sua complexidade», quer através de acções físicas quer através de acções ditas espirituais.

Mas o que é que está em causa no organismo?, questiona-se Jean Ladrière. «A acção põe directamente em jogo o poder do corpo, o que se manifesta não é o corpo por si





só, é o corpo habitado por uma força, um poder não só fisiológico mas mais profundo, poético no sentido de criação de uma obra enquanto totalidade com significado».

A essência do corpo enquanto organismo é, portanto, trespassada por um poder não apenas orgânico visto que o espírito manifesta-se através do corpo. Neste contexto, Ladrière reflectiu sobre a união corpo/alma e a problemática da separação destas duas entidades. «O corpo não é um objecto, é o corpo vivido», assim, a única maneira de conhecer o corpo humano é vivê-lo, pois «o corpo é um esboço do ser total»; o ser humano é uma construção dinâmica que está sempre em mudança. «O corpo é o lugar cosmológico dentro do qual surge a possibilidade de uma pessoa espiritual, uma vida de espírito».

Jean Ladrière defende que se deve efectuar uma integração da reflexão filosófica nas neurociências pois estas realidades parecem diferentes «mas são Uma». Deve efectuar-se uma abordagem do corpo que englobe a perspectiva fenomenológica e a perspectiva científica. Considera ainda que as ciências e a filosofia farão desaparecer o problema da oposição dualista corpo/mente. O organismo deve ser compreendido como um todo, mas os níveis da realidade não são inteligíveis a não ser a partir de perspectivas incompletas.

Jean Ladrière terminou a sua intervenção, perpassada por uma lógica quase matemática, pela epistemologia e crítica das ciências, pela filosofia social e política, pela filosofia da linguagem e da religião, estando sempre subjacente o ponto de vista ético, citando John Von Neumann e a sua teoria informática, e efectuando uma analogia entre um sistema informático e o cérebro: «poderemos pensar que as funções cerebrais poderão algum dia ser completamente compreendidas? Poderemos construir uma teoria desse sistema? Sim. Mas, para compreender o sistema, teríamos que sair do próprio sistema, do próprio conceito». Tal como um grande sistema informático não se compreende a si próprio, «há uma impossibilidade lógica de encontrar um sistema mais complexo que o cérebro e que o pudesse compreender».

## DL do Regime Jurídico da Formação Médica: mais pontos positivos do que negativos

**Convocada pela Ordem dos Médicos (OM) e Sindicato Independente dos Médicos (SIM), realizou-se no passado dia 23 de Julho uma conferência de imprensa para prestação de esclarecimentos sobre o decreto-lei que altera o regime jurídico da Formação Médica (Internatos Médicos). Um diploma que foi unanimemente considerado pelos interlocutores como sendo positivo na sua generalidade, apesar de subsistirem alguns focos de discórdia.**

A conferência de imprensa sobre o DL dos internatos médicos, que teve lugar na sede da Ordem, contou com a presença de Germano de Sousa, bastonário da OM, Carlos Arroz, secretário-geral do SIM, Ciro Costa, Vice-Presidente do Conselho Regional do Centro da OM, e Pedro Nunes, Presidente do Conselho Regional do Sul da OM.



Na sua intervenção, Germano de Sousa realçou que o decreto em causa «é muito positivo para os médicos portugueses» pois põe termo a algumas desigualdades que subsistiam entre os médicos portugueses e os médicos oriundos de outros países da União Europeia em face da duração dos tempos de formação: o Bastonário da OM explicou a injustiça que a classe médica sofria em relação aos médicos estrangeiros, quando estes acabavam o sexto ano, vinham para Portugal e podiam tirar a sua especialidade, enquanto os médicos portugueses tinham que fazer 18 meses de internato geral e, só após esta fase, é que poderiam concorrer para a especialidade. Este problema passa a ser resolvido com a criação de um Internato Médico único que coloca em igualdade todos os internos, quer sejam portugueses ou estrangeiros e que reflecte, de certa forma, uma adaptação ao sistema europeu. Esta foi uma solução que a OM preconizou, e pela qual se bateu, há já alguns anos, e que vê agora, com agrado, contemplada no decreto-lei que altera o regime jurídico da Formação Médica.

Germano de Sousa salientou ainda o facto deste decreto reafirmar a importância da OM na regulamentação do ensino pós-graduado, nomeadamente no que se refere à qualidade curricular do mesmo.

«Este é indiscutivelmente um bom decreto», conseguido com o esforço negocial da Ordem dos Médicos, «após infinitas negociações com vários ministros». Mas, apesar dos significativos avanços na defesa da classe médica, este diploma legal contempla alguns pontos negativos que a OM espera que possam vir a ser resolvidos em sede de regulamentação do decreto, os quais foram divulgadas no comunicado do Conselho Nacional Executivo de 20 de Julho de 2004 (comunicado que se reproduz no final deste artigo). A boa resolução destes pontos de discordância depende, no entendimento de Germano de Sousa, «das estruturas médicas continuarem unidas tanto em termos ideológicos como em termos de acção».

Um ponto com o qual claramente a OM não está de acordo é com a predeterminação de 2007 como sendo o ano em que terminará o «ano comum», ano criado por este diploma para se tornar uma realidade a partir de Janeiro de 2005, sem que antes se faça uma análise das reais qualidades formativas do chamado sexto ano profissionalizante, em todas as faculdades sem excepção. Apelando à necessidade de avaliação deste período de transição, para que se possa constatar se está assegurada a qualidade da formação prestada nos últimos anos de todas as faculdades de medicina, Germano de Sousa concluiu a este pro-

pósito: «estou convencido que a realidade vai obrigar a que o ministro da saúde, seja ele qual for, tenha que verificar o que se passa em termos de formação nas faculdades, antes de determinar que, em 2007, cesse abruptamente o ano comum».

Em relação às vagas formativas e à necessidade de parecer técnico, Germano de Sousa gostaria que o decreto fosse mais incisivo mas este é um ponto que a OM ainda não conseguiu na sua totalidade, apesar do Bastonário deixar no ar uma interrogação: «Qual o ministério que tem a coragem de ir contra um parecer técnico, emitido pelo o único órgão com esta competência?». Apesar de não concordar com o modo como esta questão foi tratada no diploma do Governo, a posição da OM é que esta «questão de pormenor» pode ser resolvida com relativa facilidade em sede de regulamentação final. Globalmente, Germano de Sousa caracterizou este decreto como «francamente positivo», considerando que a contestação à globalidade de um diploma que contempla tantas soluções preconizadas pela Ordem e por outras estruturas médicas como benéficas para a classe, poderia ser lesiva dos interesses dos próprios médicos pois poderia pôr em causa tudo o que já se conquistou.

## «Sem a formação médica, obviamente, o sistema de saúde não se renova»

Carloz Arroiz, não deixando de apontar alguns aspectos negativos que se prendem com inconstitucionalidades materiais de algumas normas deste diploma (nomeadamente no que se refere ao horário do ano comum e respectiva remuneração, pois está previsto que o ano comum terá 42 horas de trabalho semanal, quando o máximo permitido por lei são as 40 horas semanais, e será remunerado pelo índice 52 quando, actualmente, o internato geral é remunerado pelo mesmo índice 52 mas contempla apenas um horário de 35 horas), realçou os aspectos positivos e vantagens que o decreto que altera o regime jurídico da Formação Médica comporta quer para os médicos internos, quer para a própria população. No entendimento do Sindicato Independente dos Médicos, aspectos positivos a realçar são, por exemplo, a criação de vagas protocoladas, de forma a garantir a racionalização dos recursos humanos nas várias especialidades, fixando médicos em lugares carenciados e provendo as especialidades mais deficitárias, garantindo para os jovens médicos contratos de cinco anos nos hospitais onde tem lugar o internato, após o término da formação. Segundo explicou o representante sindical, este decreto esclarece ainda que os médicos internos receberão o pagamento das horas extraordinárias em igualdade de circunstâncias com os seus colegas de carreira. Segundo referiu Carlos Arroiz, da legislatura/governo anterior, em 53 diplomas aprovados houve défice de negociação, sendo que «este foi o único DL que incorporou, e isto deve ser salientado, uma negociação sindical». «Este foi o único diploma que



teve uma primeira fase de negociação em que houve, de facto, uma equipa de trabalho com a incorporação de mais valias trazidas pelos dois sindicatos e pela Ordem dos Médicos, inclusivamente com a transcrição absoluta do ano de transição, por proposta específica nesta matéria da OM e do seu Conselho Nacional do Médico Interno», acrescentou. Afirmando que a formação e os internatos médicos são a base do sistema de saúde, «porque sem a formação médica, obviamente, o sistema de saúde não se renova», e realçando o facto de Portugal ter neste momento situações extremamente complexas ao nível dos recursos humanos com maior incidência em algumas especialidades, Carlos Arroiz conclui que «a aposta nos Internatos Médicos e na renovação dos médicos é crucial e de importância estratégica para o nosso país», pois, em seu entendimento, arriscamo-nos a ficar dependentes de países externos para preencher as necessidades em algumas especialidades extremamente deficitárias. O secretário-geral do SIM considera extremamente benéficas as normas contempladas no novo DL dos internatos médicos, nomeadamente no que se refere às vagas protocolares, que permitem ser o Governo em conjunto com a Ordem dos Médicos «a fazer apostas estratégicas nalgumas especialidades», tendo referido a medicina geral e familiar, a medicina interna, a anestesiologia e a cirurgia, que neste momento têm médias de idade superior a 50 anos de idade, como prováveis prioridades.





Carlos Arroz defendeu não ser verdade que este diploma ponha em causa o emprego dos jovens médicos ou prejudique a carreira dos actuais internos do internato complementar, concluindo que «o diploma, do ponto de vista sindical, é positivo para os internos, para os médicos em geral e para o país». Estas afirmações do representante do SIM vão de encontro ao que foi dito pelo bastonário da Ordem dos Médicos ao afirmar que o único interesse da OM é a verdade dos factos e que o novo diploma representa ganhos para os internos em relação à legislação que existia, apesar das questões em que ainda se mantém a discordância da Ordem dos Médicos, questões essas que espera ver resolvidas durante as negociações para a regulamentação do Decreto-Lei do Regime Jurídico da Formação Médica, entretanto já aprovado pelo Presidente da República.

## COMUNICADO

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos reunido em Coimbra no dia 20 de Julho de 2004, vem publicitar a sua posição sobre o projecto de Decreto-Lei do Regime Jurídico da Formação Médica, vulgo internatos médicos:

1. Este projecto tem vindo a ser objecto de discussão há vários anos, com vários titulares do Ministério da Saúde, resultando sempre num adiamento da sua publicação e consequente prejuízo dos colegas em formação e em particular, dos nacionais portugueses em relação aos de outras nacionalidades.

2. A Ordem dos Médicos contribuiu para a discussão destas matérias através de uma delegação composta permanentemente pelo Bastonário, representantes das três Secções Regionais e do Conselho Nacional do Médico Interno.

3. As negociações decorreram com o actual Ministério durante os últimos dois anos, mantendo-se sempre alguns pontos de discordância.

4. Nos últimos meses o Ministério da Saúde entendeu, por sugestão da Ordem dos Médicos, estabelecer negociações com as duas estruturas sindicais e apesar da ausência de consenso, o projecto foi enviado para Conselho

de Ministros, numa versão que não contempla todas as pretensões dos médicos.

5. Embora a actual versão represente ganhos substanciais em relação à actual legislação para os médicos internos e para as funções da Ordem dos Médicos, persistem pontos a merecerem a discordância, a saber:

a) a cessação em 2007 do ano comum, sem prévia análise, avaliação e harmonização do ano profissionalizante nas Faculdades de Medicina.

b) a distribuição de vagas formativas ser da responsabilidade do Ministério da Saúde e requerer apenas o parecer técnico da Ordem dos Médicos.

c) o regime retributivo ser incorrecto pelo acréscimo de carga horária no 1º ano do internato.

6. Permanece, ainda, a possibilidade de correcção destes pontos em sede de Regulamentação.

7. Não é verdade que este projecto ponha em causa a titulação única, o emprego dos jovens médicos ou prejudique a carreira dos actuais internos do complementar. Não é séria qualquer argumentação deste tipo no combate a este diploma. A Ordem vê com a maior apreensão a tentativa de instrumentalização dos internos que tais argumentos evidenciam.

8. Apesar da discordância notória e conhecida da Ordem dos Médicos com as políticas deste Ministério e da falta de vontade em resolver as questões controversas deste diploma, a Ordem dos Médicos considera no caso presente, que não existe matéria substantiva para declaração de greve, até porque:

a) não tem a concordância das duas estruturas sindicais pelo que no mínimo introduzirá mecanismos divisionistas, quando nesta matéria se impõe o maior consenso;

b) Pode perturbar pela sua extemporeidade, a negociação que irá ocorrer para a regulamentação do diploma.

9. A Ordem dos Médicos manifesta o seu empenhamento na defesa do grupo dos mais jovens dos seus membros, pelo que continuará a ouvir atentamente o Conselho Nacional do Médico Interno e estará disponível para o diálogo e apoio às acções promovidas pela Associação Nacional do Médico Interno.

Coimbra, 20 de Julho de 2004

Pelo Conselho Nacional Executivo  
O Presidente  
*Prof. Dr. J. Germano de Sousa*

## A propósito de Um plágio – uma greve

Exmo. Senhor Director,  
Na Revista da Ordem dos Médicos (Junho de 2004) na rubrica “Histórias da História” o Prof. A. Poiães Baptista publica o artigo “Um plágio – uma greve. A greve do 5º ano da faculdade de Medicina de Coimbra (1920-1921)”.

Nele cita o desempenho do meu tio-avô Dr. António Coelho, na altura médico no Porto, como autor de um panfleto intitulado “Um Plágio”, de meu pai, o então aluno do 5º ano médico da faculdade de Medicina de Coimbra, Eduardo Coelho. A seguir, em nota de rodapé, informa que em 1949, Eduardo Coelho então docente da faculdade de Medicina de Lisboa é acusado por um seu colaborador Dr. Leonel Cabral de dois plágios, um num artigo científico, outro numa conferência sobre cultura universitária realizada na Sociedade de Geografia. Por fim, que nesse folheto, L. Cabral lembra ainda que E. Coelho fora acusado em 1935 pelo Prof. Lopo de Carvalho igualmente de plágio. Se me permite gostaria de informar o que se segue. Eduardo Coelho publicou com a colaboração de Leonel Cabral em 1944 dois artigos, um de investigação clínica na “Imprensa Médica”, outro de investigação experimental na “Amatus Lusitanos”, ambos sobre o Síndrome Electrocardiográfico de Wolff – Parkinson – White, descrito por estes 13 anos antes. As relações pessoais entre E. Coelho e L. Cabral tornaram-se tensas e incompatíveis uns dois anos mais tarde, sendo impossível manter-se uma colaboração profissional. No *Curriculum Vitae* para o concurso de professor catedrático (1949), E. Coelho ao mencionar os dois artigos realizados em colaboração com L. Cabral informa ao descrever o artigo da “Imprensa Médica”, que a colaboração de L. Cabral nesse artigo se limitara a fornecer a documentação de um caso clínico. Todavia, num volume de 147 páginas com extensa documentação iconográfica, “Vinte e Cinco Anos de Trabalhos Científicos de Patologia e Clínica Médica” (1949), não faz, e bem, aquela ressalva. Leonel Cabral enfurecido, publica e distribui gratuitamente o panfleto em que acusa Eduardo Coelho

de plágio, no artigo de ambos da “Imprensa Médica” e, ainda, na conferência “A Finalidade da Universidade e o Problema da Universidade Portuguesa”. No artigo da “Imprensa Médica” teria sido plagiado o autor Söderstörn, citado na bibliografia com o número 33 (artigo da revista “Cardiologia” de 1943) e, na Conferência teria sido plagiado um Editorial da “Revista Médica de Barcelona” de 1933. Envio-lhe fotocópia de uma página da publicação desta Conferência onde ao subtítulo “o recrutamento do professorado e o ensino universitário” segue-se uma chamada a uma nota de rodapé que tem a seguinte redacção: “Vide Editorial do n.º 109 (Janeiro de 1933) da Revista Médica de Barcelona: La Provision de Cátedras”. É que no trecho que se segue, se confrontam três características da Universidade – O sistema de recrutamento do professorado, a propriedade definitiva da Cátedra, a falta de ambiente científico, com postulados definitivos no referido Editorial.

