

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 21 – N.º 63 – Dezembro 2005

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:
Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:
José Moreira da Silva
José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:
Paula Fortunato

Redactores Principais:
Miguel Guimarães, José Ávila Costa,
João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:
Miguel Reis

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Dep. Financeiro:
Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:
CELOM

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

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

S U M Á R I O

- 4 EDITORIAL**
- 6 EDITORIAL**
Na Ordem do Dia
- 8 INFORMAÇÃO**
Inclui informação quanto à nova legislação sobre a obrigatoriedade de disponibilização do livro de reclamações a todos os fornecedores de bens ou prestadores de serviços que tenham contacto com o público em geral
- 14 ACTUALIDADE**
II Encontro Nacional «Trauma: um flagelo do século XXI»
- 16 Medicina Interna – Existimos e Seremos**
- 18 O Colégio da Especialidade de Medicina Interna nos Anos de 2000 a 2005**
- 22 Contributo para o conhecimento da actividade dos serviços de Medicina Interna em Portugal**
- 30 A Medicina Interna e os serviços de urgência hospitalares**
- 34 Programa de Formação do Internato Complementar de Medicina Interna**
- 38 Proposta de Programa de Formação Comum em Medicina Interna dos Internatos Complementares de Especialidades Médicas**
- 42 Regimento do Colégio da Especialidade de Medicina Interna**
- 48 OPINIÃO**
Encerrar hospitais psiquiátricos? - Carta aberta ao Ministro da Saúde
Por Maria Manuela de Mendonça
- 50 A minha experiência como utente do “National Health service” britânico**
Por J. L. Cirne de Castro
- 54 Medicina sem alma?**
Por Daniel Hell
- 60 Ordem dos Médicos do Brasil: é preciso!**
Por Viriato Moura
- 62 Investigação clínica em medicina hospitalar - A propósito de um exemplo paradigmático**
Por F. M. Fonseca Ferreira
- 65 LEGISLAÇÃO**
- 66 CULTURA**
- 70 AGENDA**

Bilharacos

No Natal, em Lisboa, comem-se bilharacos. Os simpáticos e natalícios fritos de abóbora, perfumados com as acres bagaceiras ou as doces medronheiras de Avéolos, da Lousã ou da Estrela, conquistam por tradição o seu lugar em mesas fartas de mais complexas iguarias.

Também se comem rabanadas, pães de rala e toucinhos do céu. Na noite propriamente dita, o bacalhau, eventualmente maioritário, cruza-se nos prédios de apartamentos com o transmontano polvo ou as carnes alentejanas.

Como em todas as cidades grandes, apesar de em termos globais não o ser tanto, a cultura de Lisboa é a das multiplicidades que a imigração interna e externa em cada momento lhe garante. Pulverizadas na aldeia global, as pessoas solitárias ou os pequenos núcleos familiares que a procura da sobrevivência ou da oportunidade desenraizou, agitam-se neste uma vez por ano indo buscar ao baú as tradições ou visitando céleres os lugares de origem.

Com o passar do tempo e o inevitável desaparecimento dos antepassados teimosamente grudados à terra, a cidade torna-se lugar em si mesma e os bilharacos rapidamente se substituem por uns dias na Tailândia ou no Recife.

Em poucos anos a extrema e opressiva socialização que a todos condicionava como uma forma, obrigando a rituais acriticamente aceites e de duvidoso significado, vai dando lugar ao indivíduo na aparente liberdade da total autonomia.

Se para os vitoriosos da “struggle for life” a ausência de peias e as viagens “low cost” garantem com vantagem a substituição da depressão doméstica pela malária ou pela gripe aviária, já para a multidão esmagadora dos derrotados, simplesmente enalhados ou nem por isso convencidos do próprio lustro o Natal pode ser uma época difícil.

A procura do amparo, que desde tempos imemoriais o homem encontrou no grupo, pulveriza a cidade em grupos identificadores e comer bilharacos deixa de ser um facto para passar a ser uma razão. A comunidade humana convival em que o polvo e o bacalhau se constituem símbolos de culturas despertando curiosidades e convidando ao diálogo e ao conhecimento, transforma-se no somatório dos pequenos grupos fechados sobre si próprios, dependentes de símbolos, obsessivos na busca dos transgressores.

A cidade, em que o prazer de viver radica na ampla aceitação e no permanente encontro do outro com a sua cultura e o enriquecimento do que há para conhecer, a cidade, em que o estar radica na tolerância e na procura do “primum inter pares”, transforma-se no somatório de milhares de pequenas aldeias, fechadas, irredutíveis, definitivamente pequenas e hostis.

A cidade que a todos atraía, que todos recebia, em que todos podiam conquistar o seu lugar de realização sem limites passa a ser em si mesma objecto simbólico contra o qual se tornam significantes pequenas vaidades, pequenos poderes, lógicas pequenas de pequenas pessoas.

Caricatural que não pode deixar de ser este texto e cumpridor da reflexão que cabe à época e ao

fechar do ano político, assumo que nele perpassa alguma preocupação pelo que está para vir no planeta dos médicos.

Magras que vão as vacas, distribuir bens escassos principalmente se a lógica não abunda e as pressões dos amigos se tornam insuportáveis pode ser um exercício de elevado risco. Para exercícios de tal teor a consagrada receita radica no dividir para reinar.

Em tempos de competitividade não há como fugir das verdades elementares e do conforto que um exército de companheiros sempre nos trás. Em tais contextos os interesses globais, os valores sociais e os compromissos pios tendem a adoptar contornos difusos de nebulosa perante os quais se destacam límpidas as imagens bem mais reais dos ganhos imediatos e dos interesses de pequeno grupo.

No ano que se avizinha, pressionado pelas duas forças que se sumarizaram, o conceito de médico sofrerá certamente algumas tensões disruptoras. Não faltará certamente quem as suas dores tentará atribuir aos outros sejam eles os do hospital, os da clínica geral, os da pública, os da privada, os internos, os mais velhos, os de Lisboa ou os do Porto.

No fim do ano em que de novo, e ao fim de muito tempo, os portugueses nos identificaram como o grupo profissional merecedor de maior crédito, cabe apelar à reflexão, necessariamente individual, diria mesmo introspectiva, sobre o que somos.

Cabe a cada um procurar os caminhos que trilhamos, o que nos identifica e como tal nos constitui genuinamente em corporação, o que nos torna diferentes, objectiváveis e referenciáveis na Sociedade em que nos integramos, ou, em contrapartida, concluir que mais não somos que um conjunto, vasto mas atomista, de pessoas que só têm em comum o facto dos diferentes gestos técnicos que executam poderem convergir numa mesma acção.

Pela minha parte, no editorial em que fecho este primeiro ano de ROM sob minha responsabilidade, não posso deixar de vos lembrar o verdadeiro, quase diria único, objectivo que como Ordem nos comete – garantir que os médicos são um grupo unido e solidário, testemunhas de um compromisso ético irrevogável, garantes da defesa da Saúde e Bem-estar dos seus concidadãos.

Cabe-me ainda, em nome de todos os colegas a quem há um ano deram o privilégio de gerir os nossos destinos comuns, desejar-vos um Bom Natal e um melhor 2006...



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pedro Nunes'.

EDITORIAL



Na Ordem do Dia

TSF 8

5/12/2005

Por entre as ondas de choque provocadas por mais umas declarações sobre mobilidade de médicos e enfermeiros e sua distribuição geográfica, o facto mais importante da semana quase passou despercebido.

O Conselho Nacional de Ética, órgão do qual muitos nem conhecem a existência, apresentou em conferência de imprensa o seu parecer sobre investigação em células estaminais.

Classificado por alguns órgãos de comunicação como confuso, outros, como para lhes dar razão, interpretaram de forma diversa as conclusões produzidas.

Se para a RTP o Conselho recusou a investigação em embriões, já o Correio da Manhã titulava “Conselho de Ética autoriza etc...”

Aparentemente estaremos perante factos como os que levam aquela conhecida garrafa a estar meio cheia ou meio vazia conforme o interesse de quem a olha.

A realidade é, contudo, mais complexa e merece mais demorada atenção.

A Bioética confronta hoje as posições dos que conscientes do imenso mundo de conhecimento e acção que se abre fruto das recentes descobertas na área da genética pretendem libertar-se de quaisquer constrangimentos e os que, testemunhas dos valores que tornam significativo o Homem, pretendem pôr limites à sua instrumentalização.

Como em todos os debates em que estão em causa sensibilidades profundas e opções de consciência, não são de esperar conclusões definitivas a médio ou mesmo longo prazo.

Como em muitas áreas importantes da história da humanidade esta é uma matéria em que o caminho se fará caminhando e a cor do momento será a que resultar da densidade relativa em cada instante dos brancos e pretos em presença.

Até aqui nada de particularmente grave. Antes pelo contrário o importante é que a reflexão preceda a acção e as direcções sejam tomadas de forma consciente, nem que volta e meia seja necessário recuar sobre os passos dados e descobrir de novo para onde ir.

Também nesta matéria, como em tantas outras, os bons não estão todos do mesmo lado e o nosso clube, por ser o nosso, não passa automaticamente a único detentor da razão e da verdade.

Aliás era bom que deixássemos o clubismo para as coisas básicas e inúteis como o futebol e tratássemos o relevante com a complexidade que as coisas significativas sempre possuem.

Isto para dizer que dentre os que defendem a investigação por cima de toda a consideração não há só pombas interessadas no progresso da humanidade mas também há alguns falcões interessados nos fabulosos lucros presumidos das técnicas daí resultantes.

De igual modo dentre os que defendem o primado dos valores não há só humanistas que recusam ver destruir na fogueira das vaidades e dos interesses tudo o que faz o mundo melhor, mas igualmente militam nas suas fileiras alguns conser-

vadores ultramontanos para quem a simples ideia de mudança e progresso provoca um fatal ataque de brotoeja.

O debate do Conselho de Ética foi, pelo seu decurso e pelo seu resultado, bem mais importante que as discretas notícias fariam prever.

Na realidade ao dar testemunho dos valores e recusar de forma clara a instrumentalização do embrião tomou partido maioritariamente por uma concepção de vida.

Ao mesmo tempo, ao não recusar nem obstacularizar a investigação de forma explícita ou cínica inscreve o seu parecer na aceitação da modernidade balizando-a com princípios, mecanismos de controlo e aceitação de recusas.

...

Pela minha parte...

Não acredito no fim da História porque não acredito no fim da humanidade.

Penso, em consequência, que se hoje “esquerda” e “direita” são conceitos com algum vazio de conteúdo, não deixa de ser actual a disputa entre “valores humanos” e “pragmatismo utilitarista” que tudo destrói no altar da maximização do lucro e dos interesses.

Afinal esta é a eterna luta a que chamamos política...

Ao não dar cabimento a conceitos como o de “embrião excedentário” ou “embrião para o qual não existe projecto parental” o Conselho Nacional de Ética tomou partido com clareza.

Entreabriu assim, disfarçadamente, a porta da História.

TSF 9

12/12/2005

...Vão fechar serviços de urgência. A medida por óbvio quase não merece comentário.

Em tempo de vacas magras e cortes em todas as áreas a plétora de urgências que durante anos foram sendo abertas ao sabor das conveniências de agradar a algumas forças vivas locais não podia ser excepção.

Em tempo de escassez de recursos financeiros a tentativa de poupar nas horas extraordinárias que mantém abertas tantas portas de entrada no sistema era evidente desde o início.

Numa lógica política menor a coisa tem ainda um outro atractivo – tendo cobrado à indústria, às farmácias e aos convenionados chega agora a vez dos funcionários. Há aqui um certo igualitarismo que fica sempre bem...

Médicos e restantes profissionais da Saúde já não estranham. Se novidade houver é desta vez não terem sido os primeiros e não terem ficado sozinhos a pagar a factura.

Um outro factor, estou certo, levou um Sindicato Médico a aplaudir a medida anunciada. Com efeito em tempo de escassez de recursos humanos, que a irresponsabilidade de alguns Governos deixou acumular, concentrar meios é a única forma de garantir a qualidade mínima exigível.

É preciso dizer com clareza que, nalgumas especialidades mais carenciadas, o número de urgências semanais que se exige aos médicos é de tal forma elevado que põe



em risco a saúde dos próprios e dos doentes ao seu cuidado para já não falar da vida pessoal e familiar.

Do ponto de vista dos médicos, embora sabendo que esta medida lhes acarretará uma significativa perda de rendimentos, a situação de ruptura é tão próxima e tão previsível que a adesão está à partida facilitada.

A forma como foi anunciada também introduziu alguma novidade.

Com efeito ao evitar falar-se das chamadas falsas urgências, tema caro a gestores de todos os matizes, evitou-se o ridículo habitual de pressupor que uma percentagem significativa de portugueses são impenitentes masoquistas que se deleitam a passar o serão na apinhada sala de espera de um qualquer hospital ou centro de saúde.

Do Ministério da Saúde espera-se uma atitude frontal e disponível para as realidades técnicas e em certa medida somos induzidos a pensar que será esse o caso.

Há, no entanto, um aspecto que embora corrigido posteriormente não deixou de causar a mais profunda perplexidade e preocupação.

Ao dizer-se que o critério de encerramento seria os hospitais com menos de vinte e cinco atendimentos e os centros de Saúde com menos de dez, deu-se o mais completo exemplo do como não actuar.

Com efeito a urgência não é uma máquina complementar de produzir as consultas e análises que os serviços de rotina não conseguem em tempo útil mas sim um espaço técnico disponível para salvar vidas em perigo imediato.

Os critérios para encerrar urgências não poderão depender de uma qualquer análise de produtividade ou atracção de clientes mas de um estudo realista e planificado de como dotar o País de uma malha capaz de responder quando solicitada pela catástrofe.

Para este trabalho urge as competências dos militares e nem tanto as dos *experts* da finança.

Nesta concepção virada não para o sistema mas para as necessidades das pessoas haverá certamente urgências para encerrar mas igualmente outras para reforçar com profissionais e tecnologias.

Se for este o critério, chegar-se-á à conclusão de não ser possível encerrar urgências no interior desertificado porque os portugueses que persistem em lá viver, embora poucos para preencher critérios de produção, têm o mesmo direito que os que vivem nas cidades do litoral a sobreviver a um enfarte do miocárdio ou ver accionado em tempo útil o suporte de vida perante um grave acidente rodoviário.

Congratulando-nos com a chegada da racionalidade às urgências não deixaremos de estar atentos ao como em cada caso se irá decidir.

É que estando em causa pessoas doentes, para mais quando se trata de doença aguda, grave e carecida de acção imediata espera-se que o Governo dê mais atenção às opiniões dos profissionais e nem tanto às dos contabilistas.

TSF 10

19/12/2005

Por entre promessas de construção de um novo hospital na zona ocidental de Lisboa, de um centro materno-infantil no Porto e a tomada de posse da Entidade Reguladora da Saúde, a democracia mediática decorreu esta semana dentro do trivial.

Todos sabemos como vai batendo a crise pelo que à falta de obras para inaugurar sempre se vão inaugurando promessas o que dá muito menos despesa e mantém os egos confortados por muito mais tempo.

Claro que as promessas têm o incómodo hábito de suscitar acesas controversas e a inegável vantagem de manter tais debates no plano do papel e do virtual o que se torna muito mais barato que fazer e desmanchar betão armado.

A polémica, desvalorizada que está no mercado das ilusões, tem ainda a vantagem de entreter, sem gastar muita energia neuronal em coisas desagradáveis como tomar decisões que afetem a vida de gente.

Por exemplo, que desagradável seria meditar sobre a necessidade e o objectivo de uma Entidade Reguladora criada no âmbito de um decreto entretanto revogado e destinada, como todas as entidades de tal teor cultural, a promover a competitividade equilibrada entre hospitais privados que agora se decidiu transformar em Empresas Públicas.

Pela minha parte, entre algumas interpelações para discutir projectos naquele exercício curioso de especular sobre o que se desconhece, visitei o distrito de Bragança.

Vi colegas entusiasmados a trabalhar um número inenarrável de horas por semana, em Centros de Saúde de porta aberta para a rua sem um segurança ou qualquer estrutura coerente de apoio.

Vi a vontade de continuar em circunstâncias difíceis.

Vi a preocupação pelo risco da contabilidade de mercearia, tão em voga nos circuitos da gestão, poder deixar sem alternativa populações que numa emergência têm um hospital a hora e meia de distância. Isto desde que vão por Espanha, claro...

Vi também o desânimo de alguns que se cansaram de esperar, anos e anos, pelo simples obrigado que paga tantas coisas.

Vi gente disponível, médicos e não só, a trabalhar em hospitais que não cumprem os mínimos técnicos definidos pela Ordem numa impunidade dos dirigentes que cabe perguntar... até quando?

Vi gente descrente de algum dia as palavras e promessas se transformarem em realidades e de o simples e imprescindível ter prioridade apesar de não abrir telejornais.

Para terminar a semana assisti em Lisboa à homenagem aos médicos com mais de cinquenta anos de profissão e no Porto ao juramento dos que em Janeiro vão começar.

Vi o orgulho do dever cumprido e a certeza no vir a fazer melhor.

Perante tantas imagens perdoe-me a TSF este assomo de corporativismo e autorize-me a agradecer aos médicos portugueses.

É que esta semana cabe-me em nome de todos eles, principalmente dos que vão estar a trabalhar no próximo sábado, cabe-me, dizia, desejar a todos os portugueses um Feliz Natal...

Livros de Reclamações - Nova Legislação

No passado dia 15 de Setembro foi publicado, no Diário da República, o Decreto-Lei n.º 156/2005¹, através do qual se estabelece a obrigatoriedade de disponibilização do livro de reclamações a todos os fornecedores de bens ou prestadores de serviços que tenham contacto com o público em geral.

Por quanto resulta do preâmbulo do referido diploma, o legislador pretendeu tornar mais acessível o direito de queixa, proporcionando ao consumidor a possibilidade de reclamar no local onde o conflito ocorreu e, inclusive, de poder ser ele próprio, se assim o desejar, a enviar a reclamação à entidade competente.

Assim, por um lado, **uniformiza-se o modelo de livro de reclamações** e, por outro lado, **alarga-se o elenco das entidades que ficam obrigadas à sua posse e disponibilização aos clientes.**

Este Decreto-Lei veio, ainda, estabelecer um **regime único de procedimentos relativos às queixas que sejam apresentadas e, bem assim, de sanções pela violação das regras aplicáveis** (contra-ordenação), revogando todas as normas constantes de legislação específica que sejam contrárias ao aqui previsto.

É também de ressaltar o **conjunto de obrigações** a que ficam sujeitos os prestadores de serviços e que passamos a resumir:

- Possuir livro de reclamações nos estabelecimentos a que respeita a actividade;
- Facultar imediata e gratuitamente ao reclamante o referido livro, sempre que este o solicite;
- Afixar em local e com caracteres bem visíveis, um letreiro com a informação de que o estabelecimento dispõe de livro de reclamações;

- Manter um arquivo organizado dos livros de reclamações pelo período mínimo de 3 anos.

Acresce que o prestador de serviços não pode, em caso algum, justificar a falta do livro de reclamações no estabelecimento onde o utente o solicita pelo facto do mesmo se encontrar disponível noutra estabelecimento, dependências ou sucursais.

Quando o livro de reclamações não for imediatamente facultado ao utente este pode requerer a presença da autoridade policial, a fim de remover essa recusa ou para que tome nota da ocorrência e a faça chegar à entidade fiscalizadora competente.

No que respeita directamente à **actividade médica**, o diploma ora em análise aplica-se aos seguintes estabelecimentos/ consultórios/unidades privadas de saúde:

1. Unidades privadas de saúde que tenham **internamento** ou **sala de recobro**;
2. Laboratórios privados que prossigam **actividades de diagnóstico, de monitorização terapêutica e de prevenção no domínio da patologia humana**;
3. Unidades de saúde privadas que utilizem, **com fins de diagnóstico, terapêutica e de prevenção, radiações ionizantes, ultra-sons ou campos magnéticos**;
4. Unidades privadas de **medicina física, de reabilitação, de diagnóstico, terapêutica e prevenção, de reinserção familiar e sócio-profissional**;
5. Unidades privadas de **diálise que prossigam actividades terapêuticas no âmbito da hemodiálise e técnicas de depuração extracorporeal ou de**

diálise peritoneal crónica clínicas;

6. Clínicas e consultórios dentários privados;

7. Unidades privadas que actuem na área do tratamento ou da recuperação de **toxicodependentes;**

8. Todos os “operadores”* prestadores de cuidados de saúde (vide art.º 32.º, n.º 2 do D.L. 309/2003, de 10 de Dezembro, que criou a Entidade Reguladora da Saúde).

Entendemos que nesta categoria estão enquadradas as clínicas, policlínicas ou outras unidades privadas de saúde não incluídas na tipificação supra, bem como os consultórios individuais dos médicos. De notar que a exigência de livro de reclamações aplica-se a cada local / instalação onde se prestem cuidados de saúde.

A fiscalização, a instrução dos processos e a aplicação das coimas e sanções acessórias previstas no presente diploma cabem às entidades que, nos termos da legislação específica existente que estabelece a obrigatoriedade do livro de reclamações, são competentes para o efeito.

Assim, em conformidade com o referido, é competente para a instrução dos processos relativos às entidades indicadas sob o n.º 1, a Direcção-Geral da Saúde; para as entidades referidas sob os n.º 2, 3, 4, 5 e 6 as ARS; para as entidades referidas no n.º 7 o IDT e, por último, para as entidades referidas sob o n.º 8, a ERS.

Relativamente ao regime anterior e em termos de procedimentos, é de notar a modificação do prazo para o envio das reclamações que sejam formuladas, que anteriormente eram enviadas mensalmente e, a partir de Janeiro de 2006, passarão a ter de ser remetidas à entidade competente no prazo de 5 dias úteis a contar da sua apresentação.

No que respeita às sanções aplicáveis as mesmas são constituídas por coimas, que variam entre €250 a €30.000, podendo ainda ser aplicadas sanções acessórias, quando a gravidade da infracção o justifique, que podem ser o encerramento temporário das instalações, a interdição do exercício da actividade ou a privação

do direito a subsídio ou benefício concedido por entidade ou serviço público.

O livro de reclamações do modelo que, à data da entrada em vigor deste diploma, estiver a ser utilizado pode ser mantido até ao respectivo encerramento.

O novo modelo de livro será aprovado por Portaria que, até ao momento, ainda não foi publicada em Diário da República.

O D.L. 156/2005, de 15 de Setembro entrará em vigor em Janeiro de 2006.

O Consultor Jurídico
Paulo Sancho

Notas:

¹ O texto integral do diploma pode ser consultado na página de legislação – Unidades Privadas de Saúde – do Medi.Com, com o seguinte endereço: www.medi.com.pt.

* Nos termos do art.º 8.º do D.L. 309/2003, que criou a ERS, são considerados operadores:

a) As entidades, estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, integrados ou não na rede de prestação de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica;

b) As entidades externas titulares de acordos, contratos e convenções;

c) As entidades e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos sectores social e privado, incluindo a prática liberal;

d) As associações de entidades públicas ou privadas e as instituições particulares de solidariedade social que se dedicam à promoção e protecção da saúde, ainda que sob a forma de pessoa colectiva de utilidade pública administrativa e desenvolvem a respectiva actividade no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde ou no seu apoio directo;

e) Os subsistemas de saúde.

Recomendação 02/05

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, ao abrigo do art. 6º do Decreto-Lei 282/77, de 5 de Julho, ouvido o Colégio da Especialidade de Oftalmologia, define como integrante da “Legis Artis” e, em consequência, como imperativo deontológico a ser observado pelos médicos responsáveis das unidades em que se pratique cirurgia da retina e/ou vítreo-retiniana e que simultaneamente assumam compromissos de tratamento de doentes urgentes, a seguinte recomendação:

- um descolamento da retina em olho anteriormente útil,

com menos de um mês de evolução, deverá ter prioridade absoluta sobre as outras cirurgias programadas, nomeadamente da catarata;

- se a unidade em causa não possuir pessoal ou equipamento necessário para responder com a solução terapêutica mais adequada, deve estar previamente assegurado o encaminhamento de tais doentes para local adequado.

Lisboa, 15 de Novembro de 2005

Colégio de Pediatria Prescrição de Imunoterapia específica

A Direcção do Colégio de Pediatria exprimiu, por várias vezes o seu desacordo pela restrição da prescrição de Imunoterapia específica a Médicos Alergologistas. Felizmente a Direcção Geral de Saúde atendeu esta reclamação e emitiu uma Circular Normativa (nº 05/DSAC de 14-6-2005, em anexo) em que repõe a justiça e reconhecimento técnico devidos a Médicos Pediatras.

Na medida em que essa circular parece ter tido uma difusão muito limitada e o seu conhecimento é de grande interesse para toda a Comunidade Pediátrica, peço o favor de mandar promover a informação do seu teor na Revista da Ordem dos Médicos.

O Presidente do Colégio de Especialidade de Pediatria – *Jorge Amil Dias*

**Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde
Circular Normativa
Assunto: Vacinas desensibilizantes
N.º: 05/DSAC - DATA: 14/06/05**

**Para: Todas as ARS e Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde
Contacto na DGS: Direcção de Serviços de Acordos Contratos e Convenções**

Em aditamento à Circular Normativa n.º. 14/DSAC, de 17/07/03, esclarece-se que a prescrição das vacinas desensibilizantes poderá ser efectuada também pelos médicos pediatras, para além dos médicos especialistas em imunoalergologia, pneumologia ou dermatologia.

A orientação agora transmitida vem corresponder às sugestões dirigidas a esta Direcção-Geral, especialmente por instituições com Serviços de Pediatria.

Não obstante o que se deixa exposto e de harmonia com

o parecer emitido a este propósito, chama-se a atenção para que, num futuro próximo, a Rede de Referenciação de Alergologia, deverá ser o suporte para as práticas médicas nesta Especialidade e que a prescrição de Imunoterapia Específica seja feita na mais estrita observância das recomendações nacionais e internacionais em vigor.

O Director-Geral e Alto Comissário da Saúde
Prof. Doutor José Pereira Miguel

Manipulação vertebral em Clínicas de Medicina Física e de Reabilitação

Foi homologado em Conselho Nacional Executivo de 15 de Novembro um parecer do Colégio da Especialidade sobre a execução de manipulação vertebral em clínicas de Medicina Física e de Reabilitação, que passamos a transcrever:

Parecer

1) A técnica “Manipulação Vertebral” faz parte da formação do especialista em Medicina Física e de reabilitação, de acordo

com o Programa de Formação do Internato Complementar de Medicina Física e de reabilitação, actualmente em vigor (Portaria n.º. 329/92, de 21/10 (2ª. Série));

2) A “Manipulação Vertebral” é um acto médico que consta do Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos da Ordem dos Médicos (actualmente suspensa), na área de Medicina Física e de Reabilitação (código n.º. 90100001).

Do exposto resulta que qualquer médico especialista em Medicina Física e de Reabilitação, inscrito na Ordem dos Médicos e no respectivo Colégio de especialidade, está habilitado a executar a referida técnica.

É entendimento da Direcção deste colégio que sendo a “Manipulação Vertebral” uma técnica de risco acrescido, deverá apenas ser efectuada por médico (conforme contemplado no Manual de Boas Práticas da nossa especialidade).

II Encontro Nacional «Trauma: um flagelo do Século XXI»

Começaria por agradecer à Direcção da Ordem dos Médicos a confiança depositada na Competência em Emergência Médica (CEEM), ao entregar-lhe a organização, em Coimbra, do II Encontro Nacional “Trauma: Um flagelo do Séc. XXI”, o qual decorreu nos passados dias 23 e 24 de Setembro.

A manhã do dia 23, Sexta-feira, teve a forma de uma Mesa Redonda Nacional em torno da abordagem, tratamento e encaminhamento do traumatizado grave, na vertente da gestão do doente e das instituições, com base na apresentação, por peritos reconhecidos, de um conjunto de temas relevantes:

1. ABORDAGEM NO SAP

- Vítor Almeida / João Quadrado (moderador)

2. ABORDAGEM PRÉ HOSPITALAR – TRIAGEM E ENCAMINHAMENTO

- Nelson Pereira / Rui Silva (moderador)

3. REDES DE REFERENCIAÇÃO

- Jorge Mineiro / António Marques (moderador)

4. ORGANIZAÇÃO E RESPOSTA NA SALA DE EMERGÊNCIA

- Rui Araújo / João Paulo Almeida e Sousa (moderador)

5. ESTABILIZAÇÃO DO TRAUMATIZADO CRÍTICO

- Jorge Teixeira / Paulo Freitas (moderador)

6. TRANSPORTE SECUNDÁRIO DE DOENTES

- Humberto Machado / Jorge Pereira (moderador)

7. SUMÁRIO DOS “STANDARDS EM TRAUMA”

- Salvador Massada (relator)

Foi salientado o papel dos SAP na cadeia de socorro, dada a forma variável como se integram no contexto nacional, com especial relevância no interior, como um elo de ligação a outras estruturas. Realidade esta que não estará a ser devidamente valorizada pelo INEM, nomeadamente no que respeita a soluções baseadas no apetrechamento dos SAP com VMER ou no aumento da disponibilidade do helitransporte, bem como na promoção da formação em SAV dos médicos que ali trabalham. Defendida, ainda, a necessidade de definição legal do direito do cidadão ao suporte avançado de vida em tempo útil, em termos de tempo de resposta, que não deveria nunca exceder os 15 minutos em qualquer parte do território nacional.

No contexto das redes de referenciação e da organização da resposta, foi chamada a atenção para o facto de o trauma ser um bom modelo para discutir a emergência, na medida em que permite pôr a descoberto muitas insuficiências, tais como a heterogeneidade do pré-hospitalar, a incoerência da rede hospitalar ou as disfuncionalidades dos respectivos serviços de urgência e do transporte intra- ou inter-hospitalar do doente crítico. Defendida, também, como fundamental a necessidade de liderança das equipas de trauma por pessoas com formação específica nesta área, bem como a adopção generalizada de um código de boas práticas, o qual se espera venha a ser apresentado pelo grupo de trabalho recentemente nomeado pelo Conselho Nacional Executivo.

Constituíam população alvo desta reunião todos os médicos interessados, com convite directo aos Directores de todos os Serviços de Urgência do país. Foi muito significativa a participação, os debates foram vivos e fi-



cou bem patente a ideia de que só pela formação, investigação e organização, com muita disciplina e dedicação, para além do empenho do poder político, poderão ser dados passos significativos no sentido de melhorar o panorama nacional da traumatologia. Espera-se agora dos grupos de trabalho entretanto promovidos pela Competência, isoladamente ou em parceria com as Especialidades interessadas, que comecem a apresentar resultados tendentes a influenciar, de modo positivo, o trabalho das sociedades científicas, das escolas e das próprias entidades governamentais.

Com o intuito de aproveitar a dinâmica gerada pelo Encontro, tinha sido convocada para a tarde do dia 23 a Assembleia Geral da CCEM. Para além da resposta a uma exigência estatutária, pretendia-se promover um debate alargado em torno da especialização em Medicina de Urgência, o que se conseguiu, para o que muito contribuiu a conferência do nosso colega Kevin Mckway Jones, de Manchester, sobre a experiência do Reino Unido nesta matéria.

A Assembleia viria a pronunciar-se por quase unanimidade (96%) a favor da criação desta especialidade no nosso país, tendo mandatado a Comissão da Competência para elaborar uma proposta neste sentido à Direcção da Ordem dos Médicos.

A manhã do dia 24, Sábado, mais técnica e hospitalar, teve a forma de uma Mesa Redonda Regional foi dedicada, em primeiro lugar, às síndromes compartimentais, assunto antigo mas nem sempre suficientemente valorizado, a que se seguiu uma conferência sobre aspectos médico-legais do trauma. Pretendia-se uma actualização de conhecimentos com base na apresentação, por peritos reconhecidos, da experiência das especialidades envolvidas, nomeadamente:

1. SÍNDROMES COMPARTIMENTAIS EM CIRURGIA GERAL

- Luís Filipe Pinheiro / Augusto Moreira (moderador)

2. SÍNDROMES COMPARTIMENTAIS EM NEUROCI- RURGIA

- José Cavaleiro / Valdemar Marques (moderador)

3. SÍNDROMES COMPARTIMENTAIS EM ORTOPEDIA E CIRURGIA VASCULAR

- Rui Dias / Óscar Gonçalves (moderador)

4. SÍNDROMES COMPARTIMENTAIS EM MEDICINA INTENSIVISTA E ANESTESIOLOGIA



- Paula Casanova / Carlos Seco (moderador)

5. ASPECTOS MÉDICO-LEGAIS DO TRAUMA

- Cristina Cordeiro

A sessão de encerramento contou com a presença dos colegas Pedro Nunes, José Manuel Silva e Fernando Regateiro, respectivamente Bastonário, Presidente da Secção Regional do Centro e Presidente da ARS do Centro, este em representação do Ministro da Saúde, aos quais foram transmitidas pelos organizadores as conclusões da Assembleia Geral e do Encontro, com particular realce para a importância da criação da nova especialidade de medicina de urgência e de um maior apoio, por parte do governo, à formação na área do trauma.