O artigo da “Imprensa Médica”, como todos os artigos médicos, tem introdução, tem transmissão de doutrina aceite, tem apresentação e descrição da casuística e da metodologia, tem análise e discussão dos resultados e dos dados, tem conclusões.

O que é pessoal é a casuística, a análise dos dados e resultados, as conclusões, quer sejam confirmação, informação ou afirmações diferentes. Aquilo que foi dito ser plágio é ter havido na transmissão da doutrina aceite, transcrições. O artigo e autor, Söderstörn, são citados a seguir. Acentuo ainda que no artigo da “Imprensa Médica” a transmissão da doutrina basicamente aceite vem precedida de frases como: “Antes de mais vá de precisar o que se deve entender por P-Q anormalmente encurtado”; “Qual o significado desta modalidade electrocardiográfica?”; “O nosso conhecimento reduz-se a teorias mais ou menos aproximadas da realidade que são tantas ou outras hipóteses de trabalho. Examinemo-las rapidamente”; “Qual o mecanismo do síndrome nestes casos?”.

No Resumo, afirma-se. “...fez-se uma descrição detalhada e um estudo sistemático...”; “...no que concerne à patogenia os A.A. estão de acordo com trabalhos experimentais de outros...”; “...em dez casos encontraram...”; “...os autores examinaram as diferentes hipóteses que pretendem explicar o mecanismo do síndrome de W.P.W. e concluem...”; “...a hipótese que se ajusta aos seus doentes...”.

O caso Eduardo Coelho – Lopo de Carvalho passou-se em 1935. Numa conversa entre amigos no Hospital de Santa Marta, E. Coelho refere-se de maneira menos agradável a textos de L. de Carvalho. Um dos “amigos” transmite a este professor catedrático o teor da conversa que, dias depois, envia a E. Coelho, por terceiros, dois quesitos a que este devia dar resposta. E. Coelho revolve, em carta pessoal a L. de Carvalho, escrever o que por ele fora referido em conversa com os tais “amigos”. L. de Carvalho não responde e manda comunicar a E. Coelho, novamente por terceiros, que rompia relações pessoais e profissionais com ele. Poucos dias depois publica e distribui um folheto incriminatório sobre a probidade de E. Coelho, com teor idêntico ao da conversa deste com os “amigos”. O meio médico de Lisboa começa então a surpreender-se com a recepção gratuita de avalanches de folhetos de um e de outro, com acusações injuriosas mútuas de ódio ignívono. Devia ter sido dantesco esse espectáculo de um autêntico duelo semântico, furioso, entre um jovem assistente e um professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa. É evidente que imperou uma enorme falha de bom senso e desencadeou-se um escândalo, que não compreendo como não foi fatal para a carreira académica e profissional do jovem assistente.

Senhor Director da Revista da Ordem dos Médicos, fique certo que não mais escreverei uma linha sobre estes acontecimentos remotos.

Com os melhores cumprimentos,  
E. Macieira Coelho



Rui Pato

Presidente do Conselho Disciplinar SRC

## Um conto de Natal e de Eleições!

Estando nós em vésperas de novas eleições para a Ordem, parece-nos oportuno trazer a esta coluna dos Conselhos Disciplinares um caso eleitoral! Foi escolhido, não só pela oportunidade referida, mas também por acharmos que o relator que elaborou o despacho, assim como todos os elementos do Conselho Disciplinar que o aprovaram foram felizes na maneira como elaboraram o seu texto e, por isso, o autor desta coluna vai transcrever, quase na íntegra, o referido despacho, apesar de, aqui e ali, ter que fazer pequenas alterações para que se preserve o anonimato dos Colegas em questão; promete, até, fazer um esforço para não tecer apetecíveis comentários, que por muito subjectivos, pouco interessariam aos Colegas Leitores destas prosas.

Tudo começa por uma queixa de um Colega, que acusa um outro de, no decurso da campanha eleitoral para a Ordem dos Médicos, ele, elemento de uma lista, ser apontado publicamente por um órgão de comunicação social, por ter agredido um Colega, membro de uma outra lista concorrente.

Questionado o participante (colega A) (e pretensamente agressor) no sentido de especificar os factos imputados para ver se haveria ou não matéria para a abertura de um inquérito, o queixoso informou que num determinado dia, no interior de uma unidade hospitalar, este terá sido ofendido pelo participado (colega B) que o acusou de se servir da Ordem para fins pessoais, usou de insultos vários, acabando, o B, por ameaçar o colega A “de lhe dar um tiro”. Neste esclarecimento dos factos o colega A apontava várias testemunhas.

Perante isto, foi aberto um processo disciplinar no Conselho Regional do Centro da OM e nomeado vogal relator. Foi feita a inquirição das testemunhas arroladas pelo participante; foi também consultado o processo judicial correlativo, em que ambos foram condenados a uma multa – o Dr A por autoria material de um crime de ofensas à integridade física e o Dr. B pela prática, em autoria material de um crime de injúria.

E, a partir daqui, iremos transcrever, quase na íntegra o teor do despacho do processo disciplinar que correu no Conselho Disciplinar do Centro:

(...) *Permitamo-nos uma crítica preambular: num gabinete, ainda que médico, de uma unidade hospitalar, um dos loci hospitalares menos indicados, senão contra indicados para isso, aí onde a luta contra as Parcas não permite distrações, ocorreu uma disputa eleitoral que diremos ectópica, e com efeitos colaterais indesejáveis e lamentáveis. E tanto mais se foi verdade terem*

*sido amputadas as sílabas finais da dita disputa e atiradas à cara do participante precedidas das palavras “filho da...”, ou equivalentes como é putativo poder ter acontecido. E “mais fere a má palavra que a espada afiada”.*

*O Arguido e a testemunha, que a seu pedido, e pelos problemáticos motivos que aduziu, o acompanhou, escolheram mal o sítio da propaganda eleitoral, tanto que, se o (...) Dr. C (testemunha e director do Serviço onde se deram os incidentes) (...) os tivesse convidado a saírem, não teria andado mal. Ainda que para muitos seja proibido proibir, melhor teria sido que os intervenientes se tivessem proibido de agirem como agiram, pelo menos naquele local. (O Professor Egas Moniz interveio em pelo menos nove duelos, ou à espada, ou à pistola, mas sempre em lugares próprios...) (...).*

*E a prudência do participado alude em relação ao participante ( que disse ser pessoa que se exalta com facilidade) deu lugar à imprudência de aceitar discutir com ele, no local errado, questões eleitorais e não só.*

Analizadas fora do calor da refrega a questão mais grave, das que o participante apresenta é a que o tribunal classifica de “crime de injúria” previsto pelo artigo 181º do CP, por ter dirigido ao assistente a expressão “filho da p...” Adiantemos que o participado contestou a acusação, negando ter proferido as (...) expressões que lhe são imputadas, limitando-se a responder a provocações que lhe foram dirigidas pelo co-arguido (extraído da sentença); (...)

Convém aqui frisar que o processo judicial deu como provados os factos entre os quais a acusação de o acusado ter chamado “filho da p...” ao participante!

(...) *Literalmente, a versão apresentada pelo participante não foi provada. Só se teria provado (?) que o participado chamou f... da p... ao participante, mas uma só vez, que não “proferida repetidamente”. (...)*

Na inquirição, um Colega que testemunhou, e só ele é afirmativo. Após estas declarações, o participado (Dr. B), que insistia em ser ouvido pelo Conselho Disciplinar Regional, foi interpelado pelo relator neste sentido: chamou ou não esse termo ofensivo ao participado? Surpreendido ficou o Conselho Disciplinar quando a resposta foi “*não se lembrar*”. Outra das testemunhas indicada pelo participante, relativamente ao teor dos insultos, respondeu *não poder confirmar nem infirmar tal facto*. Continuando a citar o despacho:

(...) *Na sua resposta à notificação, o participado omite qualquer referência à injúria quer na forma que o participante lhe deu, quer na forma na mais simples que vimos apreciando. Como se fosse coisa de somenos importância. Fora dos autos,*

*deu aquela surpreendente resposta: a de não se lembrar...*

Se o Conselho Disciplinar adoptar como boa a conclusão, citada, do tribunal, teríamos que acusar e propor penalização do arguido.

*Mas este já foi condenado licitamente pelo tribunal e ilícitamente pelo aqui participante ("ipso facto" condenado judicialmente). Pode não ter sido exacto na descrição dos factos. Mas os termos que utilizou, se sinceros, sugerem que os sentiu e sofreu (exemplifiquemos: um berro enorme, fâcies ameaçador; entrei em pânico; posso não sair vivo daqui; perigo de lesões graves ou fatais; não podia fugir; período de terror; o pânico apoderou-se de mim; etc; faltou dizer "e as mães que o som terrível escuitaram / aos peitos os filhinhos apertaram"...)* Parece defensável dizer «*nonter in idem*», a ouvirmos ainda a «*heilige Nacht*» de Franz Grueber, a viver o dia mundial da Paz, e esperando o dia de «*...et in Terra pax hominus bonae voluntatis*». (Estávamos em plena época natalícia, muito próximos do Dia Mundial da Paz o que terá, por ventura influenciado o espírito e a prosa do Exmo. Colega Relator (comentário meu, obviamente!). Voltando ao despacho:

*(...) Transloquemos o julgamento para o tribunal da consciência do aqui arguido, em verdade dos co-arguidos. Afigura-se-nos ser motivo para propormos o arquivamento dos autos.*

*Mas a conclusão da sentença parece não ser tão boa quanto isso. (...) A veracidade e a realidade da injuriosa expressão de "filho da p..." se baseia exclusivamente no depoimento do Dr. C (uma das testemunhas) fica a palavra de um contra a do outro...).* (...) A outra testemunha não confirmou nem infirmou. Assim sendo, fica alguma dúvida sobre se o participado atingiu ou não a honra da Senhora Mãe do participante. (...)

*Ora "in dubiu pró reo" outro motivo para propormos o arquivamento dos autos.*

Quanto à ameaça de tiro (o Tribunal não concorda que de uma ameaça se trate) (...) *não equivale necessariamente a uma ameaça de morte. Se todos os tiros acertassem no alvo e quando o alvo é um adversário, e quando há alvo, e fossem mortíferos, as guerras não durariam tanto! De qualquer modo, seja ou não crime de ameaça, ele é do conhecimento do foro judicial, o mais adequado para conhecê-lo. (...)*

Foi, assim proposto o arquivamento dos autos. Obviamente que acordaram em mandar arquivar este processo, todos os elementos do conselho disciplinar regional.

É esta uma pequena história numa acalorada disputa eleitoral, em plena época natalícia, entre membros de listas adversárias para a Ordem dos Médicos!

Deplorável, talvez...



Maria José Cardoso

Presidente do Conselho Disciplinar SRN

# Litigância de Má Fé

## Proposta de Arquivamento

1. O presente processo foi instaurado na sequência de participação, datada de ..., subscrita pela Ex.ma Senhora D. ....

2. Os factos referidos pela participante são os seguintes:

2.1. Há cerca de ano e meio foi-lhe diagnosticado um nóculo no seio, tendo sido informada pelo especialista da necessidade de o extrair e, eventualmente, da necessidade de extrair também o peito.

2.2. No ..., após estudos analíticos e Rx aos pulmões, informaram-na da necessidade de tirar o peito e também da hipótese de reconstrução mamária. Ficou muito abalada porque queria casar.

2.3. Ao acordar da operação, descobriu que lhe tinham extraído o seio na íntegra, o que foi muito doloroso para si, até porque algo lhe dizia que não tinha nada.

2.4. Quando veio o resultado (*presume-se que da peça operatória*), não tinha nada, não necessitou de tratamento nenhum, nem de tomar uma única pastilha.

2.5. Lê livros e artigos que dizem que hoje não há necessidade extrair, porque há tratamentos.

2.6. "Todo o mundo" era de opinião que deveria processar o hospital. Entendeu não o fazer porque o mal estava feito e não queria dinheiro, mas o seu peitinho. Por isso, recorreu a pessoas e fez pedidos para que lhe colocassem a prótese o mais rápido possível, pois queria casar. Mas o azar perseguiu-a, pois tinha uma cunha e o cirurgião era contra cunhas e, portanto, fez um trabalho de estagiário ou fez de propósito. Psicologicamente, sente-se mais afectada com esta prótese do que sem o peito.

2.7. Deu entrada no Hospital na véspera da operação de reconstrução, dia ..., às ... horas. Chegou o Dr. ... e, num tom alto e agressivo, perguntou-lhe como conseguiu passar à frente de 150 mulheres. Respondeu que não sabia, pois falou a tantas pessoas que nem sabia a quem devia agradecer.

2.8. O médico disse-lhe que era contra cunhas, que tinha duas próteses que davam para si e que eram para outra senhora. A participante pediu-lhe que lhe pusesse essas e requisitasse outras para a senhora, que ainda não tinha operação marcada, ao que ele respondeu que nem pensar. Acto contínuo, o médico perguntou-lhe se tinha 160 ou 170 mil escudos e, como ela respondesse que não, perguntou-lhe

aquele se não teria 105 mil escudos. A participante disse que essa quantia já conseguia arranjar, e ele disse-lhe então para vir da parte da tarde, mas que se não trouxesse o dinheiro teria de esperar dois a três anos.

2.9. Tece considerações desabonatórias relativamente ao Senhor Dr. ...

2.10. Através de uma pessoa amiga, conseguiu um cheque no valor de 105 mil escudos e o médico, quando vem pelo dinheiro, diz-lhe que só a opera porque é pago para isso.

2.11. No dia ... de ... (*deverá querer dizer ...*), data da operação, o Dr. ... veio acompanhado da Dra. ..., que veio fazer-lhe fotos ao peito, tendo-a encostado a um armário, despida da cinta para cima, e fez-lhe uns riscos no peito com um marcador.

2.12. Quando acordou da operação nem queria acreditar no que via, pois tinha a prótese quase no ombro. A médica, ao vê-la, acusou as enfermeiras por lhe terem aliviado minimamente os adesivos em virtude de lhe fazerem alergia.

2.13. Quatro dias depois da operação deram-lhe alta, obrigaram-na a sair com um soutien especial, que lhe custou 13 mil escudos, e informaram-na que passados 3 meses teria que fazer

nova cirurgia para fazer o mamilo e que, mesmo com anestesia local, lhe puxariam o outro peito para o nível da prótese.

2.14. Tinha esperança que durante os 3 meses a prótese fosse ao sítio, mas não foi assim.

2.15. No dia ..., na consulta com a Dra. ..., esta tentou fazê-la acreditar que a prótese estava bem e que o que estava mal era o peito de nascença, que teria de ser corrigido. Mas a participante não quer mexer no que está bem.

2.16. Pretende correcção cirúrgica, mas noutra hospital, em Espanha, onde reside, pois o marido é espanhol e as viagens ficam-lhe caras.

3. A participação vinha acompanhada dos seguintes documentos:

3.1. Fotocópia de artigo de jornal, com o título "Doente obrigada a pagar prótese antes da operação".

3.2. Carta do Senhor Director do ..., datada de ....

3.3. Relatório médico, datado de ..., subscrito pela Senhora Prof. Doutora ..., Directora Clínica do ...

3.4. Reclamação, datada de ..., apresentada pela participante no ...

4. Recebida a participação, foi solicitada cópia do processo clínico ao ... e foi pedido aos Senhores Drs. ... que se pro-

**«A doente em causa, após o tratamento de cancro da mama de que padecia, foi enviada à Consulta de ..., foi observada e inscrita na lista de espera, que continha cerca de 130 inscrições prévias, com algumas doentes a aguardar há cerca de quatro anos.»**

nunciassem sobre o teor da participação.