Carlos Mesquita

Presidente da Competência em Emergência Médica



Medicina Interna – Existimos e Seremos

Nos finais do século XIX William Osler afirmou: “ (...) Gostaria que existisse outro termo que designasse o extenso campo da prática médica que resta após a separação da Cirurgia, da Ginecologia e da Obstetrícia (...)”. Décadas depois, a comunidade médica germânica encarregar-se-ia de o descobrir surgindo a *Innere Medizin*, a Medicina Interna ou do interior do corpo. E nesta formulação feliz tem estado contida toda a panóplia de saberes e práticas da cultura médica não cirúrgica, instrumento de uma clínica desempenhada em extensão, tão preocupada com o rigor do diagnóstico como limitada com a falta de instrumentos objectivos de prova das hipóteses e especulações eruditamente formuladas nas visitas médicas e na reflexão partilhada com os oráculos nos tempos de pausa da clínica. Também não abundavam argumentos eficazes na cura, ou na limitação do sofrimento. E neste capítulo, onde se verificaram progressos visíveis, na época da substituição de órgãos, da terapêutica genética, dos fármacos cuja eficácia foi comprovada pela evidência, da cirurgia micro-orientada, a falta de soluções persiste, impedindo a resolução favorável de uma grande percentagem de incidentes oncológicos, das patologias degenerativas precoces, de doenças heredo-familiares cujos efeitos se prolongam por toda a vida. Mas dessa época de doutrina agregada (conjunta) sobraram as marcas das figuras insígnias, as descobertas fantásticas de meados do século XX, o acervo bibliográfico de qualidade literária e artística virtuosa, a memória de debates profundos, elegantemente formulados e fundamentados mesmo se sobre subjectivismos e empirismos. Para a Medicina Interna perpetuaram-se o método clínico e a dimensão de atenção ao doente, dádiva de

si (Médico), de envolvimento e partilha do sofrimento, a temperança na relação, o rigor na conversa (anamnese) e na exploração orientada (exame físico) do corpo, a inteligência na síntese dos fenómenos detectados (diagnóstico), a consistência na decisão, a arte no desenho da terapêutica e a cautela na transmissão do presságio (prognóstico).

O progresso da ciência encarregou-se de enriquecer a Medicina impossibilitando a cada um o domínio de todas as aquisições que entraram em cena com velocidade impressionante. Inevitavelmente foram surgindo interesses mais definidos, profundos na exigência mas limitados na extensão. Assim surgiram as especialidades de sistemas e de órgãos que tão justificado sucesso têm colhido junto das populações e na comunidade Médica. Entraram na nossa rotina estudos complementares da clínica que confirmam com justeza as intuições e permitem investigar a intimidade das unidades estruturais mais elementares, na composição e no funcionamento.

Inevitavelmente criou-se o risco de valorizar a parte ignorando o todo. O aprofundamento do conhecimento da especialidade abriu caminho à fragmentação de saberes e práticas. As conquistas mais interessantes e úteis da ciência médica encerram em si uma ameaça fundamental: a da perda da curiosidade e do gosto pela pessoa. Valorizam-se ao extremo técnicas e intervenções e perde-se a perspectiva do seu objecto: o ser humano. O hiperespecialismo, entendido como a prática circunscrita e profunda de uma disciplina, de uma técnica, ou dos seus resíduos, constitui hoje a ameaça mais visível ao exercício clínico entendido como a Medi-

cina do indivíduo doente ou em risco de o ser. Gerada a tensão entre práticas difusas e práticas focais, há que encetar uma etapa regeneradora sublimada numa atitude humanista perante o sofrimento, de abordagem sistémica de qualquer condição clínica (o todo), de intrusão nos limites do organismo em busca da intimidade mal funcionante (Um gene? Uma enzima?), de escrupulo na elaboração da síntese dos factos, de prudência e eficácia na adopção e aplicação de resoluções (partilhadas, como na diplomacia entre as partes) que equilibrem e curem. Louvem-se então os discípulos do enciclopedismo que, cultivando o conjunto, entendem dever ter gosto por uma parte definida da cultura médica. Em 1956 Augusto Vaz Serra enunciava o conceito antropocêntrico (“os órgãos servem para o indivíduo”) como o lema da Medicina Interna, e ao mesmo tempo que alertava para os perigos da sua subalternização não hesitava em reconhecer as virtudes da “competência especializada”.

A tensão entre estas duas atitudes epistemológicas chegou aos nossos dias sem que se tivesse achado uma solução harmonizadora e pacificadora.

Entre nós, e com a publicação no Verão de 2004 do diploma de remodelação das carreiras médicas (203/04), a situação conheceu um agravamento cujas consequências serão visíveis dentro de um quinquénio, quando terminarem as especialidades os jovens médicos que escolheram o seu destino profissional no momento da saída da escola médica, desprovidos de qualquer experiência clínica que anteriormente lhes foi conferida ao longo dos anos, ainda que de forma insuficiente, pela frequência de enfermarias, consultas e urgências ao longo do Inter-

nato Geral. Esta etapa fundamental foi ferida de morte por aquele diploma, que reduziu em 33% o tempo de tirocínio nos serviços de Medicina Interna, e conhecerá o seu ocaso no início de 2007. Não tendo sido possível aplicar os questionáveis princípios de Bolonha à pré-licenciatura, os doutrinadores do ensino médico, muitos dos quais teóricos há longos anos afastados da clínica, entenderam liquidar uma fase muito sensível da formação dos clínicos do futuro onde lhes eram fornecidos os instrumentos necessários à escolha de uma carreira para a vida. O Conselho Directivo do Colégio de Medicina Interna, e os seus membros na qualidade de internistas em actividade plena, manifestaram publicamente, na ocasião, o seu profundo desacordo em relação a tão gravosa mudança (23/11/2003, www.nortemedico.pt e Tempo Medicina).

Depois de uma época de enorme crescimento e relevância das diversas especialidades, e confrontadas com o pré-colapso da assistência de proximidade a muitas comunidades, as autoridades de saúde norte-americanas entenderam seguir o caminho do reforço demográfico de especialidades consideradas “gene-

ralistas” e basilares - Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Pediatria Médica e Ginecologia e Obstetrícia. Criaram-se postos de trabalho e melhoraram-se contratos. O cenário parece hoje mais favorável que há anos atrás. Entre nós, entende o Conselho Directivo que a formação comum de especialidades afins e complementares encerra vantagens pedagógicas e será o factor fundamental da formação de médicos competentes e úteis à maioria dos doentes. Simultaneamente, permitirá que os especialistas de órgão ou sistema disponham de uma memória da clínica eclética, característica da personalidade médica de pirâmide de base larga, por oposição ao modelo piramidal invertido, instável e restrito. Por isso, também foi apresentado pelo Conselho Directivo ao Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos um documento onde estão inseridas os princípios e as práticas de uma fase de formação comum das especialidades médicas.

Ao contrário de muitos apóstolos da desgraça, o grupo de Médicos que têm servido na liderança do Colégio está seguro de que a Medicina



João Sá

Presidente do Conselho Directivo – Colégio da Especialidade de Medicina Interna – Ordem dos Médicos

Interna não está decadente nem se extinguirá. Considere-se, para além da função clínica nuclear, a crescente intensidade de tarefas de consultoria intra-hospitalar, da gestão do processo assistencial no internamento e no ambulatório, na urgência e emergência, nos cuidados aos doentes críticos, na Medicina do fim de vida, na clínica das dependências, nas diversas prevenções de estados mórbidos, na epidemiologia, na bioestatística, na informática e na decisão, só para citar algumas áreas que complementam a rotina quotidiana ao lado dos doentes essencialmente não-cirúrgicos.

Internistas existimos e seremos.

O Colégio da Especialidade de Medicina Interna nos anos de 2000 a 2005

Em Setembro de 2000 iniciou funções uma nova equipa directiva do Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos.

A equipa, presidida por João Sá (SRS), integrava os seguintes médicos: António Oliveira e Silva (SRN); João Araújo Correia (SRN, Coordenador Regional); Maria Glória Alves (SRN); José Ávila Costa (SRC); Arnaldo Borges de Sá (SRC, Coordenador Regional); José Dinis Vieira (SRC); António Fernandes Ferreira (SRS); Eduardo Gomes da Silva (SRS) e Faustino Ferreira (SRS), representante na UEMS). Na sequência do acto eleitoral de 2003 o elenco foi levemente modificado. Francisco Parente dos Santos (SRC) e Isabel Albuquerque Fonseca (SRC) substituíram Ávila Costa e Dinis Vieira, que entenderam dar por terminadas as suas funções.

Ao aproximar-se o fim de 2005 cumpre salientar que foram lançadas e efectivadas acções a que está obrigado o Conselho Directivo, no cumprimento dos objectivos e missão do Colégio de Especialidade, e das competências da sua liderança expressos em articulado diverso do Regimento, particularmente no do artigo 13º.

Desde Setembro de 2000 o Conselho Directivo teve 25 reuniões formais, para estudo e decisão sobre temas diversos, que adiante serão sintetizados. Realizaram-se outros encontros parcelares, aproveitando presenças em eventos científicos. O correio electrónico tem constituído um instrumento fundamental para o debate e solução rápida de questões urgentes. Desde Maio de 2001, e coincidindo com os Congressos Nacionais de Medicina Interna, efectuaram-se Assembleias Gerais para apresentação de relatórios anuais de actividade e discussão e votação de questões fundamentais, como foram a revisão do Regimento do Colégio e do Programa de Formação do Internato Complementar.

Num Colégio de uma especialidade tão basilar, e que em peso demográfico é a segunda, não pode deixar de ser referido como ponto negativo, a fraca participação dos colegas (habitualmente de 7 a 10% dos inscritos), uma prova de desinteresse injustificado e de falta de hábito na participação em *fora* onde são decididas questões de impacto sensível e de importância crucial.

A reforma do Regimento do Colégio foi uma das actividades prioritárias a partir de 2001. Esgotado que foi um período de discussão aberta a todos os membros, o Conselho Directivo procedeu à modernização de um documento em vigor há duas décadas. A nova redacção, que se apresenta nesta edição da *Revista da Ordem dos Médicos*, foi aprovada pela Assembleia-Geral de Vilamoura (Maio 2002). Foi

ratificada pelo Conselho Nacional Executivo em Fevereiro de 2003. O Programa de Formação do Internato Complementar tinha sido profundamente revisto por um dos anteriores Conselhos. É o documento ainda em vigor (Portaria 337/97, Ministério da Saúde, 17/05), apesar de já estar sancionada pelo Conselho Nacional Executivo (Outubro 2004) a revisão efectuada nesta década. O processo, caracterizado por alguma morosidade, foi encetado em Fevereiro 2002. Neste passo, cumpre saudar a participação activa de colegas cujas propostas enriqueceram a forma e a substância de um documento técnico-normativo tão essencial. Foram necessárias duas Assembleias-gerais, assinaladas por animadas discussões, para que o texto fosse aprovado (Funchal, 2003, Vilamoura 2004). As questões mais controversas estavam sedeadas nos capítulos dos estágios parcelares, no planeamento dos tempos dos tirocínios obrigatórios e facultativos. Este texto, que ainda não conheceu publicação no *Diário da República*, está formulado de forma a compatibilizar-se o novo figurino das Carreiras Médicas.

E no que respeita à remodelação das Carreiras, materializada no Decreto-Lei n.º 203/2004, o Conselho Directivo produziu um conjunto de apreciações críticas (26 quesitos), que enviou ao C.N.E. durante o período de discussão pública do projecto (23/11/2003, www.nortemedico.pt). Salientaram-se a condenação do fim do Internato Geral (“Ano Comum”) em 2007, a sugestão do lançamento de um período de formação comum (2 anos) para todas as especialidades de essência médica, a inclusão da “Medicina Comunitária” no ramo da Medicina (uma nova estratégia, porventura revolucionária, de conexão entre a Medicina Geral e Familiar, e a Medicina Interna e demais especialidades de tronco não cirúrgico, cuja implementação se torna cada vez mais prioritária), a preocupação de assegurar a igualdade de condições no acesso aos internatos complementares pelos internos de diversos cursos nos anos de transição (2005-2006), sugerindo um período de adaptação de dois anos. Mas a leitura do diploma acima citado permitiu que se concluísse com mágoa que nenhuma das sugestões formuladas tiveram acolhimento. E mais não tem restado ao Conselho Directivo que manifestar continuamente o seu desacordo pela actual estrutura das Carreiras Médicas e propor uma revisão urgente do diploma que evite as consequências de uma formação de especialistas muito deficiente no seu desenho, no conteúdo e na qualidade.

A formação pós-graduada, na etapa do internato complementar, assumiu uma importância relevante na actividade

do Conselho Directivo. Havendo o conhecimento, ou a sugestão, de que alguns serviços não reuniam os requisitos mínimos para que o ensino médico dispusesse de critérios de qualidade minimamente aceitáveis, o Conselho Directivo decidiu intervir. Foi elaborada uma nova Folha de Caracterização dos Serviços para Atribuição de Idoneidades Formativas, integrando *itens* relacionados com equipas médicas, actividades dos serviços e índices de produção assistencial, lectiva e científica.

As respostas aos inquéritos, de autoria dos senhores directores de serviço, permitiram construir uma base de dados que foi sendo actualizada entre os anos de 2001 e 2004. No ano 2005, por decisão superior e por se tratar de período de transitoriedade, este inquérito, uma importante fonte de informação, não foi efectuado. Os elementos obtidos permitiram que o Conselho Directivo elaborasse um trabalho, apresentado na Assembleia-geral de Braga (2005) e publicado nesta edição (“Contributo para o Conhecimento dos Serviços de Medicina Interna em Portugal”). De resto, os resultados justificaram que elementos do Conselho Directivo, integrados em Comissões de Avaliação de Idoneidades Formativas, fizessem 29 visitas a serviços e departamentos em todo o país, tendo elaborado relatórios de avaliação que, na maioria das situações, fundamentaram intervenções com impacto positivo. De igual modo, as deslocações a ambientes diversos permitiram conhecer com pormenor o trabalho dos serviços de Medicina Interna em diferentes áreas do país.

As questões relacionadas com urgências hospitalares estiveram sempre presentes nas reuniões do Conselho Directivo, e constituíram matéria de muitos pedidos de parecer e de assistência por parte de internistas de diversas instituições (15 exposições). Numa ocasião representantes do Colégio visitaram um serviço de urgência de uma instituição hospitalar da Zona Sul, para se inteirarem *in loco* das diversas disfuncionalidades. Aliás, os serviços de urgência das diversas estruturas hospitalares foram visitados no âmbito do trabalho das Comissões de Avaliação das Idoneidades Formativas. De facto, os internistas ocupam uma fracção significativa do seu tempo semanal de actividade guarnecendo as urgências externas. Este tema tem constituído uma preocupação permanente e, na sequência de situações de pré-rotura assistencial, verificadas no Inverno de 2004-2005, o Exmo. Sr. Bastonário, Dr. Pedro Nunes, solicitou ao Conselho Directivo uma análise crítica e um conjunto de sugestões regeneradoras e modernizadoras, que se apresentam publicamente neste número da Revista (“A Medicina Interna e os Serviços de Urgência Hospitalares, Setembro 2005”).

Foram recebidas, analisadas e respondidas 25 exposições elaboradas por doentes e seus familiares. Trata-se de pedidos, veiculados pelo CNE, de avaliação da existência eventual de má prática ou negligência médica. Em 4 situações a insuficiência de dados não permitiu a obtenção de conclusões. Dos restantes, em 60% foi dada razão aos reclaman-

tes, uma prova de isenção e de independência dos elementos do Conselho Directivo.