5. No dia ..., foi recebida cópia certificada do processo clínico do ...

6. A resposta do Senhor Dr. ... foi recebida em ... e vinha acompanhada de cópias dos seguintes documentos:

6.1. Três exposições dirigidas ao Senhor Director do ..., datadas de ..., ... e ..., chamando a atenção para a necessidade de existência, na instituição, de próteses mamárias para utilização imediata.

6.2. Orçamentos para próteses mamárias de três empresas diferentes, datados de ....

7. A resposta do Senhor Dr. ... foi completada com carta datada de ..., que anexava cópia do relatório final do processo de averiguações levado a cabo

no ..., com proposta de arquivamento, cópia da declaração de voto do Senhor Administrador do ... e cópia de ofício do Senhor Dr. ..., datado de ..., dirigido aos membros do Conselho de Administração do ....

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

8.1. O Serviço de ... que dirige é o que, provavelmente, tem o maior número de casos de reconstrução mamária realizados e a maior lista de espera a nível nacional.

8.2. Apresenta de seguida uma explanação teórica sobre reconstrução mamária, em que refere a necessidade de simetriação da outra mama, assim como a possibilidade ou não de tudo ser executado num único tempo cirúrgico, e o facto de os resultados finais só poderem ser avaliados alguns meses depois.

8.3. É metodologia do Director do Serviço inscrever o doente e, quando se aproxima a data da intervenção, reavaliá-lo, encomendar ao serviço de aprovisionamento, em requisição nominal, o material necessário, o que demora, em média, quatro a seis semanas e, quando o material é entregue, o doente é internado na véspera da data marcada para a cirurgia.

8.4. A lista operatória é elaborada pelo cirurgião responsável no Departamento. A aquisição do material depende de deliberação do Conselho de Administração. Discorda deste procedimento pois considera que deveria haver próteses em armazém para evitar situações embaraçosas. Esta sua posição tem sido apresentada anualmente ao Conselho de Administração, juntando cópias de ofícios comprovativos.

8.5. A doente em causa, após o tratamento de cancro da mama de que padecia, foi enviada à Consulta de ..., foi observada e inscrita na lista de espera, que continha cerca de 130 inscrições prévias, com algumas doentes a aguardar há cerca de quatro anos.

8.6. Por razões e métodos que desconhece, esta doente foi introduzida na lista operatória no dia ... e, como tal, internada no dia anterior. Nesse dia, por volta das ... horas, foi observar a doente e verificou que ela necessitava de uma prótese de silicone, tendo-a informado de que, dado o facto de não ter sido encaminhada pelo serviço para a lista operatória, não lhe tinha sido requisitada nenhuma prótese e, àquela hora, já não era possível

fazê-lo. Como tal, iria requisitar a prótese no dia seguinte e, passado cerca de um mês, a doente seria novamente internada.

8.7. A doente lamentou-se da situação, referindo que tinha vindo de Espanha, onde o seu companheiro estava detido na prisão, que gastara dinheiro na viagem e que, depois dos pedidos para ser operada, tinha que haver uma solução.

8.8. No sentido de desbloquear a situação, informou-a que a única solução seria comprar a prótese directamente ao fornecedor. Informou-a que o preço da prótese era de 105 mil escudos e disponibilizou-se para efectuar os contactos.

8.9. A título informativo, explicou-lhe que havia outras situações, que não a dela, em que era necessário aplicar uma prótese expansora, a qual rondava os 160/170 mil escudos.

8.10. Numa conversa que se desenrolou sempre em tom cordato, a doente informou-o que iria contactar uns amigos para conseguir o dinheiro e, pelas 21.00 horas, quando de novo lhe falou, ela apresentou um cheque ao portador que, como não estava endossado, ele próprio, a pedido da doente, endossou à firma Hospitex.

8.11. Informou ainda a doente da possibilidade de reaver o dinheiro por intermédio da Administração ou da Segurança Social.

8.12. Terminou a conversa, que foi sempre amigável, dizendo: "Como vê, por nós, desde que haja material, estamos aqui e para resolver a sua situação".

8.13. No dia seguinte, a firma entregou-lhe a prótese, recebeu o

**«No pós-operatório imediato, por insistência da doente, foi-lhe alterado o penso durante a noite, sem conhecimento médico (...).»**

cheque e foi informada da morada da doente, para que lhe fosse enviado o respectivo recibo.

8.14. A cirurgia decorreu conforme o planeado, a prótese foi colocada numa bolsa retromuscular e feita pequena mastopexia periareolar para simetrização, que não se revelou suficiente.

8.15. A sua posição na cirurgia foi a de terceiro ajudante, sendo a Dra. ... a primeira cirurgiã.

8.16. No pós-operatório imediato, por insistência da doente, foi-lhe alterado o penso durante a noite, sem conhecimento médico, o que, apesar de ter causado uma ligeira elevação da prótese, foi corrigido com a aplicação de soutien apropriado.

8.17. A doente não teve qualquer complicação, foi observada diariamente enquanto internada, foi posteriormente observada em consulta externa, consoante prática do serviço, e nunca demonstrou qualquer desagrado.

8.18. Três meses depois foi de novo observada e proposta a continuação do tratamento iniciado, o que a doente aceitou. Nesse dia, referiu ter audiência marcada com o Director do Hospital, a quem iria dar parte de como tinha decorrido a consulta.

8.19. Talvez por falsas expectativas próprias ou, em sua opinião, por influência de pessoas estranhas à relação médico-doente, mais interessadas em denegrir a

sua própria imagem e a dos seus colaboradores, a doente, logo a seguir à operação, apresentou queixa no ... e no Ministério Público e, três dias depois da operação, na Ordem dos Médicos.

8.20. O cheque foi logo dado como extraviado pelo Banco.

8.21. A doente foi tratada segundo o estado da arte e disponibilizada para apresentar o caso ao parecer do Colégio de Especialidade (*Nota: trata-se de decisão que cabe ao Conselho Disciplinar, independentemente de o médico se disponibilizar ou não para tal*).

8.22. Considera a sua conduta transparente, no sentido de resolver a situação clínica e de estar convicto da sincera anuência da doente à solução que lhe propôs. A alternativa era não lhe ter dado a referida possibilidade e, hoje, não estar envolvido neste problema.

9. Por sua vez, a Senhora Dra. ..., na sua resposta, também recebida em ... referiu o seguinte:

9.1. Faz a sua apresentação dentro da orgânica hospitalar e informa que a marcação das cirurgias é feita, quer pelo Serviço, quer pelo Departamento de Cirurgia. O plano de Cirurgia é tornado público na véspera, entre as 14.00 e as 15.00 horas.

9.2. Têm uma lista de espera que atinge as 150 doentes, o que corresponderá a um tempo de espera de 4,5 ou mais anos, sem que haja qualquer receptividade superior às propostas no sentido de resolver a situação.

9.3. É política do Serviço utilizar, sempre que possível, tecidos autógenos, reservando o recurso a próteses para os doentes em que essas técnicas não são aplicáveis.

9.4. Há necessidade de ter conhecimento da doente a operar com uma antecedência de 4 a 6 semanas, para que seja possível a obtenção das próteses necessárias.

9.5. Explica a metodologia das marcações de consulta e intervenção cirúrgica no caso das patologias em questão.

9.6. Assim, cumprindo as normas estabelecidas, a participante, tratada inicialmente pelo Serviço de Cirurgia ... é proposta para reconstrução mamária e enviada à Consulta de Cirurgia Plástica em ... de ....

9.7. Tal como é habitual, a doente foi examinada e esclarecida sobre a técnica reconstrutiva indicada, da necessidade de simetrização da mama contra-lateral, bem como do número e *timing* dos diferentes actos cirúrgicos e eventuais complicações. Foi então marcada Consulta de ... para inscrição em lista de espera.

Antes de abandonar a consulta, a doente inquiriu sobre o tempo de espera e foi do mesmo informada.

9.8. No dia ..., pelas 16.45 horas, no final da actividade operatória da manhã, informaram-se do plano operatório do dia seguinte e foram avaliar os doentes internados para serem operados no dia seguinte.

9.9. Como esta visita é efectuada por toda a equipa destacada para cada movimento operatório, foi ela própria, cirurgiã res-

ponsável, acompanhada pelos Drs. ..., ..., e ..., observar os doentes propostos. Com espanto, verificaram que existia uma doente proposta para reconstrução mamária com prótese, sem que de tal tivessem sido avisados, pelo que não havia prótese para ela. O Dr. ... reavaliou a doente, na tentativa de modificar a opção técnica, mas esta era impossível pois a doente não possuía tecidos autólogos suficientes.

9.10. De seguida, apresenta a versão das propostas apresentadas à doente, tendentes a resolver o problema, em tudo coincidente à apresentada pelo Dr. ..., pelo que aqui se dá como reproduzida.

9.11. No dia seguinte, foi à enfermaria fotografar a doente e fazer as marcações prévias à cirurgia, as quais têm de ser feitas com a doente de pé, logo sem estar anestesiada.

9.12. A doente foi operada nessa manhã, tendo-lhe sido realizada a reconstrução mamária à esquerda e pequena mastopexia periareolar, não tendo sido registada nenhuma complicação.

9.13. No segundo dia do pós-operatório, aquando da visita médica, apercebeu-se de que, apesar de ter informado a doente que os adesivos do penso não poderiam ser retirados pois se destinavam a moldar e posicionar a prótese, os mesmos tinham sido levantados e cortados, pelo que a prótese tinha migrado ligeiramente para cima. Mas, como a doente manifestava intolerância aos adesivos, sugeriu-lhe que algum amigo ou familiar lhe providenciasse um soutien adequado a este tipo de pós-operatório para que pudesse, antes da alta, retirar os adesivos.

**«A doente foi examinada e esclarecida sobre a técnica reconstrutiva indicada, da necessidade de simetrização da mama contra-lateral, bem como do número e *timing* dos diferentes actos cirúrgicos e eventuais complicações.»**

Como a doente mostrasse resistência ao dito soutien, explicou-lhe que sempre que ela mobilizasse o braço, a prótese teria tendência a subir. No terceiro dia reforçou a necessidade do uso do soutien. Tudo decorreu em clima de bom relacionamento médico-doente.

9.14. No dia ... de ..., a doente foi à consulta externa e verificou-se que tudo estava a correr bem e que a prótese já estava correctamente posicionada. Foi portanto com grande espanto que soube que, no final da consulta, a doente se terá dirigido ao piso da Administração para participar no Livro Amarelo.

9.15. No dia ... de ..., a doente foi novamente à consulta, tendo sido observada sem que nenhuma das partes tivesse tocado no assunto da participação. Nesta consulta, foi de novo explicado à doente que tudo estava a correr normalmente e que deveria voltar dentro de três meses para planeamento dos passos subsequentes.

9.16. Como planeado, a doente voltou no dia ... de ... de ..., tendo sido examinada como se nada se tivesse passado (participação no Livro Amarelo, cheque dado como extraviado, notícia do ..., queixa no Ministério Público).

Nessa consulta, foi constatado que o pequeno procedimento realizado na mama contra-lateral não tinha sido suficiente, pelo que foi proposta a realização de mastopexia aquando da reconstrução do complexo areolo-mamilar, em cirurgia de ambulatório, o que a doente aceitou. Foi-lhe explicado que só então estaria completado o processo de reconstrução e poderiam ser avaliados os resultados. O único obstáculo colocado pela doente foi sempre o de viver em Espanha e as deslocações serem caras.

9.17. Nesta última consulta, e fora de qualquer contexto, a doente referiu que estivera a falar com o Senhor Director do ... e que, no final da consulta, lhe iria dar notícias desta mesma consulta. A declarante não comentou.

9.18. Considera que em todo este procedimento houve um bom relacionamento médico-doente, pelo que considera que a doente está ser influenciada para agir desta forma.

10. No dia ... de ... de ... foi ouvida a testemunha Senhor Dr. ..., que declarou o seguinte:

10.1. Assistiu a várias primeiras consultas de cirurgia de reconstrução mamária e verificou que em todas elas a equipa de ... tinha um cuidado extremo em explicar, não só as técnicas cirúrgicas utilizáveis (utilização de tecidos autólogos ou necessidade de prótese), como os resultados que poderiam ser obtidos e o tempo de espera calculado, dada a longa lista de espera existente.

10.2. Constatou também que, aquando da primeira consulta, nomeadamente pelo biótipo da doente, a equipa pode presumir a utilização de uma ou outra técnica, o que é explicado à doente.

10.3. No caso em apreço sabe que a equipa cirúrgica foi surpreendida pela marcação de uma doente, ultrapassando toda a lista de espera, com a agravante de se tratar de uma doente para a qual era indispensável a aquisição prévia de uma prótese.

10.4. Quer pela reacção de desespero manifestada pela doente, quer pela própria frustração da equipa, que via um tempo cirúrgico perdido, foi proporcionada à doente a hipótese de ela própria pagar a prótese e ser posteriormente ressarcida pela Instituição, ou voltar cerca de mês e meio depois para a referida cirurgia. A doente optou por pagar a prótese. Tudo isto se passou pelas 17.00 horas, quando já não é possível contactar a Administração para resolver a situação, para que a prótese estivesse disponível às 08.00 horas do dia seguinte.

10.5. Assistiu à cirurgia do caso em apreço e verificou que tudo correu bem e dentro das boas normas técnicas.

10.6. Aquando de uma das visitas à enfermaria verificou que a doente tinha retirado os adesivos de sustentação da prótese, alegando uma alergia, embora não tivesse qualquer manifestação cutânea. Foi-lhe explicado o risco de o ter feito e proposta a compra de um soutien adequado à situação clínica.

10.7. Em sua opinião, o resultado da cirurgia foi bem conseguido. Assistiu às consultas efectuadas pela Senhora Dra. ... e posteriores às queixas apresentadas pela doente e à notícia saída na comunicação social e considera o tratamento que a doente recebeu exemplar e cordial.

11. Entendo que o processo contém todos os elementos necessários e suficientes à tomada de uma decisão.

12. Assim, quanto à actuação técnica:

12.1. A actuação técnica dos arguidos, exhaustivamente fundamentada nas suas exposições, confirmadas pela testemunha Senhor Dr. ..., não levanta qualquer dúvida à signatária, que, por isso, prescinde de pedido de parecer ao Colégio de Cirurgia Plástica.

12.2. Como quer que fosse, não poderiam ser assacadas responsabilidades por um êxito menos conseguido, mesmo que - por mera hipótese - ele viesse a provar-se, dado que não foram respeitadas as orientações técnicas dos cirurgiões, ao serem retirados, sem a sua anuência, os adesivos de fixação. Aliás, tudo isto resulta provado do estudo do Processo Clínico do ...

12.3. Embora não esteja explicitamente apresentada como queixa pela participante, mas estando referida a dúvida de ter sido efectuada uma mastectomia sem motivo para tal, não deve deixar de referir-se que no Processo Clínico encontra-se bem documentada a existência de um carcinoma ductal invasor, o parecer da Consulta de Grupo da Mama, em que era proposta a referida cirurgia, bem como o documento comprovativo do

**«Como quer que fosse, não poderiam ser assacadas responsabilidades por um êxito menos conseguido, mesmo que - por mera hipótese - ele viesse a provar-se, dado que não foram respeitadas as orientações técnicas dos cirurgiões, ao serem retirados, sem a sua anuência, os adesivos»**



consentimento da participante para a cirurgia em questão.

13. Quanto à actuação ética:

13.1. O testemunho do Senhor Dr... em tudo confirma as declarações do Senhor Dr..., quando propõe a compra, directamente pela doente, da prótese necessária à intervenção cirúrgica.

13.2. Assim sendo, é de louvar tal atitude, pois, ao invés de aproveitar uma situação criada por outros para fazer valer as suas posições quanto à metodologia de aquisição de próteses, resolveu o problema da doente, correndo o risco de procedimentos contra si próprio, como, de resto, veio a acontecer.