Nos últimos anos, particularmente desde 2003, os conselhos disciplinares regionais têm enviado ao Colégio processos para análise e parecer. Foram avaliados 18 processos e esta actividade conheceu uma frequência crescente nos últimos dois anos. De natureza diversa, as situações de litígio prendem-se com actos médicos nas urgências externas. De notar que têm sido produzidos pareceres sobre a actuação de médicos doutras especialidades. Foi proposta a nomeação de seis peritos médicos a pedido de tribunais cíveis e criminais. Foram acolhidas e estudadas 42 exposições de médicos, individuais e colectivas, versando, entre outras, as eternas questões da urgência externa, as condições de trabalho nos serviços, as dúvidas sobre obrigações profissionais, o reconhecimento de áreas de excelência no desempenho, e os problemas de estágios dos internos. Com agrado se constata que, ao fim de cinco anos, só foram detectadas duas situações de conflito inter-pares.

O Conselho Directivo nomeou dois elencos destinados ao Júri Nacional para a Avaliação de Equivalências (Art.º 92 do Estatuto da Ordem). O primeiro foi presidido pelo Dr. António Oliveira Soares (SRS) e integrava ainda os Drs. Jorge Berkeley Cotter (SRN) e Francisco Parente dos Santos (2002-2003). O segundo, em funções no triénio 2003-2006 é orientado pelo Prof. Doutor Carlos Alberto Ferreira (SRS), assistido pelos Drs. Francisco Parente dos Santos (SRC) e Manuel Costa Carvalho Dias (SRN).

No que respeita à Prova de Admissão ao Título de Especialista de Medicina Interna da Ordem dos Médicos, foram nomeados dois Júris.

De acordo com a lei, e em duas épocas anuais, o Conselho Directivo nomeou representantes da Ordem para Júris das Provas de Avaliação Final do Internato Complementar. No

actual triénio o trabalho de selecção de jurados recaiu sobre os representantes da S.R.N. em 2004, da S.R.C. em 2005 e da S.R.S. em 2006. No primeiro triénio foram nomeados 504 médicos (entre efectivos e suplentes) para enquadrarem 126 júris. Nos anos 2004 e 2005 seleccionaram-se 252 colegas para integrarem 74 júris. Esta actividade, tão desinteressante quanto necessária, decorre de um processo de avaliação de internos que o Conselho Directivo considera caduco, injusto e ineficiente. Cite-se o exemplo frequente dos hospitais que necessitam do trabalho de tantos júris quantos os serviços existentes, se apresentarem candidatos nas épocas oficiais. Deve ser referido o pedido cada vez mais significativo de pedidos de escusa em actos de avaliação.

Aproveitando a etapa de discussão pública de uma proposta de Regulamento do Internato Médico, apresentada pelo Ministério da Saúde à Ordem dos Médicos, o Conselho Directivo participou activamente numa Reunião Geral de Colégios, e no envio de uma série de sugestões e propostas, apresentadas na Assembleia-geral de Maio (Braga). Entre elas há que sublinhar a efectivação de uma prova anual de discussão de um relatório de actividade do interno e de julgamento de situações, sob a forma de provas clínicas ou “de caras”. Relativamente à Prova de Avaliação Final do Internato Complementar, ficou entendido que os júris deveriam ter carácter regional, a sua presidência não integraria directores de serviço de onde fossem provenientes candidatos, e que a prova fosse constituída por uma Discussão Curricular (incidindo sobre trabalhos apresentados), uma Prova Clínica com dois doentes (*viva-voce*) e uma Prova de Avaliação Sumária (seis situações, *viva-voce*). Sem que se tenha verificado unanimidade entre os membros do Conselho Directivo, ficou opinada a não inclusão de tutores nos júris. Entendeu-se ainda necessária a emissão de normas orientadoras para a elaboração de *curricula* e de classificações parcelares no fim de cada estágio, de forma a evitar as incompreensíveis heterogeneidades nas *praxis* e na pontuação de provas. Do mesmo modo, os serviços responsáveis pela formação de candidatos detentores de classificações inferiores a 10 valores na Prova de Avaliação Final, deveriam ser sujeitos a um processo de escrutínio e revisão das idoneidades formativas. O Conselho Directivo enviou ao Sr. Bastonário um conjunto de alterações ao Projecto de Regulamento de Internato Ministério da Saúde. Nesta data desconhece-se se as propostas foram plasmadas no documento final cuja publicação se aguarda.

A análise de pedido de patrocínio pela Ordem dos Médicos a eventos científicos e formativos foi outra das preocupações do Conselho Directivo. Até meados do ano 2004 foram emitidos 22 pareceres. Desde então, e tendo sido nomeado uma nova equipa para o Conselho Nacional da Avaliação da Formação, presidida pelo Prof. Doutor Poiars Batista, e de que faz também parte o Dr. Eduardo Gomes da Silva, esta actividade praticamente cessou. O Conselho

enviou algumas sugestões para a grelha de avaliação de eventos a pedido daquele Conselho Nacional.

O Conselho Directivo acolheu as solicitações da Direcção da Acta Médica Portuguesa para o trabalho complexo de revisão (*peer review*) de trabalhos candidatos a publicação. Foram avaliados 45 trabalhos. Aqui fica expresso o agradecimento aos peritos envolvidos pela qualidade das apreciações e pelo esforço no cumprimento de prazos.

O facto de tardar a finalização do Censo da Ordem dos Médicos, e a verificação que as listagens disponíveis de internistas não tinham sofrido actualizações, motivaram o Conselho Directivo a realizar o seu próprio censo, o que foi efectuado com a colaboração dos directores de serviço. Com base nas listagens de médicos obtidas, foi possível construir uma base de dados que inclui os dados de identificação, de situação hospitalar e dos contactos de especialistas e internos. Da existência deste instrumento foi dado conhecimento ao Conselho Nacional Executivo. Será imprescindível uma actualização dos registos no primeiro semestre de 2006.

Para que o conhecimento da estrutura e da dinâmica dos serviços possa ser aprofundado, o Conselho Directivo solicitou aos responsáveis dos serviços e departamentos o envio de uma cópia dos relatórios de actividade relativos ao ano 2004. Esta iniciativa saldou-se por um fracasso pois só puderam ser analisados nove relatórios (um pouco menos de 10%) do universo actual.

Entre outras, devem ainda relevar-se as seguintes actividades:

- Participação no processo de revisão do Código de Nomenclatura dos Actos Médicos que interessam à Especialidade,
- Pareceres sobre competências para a execução e relato de exames complementares,
- Pareceres sobre exercício clínico em diversas áreas (Oncologia, Doenças Auto-Imunes, Infecciologia, Hepatologia, Diabetologia),
- Organização e participação na reunião da Secção de Medicina da U.E.M.S. em Lisboa, um trabalho notável do Dr. Faustino Ferreira (Outubro 2001),
- Admissões ao Colégios de Médicos estrangeiros ao abrigo da legislação comunitária (22).

O autor destas linhas não pode deixar de sublinhar o gosto que fruiu na actividade desenvolvida ao serviço da comunidade nacional de internistas, e pelo privilégio de ter partilhado com os seus pares, personalidades Médicas de tantos e tão elevados méritos pessoais e profissionais, os momentos de dificuldade, e os da certeza e da realização.

Lisboa, 8 de Dezembro 2005

Pelo Conselho Directivo
do Colégio da Especialidade de Medicina Interna da
Ordem dos Médicos
João Sá

Contributo para o conhecimento da actividade dos Serviços De Medicina Interna em Portugal – Inquéritos de avaliação das idoneidades formativas

Conselho Directivo do Colégio da Especialidade de Medicina Interna¹

Introdução

A divulgação da missão e da importância da Medicina Interna em Portugal tem tomado corpo nos últimos anos, particularmente pela actividade intensa e dinamismo criativo da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI). No entanto, ainda é escasso o conhecimento actual acerca da realidade dos serviços de Medicina Interna numa perspectiva nacional, e as poucas referências existentes têm sido efectuadas isoladamente pelos serviços. São necessárias iniciativas que contribuam para divulgar esse conhecimento, muito vincadamente no que respeita à estrutura e aos processos, o que se justifica pela constatação da existência de realidades diversas, condicionantes de heterogeneidades na organização e utilização dos serviços, contrariamente ao que sucede com a maioria das outras especialidades hospitalares.

O Conselho Directivo do Colégio da Especialidade de Medicina Interna recolhe e analisa, anualmente, os inquéritos enviados aos serviços de Medicina Interna, candidatos à obtenção de idoneidade formativa, pelo Conselho Nacional do Internato Médico. Os dados obtidos representam uma amostra importante, mas não a realidade nacional na sua totalidade, representando porventura as unidades inseridas em hospitais mais diferenciados.

Decidiu o Conselho Directivo do Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos expor alguns dos dados obtidos nos referidos inquéritos, com a convicção de contribuir para uma reflexão sobre os caminhos da Medicina Interna portuguesa.

Material e Métodos

Foram analisados os inquéritos de avaliação referentes ao ano de 2003, enviados pelos directores dos serviços de Medicina Interna candidatos à obtenção da idoneidade formativa. Obtiveram-se 76 respostas de um universo possível de 84. São apresentados no quadro I os serviços estudados. Destes, 24 estavam incluídos em instituições classificadas como hospitais centrais.

Os dados obtidos foram transcritos para uma tabela de cálculo (*Microsoft® Office Excell 2003*), tendo sido verificada a correcção da transcrição por dois observadores independentes.

Os resultados são apresentados em tabelas de frequência, sendo calculados para as variáveis quantitativas a média, mediana, moda e desvio-padrão. Os cálculos foram efectuados com base nos utilitários estatísticos disponíveis no programa supra-citado. Em cada parâmetro foram considerados para cálculo apenas os inquéritos com resposta confirmada nesse item.

Comparam-se ainda os valores de alguns dos parâmetros com os obtidos através de inquéritos idênticos em anos anteriores (2001 e 2002).

Os dados obtidos são apresentados sem confrontação com outras fontes, nomeadamente a estatística oficial do movimento assistencial dos hospitais ou a dos recursos humanos. QI

Quadro I – Serviços de Medicina Interna com resposta ao inquérito de idoneidade formativa. (2003).

Hospital / Serviços

Hospitais da Universidade de Coimbra – (Medicina I, Medicina II, Medicina III)

Centro Hospitalar de Coimbra

Amato Lusitano – Castelo Branco

Figueira Foz

S. Sebastião – Feira

S. Miguel – Oliveira Azeméis

Sousa Martins – Guarda

Santo André – Leiria (Medicina I, Medicina II)

São Teotónio – Viseu (Medicina I, Medicina II)

Infante D. Pedro – Aveiro (Medicina I, Medicina II)

Centro Hospitalar Cova da Beira

Santo António (Medicina I, Medicina II)

São João (Medicina A, Medicina B)

Centro Hospitalar V.N. Gaia

Santa Maria Maior – Barcelos

São Marcos – Braga (Departamento)

Senhora Oliveira – Guimarães

Pedro Hispano – Matosinhos

Conde Bertandos – Ponte de Lima

S. João Deus – Famalicão

Centro Hospitalar Póvoa Varzim/ Vila Conde

Padre Américo – Vale do Sousa

S. Pedro Gonçalves Telmo – Peniche

Sta. Luzia – C.H. Alto Minho (Medicina I, Medicina II)

Bragança

São Gonçalo – Amarante

Barlavento Algarvio

Espírito Santo - Évora (Medicina I, Medicina II)

José Maria Grande – Portalegre

Rainha Santa Isabel – Torres Novas
Torres Vedras
Santarém (Departamento)
Abrantes
Faro (Medicina I, Medicina II)
São Bernardo – Setúbal (Departamento)
Desterro
Capuchos (Medicina I, Medicina II, Medicina III)
Santa. Marta (Medicina I, Medicina II, Medicina III)
Santa. Cruz
São José
São Francisco Xavier
Reinaldo Santos – Vila Franca de Xira
Pulido Valente (Medicina II, Medicina III)
N. Sra. Rosário – Barreiro
N. Sra. Graça – Tomar
José Joaquim Fernandes (Medicina I, Medicina II) - Beja
Garcia de Orta – Almada
Fernando Fonseca (Medicina I, Medicina II)
Egas Moniz (Medicina I e II)
Marmeleiros - Funchal (Medicina I, Medicina II, Medicina III)
Caldas da Rainha
Curry Cabral (Medicina I, Medicina II)
C.H. Cascais
Sta. Luzia – Elvas
Divino Espírito Santo – Ponta Delgada

Resultados

I. Recursos Humanos

No período avaliado, ano 2003, foram considerados como estando em actividade 957 especialistas e 436 internos do Internato Complementar de Medicina Interna. Pertencentes a outras especialidades, mas em fase de formação, contavam-se 176 internos e ainda 9 outros internos de Medicina Interna.

Os indicadores respeitantes aos graus da Carreira Médica Hospitalar (C.M.H.) são apresentados no quadro 2, e aos internos no quadro 3.

	Total	Indicadores por Serviço		
		Média ± DP (mín. - máx.)	Mediana	Moda
Chefe de Serviço	163	2,1 ± 1,3 (0 – 7)	2	2
Assistente Hospitalar Graduado	362	4,8 ± 3,1 (0 – 13)	4	2
Assistente Hospitalar	351	4,6 ± 2,8 (0 – 12)	4	4
Assistente Hospitalar Eventual	81	1,1 ± 1,2 (0 – 5)	1	1

Quadro 2 – Indicadores recursos humanos – Carreira Médica Hospitalar (2003).

	Total	Indicadores por Serviço		
		Média ± DP (mín. - máx.)	Mediana	Moda
Internos de Medicina Interna	436	5,7 ± 3,4 (0 – 17)	5,5	6
Outros de Medicina Interna*	9	0,1 ± 0,5 (0 – 2)	0	0
Internos de Outras Especialidades	176	2,3 ± 2,5 (0 – 11)	2	2

* Estagiários sem frequência do Internato Complementar de Medicina Interna português, a maioria proveniente de países de língua oficial portuguesa.

Quadro 3 – Indicadores recursos humanos – Internos do Internato Complementar (2003).

A comparação com os valores obtidos nos inquéritos anteriores, respeitantes a 2001 e 2002, é apresentada no gráfico 1 (totais) e gráfico 2 (valores médios por serviço). O aspecto mais marcante é o aumento do número de internos do Internato Complementar quer em valores totais quer na média por serviço, mantendo-se os indicadores da CMH estáveis, apesar de uma ligeira redução do número de assistentes eventuais.G2

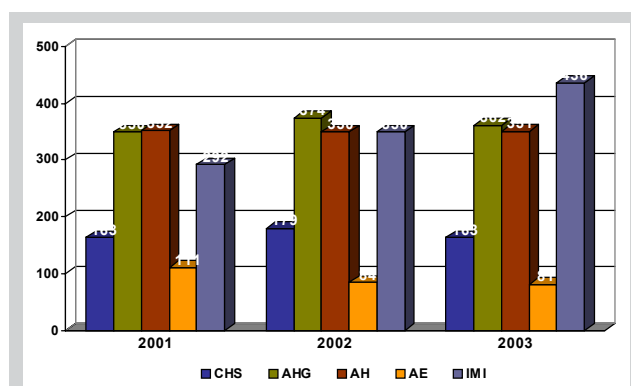


Gráfico 1 - Indicadores recursos humanos – Comparação de valores totais (CHS – Chefe Serviço; AHG – Assistente Hospitalar Graduado; AH – Assistente Hospitalar; AE – Assistente Eventual; IMI – Interno Medicina Interna).

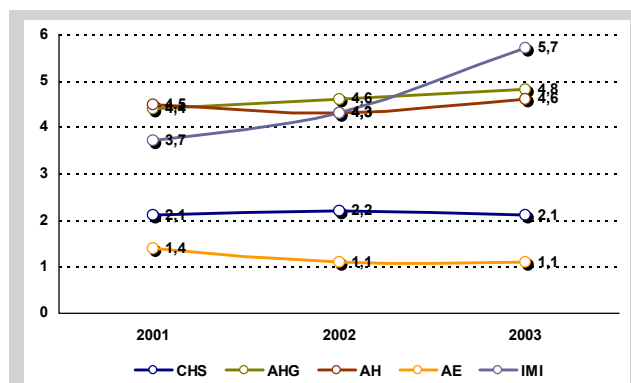


Gráfico 2 - Indicadores recursos humanos – Comparação de média por Serviço (CHS – Chefe Serviço; AHG – Assistente Hospitalar Graduado; AH – Assistente Hospitalar; AE – Assistente Eventual; IMI – Interno Medicina Interna).