14. Muito embora tal não esteja em causa neste processo disciplinar, não pode deixar-se de lamentar a inqualificável atitude de

“incertos” que, não só ultrapassaram a lista de espera para próteses, como o fizeram sem dar conhecimento ao responsável pela cirurgia a efectuar, numa atitude nada cívica e susceptível de causar - como causou - problemas a terceiros, ou seja, aos arguidos do presente processo. Tal inqualificável atitude - essa sim - seria merecedora de averiguação por quem de direito, com vista à exemplar punição dos seus responsáveis.

Em face do exposto, não resultando provada a prática de qualquer ilícito disciplinar, proponho o arquivamento deste processo.

Porto, ...

**«...Não pode deixar-se de lamentar a inqualificável atitude de “incertos” que, não só ultrapassaram a lista de espera para próteses, como o fizeram sem dar conhecimento ao responsável pela cirurgia a efectuar, numa atitude nada cívica e susceptível de causar - como causou - problemas a terceiros, (...). Tal inqualificável atitude - essa sim - seria merecedora de averiguação por quem de direito, com vista à exemplar punição dos seus responsáveis.»**

## A empresarialização dos hospitais – apenas uma jogada do capitalismo neo-liberal post-moderno

Em Portugal a função hospitalar esteve orientada, desde muito cedo, por dois ideais fundamentais, a missão humanitária e a instituição da medicina científica, concretizados, ao longo de séculos, numa elevada qualidade assistencial, de reconhecido mérito a nível internacional. De facto, estes ideais estiveram já na base da grandiosa reforma centralizadora do século XV, representada pela criação, por D. João II, dos hospitais reais e pela fundação, pela Rainha D<sup>a</sup> Leonor, da rede nacional das Misericórdias e dos seus hospitais.

A recente empresarialização dos hospitais correspondeu, por sua vez, como a designação sugere, à primeira fase de uma gigantesca operação, destinada a envolver, a pouco e pouco, todos os nossos sistemas de saúde, no mercado capitalista de feição neo-liberal. Ora, como todas as grandes manobras do capital, para além de possíveis benefícios de carácter gestor e orçamental, esta empresarialização hospitalar irá acompanhar-se de graves riscos para o sector social, se não for sujeita a regulação estatal e ao controle dos parceiros sociais.

### As principais etapas históricas da nossa organização hospitalar

Os antigos hospitais das Misericórdias, espalhados por todo o país e colónias, sendo geridos por associações comunitárias de carácter religioso e humanitário, mas regulados e subsidiados pelo estado, tiveram a seu cargo, ao longo de séculos, praticamente toda a assistência das populações mais ne-

cessitadas, até à revolução de 1974. Nesta rede hospitalar não estavam incluídos, apenas, os hospitais universitários (salvo o Hospital de Sto. António do Porto que sempre pertenceu à Misericórdia) e o Hospital de S. José e Anexos de Lisboa, desde 1851.

O Hospital Real de Todos-os-Santos foi o primeiro e principal dos hospitais das grandes cidades, resultantes da unificação de pequenos hospícios anteriormente aí existentes. O seu Regimento, considerado exemplar em toda a Europa, continha um estatuto da função médica, inovador para a época, em que os médicos, licenciados pela Universidade de Coimbra, eram providos em cargos oficiais, estando, ao mesmo tempo, submetidos a apertados regimes de trabalho, enquanto que os cirurgiões residiam no Hospital e eram mestres de uma escola de cirurgia.

Após a sua destruição pelo terramoto de 1755, o Hospital de Todos-os-Santos teve continuidade no conjunto hospitalar de S. José e Anexos que, em 1913, tomou o nome de Hospitais Cívicos de Lisboa (HCL).. Este grupo hospitalar foi pioneiro da organização médica assistencial e da formação pós-graduada no nosso país, através das seguintes etapas:

- Em 1825, na sequência da tradição de principal escola cirúrgica do país é fundada a Escola Régia de Cirurgia do Hospital de S. José, transformada em 1836 em Escola Médico-Cirúrgica e em 1911 em Faculdade de Medicina de Lisboa que passou a funcionar independentemente e em edifício próprio no Campo de Santana, tendo o Hospital de Santa Marta como

Hospital Escolar.

- Em 1889 é criado e regulamentado o Internato Médico do Hospital de S. José.

- Após suspensão das suas funções de escola pré-graduada de Medicina, os HCL mantiveram sempre um sistema de Carreiras Médicas, em que a admissão e o provimento dos médicos nos postos hierarquizados, eram feitos através de provas públicas teóricas e práticas, de progressivo grau de dificuldade e selectividade, determinantes de uma qualidade assistencial, reconhecidamente excepcional entre nós.

Em 1960, um grupo de médicos, oriundos principalmente dos HCL, liderados pelo Professor Miller Guerra, elaborou o chamado Relatório das Carreiras Médicas, que esteve na base da instituição das Carreiras Médicas hospitalares em todo o país, iniciada já no anterior regime, mas posta em prática generalizada, após a revolução de 1974, juntamente com a nacionalização dos Hospitais das Misericórdias, a extensão dos Internatos Médicos aos Hospitais Distritais e a criação do Serviço Nacional de Saúde

### A evolução da qualidade da assistência hospitalar, sobretudo na segunda metade do século XX

Mais ou menos até meados do século XX, a assistência hospitalar apresentava aspectos de grande deficiência, tanto devido à reduzida eficácia da actuação médica, como à utilização dos hospitais, geralmente com condições de alojamento de extrema precariedade,

praticamente, apenas, pelas classes economicamente desprotegidas.

Contudo, desde o século XVI, os hospitais constituíram a principal sede do progresso da Medicina científica, inicialmente com a prática da Medicina Anátomo-Clinica, e mais tarde, com a utilização de técnicas laboratoriais e imagiológicas de diagnóstico, a identificação e classificação nosológica das doenças e a introdução progressiva de medidas terapêuticas médicas e cirúrgicas modernas. Mas foi em meados do século XX que se iniciou o grande surto evolutivo da medicina, com o aparecimento de técnicas imagiológicas e biomédicas altamente diferenciadas e com actuações terapêuticas de grande eficácia.

Este prodigioso e prestigiante desenvolvimento da capacidade da medicina hospitalar foi resultante, não só do progresso tecnológico, mas também da organização das Carreiras Médicas, através duma adequada metodologia de valorização da competência científica, reflectida, numa elevação contínua dos índices de qualidade e de movimento assistencial.

Paralelamente, a oferta crescente de hospitais com instalações aceitáveis e assistência gratuita, conduziram a uma afluência maciça das populações comunitárias, responsável por despesas estatais de enormes proporções.

## As grandes transformações políticas e sócio-económicas do nosso tempo

Os ideais originários do iluminismo racionalista e utópico, justificativos da natureza sociológica do estado, fracassaram radicalmente nos últimos decénios, por acumulação de motivos muito variados, mas sobretudo porque os estados democráticos, liberais e de economia de mercado, tiveram, relativamente a quase todos os sectores da sociedade, um desenvolvimento muito superior ao dos chamados estados providência, de planificação económica predominantemente estatal.

Por outro lado, a corrente filosófica designada de pós-moderna, nascida

com a teoria da incerteza dos fenómenos da micro-física e alargada à ciência em geral e sobretudo à antropologia e à sociologia, perfilhando o relativismo e desconstrutivismo das generalizações e o descrédito das grandes narrativas, ajudou bastante à contestação dos sistemas ideológicos de tendência socializante, como o marxismo, o socialismo ou o keinesianismo. Em consequência, a corrente neo-liberal cada vez mais forte em todo o mundo, baseada na economia do mercado livre, no lucro sem limites e no consumismo desenfreado, facilitou a acumulação progressiva de riqueza em empresas capitalistas, cada vez mais poderosas, não só a nível nacional como internacional, condicionante do fenómeno apelidado de globalização. Paralelamente, a corrente neo-liberal, baseada na economia do mercado livre, no lucro sem limites e no consumismo desenfreado, com raízes na



crença protestante de que o êxito neste mundo é sinal de predestinação para o além, pretende elevar-se à categoria de doutrina infalível de destino final da humanidade, uma espécie de religião paralela das religiões tradicionais (fora do mercado não há salvação), justificando a acumulação progressiva de riqueza em empresas capitalistas cada vez mais poderosas, não só a nível nacional como internacional, condicionante do moderno fenómeno apelidado de globalização.

Ora, embora o sistema capitalista de mercado livre tenha representado, após a revolução industrial, a grande mola do progresso e do bem estar da civilização moderna, tornou-se, ao



**F. M. Fonseca Ferreira**

*Presidente do Conselho Distrital da Ordem dos Médicos de Setúbal*

mesmo tempo, responsável, quando não controlado, por numerosos prejuízos para com a sociedade e o mundo em geral. Na verdade, os protagonistas dos sectores capitalistas encontram-se permanentemente dominados pela cega necessidade de acumulação de lucros e de alargamento de mercados, ditada pela inexorável alternativa à curva de crescimento, que é a queda na recessão, na falência e na despromoção social. Daí, a sua quase total insensibilidade para com todos os tipos de malefícios naturalmente decorrentes das suas actividades, como as agressões à saúde, ao ambiente, ao património e à urbanização, as exclusões de pequenas empresas, de grupos sociais e de proletariado, a fuga aos impostos, a apropriação indevida de fundos comunitários, as falências fraudulentas, o comércio de drogas e de armamento e, além de tudo, o aceitado gosto pela influência oculta sobre os servidores do estado.

Por sua vez, os estados-nação, encontrando-se, cada vez mais, em situação de grande debilidade financeira, sobretudo em consequência das despesas crescentes com a segurança social, com a saúde, com a educação, com o exército, com a justiça, agravadas pela fuga aos impostos e pela deficiente produtividade tradicional do funcionalismo público, vêm-se obrigados a recorrer, progressivamente, às privatizações ou à tomada de compromissos inconfessáveis com o mundo empresarial. Já alguém afirmou que os estados modernos, além de se demitirem, frequentemente, das suas funções sociais, se comportam, demasiado, como humildes pedintes do senhorio capitalista. De facto, actualmente, a divisão entre governos de direita ou de esquerda corresponde, apenas, a um maior ou menor grau de submissão ao capital e à tendência para acções mais reduzi-

das ou mais ampliadas na defesa do sector social.

## Mecanismos da empresarialização dos nossos hospitais

Ninguém acredita que a transformação dos hospitais públicos em sociedades anónimas se tenha baseado em ideais de carácter social ou científico, semelhantes aos que guiaram, desde sempre, a nossa assistência e lhe conferiram elevado prestígio nos palcos internacionais. Na verdade, o processo de empresarialização dos hospitais substituiu esses ideais por um gigantesco negócio de exploração da doença, obrigando a colaborar nele, sem consulta e de forma servil, todos os escalões da classe assistencial.

Por outro lado, o novo paradigma, não só ignora esses ideais que considera fantasistas, como se mostra disposto a dismantelar, lenta mas impiedosamente, todos os anteriores modelos organizativos, susceptíveis de contrariarem os seus objectivos de poupança, de lucro e de conquista de mercados.

De facto, a criação dos Hospitais SA teve como finalidade aparente, em primeiro lugar, uma operação financeira com fins de desafecção fictícia do estado à dívida de centenas de milhões de euros, juntamente com projectos encobertos de criação de holdings monopolistas do imenso mercado de fornecimentos hospitalares e de abertura à entrada das companhias de seguros na área da saúde, criando classes de utentes com diferentes privilégios, sendo essas intervenções e muitas outras, asseguradas, a todo o custo, pela clientela empresarial e política, colocada como gestora ou funcionária dos Hospitais SA. Mas a esta primeira fase seguir-se-á, muito provavelmente, a segunda, ainda mais abrangente, de tentativa de privatização de toda a rede assistencial nacional, quer hospitalar, quer de cuidados primários.

Como é próprio de todas as grandes manobras capitalistas, essa conversão

decorreu de forma rápida, em grande sigilo e à margem do conhecimento e da consulta dos principais parceiros sociais, com funções de vigilância da qualidade médica assistencial e das condições de exercício profissional.

Como é, também, habitual, esta transacção revestiu-se da capa de supostos benefícios de gestão, tentando justificar-se perante a opinião pública, com o duvidoso argumento de aumento de produtividade, reflectido numa alardeada diminuição das famigeradas listas de espera e tentando esconder dos utentes a realidade de que, em saúde, o aumento de produtividade é, frequentemente, inimigo da qualidade. Além disso, tal como as gestões anteriores já sabiam, esse aumento de produtividade, sem diminuição da qualidade, só seria possível com um ajustamento da distribuição regional dos médicos, juntamente com readaptações adequadas dos respectivos regimes de trabalho e de remuneração, medidas em que as gestões empresariais não estão absolutamente nada interessadas.

Mas para além de tudo isso, os novos gestores têm-se empenhado em atribuir aos médicos, a quem já chamam prescritores, a situação de funcionários hospitalares em pé de igualdade com todos os outros, ocultando o facto de que, ao contrário do que acontece nas empresas fabris, em que os operários são simples executantes, nos hospitais, os médicos são os principais responsáveis pelas programações e pelas decisões mais importantes, em todas as actividades essenciais.

## O papel da classe médica na luta contra as consequências adversas da empresarialização

O processo de empresarialização hospitalar corresponde, portanto, em última análise, a uma operação essencialmente destinada a monopolizar benefícios orçamentais na área da saúde, com completo alheamento relativamente às suas consequências adversas, pelo que constitui, sem dúvida, um

desvio ético imperdoável.

De facto, mesmo admitindo que a empresarialização se acompanhe de uma melhor gestão dos hospitais, persiste a principal ameaça de levar a uma perigosa exclusão da responsabilidade da classe médica, na manutenção da qualidade da assistência hospitalar, sobretudo em consequência da anunciada rejeição das Carreiras Médicas e da Formação Pós-Graduada.

Entre nós, a qualidade assistencial não é susceptível de avaliação, nem pela análise dos registos de desempenho clínico, nem pela opinião dos utentes, totalmente alheados de informação adequada.

A qualidade do exercício clínico dos nossos hospitais tem sido assegurada pela concorrência de múltiplos factores, como a constituição dos Serviços de Acção Médica em equipas hierarquizadas, a Formação Pós-Graduada, as provas públicas de avaliação e selecção, a investigação clínica e a comunicação científica.

Toda esta metodologia tem obedecido à ideia de que o principal factor da qualidade assistencial é a competência médica. Ora esta competência é o resultado não só da expressão de vocações especiais que nem todos possuem, como de um esforço contínuo de estudo e de aperfeiçoamento prático, ao longo de carreiras individuais, geradoras de lideranças nos meios médicos envolventes.

A constituição dos Serviços em equipas hierarquizadas é condição essencial da discussão clínica em grupo, da troca de conhecimentos, do esforço de valorização individual e da redução do erro médico, a pesar de tudo muito mais frequente e devastador do que geralmente se se pensa.

A Formação pós-graduada, integrando os Internos na prática do exercício clínico real, além de representar uma importante componente do trabalho assistencial, contribui de modo insubstituível para o aperfeiçoamento científico e para a manutenção de um clima de escolaridade de toda a equipa.

As provas públicas de avaliação do

internato complementar e as provas curriculares de graduação e provimento, para além do estímulo à preparação prática e teórica, tanto dos candidatos como dos júris e das próprias audiências, reforçam em toda a classe médica hospitalar esse ambiente de escolaridade gerador de contínua reciclagem e de excelência.

Por sua vez, a investigação clínica e a comunicação científica, oral e escrita, correspondem a complementos modernos, absolutamente indispensáveis, da formação e do aperfeiçoamento de toda a actuação médica.

Ora, embora o anterior modelo fosse objecto de muitas críticas, como falências da autoridade hierárquica, classificações aleatórias, frequente impugnação das provas de avaliação e provimento e produções de valor científico duvidoso, justificativas de profunda reformulação, a verdade é que foi este tipo de organização, extensivo a toda a rede hospitalar nacional, a funcionar há mais de 25 anos, que nos alcançou um dos mais elevados escalões entre os sistemas de saúde internacionais e que deveria permanecer, mesmo com as profundas transformações que se adivinham, como a redução do internamento, a informática e a telemedicina.