O ratio especialista / interno obtido apresenta uma diminuição progressiva de 2001 para 2003.Q4

	2001	2002	2003
Especialista / Interno Medicina Interna	3,3	2,8	2,2

Quadro 4 – Indicadores recursos humanos – Ratio especialista/ interno Medicina Interna.

Este ratio variou entre os vários Serviços que enviaram respostas de 2003. Nos 70 que indicaram possuir internos do

Internato Complementar de Medicina Interna 27 (38,6%) tinham um valor igual ou inferior a 2,0.

2. Condições de Apoio à Formação

No quadro 5 apresenta-se o apuramento dos instrumentos de apoio à formação existentes nas várias áreas, verificando-se a sua presença quase absoluta na maioria dos Serviços. Q5

	Presente	Ausente	NR
Arquivo Clínico*	76	0	0
Arquivo Informatizado	56	18	2
Biblioteca Hospital	71	3	2
Biblioteca Serviço	62	13	1
Base de Dados	71	2	3
Acesso Internet	71	3	2
Visita Clínica	73	2	1
Sessões Clínicas	75	0	1

* Arquivo hospitalar e/ou serviço; NR – Não respondeu

Quadro 5 – Condições de apoio nos serviços.

3. Actividade Científica

No quadro 6 resume-se a intensidade da produção científica dos serviços nos vários itens, e no quadro 7 os resultados dos vários indicadores. Deve destacar-se a actividade de pesquisa em 92% dos serviços que responderam, sendo predominante a modalidade de divulgação através de comunicações orais. Deve ser assinalada a não concretização de publicações em 35% dos serviços escrutinados. A participação em ensaios clínicos e estudos multicêntricos foi verificada em metade dos serviços com iniciativa neste capítulo.

	Presente	Ausente	NR
Trabalhos publicados	48	26	2
Comunicações orais	68	6	2
Investigação	44	9	23
Ensaio clínicos	37	14	25
Estudos multicêntricos	34	16	26

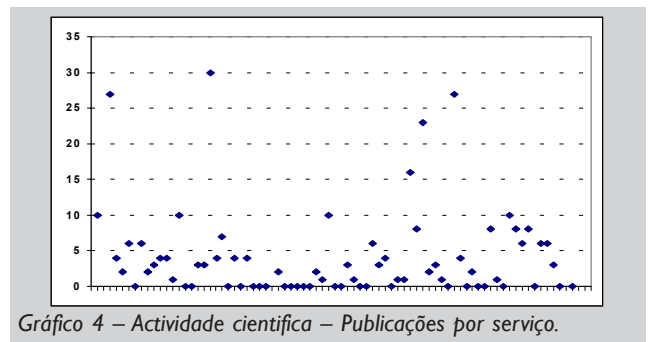
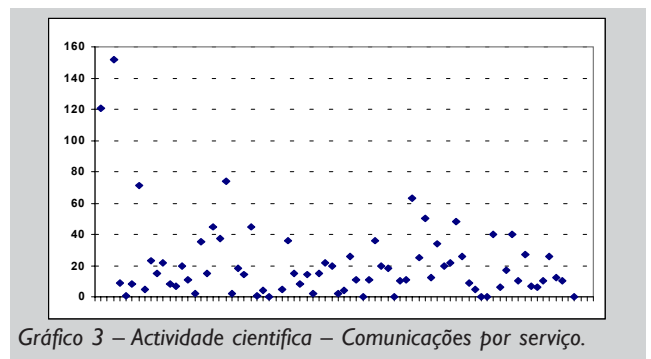
NR – Não respondeu

Quadro 6 – Actividade científica – Presença de actividade nos serviços por item.

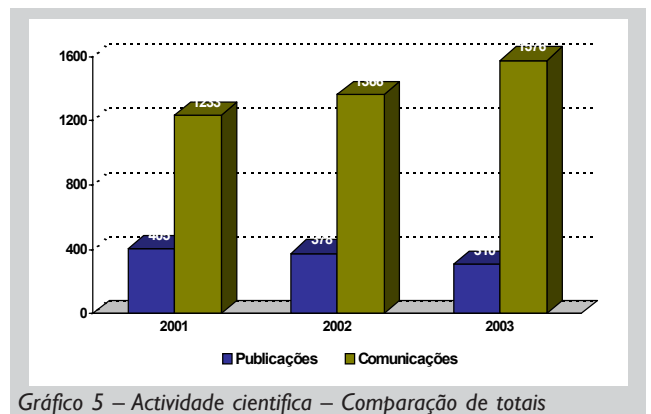
	Total	Indicadores por Serviço	
		Média ± DP (mín - máx.)	Mediana
Trabalhos Publicados	310	4,2 ± 6,4 (0 - 30)	2
Comunicações Orais	1576	21,3 ± 25,7 (0 - 152)	14

Quadro 7 – Actividade Científica – Indicadores de trabalhos publicados e comunicações.

Entre serviços a actividade científica produzida é muito desigual variando, por exemplo, nas comunicações, desde a simples ausência até à apresentação de 152 trabalhos. Nos gráficos 3 e 4 está expressa a dispersão do número de comunicações e publicações por serviço.



A comparação com valores obtidos em inquéritos anteriores, respeitantes a 2001 e 2002, é apresentada no gráfico 5 (totais de publicações e comunicações) e gráfico 6 (valores médios de publicações e comunicações por serviço). Constata-se um aumento consistente de trabalhos comunicados e uma diminuição simultânea dos publicados.



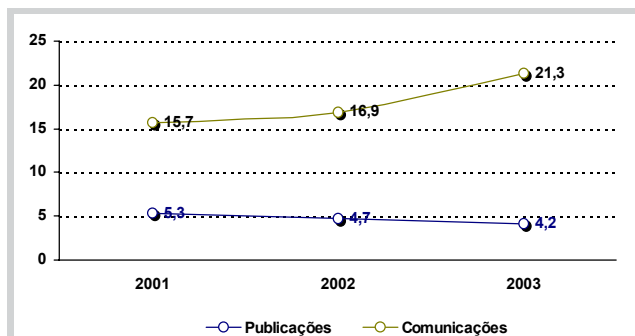


Gráfico 6 – Actividade científica – comparação de médias por Serviço

4. Actividade Assistencial

O inquérito incluía a recolha de informação sobre a actividade assistencial dos serviços, em alguns itens gerais. Os resultados são apresentados nos quadros seguintes e estão organizados respeitando os vários sectores de actividade (urgência, consulta, internamento).

4.1 - Urgência

No quadro 8 mencionam-se os serviços que dão apoio aos serviços de urgência dos respectivos hospitais, e aqueles que tem instituídas residências nos serviços (urgência interna). No primeiro caso a totalidade, e um valor perto dos 80% no segundo, colocam estas actividades como preponderantes na partição do trabalho nos serviços.

	Presente	Ausente	NR
Assistência Urgência	76	0	0
Residências	58	16	2

Quadro 8 – Actividade assistencial – Presença de actividade na urgência (incluindo interna)

4.2 - Consulta

No quadro 9 apresentam-se os totais de consultas efectuadas durante o ano de 2003 pelos serviços inquiridos, bem como o número de primeiras consultas. Estes dados são referentes a 75 serviços.

	Total	Indicadores por Serviço	
		Média ± DP (mín - máx.)	Mediana
Consultas	434452	5793 ± 2693 (938 – 12890)	5689
1ª Consultas	68834	950 ± 604 (0 – 4193)	845

Quadro 9 – Actividade assistencial – Indicadores de totais de consultas, e por serviço

Outros dados não incluídos no quadro, merecedores de análise, são a relação de 1 para 5,3 entre primeiras consultas e as subsequentes, o número de consultas por médico (315 incluindo internos do Internato Complementar de Medicina Interna, e 454 se se considerar uma distribuição exclusiva pelos especialistas dos 75 serviços que responderam neste item), a variação do número de consulta / médico entre os diversos serviços (entre 74 e 1056) e a dispersão da razão entre o número de consultas por especialista (de 121 a 1226). Estes resultados comprovam a presença de actividade relevante no seguimento de patologias crónicas, e uma variação significativa do peso deste sector entre os serviços analisados.

As consultas temáticas foram citadas na actividade de 59 serviços, e apenas 3 responderam não dispor este figurino de intervenção no ambulatório. Porém, 14 unidades não forneceram qualquer resposta.

As consultas temáticas predominantes (confirmadas em mais de 10 serviços foram): *Diabetes mellitus* (33), *Hipertensão Arterial* (33), *Oncologia Médica* (16), *Hepatologia* (15), *Imunodeficiência / Infecçologia* (12), *Doenças Auto-Imunes* (14) e com taxonomia diversa na área vascular (*Doenças Cérebro-Vasculares*, *Risco Vascular*, *Aterosclerose*; *Lípidos*, *Hipocoagulação*). Outras áreas referenciadas foram a *Alcoologia*, a *Alergologia* e as *Doenças Respiratórias*.

4.3 - Internamento

Os indicadores de internamento dos serviços que responderam ao inquérito são apresentados no quadro 10, e incluem a lotação, número de episódios de internamento, demora média, taxa de ocupação e mortalidade. Devem destacar-se o peso dos meios (lotação) e da produção envolvidos, as taxas de ocupação elevadas e a mortalidade importante.

	Total	Indicadores por Serviço	
		Média ± DP (mín - máx.)	Mediana
Nº Camas	3908	52 ± 21 (21 – 119)	50
Nº Internamentos	143345	1911 ± 996 (378 – 5884)	1747
Demora média (dias)	-	9,6 ± 1,5 (6,9 – 13,4)	9,3
Taxa Ocupação (%)	-	93,2 ± 13,1 (63,7 – 147,6)	93,3
Mortalidade (%)*	-	10,6 ± 2,9 (3,9 – 17,7)	11

Nota: As médias nos últimos três itens são a média dos valores de cada serviço, e não a média global dos episódios

* 27 Serviços não forneceram valores de mortalidade

Quadro 10 – Actividade assistencial – Indicadores de totais de internamento, e por serviço

No que se refere ao apuramento da taxa média de ocupação dos serviços de Medicina Interna, dos 75 que forneceram dados 46 (61,3%) tinham um valor superior a 90% e 12 (16%) ultrapassavam os 100%.

Comentários

Os resultados obtidos pela análise dos inquéritos apresentam algumas limitações, sendo de destacar o facto de envolverem apenas um grupo de serviços, idóneos ou candidatos à obtenção de capacidades para a formação no Internato Complementar. Não fica avaliada a importância da Medicina Interna em serviços que não assumindo como objectivo a formação de internos, contribuem significativamente, em volume e qualidade, para a missão assistencial das instituições em que se inserem. Outra limitação decorre do facto de não ter sido efectuada a validação das respostas por confronto com outras fontes, nomeadamente os relatórios do movimento assistencial das instituições ou listagens discriminadas da actividade científica averbada.

Apesar das limitações mencionadas, a amostra envolvida é representativa e os resultados deverão ser confirmados e explorados, merecendo desde já alguns comentários.

O impacto da especialidade de Medicina Interna no universo dos hospitais é bem traduzido pelos recursos humanos envolvidos: 957 especialistas e um total de 1578 médicos (apesar da inclusão um número que não representa a totalidade dos serviços 76 de 92). A aparente estabilidade demográfica de especialistas dos quadros hospitalares (chefe de serviço, assistente hospitalar graduado e assistente hospitalar) mantém-se ao longo dos últimos anos, embora nos pareça uma situação a monitorizar tendo em conta o impacto da entrada em cena de novas formas de gestão (os hospitais EPE).

O aumento sensível do número de internos de Medicina Interna criará condições para a renovação e manutenção dos recursos, embora sejam necessárias mais e melhores condições formativas. A relação especialista / interno aponta no sentido de um incremento das tarefas de formação envolvendo cada vez mais internistas, situação que exige progresso na aquisição de capacidade pedagógica e de alocação de tempos dedicados ao ensino pós-graduado e às actividades de ensino médico em continuidade. As estruturas dirigentes (Conselho Directivo do Colégio e Direcção da Sociedade) serão obrigadas a assumir novas responsabilidades no desenvolvimento de programas de formação e na elaboração de directrizes de avaliação.

Quase todos os serviços envolvidos apresentam potencialidades no apoio ao ensino, incluindo registos clínicos organizados (arquivos, bases de dados), acesso à informação científica (bibliotecas, acesso Internet), discussão clínica (reuniões, visitas). Tais funcionalidades constituem uma base sólida para o estabelecimento de melhores condições de formação nos serviços, estimulando-se paralelamente a procura desta Especialidade pelos jovens médicos.

A maioria dos serviços apresenta actividade científica

divulgada (> 90%), embora sem informação acerca do tipo de trabalhos efectuados, do padrão de apresentações e dos critérios de escolha dos instrumentos de publicação. Os valores apresentados pelos serviços são muito heterogéneos. Por exemplo, o número de comunicações varia entre 0 e 152. Um valor mediano de 2 a 4 para as publicações e de 14 a 21 para as comunicações caracteriza a actividade de um serviço de Medicina Interna não universitário. A comparação com os anos precedentes revelou um aumento significativo das apresentações de formato comunicação e poster, em simultâneo com a redução do esforço de publicação, o que pode indiciar maior actividade induzida por congressos e reuniões. Ainda neste contexto é importante referir que 35% dos serviços não efectuaram qualquer publicação durante o ano, o que aponta para a necessidade de estímulo ao desenvolvimento de trabalhos com condições para divulgação em suporte de papel ou electrónico, nomeadamente os estudos originais. Para confirmar estes dados, que dispõem de algum significado, haveria necessidade de utilizar inquéritos mais específicos, diferenciando o formato de publicação (artigo, monografia, *abstract*), de comunicação (*poster*, mesa redonda, conferência, comunicação livre), de inserção (tipo de revista, tipo de reunião) e caracterização (caso clínico, revisão, original,...). A participação em ensaios clínicos e estudos multicêntricos parece ser menos frequente e quase exclusiva de alguns serviços, inseridos em instituições mais diferenciadas.

A caracterização da actividade assistencial pela via de inquérito pode apresentar limitações, mas permite colher uma visão sobre a produção dos serviços nas áreas clássicas (urgência, internamento, consulta). A informação sobre o labor em hospitais de dia e a realização de estudos complementares de diagnóstico e terapêutica, a consultoria intra e extra-hospitalar poderiam melhorar o conhecimento o desempenho dos serviços e deverá ser contemplada em futuras consultas.

Todos os serviços têm uma componente de participação na urgência e a implementação de residências é hoje uma realidade em muitos hospitais. O número médio de consultas por especialista e interno, aparentemente baixo, deve ser avaliado no contexto da actividade global de serviços com funções exigentes nas áreas da urgência e internamento, e a das unidades com um elevado número de médicos dedicados à formação, ensino e investigação, como é o caso dos hospitais universitários. As consultas temáticas são a prova do gosto pelo desenvolvimento de algumas áreas de diferenciação dos internistas, cobrindo zonas com carência doutras especialidades. O número de leitos e de internamentos apresentado aponta para o peso da Medicina Interna no sector hospitalar em resposta às necessidades permanentes das comunidades, mas em cenário de visível falta de recursos humanos e em rotura (ou pré-

-rotura), como demonstra a taxa média de ocupação na maioria dos serviços. Também a taxa de mortalidade apurada traduz a gravidade e o tipo de doentes seguidos pela Especialidade, a qual não estará dissociada do peso e risco conferidos pela faixa etária dos doentes tratados, outro parâmetro a incluir em futuras avaliações. Embora alguns serviços estejam englobados em departamentos, estes dados apontam para a definição de um serviço-tipo de 50 camas, com uma demora média entre 9 e 10 dias, uma taxa de mortalidade entre 9 e 11% e uma taxa de ocupação superior a 90%. Não obstante as limitações apontadas, os valores apurados fornecem material para uma discussão e a análise mais circunstanciadas e generalizadas. Seria conveniente a realização de trabalhos que envolvessem a totalidade dos serviços, confrontando e confirmando algumas hipóteses, estabelecendo regras mais rigorosas na

colheita de dados sobre a actividade clínica e a investigação, explorando outros factores determinantes do peso da Medicina Interna na instituição hospitalar (presença quantificada na urgência, funções dirigentes dos internistas, participação em comissões hospitalares, estudos por GDH, a título de exemplo).