Ao passo que a simples substituição das Carreiras Médicas por contratos individuais de trabalho sem avaliação de competências, condicionante de uma subordinação excessiva da classe médica aos gestores empresariais e de uma extrema minimização das equipas assistenciais, juntamente com a provável extinção dos internatos, conduzirão sem dúvida a uma desastrosa diminuição da capacidade e da qualidade da função médica dos Hospitais SA.

De facto, o novo sistema de integração dos quadros médicos acarretará rapidamente um dismantelamento das equipas hospitalares, devido não só à redução da sua composição hierárquica, como à colocação arbitrária de médicos, por influências de todo o género, salvo através da demonstração da sua competência. Por outro

lado, estas equipas, apesar de funcionalmente deficientes, ver-se-ão tentadas a mostrar falsos índices de elevada produção, estimuladas pelos anunciados incentivos, criadores sobretudo de conflitualidade e de mau relacionamento entre os seus membros. Na verdade, é este já o panorama geral prevalente nos hospitais privados, somente atenuado, ainda por algum tempo, pela liderança de médicos formados nos hospitais públicos.

A tendência de redução ou mesmo extinção da Formação Pós-Graduada nos Hospitais SA, é sugerida pela medida já tomada, de colocação, nestes Hospitais, de internos dos Hospitais Centrais, em regime de destacamento. Esta intenção, reveladora do desprezo pela Formação, como factor insubstituível da qualidade assistencial, e do desinteresse pela acção dos in-



ternos como importante força de trabalho hospitalar, será mais um factor decisivo para a precaridade que ameaça instalar-se, dentro de pouco tempo, nestes hospitais.

Será muito difícil de ponderar se ainda estaremos em tempo de impedir a evolução de todo este processo para situações de extremo fracasso, como aconteceu com experiências idênticas noutros países, ou se ainda será viável contrariar essa degradação, através de lutas da classe médica e dos seus representantes. Essa derrocada somente será evitável, se ainda for possível, em primeiro lugar, à Ordem dos Médicos, em consertação com os restantes parceiros sociais, como Sindicatos e associações profissionais, como a Associação dos Médicos de Carreira Hospitalar, a Associação Nacional do

Médico Interno e a Associação dos Médicos de Clínica Geral (cuja Formação também é em parte hospitalar), conseguirem conquistar para as Carreiras Médicas e para a Formação Pós-Graduada dos Hospitais SA um estatuto de autonomia, independente da gestão empresarial, a exemplo do que acontece com as Carreiras Académicas das Universidades Privadas. Afigura-se, contudo, estarmos já a correr o risco de que estas lutas e reivindicações se estejam a atrasar tempo demasiado.

## Bibliografia

- Regimento do Hospital de Todos-Os-Santos – Edição Sanitas – Lisboa, 1984
- Mário Carmona - O Hospital Real de Todos-Os-Santos da Cidade de Lisboa, Lisboa, 1952
- Costa Sacadura S, Montalvão Machado JT - Andanças do Ensino Médico na Capital – Separata de «O Médico» - 697, 1965
- Garcia e Silva L - O Nascimento da Carreira Médica em Portugal
- «O Médico Hospitalar». 1998
- Leone J - Subsídios para a História dos Hospitais Cívicos de Lisboa e da Medicina Portuguesa (1948-1990) – V Centenário da Fundação do Hospital Real de Todos-Os-Santos – Coordenação de Silveira Botelho e Barros Veloso
- Dinis da Fonseca C - História e Actualidades das Misericórdias - Editorial Inquerito – Lisboa, 1996
- Gellner E - Pós- Modernism, Razão e Religião – Instituto Piaget, Lisboa, 1994
- Globalização e Democracia – IV Curso Livre de História Contemporânea de 2001 – Organização da Fundação Mário Soares e do Instituto de História Contemporânea da Universidade de Lisboa – Edição Colibri, Lisboa
- Sakwa R - O Pós-Comunismo – Instituto Piaget, Lisboa, 2001
- Fukuyama F – O Fim da História e o Último Homem, Gradiva, Lisboa, 1992
- José-Tamayo J. - O Neoliberalismo como Nova Religião. Em «Manuel Reis et al - A Lição que veio de Espanha (Demanda da Sociedade Alternativa em contraste absoluto com os métodos da República Imperial)» - Centro de Estudos de Humanismo Crítico e Livraria Ideal Editora, Guimarães, Abril de 2004



## Os Sem-Amor e os Excluídos Não Existem? Os Médicos Não Tratam Pessoas?

**Há 30 anos que vou a congressos e outras reuniões científicas e continuo a espantar-me que se fale tanto em “avanços terapêuticos”. Com tantos “avanços” aonde é que estamos e onde vamos parar?**

As descobertas da ciência, e das neurociências em particular, não param de ocorrer. Por outro lado, ao maravilhoso progresso da ciência contrapõe-se o progressivo flagelo do aumento das doenças mentais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2020 a doença depressiva constitua a principal causa de anos de vida perdidos (por morte ou incapacidade) em países como Portugal, e a segunda a nível mundial.

A partir dos dados do último censo psiquiátrico nacional (<http://www.dgsaude.pt/>), concluímos que em Portugal todos os anos há cerca de meio milhão de consultas de psiquiatria e que 80.000 pessoas acorrem aos serviços de urgência psiquiátrica.

Por este caminho, parece que qualquer dia não há ninguém bom da cabeça para apreciar o progresso científico!

Um quarto ou um quinto da população sofre anualmente de algum tempo tipo de perturbação psíquica. Mas nota-se que isso atinja os 2 a 2,5 milhões de portugueses preconizados pela epidemiologia? Pela minha parte, nos meios de comunicação até vejo muita informação sobre saúde, quase nada sobre saúde mental. E, politicamente, diz-se que é preciso, sobretudo, acabar com as listas de espera para as cirurgias. Mas há algum destes milhões de portugueses à espera de neurocirurgia? Ou será que a comorbilidade é tão elevada que os doentes psiquiátricos estão camuflados como

doentes cirúrgicos, mais visíveis?

Os psiquiatras não fazem cirurgias, mas operam naquilo que é mais importante em qualquer pessoa. O pior que nos pode acontecer é perdermos as nossas faculdades mentais e nem sequer queremos pensar nisso, valorizamos mais outras afecções. Podemos assim entender melhor que a psiquiatria ainda seja por vezes olhada com um sorriso de comiseração.

Neste mundo à beira da loucura (ainda nos resta a provocação saudável e lúcida, como brilhantemente fez o Professor Pio de Abreu no seu livro *“Como tornar-se doente mental”*), eu pratico psiquiatria de rua, com os sem-abrigo que aí vivem. Quando as coisas correm bem continuo a tratá-los no Hospital Júlio de Matos, individualmente e num grande grupo psicoterapêutico aberto (média de 25 pessoas por sessão semanal)\*. Correndo o risco de passar por louco, vou apregoando que fora dos hospitais vivem pessoas ainda mais doentes. E que os nossos doentes são sempre mais fáceis de tratar do que os excluídos (que não são doentes de ninguém), o que nos dá a ilusão de que temos muitos êxitos terapêuticos.

Com a euforia actual em relação ao cérebro, parece que as pessoas não existem. É, aliás, um exercício lúdico tentar vislumbrar algum doente no discurso dos encontros científicos, no meio das doenças, quadros clínicos, fármacos, moléculas, etc..

Em desespero de causa escrevi um conto, que intitulei *“O sem-amor ou a major sem a serotonina”*, ficcionando sobre alguém com uma depressão *major*, que nos serviços sociais era um doente sem-abrigo e que nos hospitais passava a ser um sem-abrigo doente e, para levar as contradições ao extremo, era conhecido como um

major que fora abandonado pela mulher, a Serotonina!

Nos Estados Unidos da América há muito que não é permitido dizer-se “alcoólico” ou “esquizofrénico”, mas sim “pessoa com uma dependência do álcool” e “pessoa com esquizofrenia”. Também em Portugal, o glossário de termos de saúde mental da Direcção-Geral da Saúde utiliza a expressão “pessoa”: “pessoa doente”, “pessoa portadora de doença crónica ou de evolução prolongada” (anteriormente “doente crónico”), etc..

As pessoas sempre existiram! Para citar apenas dois dos mais ilustres professores de psiquiatria, Barahona Fernandes dizia que todas as pessoas são “perturbáveis” e o livro de Pedro Polónio da cadeira de psiquiatria intitulava-se *“Psiquiatria – Medicina da Pessoa”*.

A estigmatização é ainda muito forte e continua a atingir sobretudo as pessoas portadoras de doença mental, como comprovam os trabalhos do Professor Crisp (<http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/177/1/4.pdf>).

Seria contudo injusto dizer-se que nada se faz no terreno da exclusão.

O governo inglês acaba de publicar um extenso relatório sobre saúde mental e exclusão social (<http://www.socialexclusionunit.gov.uk/mental>) e em Portugal temos o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que já contempla a área da exclusão social na saúde, inclusive os sem-abrigo (<http://www.dgsaude.pt/>), estando o nosso país também envolvido na *taskforce* da OMS sobre estigma.

É encorajador dizer que ser psiquiatra de rua ou trabalhar com excluídos não é um trabalho sujo ou menor. Muito pelo contrário. Fiz autópsias psicológicas (investigação posterior à ocorrência de um suicídio),

tratei muitas centenas de presos. E, nas ruas de Lisboa, tenho acompanhado 1.800 pessoas doentes que aí vivem, que foram as que mais me ensinaram. Os quadros clínicos muito floridos e o dramatismo das suas existências enriqueceram-me como médico e como pessoa e estou-lhes eternamente agradecido.

Como diria Wittgenstein, só podemos perceber uma coisa se formos para além dela. Penso que só podemos perceber os nossos doentes, e apreciar devidamente os nossos sucessos, se tivermos a coragem e formos capazes de ir ao encontro de todos aqueles que saíram ou nunca chegaram sequer a entrar nos nossos ficheiros clínicos. Os doentes da rua não são meros insucessos, "casos perdidos". Não, são a outra face da moeda, que nos permite um conhecimento mais completo.

Quando encontramos um doente nosso a dormir na rua, mais importante do que sabermos se é uma vítima, um "caso social" ou um insucesso

clínico, é percebermos que é uma pessoa certamente especial, talvez com uma patologia muito própria. E só assim estaremos a um passo de o podermos ajudar.

Conheço um sem-abrigo que acusa a sua assistente social de lhe tirar um centímetro de altura cada vez que fala com ele. Apesar de ter ainda mais de um metro e sessenta, não posso deixar de concordar com ele que a solução não é prioritariamente de assistência social. Outro, jura que tem alergia aos lençóis e, outro ainda, está delirantemente convencido que as casas são locais perigosos, onde se pode ser envenenado e assassinado, sendo mais seguro dormir na rua. E há quem durma na rua para castigar a família ou porque as mulheres os abandonaram (*Ela fugiu com o patrão e eu para não os matar larguei tudo...*).

Vivam as neurociências e o paradigma biológico reinante! Mas gostaria que a psiquiatria não evoluísse apenas para uma neuropsiquiatria ou subespeciali-



**António Bento**  
*Chefe de Serviço de Psiquiatria*  
*ajgbento@clix.pt*

dade da neurologia e fosse, isso sim, a tal "medicina da pessoa". E acreditem em quem já tratou mais de 10.000 pessoas: os doentes queixam-se mais ao médico de males de amor do que de falta de serotonina ou de outra coisa qualquer. Somos médicos e não mecânicos do cérebro ou de outro qualquer bocado do corpo. Acima de tudo, são as pessoas que devemos tratar e não as doenças ou as moléculas.

\*Bento A., Carnot, M. J. e Sim-Sim, M. J. (2003) – *"Os Sem-abrigo num Grupo Psicoterapêutico Aberto"*. Revista do Hospital Júlio de Matos, vol. XVI, nº 3, Set/Dez.



## O ensino da cirurgia ao longo dos tempos

### A propósito da criação das Régias Escolas de Cirurgia de Lisboa e do Porto

Desde que se pratica a arte de curar, existe uma clara disparidade entre o exercício da medicina e o exercício da cirurgia. Porquê, perguntarão? Por uma razão ou um punhado delas fáceis de explicar. Durante séculos os conhecimentos médicos eram extremamente rudimentares e eram passados de boca a boca, portanto numa forma não muito diferente do que se passava com os actos cirúrgicos que também eram passados dessa forma. Com o aparecimento das universidades, o ensino da medicina passou a ter alguma qualidade. Só que nas universidades apenas se ensinava matéria médica e o ensino da cirurgia continuava a ser feito por pessoas incultas, que nem sabiam ler nem escrever, mas tinham habilidade para usar o bisturi em alguns actos cirúrgicos. Os médicos consideravam indigno o exercício da cirurgia. E séculos e séculos se passaram sem que esta situação fosse alterada. Em Portugal a primeira tentativa que se fez, não para equiparar médicos e cirurgiões, mas para dar a estes mais formação, foi a criação do Hospital de Todos os Santos, que resultou da junção dos mais de cinquenta hospitais que havia em Lisboa, num só construído de raiz. Este hospital foi construído de 1492 a 1501, no local do Rossio, onde hoje é a Praça da Figueira, junto ao Convento de São Domingos. Tinha uma frontaria lindíssima de que sobressaía a sua igreja e escadaria. Tinha uma forma de cruz, em que a igreja era um dos braços e os outros três eram as três enfermarias que tinha, a de São Vicente para os febricitantes, a de São Cosme para os feridos e a de Santa Clara para as mulheres. Cada uma delas tinha anexo um claustro com uma fonte no seu centro. Havia ainda uma outra divisão que era a casa dos enjeitados. Inicialmente tinha a capacidade de 103 camas, que logo vieram a mostrar-se insuficientes, o que levou a que comesçassem a deitar dois doentes em cada cama. Por volta de 1551 acrescentaram uma enfermaria para sifi-

líticos e uma outra na cerca que servia apenas para internar os frades de São Francisco. Continuava a ter uma capacidade insuficiente; por volta de 1601 tinha 324 doentes internados e em 1620 tinha 600, tendo chegado mesmo a ter 700 doentes, exactamente no dia em que foi destruído pelo terramoto de 1755. Quando começou a funcionar dispunha de dois cirurgiões e de um médico, mas em 1564 já tinha 3 cirurgiões e dois médicos.



*O Convento dos Jesuítas que deu origem ao Hospital de S. José*

Por alvará de 20 de Novembro de 1556 foi criada uma aula de cirurgia e anatomia, iniciando-se assim uma verdadeira escola de cirurgia que funcionou até ao século XIX. Para o funcionamento desta aula recorreu-se a estrangeiros, tal como se tinha feito em relação aos médicos, de que destaque Dias de Ysla.

Pelo ensino da cirurgia passaram Afonso Rodrigues de Guevara e António de Monravá y Roca, que viria a ser despe-

dido por incompetência e que deve ter sido o primeiro a criar uma universidade privada em Portugal – A Academia das quatro ciências – medicina, anatomia, cirurgia e física, também chamada Academia dos Ocultos. Ao longo dos tempos destacaram-se António da Cruz e o seu livro Recopilação, e Manuel Constâncio, este já discípulo de Dufau, que se seguiu a Santucci.

O primeiro problema com este hospital viria a ter lugar em 1750, por causa de um grande incêndio que o destruiu quase por completo, estando internados 740 doentes e 5 anos depois foi totalmente destruído pelo terramoto de 1755.

Os doentes foram instalados em cabanas armadas no Rossio e nas cocheiras do Conde de Castelo Melhor e depois no palácio de Antão de Almada.

Só 4 anos depois, expulsos os jesuítas em 1759, foi o seu convento destinado a hospital a que deram o nome de São José em homenagem ao rei. Os doentes só foram transferidos em Abril de 1760. Iniciava-se então



uma nova fase na vida hospitalar de Lisboa e na formação dos cirurgiões portugueses.

Pode dizer-se que a escola de cirurgia do hospital de S. José representou a grande escola formadora de cirurgiões até ao primeiro quartel do século XIX e mesmo até meados do século XX, se tivermos em conta que a Régia Escola de Cirurgia que viria a ser criada em 1825 ficou aqui instalada.