O Conselho Directivo do Colégio de Medicina Interna da Ordem dos Médicos entende que estas e outras contribuições constituem instrumentos úteis para a divulgação dos objectivos, desenvolvimento dos processos e expansão da imagem da Medicina Interna enquanto disciplina fundamental e estruturante do conhecimento médico.

¹ João Sá (presidente), Francisco Parente (relator), Faustino Ferreira, Eduardo Gomes Silva, António Fernandes Ferreira, Arnaldo Sá, Isabel Fonseca, João Araújo Correia, António Oliveira Silva, Glória Alves.

Estágio Profissional no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Aceitam-se candidaturas para estágio profissional no Instituto Nacional de Saúde a ser co-financiado pelo IEFP e INSA.

Possíveis áreas de trabalho:

- Caracterização molecular de rearranjos cromossómicos associados a doenças
- Trombose e Hemostase

Requisitos dos candidatos:

- Devem possuir Licenciatura em Bioquímica, Química Aplicada, Biologia, Medicina Veterinária, Medicina ou afins.
- Os candidatos devem estar inscritos num Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Condições Gerais:

Este estágio, com a duração de 9 meses, será co-financiado por um Centro de Emprego e o INSA.

A atribuição do estágio está dependente do parecer das entidades financiadoras.

Posteriormente, os estagiários terão a possibilidade de transitar para bolsas associadas a projectos.

Candidaturas e prazo de recepção:

A escolha do estagiário será feita com base na média de curso e no interesse manifestado pelo estagiário.

As candidaturas, incluindo o *Curriculum vitae*, deverão ser enviadas pelo correio até 30 de Janeiro de 2006.

Após avaliação do CV, os candidatos serão seleccionados para entrevista (só os candidatos pré-seleccionados serão informados por email).

Local de trabalho:

Laboratório de Biologia Molecular; Centro de Genética Humana; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

As candidaturas deverão ser enviadas (por correio normal) para:

Doutor Dezso David,
Investigador Auxiliar,
Centro de Genética Humana
Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, 1649-016 Lisboa - Tel: 217519322
e-mail: dezso.david@insa.min-saude.pt

A Medicina Interna e os Serviços de Urgência Hospitalares

A crise permanente dos serviços de urgência hospitalar justifica que o **Conselho Directivo do Colégio de Medicina Interna**, representante de um dos grupos de Médicos mais penalizados neste cenário assistencial, tenha elaborado este documento com o qual se pretende conseguir a síntese entre a doutrina e a prática numa matéria de tão elevado melindre.

A - PROBLEMAS IDENTIFICADOS

1 - Desproporção entre a procura e os recursos disponíveis – na maior parte dos SU's dos hospitais portugueses não há possibilidade de resposta em tempo clinicamente aceitável;

2 - Heterogeneidade na formação dos médicos que exercem funções nos SU's – mescla de profissionais altamente qualificados e médicos sem qualquer espécie de formação (vide tarefeiros sem conexão às instituições, contratação de empresas de prestação de serviços sem exigências, sem controlo de qualidade);

3 - Ausência de um sistema em rede que permita articular os vários níveis de prestação de cuidados;

4 - Indefinição de carteira de serviços mínima e obrigatória;

5 - Transcendência social do SU – Uma parte da caracterização ou da definição da qualidade dos sistemas e unidades de saúde por parte da população passa pela percepção da qualidade dos SU's;

6 Recurso injustificado ao SU – um estudo português identifica um terço de situações como de recurso inapropriado;

7 - Percentagem elevada de acesso de forma directa – cerca de 75 % das admissões no SU ocorrem por iniciativa própria e não decorrem de referência; isto significa que o SU é o local de recurso primário em situação de doença para uma grande parte da população;

8 - Visão distorcida do SU como uma espécie de “loja do cidadão” por parte do público e, por vezes, de alguns profissionais – local onde se tem acesso e direito a consultas especializadas e meios complementares de diagnóstico de um modo imediato e tempestivo, independentemente da percepção de urgência da situação clínica;

9 - O SU como tampão das ineficiências do Serviço Nacional de Saúde

10 - Os SU's como principal porta de entrada do internamento hospitalar – p. ex. 95% das admissões nos serviços de Medicina ocorrem a partir do SU;

11 - O SU condiciona directamente a gestão de leitos, a programação cirúrgica e a gestão de listas de espera. No entanto é uma montra do hospital e a qualidade do seu funcionamento condiciona decisivamente a imagem da instituição;

12 - O SU como garante de assistência a todo o hospital fora do horário de funcionamento pleno dos serviços – a maior parte dos hospitais não tem residência e/ou urgência internas organizadas;

13 - Condições arquitectónicas indignas na maior parte dos hospitais;

14- Especificidade crescente da Medicina de Emergência;

15 -Inadequação do modelo organizativo tradicional à evolução do SU para um verdadeiro serviço de acção médica:

15.1 - Tutelas e hierarquias paralelas – a dependência hierárquica e funcional dos médicos que fazem urgência está centrada principalmente nos serviços de origem e não na direcção do SU;

15.2 - Deficiente articulação funcional entre as diversas áreas do SU (salas de atendimento, observações, unidades de cuidados intermédios e intensivos) entre si e entre estas e os serviços hospitalares;

15.3 - Descontinuidade de cuidados – incapacidade de visão do episódio de urgência como parte de um *continuum* assistencial, o que leva frequentemente à ausência de uma gestão de cuidados centrada no doente e não na doença;

15.4 - Informação deficiente aos utilizadores do SU e familiares;

15.5 - Ausência de critérios de estratificação de atendimento e vias alternativas de assistência aos doentes com baixo grau de prioridade;

15.6 - Inexistência de flexibilidade que permitam adequar as equipas e a respectiva organização aos fluxos e especificidades dos doentes;

15.7 - Ausência de vias de atendimento prioritário;

16 - Inexistência de sistemas de informação credíveis que tornem possível a caracterização da reali-

dade e qualidade da actividade assistencial nos SU's portugueses

– a informação é crítica para a melhoria dos sistemas de gestão e dos processos de decisão; quando a informação é escassa as soluções também o são.

B – AS CAUSAS DE UMA CRISE ENDÉMICA

Embora não dispondo de inquéritos de opinião sistemáticos, parece evidente que existe uma desproporção entre a procura de cuidados nos SU's e a oferta existente. Todos os indicadores apontam para uma tendência crescente para o aumento da afluência aos SU's e para uma escassez de recursos médicos capazes de uma resposta eficaz. Pode parecer óbvio que este desequilíbrio se deverá a uma menor capacidade de resposta dos cuidados primários de saúde (CP). No entanto, experiências em outros países falharam na demonstração de que o aumento da taxa de acessibilidade ao médico de família ou aos centros de atendimento não programado, tivesse diminuído o recurso inapropriado aos SU's. O que parece resultar fundamental é que, paralelamente, sejam instituídos mecanismos de barreira (facilitação de acesso a doentes referenciados, sistemas de triagem, reorientação de parte de doentes). Esta medida está, no entanto, insuficientemente estudada e parece, segundo alguns autores, ter baixa especificidade, podendo resultar em erros de identificação de situações potencialmente graves. A opinião, quase um lugar-comum, de que a melhoria da acessibilidade aos CP conduziria a uma menor utilização dos SU's carece de validação. O aumento da acessibilidade deve ser um objectivo em si mesmo e não deve ser usado como uma panaceia que resolveria os problemas das urgências hospitalares.

Na busca de soluções para o problema e como ponto de partida, deve ter-se em atenção a aceitação de um facto: na nossa sociedade está profundamente sedimentado o conceito do direito ao recurso aos SU's, pelas conotações implícitas de bem-estar social, disponibilidade e acessibilidade permanentes.



António Oliveira e Silva ⁽¹⁾



Francisco Parente dos Santos ⁽²⁾

C – SOLUÇÕES

1 - Em termos globais as estratégias a definir devem ser marcadas por decisões partilhadas, procurando modelos alternativos de atendimento urgente ou novas formas de organização, capacitando qualquer ponto da cadeia assistencial a dar a resposta adequada, quer de forma directa, quer através de mecanismos de parceria e de orientação que garantam a continuidade do processo assistencial. A realidade portuguesa é marcada por um sistema de organização que poderá ser designada por cuidados paralelos - frequentemente, dois ou mais serviços prestam cuidados a um doente, com objectivos diferentes, sem informação partilhada e deficientes na adopção de qualidades de complementaridade e continuidade de processo. Neste sentido, o conceito de **Unidades Locais de Saúde**, com estratificação de níveis de cuidados e gestão comum, parece ser um conceito a desenvolver, com a criação e avaliação de unidades-piloto. Aliás, existe já uma experiência em Portugal (ULS de Matosinhos) desconhecendo-se, no entanto, os resultados do modelo.

2 - As definições de competências para cada hospital, ou carteira de serviços mínima, deveria ser obrigatória, permitindo o estabelecimento de um sistema de emergência em rede, de base regional, com avaliações periódicas e obrigatoriamente divulgado.

3 - Em articulação com o expresso no ponto anterior devem ser definidas as competências mínimas para o exercício de funções num SU. Esta questão não tem necessariamente a ver com cuidados ou técnicas especializadas, ao cuidado das especialidades “tradicionalis”,

mas sim, o de proporcionar ao Médico de urgência aptidões que lhe permitam ser o gestor do processo assistencial independentemente da situação que motivou o acesso. A ocorrência, tão frequente, de episódios em que os doentes são observados por várias especialidades, sem que se crie um fio condutor no diagnóstico e na terapêutica, e pelo qual aparentemente ninguém é responsável, caracteriza grande parte dos nossos SU's. A formação institucional em parceria com as sociedades médicas representativas de especialidades mais habilitadas a fornecer este *know-how* de visão sistémica e de gestão do processo assistencial, como é o caso da Medicina Interna, é indispensável. Por outro lado, e no que à MI diz respeito, a crise vivida actualmente nos SU's portugueses representa uma oportunidade de afirmação e liderança da especialidade, que não deve ser desperdiçada.

4 - Os sistemas de informação são absolutamente fundamentais se se pretender um conhecimento correcto da realidade que nos permita pensar em soluções e tomar decisões sustentadas. É importante o desenvolvimento, o conhecimento e a aplicação e indicadores básicos de actividade e qualidade assistencial que permitam a avaliação, o seguimento e a comparação entre os diversos serviços. A oportunidade passa mais uma vez pelas sociedades médicas que devem fomentar a criação de grupos de trabalho com este objectivo.

Paralelamente deveria ser desenvolvido um sistema de acreditação que serviria como garantia de qualidade de cuidados e no qual a Ordem dos Médicos deveria estar envolvida.

5 - A gestão do serviço de urgência é uma tarefa que, actualmente, nenhum médico avisado tomará em mãos. O Serviço de Urgência é normalmente encarado pelos hospitais como um mal necessário, considerado pelos diversos serviços como um consumidor de recursos humanos e é uma fonte de problemas para os conselhos de administração. O SU condiciona directamente a gestão de leitos, a programação cirúrgica e a gestão de listas de espera. No entanto é uma mostra do hospital e a qualidade do seu funcionamento condiciona decisivamente a imagem da instituição.

6 - Há necessidade de dotar o SU das condições necessárias (arquitectónicas e humanas) para que funcione como um serviço de acção médica com possibilidade de cumprir com eficácia as funções que lhe são exigidas.

Para isso é necessária a definição de serviços de urgência elementares (ou básicos, até 150 doentes / dia), serviços de urgência de dimensão intermédia (150 a 400 doentes / dia) e serviços de urgência centrais (mais que 400 doentes / dia ou definidos como Polivalentes na Rede de Referência de Urgência / Emergência, Direcção Geral da Saúde, 2001 – Anexo I), com as seguintes especificações:

a. Uma estrutura hierárquica definida, devendo a **chefia** das equipas ser atribuída a especialistas de Medicina Interna,

b. A articulação funcional e em plano de igualdade com os diferentes serviços hospitalares (desenvolvimento de protocolos de cooperação e de obrigações mútuas) com responsabilidades bem definidas,

c. Criação de sistemas eficazes de informação aos doentes e familiares;

d. Definição clara de áreas funcionais e de fluxos de doentes de acordo com a gravidade e a especificidade da situação clínica,

e. Organização das equipas de acordo com padrões quantitativos e qualitativos da afluência ,

f. Sistema de triagem por prioridades, controlado por médicos, podendo ser exercido por enfermeiros treinados na utilização de protocolos validados,

g. Possibilidade de orientação dos doentes com baixo grau de prioridade de atendimento,

h. Os médicos pertencentes a especialidade de raiz médica (que não a Medicina Interna) e a outras serão responsáveis por todos os doentes que lhe sejam referenciados, desempenhando ainda tarefas de consultadoria,

i. Núcleo de médicos dedicados e em exclusividade de funções no SU (permanente ou temporária, principalmente nos grandes hospitais),

j. Programas de formação em Medicina de Emergência com frequência obrigatória,

k. O período de trabalho contínuo não deverá exceder as 12 horas diárias e os períodos nocturnos deverão ser seguidos por um período de descanso,

l. O Ordem dos Médicos deverá assegurar e verificar o compromisso de os colégios de especialidade tornarem obrigatória a realização de turnos de urgência externa geral (e especialidade de acordo capacidades adquiridas no decorrer dos internatos complementares) a todos os internos dos primeiros anos de formação (1º ao 3º),

m. O progresso das vias e meios de comunicação num país de pequena extensão, como Portugal, aliada à obsolescência e limitações operacionais de algumas instituições hospitalares, implica (no imediato) uma revisão da rede de urgência com o encerramento previsível de algumas (e subsequente redistribuição de recursos humanos),

o. De b) e l) resulta a necessidade de revisão da Rede de Referência Hospitalar de Urgência / Emergência (M. Saúde, 2001),

p. A existência de **Urgência Interna** (Residência Médica), deve ser exigida a todos os hospitais com um número de leitos superior a 200, o que permitirá o alívio das tarefas da equipa de Urgência Externa,

q. Por **internista** entende-se o Médico Especialista em Medicina Interna e os internos da Especialidade a partir do 4º ano, formalmente detentores de autonomia clínica,

r. Nos serviços de **urgência básica** (elementar, até 150 atendimentos / dia) a área médica poderá ser assegurada por um internista e 2-3 médicos doutras especialidades, particularmente da especialidade de Medicina Geral e Familiar, ou de médicos especialistas contratados,

s. Nos serviços de **urgência de dimensão intermédia** (150 a 400 doentes / dia) a área médica deverá ser assegurada por 3 internistas e 5 médicos doutras especialidades (definidas em q), distribuídos pelas áreas orgânico-funcionais referenciadas em s) – triagem, atendimento imediato, sala de observações e reanimação,

t. Nos serviços de **urgência central** (diferenciados, > 400 doentes / dia) deverão existir as seguintes áreas orgânico-funcionais:

i. Triagem

ii. Atendimento Imediato

iii. Sala de Recepção de Exames

iv. Sala de Observações

v. Reanimação

vi. Sala de Pequena Cirurgia (*)

vii. Sala de Gessos (*)

viii. Salas de Atendimento Especializado (exp. ORL, Oftalmologia) (*),

(*) zonas da responsabilidade doutras especialidades

u. Para uma **urgência central ou di-**

ferenciada, tal como ficou definida, e para períodos de 24 horas, apresentam-se as definições sectoriais (e recursos mínimos):

i. A Triagem, protocolada com instrumentos de avaliação rápida de prioridades e gravidade, será efectuada por enfermeiros com formação ou médicos (internos de especialidades, internos e especialistas de MGF, outros médicos contratados e treinados especificamente, enfermeiros com formação), em número de 2 por equipa para movimentos de 18-20 doentes / hora, coordenados por um especialista de Medicina Interna,

ii. O Atendimento Imediato, em homens e mulheres, equivalente aos actuais balcões, será orientado por 2 internistas, e 3-4 médicos por balcão, nas 24 horas (ou em *ratio* de 1 médico/2 doentes maca/h + 1 médico/4 doentes maca/h), e destina-se à avaliação clínica (consulta de urgência) de doentes médicos, e colaboração na abordagem dos cirúrgicos e traumatológicos (a Cirurgia Geral deverá participar em permanência neste sector),

iii. A Sala de Recepção de Exames é uma zona de espera da chegada de exames requisitados pelos médicos em funções no Atendimento Imediato, que serão directamente responsáveis pelos doentes lá sediados,

iv. A Sala de Observações é uma zona de internamento breve para monitorização e terapêutica de situações agudas dos foros médico, cirúrgico e traumatológico, com alta ou transferência previstas nas 24 horas seguintes à admissão, sendo guardada por 2 internistas, com o *ratio* desejável de 2 internistas / 10 doentes, e 2 médicos menos diferenciados,

v. A Reanimação é uma área de acolhimento de doentes em estado crítico, com risco imediato de vida, dispondo de todo o equipamento necessário para os actos de reanimação

e de suporte de órgãos vitais, sendo assegurado por 1 internista (ou um intensivista, havendo disponibilidade) dedicado ou partilhado com a Sala de Observações.

v. Do exposto conclui-se que para um serviço de **urgência central** (150-500 doentes / 24 horas) cada equipa necessitará (no mínimo) de 5 internistas e de 8 outros médicos (Anexoll),

w. Estes números, considerados mínimos, deverão ser ajustados de acordo com o *case-mix* do serviço de urgência e instituição, o efeito da sazonalidade (reforço entre Novembro e Março), o período de licença anual e de ausência por doença,

x. A existência de **Unidades de Cuidados Intermédios** nos serviços de urgência obrigará ao reforço da equipa de Medicina Interna, com a integração de mais 1 internista por cada 8 camas.