Não está em causa saber-se ou dizer-se que aquilo que aqui se ensinava neste hospital de S. José era bom ou mau, moderno ou antiquado. A única coisa que importa dizer é que este hospital representava o único local do país onde verdadeiramente se ensinava a cirurgia, pese embora outros haver que se iam formando por todo o país, desde que o Cirurgião Mór ou o Físico Mór os aprovassem em exame. Sabe-se que estes exames eram na maioria dos casos autênticas burlas, havendo aprovações em troca de dinheiro dado ao examinador ou a outros cirurgiões que se apresentavam a exame na vez dos candidatos. A corrupção era um facto.

Contudo, no princípio do século XIX houve outras aulas de anatomia e cirurgia a funcionar e com grande qualidade, destinadas a formar os cirurgiões militares. Foram particularmente importantes a de Chaves e a de Elvas.

Houve cirurgiões preparados em Chaves que depois trabalharam e ensinaram no hospital de S. José, outros que foram aqui professores, como houve cirurgiões deste hospital que foram professores em Chaves, nomeadamente o seu primeiro professor, de seu nome Manuel José Leitão.

Também no Brasil se fundaram aulas de anatomia e cirurgia, nomeadamente no Hospital da Misericórdia e no Hospital Militar, ambos no Rio de Janeiro e outra no Hospital da Bahia.

Para frequentar estas aulas de anatomia e cirurgia referidas, já era necessário que os alunos soubessem ler, escrever e contar e que soubessem latim e francês, o que representava um claro e gigantesco progresso na dignificação desta profissão.

O Marquês de Pombal tentou honrar e dignificar a cirurgia e decretou que dessa data em diante as universidades ensinassem igualmente cirurgia e que os licenciados o fossem igualmente em medicina e cirurgia. Foi um importante passo, mas pouco foi conseguido com esse decreto.

Para que verdadeiramente se iniciasse a caminhada para a equiparação da medicina e da cirurgia, foi necessário esperar por 1825 e pela criação das Régias Escolas de Cirurgia de Lisboa e do Porto, que por sua vez viriam a dar lugar anos mais tarde às Faculdades de Medicina. Como se formaram estas Régias Escolas?

De uma forma extremamente curiosa e por razões marginais ao poder político. Sucedeu que o Intendente Geral da Polícia, Pina Manique mandara prender o mais importante contratador de tabaco. Essa prisão despertou um grande movimento no sentido de ser conseguida a sua libertação, mas todas as tentativas, mesmo que encabeçadas por gente de condição, não obtiveram qualquer efeito.

Alguém se lembrou então de interceder junto do rei, sendo escolhido para essa tarefa o Cirurgião militar e Cirurgião Mór do Reino, Teodoro Ferreira de Aguiar, de quem o rei era muito amigo. Este cirurgião falou ao rei e este mandou libertar o contratador.

A Corporação dos tabacos agradecida, empenhou-se em agradecer principescamente a Teodoro Ferreira de Aguiar, para o que se prontificaram a oferecer-lhe dez contos de réis. Este não aceitou a oferta e sugeriu que eles dessem o dinheiro ao rei para que com ele se mandassem instalar duas Escolas Régias de Cirurgia.

Teodoro Ferreira de Aguiar conseguiu ainda que a Corporação dos tabacos se encarregasse das despesas daquelas duas escolas enquanto durasse o contracto do tabaco. Quem diria que o tabaco foi o primeiro «sponsor» da cirurgia?

O rei concordou e foi desta forma que nasceram as duas escolas.

Nem sempre os caminhos do progresso e da modernidade passam por grandes decisões, mas apenas pelas cabeças e pela generosidade de uns quantos que têm do bem comum uma ideia correcta.



João-Maria Nabais  
Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria Médica

## O Humanismo na Medicina

**“Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença”**  
(William Osler)

A história da palavra Humanismo foi empregue pela primeira vez nos princípios do séc. XIX, pelos intelectuais alemães para definir a teoria das ciências da educação, na qual se dá competência aos estudos clássicos.

Mais arcaico é o termo *humanista* (*umanist*) que aparece na Itália, no fim do século XV. O primeiro a referir-se dessa forma na língua portuguesa foi João de Barros no *Espelho de Casados*, publicado em 1540.

O Humanismo tem os seus antecedentes na Grécia Antiga. Desde essa altura até aos dias de hoje, está no cerne de períodos de grande avanço no mundo Ocidental, como o Renascimento e o Iluminismo.

A ideia de Humanismo, como conceito onde o homem ocupa um ponto central em termos filosóficos, foi pela primeira vez referido por Cícero que pronunciou a célebre frase humanista “*para a humanidade, a humanidade é sagrada*”. A partir dos séculos XIV-XV, a Europa é abalada por um amplo movimento de renovação cultural, o Renascimento, assente na redescoberta e reinterpretação da cultura clássica greco-romana, na Pintura, Música, Literatura, História, Filosofia, Arquitectura que coincide com o início das grandes viagens de exploração marítima. No que toca às Letras, de princípio com Petrarca e Boccaccio, este movimento vai tomar a designação de Humanismo Renascentista. No entanto há várias interpretações de Humanismo, mas sempre reconhece o homem como primado dum espírito nobre e sublime.

A palavra humanismo deriva do latim

*humanus*, que significa “humano”. Podemos definir brevemente um humanista como alguém cuja visão espiritual do mundo confere grande importância, à vida e ao valor do ser humano. O conhecimento torna o homem mais humano pelo que lhe revela sobre a sua natureza e condição.

Paralelamente a esta dimensão, está em curso um debate filosófico, teológico, científico e literário que atinge os círculos intelectuais, as universidades e os centros de cultura de toda a Europa; são exemplos de grandes vultos na altura: Erasmo, Rabelais, Montaigne, etc.. O homem é a medida de todas as coisas, o centro do interesse e vai tomar conta do seu destino com a ajuda do pensamento, imaginação e confiança no labor da sua obra. A realidade e a verdade nada têm de acabado e absoluto, estão em permanente mutação.

Portugal não fica imune às novas correntes de pensamento com o desenvolvimento dos estudos clássicos em diversos centros do país, nomeadamente na Universidade, que em 1537 se transfere definitivamente para Coimbra.

Quem parte ao encontro do novíssimo ambiente cultural, além-fronteiras, em cidades como Bolonha, Salamanca, Paris ou Pádua torna-se um porta-voz das novas correntes de pensamento no nosso país. Damião de Góis foi certamente o caso mais expressivo, mas há que recordar nomes importantes como Jerónimo Osório, André de Resende, e os médicos quincentistas Amato Lusitano, Pedro Nunes ou Garcia de Orta, entre muitos outros, tais como Sá de Miranda e o próprio Camões.

O reinado de D. João III marca o apogeu do Humanismo em Portugal, mas assinala igualmente o seu declínio, paralelamente com o País, já que a alma desta mudança vai levar a profundas tensões contra um ambiente de intolerância religiosa e de cerceamento da

liberdade de pensamento.

O Concílio de Trento e a contra-reforma vieram a marcar definitivamente a cultura portuguesa a partir de meados do século XVI, impondo parâmetros e regras escritas à actividade cultural, que passa a alinhar com as normas da Igreja Católica. O século XVI vê também surgir a Inquisição que aqui será instituída em 1536.

### Poesis

A actividade poética é uma forma de congregar as pessoas para além das palavras e das ideias. O nosso interesse pela Poesia não se limita à expressão de uma sensibilidade, mas é acima de tudo uma maneira de nos podermos relacionar com o mundo e com tudo aquilo que ele contém de mais belo e verdadeiro.

A Poesia e a Música possuem a função de congregar a Humanidade, dentro da perspectiva de um futuro melhor, longe de conflitos políticos e, sobretudo, da intensa e brutal confusão ideológica, religiosa e mental a que o mundo actual, no limiar do século XXI tem vindo a assistir incrédulo e impotente. Se a história contemporânea é a história do excesso, a palavra poética constitui uma outra forma de excesso e transcendência, mas desta vez, trata-se do excesso do real, na sua relação com o sonho e com uma dimensão espiritual que este quotidiano delirante, quase demente, tende cada vez menos distinguir e compreender.

Um dos princípios básicos da Filosofia Humanista é que cada ser humano tem algo de único e valioso que o enobrece dos demais e que deve ser valorizado. O verdadeiro Humanista é alguém tolerante, que realça a diversidade e a diferença existentes em cada indivíduo. Actualmente, para alcançar esta meta, o Humanismo Secular como postura de vida democrática e ética, defende a construção de uma sociedade mais compas-

siva que promova o desenvolvimento da tolerância e uma compreensão dos métodos da ciência, análise crítica, e reflexão filosófica dentro do espírito da razão e do livre-pensamento.

## O Saber Humanista na Medicina

Na prática clínica, com frequência, o motivo expresso que leva o paciente à consulta nem sempre é o motivo real ou, pelo menos, o mais importante.

É com Freud que se começa a dar ênfase às dores e penas que acompanham, muitas das vezes de modo imperceptível, as queixas dos doentes, o que traz para o mundo real e científico do século XX uma nova visão da constelação de sintomas englobados nas dores psíquicas ou na actualmente chamada medicina psicossomática, que diz respeito *aos distúrbios orgânicos e funcionais favorecidos ou agravados por factores psíquicos*.

Esta capacidade médica de intuir e deduzir o que poderá *estar do outro lado* é um factor importante no bom atendimento (do latim *attendere* "prestar atenção a") na consulta, tanto em medicina pública ou privada. Há utentes que chegam à nossa consulta com queixas vagas e imprecisas, muitas das vezes de difícil caracterização.

É necessário estar atento para descodificar e, no momento oportuno, responder aos motivos e causas implícitas, isto é, subentendidas. O que vulgarmente se pode considerar "*saber ler nas entrelinhas*".

São "*umas dores vagas*", "*a fadiga permanente*", "*mal-estar geral*", "*desalento e apatia*", "*cefaleias recorrentes*", "*pressão no peito*". E no meio destas queixas imprecisas, estão retratadas muitas vezes *as dores da vida* como um semáforo intermitente a alertar-nos para um eventual risco, nesta louca corrida diária com que actualmente a sociedade se digladiá. E para entender essa linguagem dos sintomas é preciso perceber a história da doença, integrada na história da pessoa doente e no contexto social em que ela vive. Hoje, a convicção é que a consulta é o princípio da relação terapêutica.

A medicina do doente não exclui a medicina da doença, mas sim a amplia no sentido de um atendimento holístico - a realidade como um todo.

A preocupação com a humanização da medicina tem de estar cada vez mais presente no dia-a-dia das instituições de saúde (exs. hospitais, centros de saúde) e de ensino, viradas para a Saúde, no seu sentido mais amplo, isto é, com uma prática médica e uma visão mais absoluta e integral do Homem, exercida com uma atitude mais humanitária e sensível, tanto pela hierarquia que governa (donde sempre deve provir o exemplo), como por todos os seus colaboradores, incluindo os utentes, que somos todos nós.

Todo o médico com uma perspectiva humanística não só pode ser um médico mais seguro e confiante consigo próprio, como também uma pessoa mais



respeitada e de superior índole e temperamento para com os outros, o que decerto vai ajudá-lo a ter uma nova atitude para enfrentar melhor as dificuldades do dia-a-dia.

É na fonte das humanidades que o clínico encontra a graça primordial ao bom exercício da sua prática médica: a arte, a literatura, a experiência ajudam a intuir sobre o Homem e a *desenvolver e formar* a sua própria vocação.

*Não há que ser o príncipe iluminado que tudo aprendeu dos livros, mas apenas o homem que estuda toda uma vida!*

Ao levar a humanização dos serviços médicos às populações, é importante que a sociedade identifique as causas que podem conduzir a um processo inadmissível de desumanização dos serviços de saúde (exs. a falta de informação, tanto para o médico, como para o utente e sua família, a nova tecnologia e sofisticação da Medicina que afecta e

contraria uma boa relação do médico com o paciente, a precariedade do emprego, a falta de acessibilidades tanto orgânicas como funcionais, a própria desactualização técnico-científica, o envelhecimento e degradação das estruturas de Saúde, a baixa remuneração dos profissionais, a ausência de formação humanística dos cursos universitários) que pode comprometer profissionalmente não só a equipa de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares, etc.) como os próprios responsáveis das chefias.

A pessoa do médico, ao exercer uma profissão que exige total disponibilidade, além de ter de lidar, diariamente, com as questões existenciais da vida e da morte, deve também estar atenta para compreender os novos rumos da medicina moderna, o que constitui um importante desafio para o pensamento sociológico e médico.

O médico do século XXI deve estar atento, entre outras coisas, ao preço dos medicamentos e demais serviços médicos, para que não fique indiferente ou facilmente caia na tentação, perante *a transformação do sofrimento e da doença em mercadorias e objectos, de lucro incessante e continuo*.

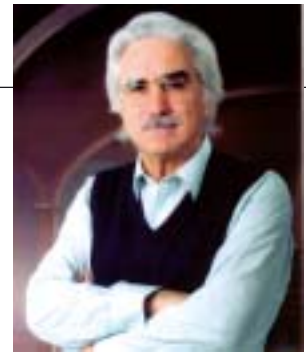
Uma relação médico/doente de qualidade e mútua confiança, como base para uma medicina humanizada, é capaz de guiar, e ajudar à sua verdadeira missão, ao aliviar o sofrimento e ao reforçar a própria promoção da saúde.

A importância da relação médico/paciente é um factor primordial no processo de tratamento, que levará mais facilmente à cura, baseado no conhecimento científico actualizado, competente e ético.

Numa época de humanismo pessimista, o significado profundo dum estado de alma pode revelar-se na observação quotidiana atenta, sobre a beleza e a verdade que emanam de modo subtil das obras de arte, das crianças e da Natureza em si mesma.

É pela Arte que nos movemos pois ela constitui uma razão primordial da nossa existência.

Agosto 04



Jaime Milheiro  
Psiquiatra, Psicanalista

# O Suave Milagre

A rondar os sessenta, cumpridor e honesto, o Senhor Inocêncio sempre gostou da sua legítima companheira há mais de trinta anos. Mas, infelizmente, o corpo dela agora já não puxava. Dona Purificação igualmente se transportara para um íntimo recato: a princípio adia, depois foi-se ausentando, cada vez mais longe. Os seus acessos foi fechando, serenamente, sem agressividade manifesta. Mesmo que quisesse ser simpática para o seu Inocêncio não podia: o corpo recusava, detestava semelhantes funções.

E nas conversas pacíficas que foram tendo, Dona Purificação até agradecia que o extremoso marido a esquecesse nessas áreas. Criara os filhos, engordara, desleixara. Hormonas apagadas, as lidas de casa e os trabalhos dos netos bastavam à sua satisfação.

## I

A vizinha, porta com porta, redondinha e calma na sua viuvez sem filhos, à volta dos quarenta, tinha desde há muito proximidades profissionais com o Senhor Inocêncio. Eram tarefas de escritório, serviços de tempo curto, despachados em casa dela às sextas-feiras numa reunião das seis às oito. Ninguém na vila supunha mais nada, obviamente. Recatados, tementes a Deus, nem um nem outro seriam pessoas para além disso: os respeitos da terra, da rua, da igreja, da legítima, não consentiriam outro tipo de parcerias.

Mas a verdade é que com o tempo e a calma, as intimidades da viúva se foram pouco a pouco abrindo ao Senhor Inocêncio. Aparentemente a troca de nada, movida por uma certa cumplicidade e por um orgasmozito ligeiro em marés de Lua cheia, ela estimulava-se sobretudo no contentamento de o ver contente, enquanto ele a isso se dispunha na gentileza que o caracterizava. E ambos foram trauteando caminhos quase sem reparar,

passando a disponibilizar regularmente os seus agradáveis escondrijos na hora fixa que a sexta-feira impunha. Sem culpabilidades nem triunfos, reconfortados no sossego das boas almas e das boas coisas, paulatinamente se deram à nem sempre bem sucedida mistura de assuntos profissionais com horizontalidades. Obviamente, no segredo de toda a gente!

## II

O pior foi o carcinoma da próstata. Feita a operação, nada mexia. O médico tinha cortado pelo largo, recebendo as voltas do temido cancro. E as terminações nervosas não respondiam depois disso, nem os últimos aperfeiçoamentos do Viagra davam resultado. Nada levantava aquele membro derrotado. Concluiu-se então que seria melhor recorrer à famosa injeção, processo que um amigo do Porto utilizava e de que contava maravilhas. Injeção no órgão, de efeito prolongado, sem acidente, sem risco. Simplificada na técnica, valeria a pena experimentar.

Orientado pelo médico, de timidez ampliada em farmácias longínquas, o Senhor Inocêncio comprou os utensílios. E reconhecidas as bulas e desarmadas as engrenagens, dispôs-se a utilizar. Ali estaria a salvação. Puxou pela coragem, mas ... não foi capaz. A necessária coragem não veio, nem poderia vir.

Como seria possível fazer as picadas, se o Senhor Inocêncio sempre tivera uma enorme fobia das agulhas? Se mesmo para tirar sangue nas análises a D. Purificação tinha sempre de o assistir, segurando-lhe as mãos e os nervos? Picar-se, para mais naquele sítio, nem pensar. Por outro lado, nunca admitiria que alguém soubesse. Nem mesmo a doce viúva. Há manobras que as vergonhas não permitem.

Descoroçoado, triste, o Senhor Inocêncio guardou os utensílios no cofre dos seus segredos pessoais, ciosamente mantido em exclusividade desde a vida militar. E foi-se esquivando da viúva e emagrecendo sem retorno, apesar das animações com que ela o procurava alimentar. Nas pesadas sextas-feiras murmurava vacuidades e desistia:

“o médico disse que isto voltaria... temos de esperar”  
sonhando promessas impossíveis de concretizar.

Mas foi nesse clima de desânimo, sem remédio, que um suave milagre aconteceu!

## III

Silenciosamente, com gestos pacíficos e seguros, às seis da tarde dum já triste sexta-feira, D. Purificação chamou-o baixinho e disse:

“Inocêncio, vem cá ... tira as calças, deita-te ... ( trazia na mão os utensílios ) ... vou dar-te a injeção. Depois vais á reunião... daqui em diante faremos sempre assim ... o efeito dura uma hora, ela nunca desconfiará ... nem dizemos nada a ninguém ...”

E assim se fez, com grande sucesso. E assim se passou a cumprir. Todas as semanas, com a benção estremecida dos anjos do lar, música e chilreios na casa da vizinha aconteciam. Com benefício de todos, sem prejuízo de ninguém.

Na sua perplexidade, o Senhor Inocêncio nunca ousou perguntar como teria a D. Purificação sabido da viúva, do problema, do segredo, do cofre, etc. Muito menos dos utensílios. Saberá desde sempre?

Mas também não se importou, nem fez perguntas inconvenientes. Sabe que a admira mais que nunca. Sabe ainda que a vida é feita de “pequenas coisas” e que uma mulher nunca confessa tudo, nem mesmo ao homem único da sua vida!

## Perspectivas da Iniciativa Privada no Sector da Saúde

O auditório e restaurante da sede da Ordem dos Médicos vão receber um ciclo de conferências/jantar subordinado ao tema «Perspectivas da Iniciativa Privada no Sector da Saúde». O ciclo de conferências, organizado pela Associação Portuguesa de Engenharia da Saúde, terá lugar entre Setembro e Outubro, às quartas-feiras, pelas 19.30 horas: nos dias 8, 15, 22 e 29 de Setembro e 6, 13, 20 e 27 de Outubro. Os participantes destas conferências terão a oportunidade de ouvir os líderes dos grandes grupos privados que operam no sector da saúde analisarem como se preparam para enfrentar os desafios actuais, as opções e escolhas que vão ter que efectuar para, com rentabilidade, prestarem serviços de saúde de valor acrescido e contribuirem para a melhoria geral da saúde em Portugal. Em cada conferência existirá um painel, composto por um académico, um médico e um gestor hospitalar, que farão as perguntas ao orador convidado. Manuel Agonia (Hospor Hospitais de Portugal SA), Salvador José de Mello (José de Mello Saúde), Isabel Vaz (Espírito Santo Saúde), Luís Vasconcelos (Hospitais Privados de Portugal), José de Oliveira Costa (Gália, SGPS, SA – Grupo BPN), Victor Melícias (União das Misericórdias Portuguesas) e Luís Pedroso de Lima (Unidade Missão Hospitais SA) serão os oradores convidados.

## Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde

Por iniciativa de um grupo de médicos com formação em gestão na área de saúde, constituiu-se a 19 de Maio de 2004 a Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde. No dia 17 de Julho de 2004, realizou-se no auditório da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos a primeira Assembleia Constituinte da Sociedade e foram eleitos os órgãos sociais por unanimidade dos presentes. Esta assembleia contou com a presença de Germano de Sousa, bastonário da Ordem dos Médicos, e com o apoio expresso dos presidentes das três Secções Regionais da OM. A sociedade é aberta a todos os médicos inscritos na Ordem dos Médicos portuguesa que tenham interesse pelo objectivo essencial desta associação: «ser um palco de discussão de assuntos relacionados com a gestão da saúde em geral». A direcção eleita, encabeçada pelo colega Miguel Sousa Neves, tem por missão principal dar a conhecer a todos os médicos a existência da Sociedade, os seus estatutos e convidar os interessados a fazerem parte da mesma. A Direcção irá convocar uma nova assembleia geral extraordinária em Outubro para novas eleições pois a equipa actual apenas assumiu o compromisso inicial de preparar a estrutura física da associação. Pode contactar a sociedade através do Email: spgsaude@sapo.pt ou Fax: 252 688 939.

## Black Death

Vai decorrer no próximo dia 24 de Setembro, no Museu da Farmácia, uma conferência com o tema «Black Death», cujo orador será Christopher Duncan, professor da Faculdade de Ciências Biológicas da Universidade de Liverpool. Christopher Duncan é um reputado cientista de renome mundial na área da biologia e com numerosas obras publicadas. As suas teorias revolucionaram todo o conhecimento sobre a origem da peste Negra e a sua propagação na Europa e na Ásia.

## Bolsa para investigação na artrite e dor crónica

Está a decorrer o prazo de candidatura à Bolsa Pfizer EU ARTICULUM Fellowship, um programa científico global destinado a jovens investigadores na área da artrite e dor crónica/aguda. Esta bolsa tem como objectivo principal “promover a excelência na troca de informação, na educação, na formação e no controlo da dor e das doenças reumáticas”. A Bolsa, no montante de \$30.000, é atribuída individualmente a oito jovens investigadores que terão a oportunidade de participar num Projecto de Investigação no âmbito da artrite e da dor crónica/aguda e das doenças reumáticas e terá a duração de 4 meses a 1 ano, a realizar num dos Centros ARTICULUM espalhados pela Europa, Austrália e Brasil. As candidaturas deverão ser entregues até 30 de Setembro de 2004. O formulário de candidatura e outras informações estão disponíveis em [www.articulumfellowship.com](http://www.articulumfellowship.com).

## SGS ICS certifica políticas da Labesfal

A política de “Qualidade, Defesa do Ambiente e promoção da Segurança” da Labesfal foi reconhecida através da comunicação de certificação por parte da SGS ICS: NP EN ISO 9001:2000 (Gestão da Qualidade); NP EN ISO 14001:1999 (Gestão Ambiental) OHSAS 18001:1999 (Segurança e Saúde Ocupacional). A SGS ICS é o Organismo de Certificação Internacional líder na certificação de Sistemas de Gestão de Qualidade, Ambiente, Segurança, Serviço e Produto pertencente ao Grupo SGS-Société General de Surveillance com mais de 50.000 certificados em todo o mundo e em todos os sectores de actividade. O Grupo SGS é uma organização mundial no domínio da inspecção, verificação, análise e Certificação, estando presente em mais de 140 países.

## Combate à dor em contexto hospitalar

A melhoria da dor pós-operatória no contexto hospitalar tem sido conseguida através da utilização de um medicamento cuja substância é denominada parecoxib. O parecoxib é o primeiro inibidor específico da COX-2 injectável, cuja eficácia é reforçada pelo seu perfil de segurança gastrointestinal. Estudos recentes, cujos resultados foram apresentados no 13º Congresso Mundial de Anestesiologia, revelam que, quando tratados com parecoxib sódico, a dor pós-

-operatória diminuiu para cerca de metade em pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas ortopédicas, ginecológicas e estomatológicas. Os resultados deste tratamento surgiram 6 horas após a administração de parecoxib comparativamente a placebo. Este tratamento, exclusivamente de uso hospitalar, destina-se a pacientes adultos, sendo o primeiro anti-inflamatório não esteróide inibidor selectivo da COX-2, injectável.

## Doença de Alzheimer

Dados preliminares sobre um novo estudo sugerem que o cloridrato de donepezil pode ser eficaz na redução do risco de transição para a doença de Alzheimer (DA) em pessoas com défice cognitivo amnésico ligeiro (MCI), quando comparado com o placebo. Neste estudo, que foi realizado pelo Alzheimer's Disease Cooperative Study e durou três anos, a probabilidade de conversão de MCI amnésico em DA foi significativamente baixa no grupo cloridrato de donepezil versus placebo, durante os primeiros 18 meses do ensaio. O risco relativo, comparado com o placebo, na conversão em doença de Alzheimer diminuiu, aproximadamente, 51% no grupo cloridrato de donepezil durante o primeiro ano do estudo e, aproximadamente, 36% durante os dois primeiros anos. Estes resultados foram apresentados na 9ª Conferência Internacional sobre a Doença de Alzheimer e Perturbações Associadas. Prosseguem as análises suplementares dos dados do estudo.

## Fundo de Apoio à Investigação

A Fundação AstraZeneca acaba de atribuir pela primeira vez as Bolsas do Fundo de Apoio à Investigação, contribuindo assim para o incremento da investigação no nosso país. Nesta primeira edição foram premiados os seis projectos seguintes:

- «Avaliação do perfil farmacogenético em doentes com Carcinoma da Mama submetidos a tratamento com quimioterapia / hormonoterapia: Implicações na terapêutica» - Rui Medeiros, do Instituto Português de Oncologia do Porto;
- «Quimioprevenção do carcinoma do cólon e recto» - Pedro Manuel Narra Figueiredo, do Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra;
- «Quimiocinas e respectivos receptores: qual o papel na metastização dos carcinomas da tiróide de origem folicular?» - Valeriano Leite do Serviço de Endocrinologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa;
- «Comparação de intervenções psico-educacionais multidisciplinares em doentes asmáticos» - Lia Fernandes, do Hospital São João do Porto;
- «Caracterização Farmacogenética de Indivíduos com Lesões de Metaplasia Intestinal e Displasia Gástrica: Avaliação do Risco de Neoplasia e Implicações Terapêuticas» - Mário Dinis Ribeiro, do Serviço de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia do Porto;
- «O processamento e endocitose da Proteína Precursora de

Amilóide de Alzheimer na base molecular da Doença de Alzheimer» - Odete Abreu Beirão da Cruz e Silva, do Grupo de Neurociências, Departamento de Biologia, da Univ. de Aveiro.

## Optimização dos cuidados na doença de Alzheimer

De acordo com os resultados obtidos num inquérito Pan-Europeu apresentados no Fórum Facing Dementia: Advancing Care in Europe, a dificuldade em identificar os primeiros sinais da doença de Alzheimer, o atraso no diagnóstico e a indiferença por parte das entidades governamentais constituem barreiras à optimização dos cuidados.

O Fórum, promovido pela Eisai Inc e pela Pfizer Inc em conjunto com a Alzheimer's Disease International (ADI), reuniu peritos em doença de Alzheimer e familiares de doentes oriundos de 17 países Europeus, para elaborar um programa de mudança que exija cuidados mais equitativos para as pessoas com demência. Os resultados do inquérito indicam que 82% dos cuidadores acreditam que a maioria das pessoas não reconheceria os primeiros sinais da doença de Alzheimer, a principal causa de demência. O inquérito também mostra que a negação e o medo da doença de Alzheimer em si, para além da incapacidade em reconhecer os sintomas iniciais da doença, contribuem, significativamente, para atrasos na consulta médica e, em última análise, para o diagnóstico. Os cuidadores afirmam que, em média, passam aproximadamente dois anos entre o momento em que os sintomas são notados e o diagnóstico da doença de Alzheimer.

## VI Cong. Médico Nacional dos Hosp. Distritais

Este Congresso, organizado pela Sociedade Médica dos Hospitais da Zona Sul, de 3 em 3 anos, para além das suas Jornadas anuais, em colaboração com as Sociedades congéneres das Zonas Norte e Centro, teve lugar em Tróia em 28, 29 e 30 de Junho passado, constando do seu programa, as seguintes actividades:

Prémios - Para as comunicações apresentadas também por escrito

• **Investigação Clínica** – Dr. Horácio Flores - não foram atribuídos

• **Casos Clínicos** – Dr. Ribeiro da Cruz:

1º - 1000 € - Pseudo-obstrução intestinal como manifestação inicial de síndrome hiper-eosinofílica idiopática - J. Mangualde, R. Freire, F. Augusto, M. Gonçalves, M. Cremers, A. P. Oliveira - S. de Gastrenterologia e Anatomia Patológica - H. de S. Bernardo de Setúbal

2º - 500 € - Gravidez e hemodiálise - Pedro Pessegueiro, Manuel Amoedo, Sara Barros, João Aniceto, Carlos Pires - S. de Nefrologia - H. do Espírito Santo de Évora

Menções Honrosas:

- Hiponatrémia em doente com antecedentes de tuberculose génito-urinária - R. Ornelas, S. Castro. R. Ribeiro, D. Nuñez, J.V. Brito, A. Pereira, J.M. Pastor (S. de Gastrenterologia – H. Distrital de Faro)

- Empiema da pleura – dois casos clínicos em adultos jovens - Rute P. Reis, Susana Marques, Eugénio Dias, Ivone Fernandes, António Meleiro, Ermelinda Pedroso (Unidade de Cuidados Intensivos - Departamento de Medicina Interna - H. de S. Bernardo de Setúbal)

- Dermatomiosite - Carmen Rojo, Sílvia Lourenço, Luís Guilherme (S. de Medicina 2 - H. do Espírito Santo de Évora)

● **Artigos de Atualização** – Prof. Gil da Costa (MSD)

1º - 1000 € - Síndrome Hepatopulmonar - Ricardo Freire (S. de Gastrenterolgia H. S. Bernardo Setúbal)

2º - 500 € - Hematocromatose Genética - Helena Maria Pinheiro Fernandes (S. Medicina Interna – C. H. Torres Vedras)  
Menções Honrosas

- Síndrome Portal Hipertensivo - Vítor Manuel A. F. Henriques (S. de Medicina Interna – C. H. Torres Vedras)

- Doença Celíaca - Mónica R. Soares (S. de Medicina Interna – H. Reinaldo dos Santos de V. F. de Xira)

- Técnicas Contínuas de Depuração Extra-renal - Pedro Pesseguero (S. de Nefrologia - H. do Espírito Santo de Évora)

● **Organização Assistencial**

1º - 500 € - Razões de demora de doentes no Serviço de Observação - aplicação da FMEA e da STREAM-ANALYSIS a problemas organizacionais - Conceição Barata (S. de Medicina - H. do Espírito Santo de Évora)

2º - 250 € - Via verde coronária na região do Sotavento Algarvio Paula Gago e Veloso Gomes (S. de Cardiologia - H. Distrital de Faro)

O Programa Social incluiu a exposição «Quadros da Gaiola Aberta sobre a Revolução dos Cravos» de José Vilhena e a entrega dos seguintes prémios de **Artes Plásticas por artistas médicos:**

Fotografia - 1º - Valente Fernandes

Pintura – 1º - Albertino Águalusa, 2º - Souto Teixeira, 3º - Vasco Trancoso

Escultura - 1º Fonseca Ferreira, 2º - Carlos Martins, 3º Machado Luciano.