Lisboa, 30 de Setembro 2005

Conselho Directivo do Colégio de Medicina Interna

⁽¹⁾ **António Oliveira e Silva**
João Araújo Correia
Maria da Glória Alves
Arnaldo de Sá

⁽²⁾ **Francisco Parente dos Santos**
Isabel Fonseca
António Fernandes Ferreira
Eduardo Gomes da Silva
Faustino Ferreira
João Sá

Anexo I

Serviços de Urgência Central Urgência Polivalente / Rede de Referência de urgência – Emergência, Direcção-Geral da Saúde, 2001

- Hospital de S. João (Porto)
- Hospital de Santo António (Porto)
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
- Hospital de S. Marcos (Braga)
- Centro Hospitalar de Vila Real-Régua
- Hospital de S. Teotónio (Viseu)
- Hospitais da Universidade de Coimbra
- Centro Hospitalar de Coimbra
- Hospital de Santa Maria (Lisboa)
- Hospital de S. José, Centro Hospitalar de Lisboa, Zona Central
- Hospital de S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa, Zona Ocidental
- Hospital Garcia de Orta (Almada)
- Hospital do Espírito Santo (Évora)
- Hospital de Faro

Anexo II

Número de Médicos (área não-cirúrgica) de uma equipa de urgência central

	Medicina Interna	Outros
Chefia	1	
Triagem	Em coordenação	2
Atendimento Imediato	2	4
Sala Observações	2	2
Sala de Recepção Exames	0	0
Reanimação	1 ou partilha	0
Total	5-6	8

Programa de Formação do Internato Complementar de Medicina Interna

1 —Duração do internato — 60 meses.

2 —Definição e âmbito:

2.1 —A Medicina Interna ocupa-se da prevenção, diagnóstico e orientação da terapêutica não cirúrgica das doenças de órgãos e sistemas ou das afecções multi-sistémicas dos adolescentes, adultos e idosos.

2.2 —A visão integradora da constelação de características fisiológicas e patológicas do doente e a articulação com as práticas de outras especialidades definem a sua essência.

2.3 —Esta disciplina, difusa no âmbito dos objectos da sua prática e exigente em capacidades cognitivas, exerce-se em clínica de ambulatório (consulta e hospital de dia), clínica de agudos e crónicos (internamento em enfermaria), clínica de emergência (serviços de urgência) e clínica dos estados críticos (unidade de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva).

2.4 —A variedade nosológica, dependente das idiosincrasias institucionais, do acaso e de factores de natureza epidemiológica, não permite o estabelecimento de compartimentações rígidas relativas aos objectivos dos conhecimentos.

2.4.1 —Neste contexto exigir-se-á ao interno de Medicina Interna a construção de um edifício teórico multidisciplinar que, em conjunto com a aquisição de uma experiência prática sólida e variada, lhe permita a resolução de problemas clínicos progressivamente mais complexos.

3 —Estrutura, duração e sequência dos estágios:

3.1 —Estrutura e duração dos estágios:

3.1.1 — Medicina Interna — Duração mínima de 42 meses

3.1.2 — Medicina de cuidados intensivos polivalentes — Estágio obrigatório de 6 meses em unidade polivalente.

3.1.3 — Estágios opcionais — Duração até 12 meses.

3.1.3.1 — Os estágios opcionais realizar-se-ão em serviços de idoneidade formativa reconhecida, que permitam assegurar tirocínios que interessem ao plano de treino definido pelo interno e seu orientador de formação

3.1.3.2 — Os estágios opcionais não poderão ter duração inferior a três meses.

3.1.3.3 — Recomendam-se os seguintes estágios opcionais nas áreas referidas em serviços ou unidades de idoneidade reconhecida:

- a) Cardiologia;
- b) Neurologia;
- c) Oncologia Médica;
- d) Doenças Infecciosas;
- e) Imunologia Clínica;
- f) Pneumologia;
- g) Nefrologia;
- h) Gastrenterologia;
- i) Endocrinologia e Metabolismo;
- j) Hematologia Clínica;
- k) Dermatologia.

3.2 — Sequência dos estágios:

3.2.1 — O1º e o último ano de internato são desejavelmente efectuados em serviço de Medicina Interna.

3.2.2 — Os restantes estágios obedecerão ao programa de formação de cada instituição.

3.1.3 — Os estágios de cuidados intensivos monovalentes serão precedidos pelo de cuidados intensivos polivalentes.

4 — Local de formação para cada estágio:

4.1 —O estágio de Medicina Interna será realizado em serviços de Medicina Interna;

4.2 — O estágio de Medicina de cuidados intensivos polivalentes será realizado em serviços ou unidades de cuidados intensivos polivalentes;

4.3 — Os estágios opcionais serão frequentados em serviços ou unidades cujo exercício permita o cumprimento do plano e dos objectivos do tirocínio;

4.4 — Não são considerados válidos os estágios de observação ou todos os que não impliquem actividade clínica directa ou desempenho;

4.5 — Os serviços ou unidades responsáveis pelos estágios deverão possuir obrigatoriamente um plano de formação que res-

peite o programa mínimo definido, nomeando um responsável de estágio.

5 — Objectivos dos estágios.

5.1 — Estágio em Medicina Interna.

5.1.1 — Objectivos de desempenho:

5.1.1.1 — 1º, 2º e 3º anos:

- a) Colheita e elaboração de histórias clínicas, emissão de diagnósticos clínicos provisórios, solicitação de exames complementares de diagnóstico, interpretação de anomalias clínico-laboratoriais, integração de todos os elementos de investigação clínica, obtenção de um diagnóstico final, prescrição e realização de um protocolo terapêutico e definição de um prognóstico;
- b) Apresentação oral clara, extensa ou resumida (em forma de epícrise), de casos clínicos, em visita médica ou reunião clínica;
- c) Capacidade de apresentação sumária de um conjunto de doentes, em visita médica, reunião de serviço ou transferência de turno de urgência;
- d) Realização de nota de alta ou de transferência;
- e) Participação activa em reuniões clínicas;
- f) Colaboração no tratamento e manutenção de elementos de informação clínica do serviço (arquivo);
- g) Realização/participação activa em sessões temáticas ou de revisão bibliográfica;
- h) Assistência às necrópsias anátomo-clínicas que requisitou (ou outras); discussão dos estudos macro e microscópicos decorrentes;
- i) Assimilação e emprego com conveniência das regras que regem a solicitação de serviços de outras especialidades;
- j) Integração nas equipas de urgência interna;
- k) Integração nas equipas de urgência externa por períodos de 12 horas semanais;
- l) Execução das seguintes técnicas:
 - 1) Punção e canalização das veias periféricas;
 - 2) Punção arterial (para diagnóstico);
 - 3) Toracocentese;
 - 4) Biópsia pleural;
 - 5) Paracentese abdominal;
 - 6) Punção lombar;
 - 7) Punção medular (com ou sem biópsia óssea);
 - 8) Biópsia hepática percutânea;
 - 9) Outras técnicas de colheita de tecidos para estudo histológico;
 - 10) Avaliação electrocardiográfica;
 - 11) Reanimação cardio-respiratória: curso de suporte avançado de vida ministrado por entidade de idoneidade reconhecida;
 - m) Conhecimento e interpretação dos testes de estatística descritiva; em opção: capacidade de emprego de programas informatizados de estatística aplicados às ciências biológicas;
 - n) Conhecimento e aplicação dos consensos da ética e da deontologia médicas;

- o) Participação em publicações clínicas ou científicas;
- p) Participação em cursos de pós-graduação (nacionais ou estrangeiros) de interesse e mérito reconhecidos;
- q) Elaboração e execução de projectos de investigação clínica; participação activa noutro(s) projecto(s) de investigação;
- r) Integração em núcleos de ensino pré ou pós-graduado do(s) serviço(s) e/ou instituição(s).

5.1.1.2 — 4º e 5º anos:

- a) Autonomia no desempenho dos itens referidos anteriormente;
- b) Participação em acções de consultoria a outras especialidades, em regime tutelado.

5.1.2 — Objectivos de conhecimento:

5.1.2.1 — 1º, 2º, 3º, 4º e 5º anos — Etiopatogenia, epidemiologia, fisiopatologia, anatomia patológica, semiologia clínica e laboratorial, diagnóstico e terapêutica de entidades nosológicas incluídas nas seguintes áreas:

- a) Cardiologia;
- b) Pneumologia;
- c) Gastrenterologia;
- d) Nefrologia;
- e) Reumatologia;
- f) Neurologia;
- g) Hematologia Clínica;
- h) Endocrinologia e Metabolismo;
- i) Nutrição Clínica;
- j) Imunologia Clínica;
- k) Oncologia Médica;
- l) Doenças Infecciosas;
- m) Farmacologia Clínica;
- n) Toxicologia e substâncias de abuso;
- o) Clínica do Idoso;
- p) Avaliação da Dor e Clínica do Doente Terminal.

5.2 — Estágio em Medicina de Cuidados Intensivos Polivalentes:

5.2.1 — Objectivos de desempenho.—Execução de técnicas de diagnóstico e terapêutica em doentes em cuidados intensivos, nomeadamente:

- a) Monitorização electrocardiográfica;
- b) Monitorização clínica e laboratorial da função respiratória;
- c) Cateterismo venoso central, percutâneo;
- d) Cateterismo arterial, percutâneo;
- e) Cateterismo das artérias pulmonares, com catéter de balão dirigido por fluxo (C. Swan-Ganz);
- f) Entubação endotraqueal;
- g) Manutenção das vias aéreas;
- h) Suporte ventilatório mecânico; suas modalidades;
- i) Suporte nutricional entérico e parentérico;
- j) Instalação de estimulador cardíaco transvenoso, provisório (*pacings* provisório), (não obrigatório);
- k) Pericardiocentese (diagnóstica/terapêutica);

l) Drenagem pleural;m) Técnicas de analgesia, sedação.

5.2.2 —Objectivos de conhecimento:

- a) Conhecimento de critérios de admissão e alta das unidades de cuidados intensivos;
- b) Vigilância e monitorização (invasiva / não invasiva) de doentes em estado crítico;
- c) Reanimação e terapêutica do choque;
- d) Reanimação cardio-respiratória (e cerebral);
- e) Alterações do equilíbrio hidroelectrolítico e ácido-base;
- f) Emprego de soluções parenterais;
- g) Transusão de sangue e derivados;
- h) Fisiopatologia e terapêutica das alterações agudas da coagulação;
- i) Fisiopatologia e terapêutica substitutiva das situações de insuficiência respiratória;
- j) Fisiopatologia e terapêutica substitutiva das situações de insuficiência renal;
- k) Fisiopatologia e terapêutica substitutiva das situações agudas do sistema cardiovascular;
- l) Fisiopatologia e terapêutica da insuficiência hepática aguda, e das hemorragias gastrointestinais;
- m) Fisiopatologia e terapêutica das crises endócrinas agudas;
- n) Infecções graves (com compromisso funcional, da comunidade ou nosocomiais);
- o) Avaliação e tratamento em pós-operatório;
- p) Abordagem do grande traumatizado;
- q) Abordagem das principais intoxicações.

5.3 —Estágios opcionais:

5.3.1 – Recomenda-se a realização de estágios opcionais de acordo com regulamentado em 3.1.3.

5.3.2 – Os estágios opcionais implicam obrigatoriamente:a) Existência de objectivos de desempenho (avaliação e seguimento de doentes portadores de patologias mais frequentes e relevantes),b) Existência de objectivos de conhecimento: Etiologia, fisiopatologia, clínica, diagnóstico, terapêutica e prognóstico de entidades nosológicas, Monitorização da actividade das doenças com recurso a protocolos validados (quando existentes) e seu reflexo na decisão terapêutica,

6 —Avaliação:

6.1 —A avaliação é feita de acordo com o estabelecido nos capítulos VIII e IX do Regulamento dos Internatos Complementares, aprovado pela Portaria n.º 695/95, de 30 de Junho.

6.2 —Avaliação de desempenho:

6.2.1 —Desempenho individual:

- a) Capacidade de execução técnica —ponderação 3;
- b) Interesse pela valorização profissional —ponderação 3;
- c) Responsabilidade profissional —ponderação 2;
- d) Relações humanas no trabalho—ponderação

2.6.3 —Avaliação de conhecimentos:

6.3.1 —Os estágios opcionais serão avaliados conjuntamente com a mais próxima avaliação de conhecimentos, com base num relatório de actividades.

6.3.2 —As restantes avaliações de conhecimentos, no final de cada estágio ou por cada 12 meses de internato, consistirão na:

- a) Apreciação do relatório de actividades e trabalhos produzidos pelo interno;
- b) Discussão das matérias estabelecidas como objectivos de conhecimentos para o estágio ou período de estágio;
- c) Discussão de um relatório escrito, construído com base na entrevista e observação de um doente e onde constem o diagnóstico, a terapêutica e a epícrise.

7 —Disposições finais:

7.1 —O presente programa entra em vigor em 1 de Janeiro de 2005 e aplica-se aos internos que iniciarem o internato a partir dessa data.

7.2 —Pode facultativamente abranger os internos já em formação que iniciaram o seu internato em 2001, 2002, 2003 e 2004; nesse caso, os interessados deverão entregar na direcção do internato do seu hospital, no prazo de dois meses a partir da publicação deste programa, uma declaração em que conste a sua pretensão, com a concordância averbada do respectivo director de serviço e orientador de formação.

Maio, 2004

O Conselho Directivo

Colégio de Medicina Interna da Ordem dos Médicos

Proposta de Programa de Formação Comum em Medicina Interna dos Internatos Complementares de Especialidades Médicas

1 —Duração — 24 meses.

2 —Definição e âmbito:

2.1 — A Medicina Interna ocupa-se da prevenção, diagnóstico e orientação da terapêutica não cirúrgica das doenças de órgãos e sistemas ou das afecções multissistémicas dos adolescentes, adultos e idosos.

2.2 — A visão integradora da constatação de características fisiológicas e patológicas do doente e a articulação com as práticas de outras especialidades definem a sua essência.

2.3 — Esta disciplina, difusa no âmbito dos objectos da sua prática e exigente em capacidades cognitivas, exerce-se em clínica de ambulatório (consulta externa e hospital de dia), clínica de agudos e crónicos (internamento em enfermaria), clínica de emergência (serviços de urgência) e clínica dos estados críticos (unidade de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva).

2.4 — A variedade nosológica, dependente das idiosincrasias institucionais, do acaso e de factores de natureza epidemiológica, não permite o estabelecimento de compartimentações rígidas relativas aos objectivos dos conhecimentos.

2.4.1 — Neste contexto exigir-se-á ao interno de especialidades médicas a construção de um edifício teórico multidisciplinar que, em conjunto com a aquisição de uma experiência prática sólida e variada, lhe

permita a resolução de problemas clínicos progressivamente mais complexos.