## 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 de 2004

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

### Patologia do Sono

#### 8 e 9 de Outubro de 2004

Local: Lisboa - Hospital Militar de Belém

Contactos: Secretariado de Pneumologia - Hospital Militar de

Belém - Calçada da Boa Hora à Ajuda - 1360 Lisboa

Tel.: 213 644 151; Ext. 419770

### Formação em Pediatria: Equilíbrio Hidro-electrolítico e Ácido-base

(Programa Internacional de Pós-graduação 2004)

#### 11 e 12 de Outubro de 2004

Local: Braga, Universidade do Minho, Instituto de

Investigação em Ciências da Vida e Saúde

Contactos: Cláudia Barreira (sec-pg@ecsau.de.uminho.pt)

Telef.: 253 60 48 32; Fax.: 253 60 48 09



## XII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA ORAL E MAXILOFACIAL

da Associação Portuguesa de Cirurgia Craniomaxilofacial

Lisboa, 3 a 6 de Novembro de 2004 - CORINTHIA ALFA HOTEL

**Presidente:** Carlos Talhas dos Santos (Lisboa) **Vice-Presidente:** Eduardo Coelho (Porto)

CURSOS PRÉ-CONGRESSO (3 de Novembro de 2004, 4ª feira)

· **Cirurgia da base do crânio** · **Microcirurgia peri-apical** · **Implantologia avançada**

PROGRAMA DO CONGRESSO

- **Conferências Magistrais sobre o estado da Arte em:** Cirurgia Ortognática; Cirurgia da Base do Crânio; Distracção óssea craniomaxilofacial; - **Mesas Redondas:** Oncologia da Cabeça e do Pescoço; Implantologia e Reabilitação Oral; A problemática da interrupção dos anticoagulantes em Cirurgia Oral e Maxilofacial; Cirurgia Craniofacial; Cirurgia Oral; Síndrome Da Apneia Obstrutiva Do Sono; Articulação Temporomandibular; Cirurgia Estética Da Face; - **Conferências:** Novas abordagens para o controlo da infecção do local cirúrgico; últimos avanços em Tomografia Axial Computadorizada tridimensional; Suporte nutricional em Cirurgia Oral e Maxilofacial; Osteossínteses reabsorvíveis em Cirurgia Craniomaxilofacial; Implantologia – Século XXI; - **Sessões de comunicações orais livres e de posters.** Prémios para os melhores trabalhos. **Data limite** para o envio de trabalhos: **30 de Setembro de 2004.**

**Para informações contactar:** Manuela Oliveira (Sede da APCCMF) - Tel: 218 427 100/919 051 274



### Pintura na Galeria da Secção Regional do Sul da OM

Está a decorrer na galeria da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, até ao próximo dia 24 de Setembro, uma exposição colectiva de pintura composta por obras da autoria de Bárbara Rebelo e Marcelo Bezerra. Bárbara Rebelo, nasceu em Luanda em 1973. Estudou na Escola de Arte António Arroio, seguindo depois para a ESAD onde se formou em Design de Interiores. Marcelo Bezerra da Silva nasceu em 1954 no Recife, Brasil. Tem o curso de educação artística e licenciatura em artes plásticas na Universidade Federal de Pernambuco. Foi por diversas vezes galardoado, nomeadamente no primeiro concurso de gravuras da Agência Espanhola de Cooperação Internacional.



### Fernando Chiotti expôs no espaço Gan

O Espaço Gan na Avenida de Berna recebeu no passado mês de Julho uma exposição individual de pintura do médico Fernando Chiotti. «Origens», «Um outro olhar», «Crepúsculo» e «Naufrágio», foram algumas das obras que fizeram parte desta mostra e que captaram o olhar de quem a visitou. Este artista/médico já efectuou dezenas de exposições de pintura. Artista multifacetado, Fernando Chiotti também é escultor e escritor.



### Arte Cerâmica e Azulejaria Contemporânea Portuguesa

A Perve Galeria tem patente de, 9 de Setembro a 9 de Outubro, uma exposição inteiramente dedicada à cerâmica intitulada Al Zulej e Cerasite. Ricardo Casimiro (Cerâmica Escultórica) e Hélder Silva (Azulejaria Contemporânea) são os artistas cujos trabalhos compõem esta exposição. Para qualquer informação adicional contactar: Marta Branco Guerreiro (91 2521450).





## Vinho & outras coisas...

A cultura gastronómica e enológica destacam-se num espaço que combina o bom gosto, a qualidade e a diversidade de oferta: o restaurante DEGUSTO, em Matosinhos.



O grupo Vinho & Coisas possui desde Junho um novo espaço que se vem associar ao Wine Center: o restaurante DEGUSTO – Ristorante & Wine Bar. Neste restaurante poderá saborear a melhor gastronomia italiana acompanhada de uma vasta selecção de vinhos de qualidade.

A Vinho & Coisas foi criada em 1992 e, durante vários anos, desenvolveu a sua actividade como uma loja de vinhos e acessórios, nunca assumindo uma postura de especialista em vinhos, preferindo sempre manter uma imagem associada ao bom gosto e à qualidade. Um dos objectivos do grupo foi sempre oferecer a maior e melhor selecção de vinhos, nacionais e estrangeiros, através de modernos e eficientes canais de distribuição, complementada pelo aconselhamento efectuado por técnicos experientes.

Foi precisamente numa expansão desse bom gosto e primado da qualidade

que foi inaugurado o Degusto - Ristorante & Wine Bar, nascendo assim este inovador conceito que combina uma loja de vinhos e um restaurante de comida italiana, onde os vinhos têm uma presença muito marcante. A uma ementa que inclui propostas tão variadas e requintadas como «mozzarella de bufala "alla caprese" com tomate cereja, manjeriçã e orégãos», «carpaccio de carne marinada com spaghetti de verduras», «risotto com queijo gorgonzola e speck», «garganelli "amatriciana"», «escalope de cherne perfumado a "vino passito" das Ilhas Lipari» ou «caçaço de porco preto estufado com molho de vinho Marsala», junta-se uma carta de vinhos que tem como principais atributos a variedade e a qualidade das propostas apresentadas, as quais, sem dúvida, satisfazem os clientes mais exigentes, quer em termos de qualidade, quer em termos de diversidade (mais de 400 referências, sendo cerca de 10% servidas também a copo na mesa ou no wine bar anexo ao restaurante). Uma carta que acolhe uma grande selecção de castas e regiões portuguesas e estrangeiras e que é alterada sazonalmente, acompanhando o ritmo gastronómico (a ementa do restaurante é alterada de dois em dois meses). No restaurante Degusto o vinho tem uma enorme im-

portância, pois, como é definido pelos mentores do projecto: «para ter uma experiência especial a nível gastronómico, é necessário ter o vinho apropriado. Para ter uma experiência única a nível enológico é necessário ligar ao vinho a comida certa».

José Espírito Santo, António Nora, José Carneiro Pinto e Paulo Espírito Santo são os sócios-gerentes deste grupo, com sede em Matosinhos, mais precisamente na Rua de Sousa Aroso, 540. O grupo Vinho & Coisas possui umas modernas instalações com mais de 1.500 m<sup>2</sup> que incluem escritórios, wine-bar, restaurante, wine-center, sala de formação, sala de provas e armazém. Quando visitar este espaço, a maior dificuldade que poderá ter é dizer o que lhe agradou mais: se o serviço impecável ou o bom gosto do ambiente, se o vinho ou a gastronomia, dois elementos que se combinam na perfeição num espaço de decoração sóbria mas requintada.



## Cursos de Vinhos

Em Setembro têm início os Cursos de Vinhos da Vinho & Coisas, cursos de iniciação e aperfeiçoamento que serão realizados no espaço para formação do DEGUSTO -Ristorante & Wine Bar. Com estes cursos poderá descobrir alguns segredos sobre o mundo dos vinhos pois, citan-

do Ernest Hemingway, «o conhecimento e a educação sensorial apurada podem obter do vinho prazeres infinitos» e «quem conhece e ama a sua história deve aprender a conhecer e amar os seus vinhos» (Arnold Toynbee)  
Para mais informações consultar: [www.vinhoecoisas.pt](http://www.vinhoecoisas.pt)

## 1.ª Série

### Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho

Ministérios da Economia e da Saúde

Estabelece que o cálculo do preço de venda ao público dos medicamentos manipulados por parte das farmácias é efectuado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem.

### Decreto Regulamentar Regional n.º 22/2004/A, de 1 de Julho

Altera os quadros de pessoal do Hospital do Divino Espírito Santo, do Hospital da Horta e dos Centros de Saúde de Ponta Delgada, Angra do Heroísmo, Vila do Porto, Ribeira Grande, Vila Franca do Campo, Povoação, Nordeste, Praia da Vitória, Santa Cruz da Graciosa e Santa Cruz das Flores, no que respeita ao pessoal de apoio geral.

### Portaria n.º 787/2004, de 9 de Julho

Ministérios das Finanças e da Saúde

Altera o quadro de pessoal do Hospital Distrital de Chaves no que respeita à carreira médica hospitalar.

### Portaria n.º 798/2004, de 13 de Julho

Ministérios das Finanças e da Saúde

Altera o quadro de pessoal do Hospital de Mirandela, no grupo de pessoal da carreira médica hospitalar e técnico superior de saúde, assim como no grupo de pessoal técnico da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica.

### Portaria n.º 816/2004, de 15 de Julho

Ministério da Saúde

Altera os GDH constantes dos anexos I e II relativos às tabelas de preços, aprovadas pela Portaria n.º 1397/2002, de 26 de Outubro, e alteradas pela Portaria n.º 1234/2003, de 22 de Outubro e adita novos actos e respectivos GDH às tabelas de preços do PECLEC, aprovadas pela Portaria n.º 1397/2002, de 26 de Outubro, e alteradas pela Portaria n.º 1234/2003.

### Portaria n.º 865/2004, de 19 de Julho

Altera a redacção da Portaria n.º 916-A/99, de 22 de Outubro, que regula a instalação e transferência de farmácias.

### Decreto Regulamentar Regional n.º 28/2004/A, de 20 de Julho

Região Autónoma dos Açores - Presidência do Governo  
Altera o quadro de pessoal do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo

### Decreto Regulamentar Regional n.º 29/2004/A, de 21 de Julho

Região Autónoma dos Açores - Presidência do Governo  
Altera o quadro de pessoal do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo

### Despacho Normativo n.º 34/2004, de 21 de Julho

Ministério da Saúde

Altera o Despacho Normativo n.º 1/2003, de 15 de Janeiro

(altera as regras de afixação de preços nas embalagens dos medicamentos e nos recibos emitidos pelas farmácias)

### Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2004, de 21 de Julho

Presidência do Conselho de Ministros

Prorroga o mandato da estrutura de missão Parcerias. Saúde

### Decreto-Lei n.º 175/2004, de 21 de Julho

Ministério da Ciência e do Ensino Superior

Procede à reorganização da rede de ensino superior politécnico na área da saúde

### Lei n.º 30/2004, de 21 de Julho

Assembleia da República

Lei de Bases do Desporto

### Portaria n.º 895/2004, de 22 de Julho

Ministério das Finanças

Aprova a participação modelo 1 de transmissões gratuitas sujeitas a imposto do selo, a que se refere o artigo 26.º do Código do Imposto do Selo.

### Decreto-Lei n.º 176/2004, de 23 de Julho

Presidência do Conselho de Ministros

Altera a orgânica do XV Governo Constitucional, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 120/2002, de 3 de Maio, na redacção que lhe foi dada pelos Decretos-Leis n.os 119/2003, de 17 de Junho, e 20/2004, de 22 de Janeiro.

### Lei Constitucional n.º 1/2004, de 24 de Julho

Assembleia da República

Sexta revisão constitucional.

### Decreto-Lei n.º 177/2004, de 27 de Julho

Ministério da Defesa Nacional

Estabelece a forma de aprovação das carreiras médicas hospitalares do quadro de pessoal civil do Exército e revoga o Decreto-Lei n.º 224/92, de 20 de Outubro

### Portaria n.º 955/2004, de 28 de Julho

Ministério da Saúde

Aprova o modelo de cartão de identificação para uso exclusivo dos trabalhadores da Entidade Reguladora da Saúde.

## 2.ª Série

### Despacho n.º 12 928/2004, de 1 de Julho

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Cria a estrutura de coordenação nacional do Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida

### Despacho n.º 12 929/2004, de 1 de Julho

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Cria a Comissão de Coordenação do Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas, com a missão acompanhar e avaliar, ao nível nacional, o desenvolvimento do Programa Nacio-



nal contra as Doenças Reumáticas e o seu impacte na obtenção de ganhos de saúde

**Despacho n.º 12 930/2004, de 1 de Julho**

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Cria a Comissão de Coordenação do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, com a missão de acompanhar e avaliar, ao nível nacional, o desenvolvimento do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e o seu impacte na obtenção de ganhos de saúde

**Despacho n.º 12 932/2004, de 1 de Julho**

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Cria a Comissão de Coordenação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, tem como missão acompanhar e avaliar, ao nível nacional, o desenvolvimento do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares e o seu impacte na obtenção de ganhos de saúde

**Despacho n.º 13 313/2004, de 7 de Julho**

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Cria, sob a directa dependência do Ministro da Saúde, uma comissão cujo objecto é a definição das regras técnicas subjacentes à prestação de cuidados de saúde nos centros de saúde previstos na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º, sob a forma jurídica constante do n.º 1 do artigo 25.º, ambos do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, competindo ainda determinar a denominada "carteira de serviços" que devem ser prestados pelas entidades que irão gerir os centros de saúde, incluindo grupos de médicos ou cooperativas de profissionais, as formas de remuneração e os parâmetros de qualidade definidos através de níveis de serviços.

**Despacho n.º 13 772/2004, de 13 de Julho**

Ministério da Saúde - Administração Regional de Saúde do Norte

Integra diferentes centros de saúde da Região de Saúde do Norte em vários centros de saúde únicos.

**Despacho n.º 13 885/2004, de 14 de Julho**

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Determina como obrigatória a utilização do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) pelos prescritores nos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde, incluindo os hospitais, S. A.

**Despacho conjunto n.º 421/2004, de 13 de Julho**

Ministérios da Justiça e da Saúde

Cria a Comissão Toxicodependência e Sida em Meio Prisional, adiante designada por Comissão

**Aviso n.º 7590/2004, de 17 Julho de 2004**

Ministério da Saúde - Departamento de Modernização e Recursos da Saúde

Abertura do processo de candidatura à realização da prova de comunicação médica.

## + AGENDA

**Cytokines in Clinical Practice**

(Programa Internacional de Pós-graduação 2004)

**14 a 16 de Outubro de 2004**

Local: Braga, Universidade do Minho, Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde

Contactos: Cláudia Barreira

(sec-pg@ecsau.de.uminho.pt)

telef.: 253 60 48 32 Fax.: 253 60 48 09

**I Jornadas Oncológicas de Coimbra**

**14 a 16 Outubro de 2004**

Luso

Telef.: 239 400 325; e-mail

hgervasio@croc.min-saude.pt

**Congresso «Toxicodependência, Saúde Mental e Comunicação Social»**

**28 e 29 de Outubro 2004**

Fórum Lisboa

Contactos: VITAE - Associação de Solidariedade e

Desenvolvimento Internacional, Telef.: 217751710/

218161640; e-mail: vitae@assoc-vitae.org

**XII Congresso Nacional de Cirurgia Oral e Maxilofacial**

**3 de Novembro – cursos pré-congresso**

**4 a 6 de Novembro de 2004**

Local: Lisboa, Corinthia Alfa Hotel

Contactos: Sede da APCCMF (Ordem dos Médicos – Lisboa) – 21 842 71 00

**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: 281 323 227;

e-mail: info@alcfalgarve.com

**XV Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**

Hiperactividade(s) e Saúde Mental

**9 e 10 de Dezembro de 2004**

Local: Braga, Faculdade de Filosofia da Universidade Católica

Contactos: Telf.: 253 60335273/4/5; Fax: 253 209190

claudia@hsmbraga.min-saude.pt