3 — Estrutura do estágio:

3.1 —O estágio de Medicina Interna será realizado em serviços de Medicina Interna;

3.2 – Não são considerados válidos os estágios de observação ou todos os que não impliquem actividade clínica directa ou desempenho;

3.5 – Os serviços ou unidades responsáveis pelos estágios deverão possuir obrigatoriamente um plano de formação que respeite o programa mínimo definido, nomeando um orientador de estágio.

4 — Objectivos do estágio.

4.1 —Objectivos de desempenho:

4.1.1 —1ºano:

a) Colheita e elaboração de histórias clínicas, emissão de diagnósticos clínicos provisórios, solicitação de exames complementares de diagnóstico, interpretação de anomalias clínico-laboratoriais, integração de todos os elementos de investigação clínica, obtenção de um diagnóstico final, prescrição e realização de um protocolo terapêutico e definição de um prognóstico;

b) Apresentação oral clara, extensa ou resumida (em forma de epícrise), de casos clínicos, em visita médica ou reunião clínica;

c) Capacidade de apresentação sumária de um conjunto de doentes, em visita médica, reunião de serviço ou transferência de turno de urgência interna;

d) Realização de nota de alta ou transferência;

e) Participação activa em reuniões clínicas;

f) Colaboração no tratamento e manutenção de elementos de informação clínica do serviço (arquivo);

g) Realização/participação activa em sessões temáticas ou de revisão bibliográfica;

h) Assistência às necrópsias anátomo-clínicas que requisitou (ou outras); discussão dos estudos macro e microscópicos decorrentes;

i) Assimilação e emprego com conveniência das regras que regem a solicitação de serviços de outras especialidades;

j) Integração nas equipas de urgência interna;

k) Integração nas equipas de urgência externa por períodos de 12 horas semanais;

l) Execução das seguintes técnicas:

1) Punção e canalização das veias periféricas;

2) Punção arterial (para diagnóstico);

3) Toracocentese (com ou sem biópsia pleural);

4) Paracentese abdominal;

5) Punção lombar;

6) Avaliação electrocardiográfica;

7) Reanimação cardio-respiratória: curso de suporte avançado de vida ministrado por entidade de idoneidade reconhecida;

k) Familiarização e eventual execução de outras técnicas, nomeadamente:

1) Punção medular (com ou sem biópsia óssea);

2) Biópsia hepática percutânea;

3) Outras técnicas de colheita de tecidos para estudo histopatológico;

m) Conhecimento e interpretação dos testes de estatística descritiva; em opção: capacidade de emprego de programas informatizados de estatística aplicados às ciências biológicas;

n) Conhecimento e aplicação dos consensos da ética e da deontologia médicas;

o) Participação em publicações clínicas ou científicas;

p) Participação em cursos de pós-graduação (nacionais ou estrangeiros) de interesse e mérito reconhecidos;

q) Participação activa em projecto(s) de investigação clínica.

4.1.2.—2º ano — Aprofundamento e desenvolvimento gradual do desempenho iniciado no 1º ano em todos os itens enunciados.

5.1 — Objectivos de conhecimento:

5.1.1 — 1º ano.— Etiopatogenia, epidemiologia, fisiopatologia, anatomia patológica, semiologia clínica e laboratorial, diagnóstico e terapêutica de entidades nosológicas incluídas nas seguintes áreas:

a) Cardiologia;

b) Pneumologia;

c) Gastrenterologia;

d) Nefrologia;

e) Reumatologia;

f) Neurologia;

g) Hematologia Clínica;

h) Endocrinologia e Metabolismo;

i) Nutrição Clínica;

j) Imunologia Clínica;

k) Oncologia Médica;

l) Doenças Infecciosas;

m) Toxicologia e substâncias de abuso;

n) Avaliação da Dor e Clínica do Doente Terminal.

5.1.2 — 2º ano — Aprofundamento dos conhecimentos nas áreas referidas.

6 — Avaliação:

6.1 — A avaliação é feita de acordo com o estabelecido nos capítulos VIII e IX do Regulamento dos Internatos Complementares, aprovada pela Portaria n.º 695/95, de 30 de Junho.

6.2 — Avaliação de desempenho:

6.2.1 — Desempenho individual:

a) Capacidade de execução técnica —

ponderação 4;

b) Interesse pela valorização profissional — ponderação 3;

c) Responsabilidade profissional — ponderação 2;

d) Relações humanas no trabalho — ponderação 1.

6.3 — Avaliação de conhecimentos:

6.3.1 — As avaliações de conhecimentos realizar-se-ão no final de cada ano da Formação Comum e consistirão na:

a) Apreciação do relatório de actividades e trabalhos produzidos pelo interno;

b) Discussão das matérias estabelecidas como objectivos de conhecimentos para o estágio ou período de estágio;

c) Discussão de um relatório escrito, construído com base na entrevista e observação de um doente e onde constem o diagnóstico, a terapêutica e a epícrise.

7 — Disposições finais:

7.1 — O presente programa entra em vigor em 1 de Janeiro de 2005 e aplica-se aos internos que iniciarem o internato a partir dessa data.

7.2 — Pode facultativamente abranger os internos já em formação que iniciaram o seu internato em 2001, 2002, 2003 e 2004; nesse caso, os interessados deverão entregar na direcção do internato do seu hospital, no prazo de dois meses a partir da publicação deste programa, uma declaração em que conste a sua pretensão, com a concordância averbada do respectivo director de serviço e orientador de formação. Outubro, 2004

O Conselho Directivo

Colégio de Medicina Interna da Ordem dos Médicos

Regimento do Colégio da Especialidade de Medicina Interna

PREÂMBULO

As conquistas e progressos verificados em todas as ciências da Vida, e as que têm sido sentidas na Medicina, estimularam a gestação e o aparecimento de novas especialidades, concentradoras de conhecimentos mais específicos, de espectro menos largo, e utilizadoras de técnicas próprias que a sofisticação crescente tende a individualizar.

Rapidamente se percebeu que a pulverização do conhecimento Médico implicava a existência de clínicos peritos na avaliação sistémica e de conjunto do doente, e na orientação e liderança de equipas multidisciplinares. Assim ficou definida a missão do Especialista de Medicina Interna.

A Medicina Interna exige um esforço formativo que privilegia os conhecimentos em ciências básicas essenciais à compreensão dos mecanismos fisiopatológicos, dos alicerces da clínica, da adequação dos procedimentos diagnósticos, do modo de actuação dos fármacos e dos instrumentos fundamentadores da decisão Médica.

O exercício do Internista interessará especialmente as áreas hospitalares, internamento e ambulatório, onde terá a capacidade quase única de ser o Médico Assistente do doente, sem que se possa admitir omissão de uma relação profissional construtiva com o Médico responsável pelos cuidados extra-hospitalares.

SECÇÃO I

Da Constituição e Objectivos

Art. 1º - O Colégio de Medicina Interna é constituído por todos os médicos com o título de Especialidade em Medicina Interna pela Ordem dos Médicos, inscritos no Colégio e no pleno gozo dos seus direitos estatutários.

Art. 2º - O Colégio tem como objectivo a valorização do conhecimento e do exercício da Medicina Interna, de modo a atingir os padrões mais elevados.

Art. 3º - O Colégio funciona no âmbito da Ordem dos Médicos e de acordo com o seu Estatuto, o Regulamento Geral e o Regulamento Geral dos Colégios de Especialidades.

SECÇÃO II

Da Sede

Art. 4º - .I. O Colégio tem a sua sede nacional na Ordem dos Médicos.

2. Por proposta do Conselho Directivo e com o acordo da maioria dos membros, reunidos em Assembleia, pode o Conselho Nacional Executivo determinar que a sede esteja situada noutra local do Território Nacional.

SECÇÃO III

Dos Membros

Art. 5º - I. Podem inscrever-se no Quadro de Especialistas de Medicina Interna e, portanto passam a integrar o Colégio, os médicos aprovados no exame ao título de Especialistas de Medicina Interna, conforme as normas indicadas da SECÇÃO IV deste Regimento, de acordo com o previsto na alínea d) do artigo 81º do Estatuto da Ordem.

2. Podem ainda inscrever-se os médicos que possuam qualificação considerada equivalente pela Ordem dos Médicos, mediante parecer favorável dum júri nacional de Medicina Interna composto por três especialistas, nomeado pelo Conselho Nacional Executivo por proposta do Conselho Directivo do Colégio, de acordo com o artigo 92º do Estatuto da Ordem.

Art. 6º - I. São deveres dos membros do Colégio:

- Cumprir o presente Regimento;
 - Cumprir e fazer cumprir as deliberações e decisões dos órgãos Directivos do Colégio, de acordo com o Regimento;
 - Cumprir as normas deontológicas;
 - Participar nas actividades do Colégio e manter-se delas informado;
 - Desempenhar as funções para que for designado;
 - Contribuir, sempre que possível, para a formação dos médicos e restantes técnicos de saúde ligados ao exercício da Especialidade;
 - Pagar a quota adicional que, eventualmente, venha a ser aprovada pelos membros do Colégio para tal reunidos em Assembleia, por proposta do Conselho Directivo e com ulterior ratificação pelo Plenário dos Conselhos Regionais.
2. São direitos dos membros do Colégio:
- Usar o título de Especialistas de Medicina Interna, com todos os direitos inerentes;
 - Participar nas Assembleias (Gerais) Plenárias do Colégio;
 - Ser informado de todas as actividades organizadas pelo Colégio.

Art. 7º - I. Poderão solicitar a demissão de membros do Colégio os médicos que deixem de exercer a Especialidade.

2. Perante a existência de motivos graves e convenientemente provados, pode o Conselho Directivo propor ao Conselho Disciplinar da Ordem dos Médicos uma análise e orientação processual.

SECÇÃO IV Da Direcção

A) Do Conselho Directivo

Art. 8º - 1. O Colégio é gerido por um Conselho Directivo constituído por um Presidente e um secretariado de nove membros, nos termos do Artigo 88.o do Estatuto da Ordem dos Médicos.

2. Serão eleitos três coordenadores regionais de entre os membros do secretariado.

3. O mandato do Conselho Directivo tem a duração de três anos.

Art. 9º - 1. O Conselho Directivo reúne ordinariamente, em princípio, pelo menos duas vezes por ano.

2. O Conselho Directivo reunirá extraordinariamente sempre que o Presidente o entenda necessário ou lho seja requerido pelo Conselho Nacional Executivo ou por três membros do Conselho Directivo.

Art. 10º - 1. O Conselho Directivo é convocado pelo Presidente, com antecedência mínima de dez dias, por carta onde se indiquem o local, dias e horas fixados e ordem de trabalhos da reunião.

2. Em caso de reunião extraordinária e se razão de força maior o determinar, pode o Presidente ser dispensado do prazo e do meio de comunicação indicados no número anterior, podendo utilizar outro.

Art. 11º - 1. As reuniões serão dirigidas pelo Presidente e, na sua falta ou impedimento, por um dos coordenadores regionais.

2. As deliberações do Conselho Directivo são tomadas por maioria simples de votos, tendo o Presidente voto de qualidade, e exigindo-se a presença da maioria absoluta dos membros do Conselho para serem válidas.

3. As votações serão por escrutínio secreto de acordo com as normas do procedimento administrativo.

Art. 12º - De cada reunião do Conselho Directivo será elaborada uma acta, que será lida, corrigida, aprovada e assinada na reunião seguinte e dela será enviada cópia ao Presidente da Ordem.

Art. 13º - Compete ao Conselho Directivo:

1. Promover o estreitamento das relações científicas e profissionais no âmbito da Especialidade.

2. Zelar pela valorização técnica e profissional dos respectivos Especialistas, assim como do pessoal de saúde ligado ao exercício da Especialidade, para tal propondo medidas adequadas.

3. Zelar pela observância das normas básicas a exigir para a qualificação profissional:

a) propondo normas referentes aos *curricula* mínimos a exigir aos candidatos a exame de Especialidade;

b) estabelecendo as condições de idoneidade dos Serviços de Medicina Interna e aprovando aqueles que as satisfazem;

c) elaborando o Programa de Formação do Internato Complementar;

d) definindo os critérios de avaliação dos candidatos durante o Internato;

e) fomentando a realização de acções de ensino médico continuado;

f) zelar pela manutenção do âmbito e prestígio da Medicina Interna.

3. Deliberar sobre a admissibilidade dos candidatos a provas finais do Exame da Especialidade da Ordem dos Médicos

5. Propor os júris dos exames da Especialidade.

6. Elaborar pareceres, quando solicitados pelo Conselho Nacional Executivo ou outros órgãos executivos

7. Elaborar alterações ao Regimento do Colégio e propô-las ao Conselho Nacional Executivo.

8. Informar o Conselho Nacional Executivo de todos os assuntos de interesse para a Especialidade, cuja importância a tal aconselhe.

9. Pugnar para que o País possua os internistas necessários, assim como os serviços de Medicina Interna que assegurem efectivamente um exercício profissional digno e permitam aos candidatos a Especialista uma preparação conveniente.

10. Promover a comunicação entre a Ordem dos Médicos, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e outras sociedades científicas com interesses na área.

Art. 14º - O Conselho Directivo poderá requerer ou sugerir ao CNE a criação de grupos de trabalho para o estudo de problemas próprios da Especialidade ou com ela directamente relacionados.

Art. 15º - 1. São funções do Presidente:

a) Representar o Colégio da Especialidade;

b) Convocar as sessões do Conselho Directivo e presidir a elas;

c) Ser assessor técnico do Conselho Nacional de Ensino e Educação Médica;

d) Convocar e presidir às Assembleias Plenárias;

e) Rubricar os livros e actas;

f) Assinar a correspondência do Conselho Directivo.

B) Da Assembleia Geral

Art. 16º - A Assembleia Geral ou Plenária é constituída por todos os médicos inscritos no Colégio, em pleno gozo dos seus direitos estatutários.

Art. 17º - A assembleia Geral ou Plenária é convocada pelo Conselho Directivo do Colégio, pelo Conselho Nacional Executivo, pelo Presidente da Ordem ou por 10% dos seus membros.

Art. 18º - É da competência da Assembleia Geral:

1. Deliberar e recomendar sobre assuntos de interesse da Especialidade, das sub-especialidades, das competências e das comissões técnicas;
2. Pronunciar-se sobre todos os assuntos que interessam aos seus membros, particularmente no que se refere ao exercício profissional;
3. Deliberar sobre propostas do Conselho Directivo quanto à quotização adicional para despesas suplementares do Colégio, sujeitas a posterior ratificação pelo Plenário dos Conselhos Regionais;
4. Propor alterações ao Regimento, quando expressamente convocada para esse fim;
5. Aprovar voto de desconfiança e propor a demissão do Conselho Directivo do Colégio ao Conselho Nacional Executivo depois de convocada para esse fim, se estiverem presentes 50% mais um dos membros inscritos no Colégio.

Art. 19º - I. As Assembleias Gerais são presididas pelo Presidente do Conselho Directivo e secretariadas por dois membros presentes, escolhidos pelo Presidente no início da Assembleia;

2. O funcionamento da Assembleia Geral rege-se pelas disposições dos artigos 47º a 61º do Regulamento Geral da Ordem dos Médicos. Quando se trate de Assembleias Gerais eleitorais rege-se-ão pelo articulado da Secção III do Regulamento Geral dos Colégios;

3. A Assembleia Geral é convocada por aviso a inserir na Revista Sócio-Profissional da Ordem dos Médicos, com antecedência mínima de dez dias, indicação do local, dia e hora de realização e declaração da ordem de trabalhos; a antecedência mínima será de trinta dias quando se trate de Assembleias Gerais Eleitorais.

SECÇÃO V

Formação Profissional e Idoneidades

A) Do Internato Complementar

Art. 20º - É condição prévia de admissão ao Internato Complementar de Medicina Interna o cumprimento das normas vigentes de acesso à Especialidade.

Art. 21º I. Ao requerer ao Colégio o estágio para habilitação ao título, o candidato receberá os seguintes documentos:

- a) Regimento do Colégio;
- b) Lista dos serviços idóneos;
- c) Normas de elaboração do *Curriculum vitae*;
- d) Oito fichas de Avaliação de Estágio (mod. A e B), com os respectivos duplicados, devendo estes ficar nos respectivos serviços e os originais serem enviados, periodicamente, ao Colégio.

e) Impresso para registo enquanto interno de Medicina Interna.

2. Num período de 30 dias depois do início do Internato, o candidato terá de comunicar o facto por escrito ao Colégio, através da Secção Regional de que depende, a que será apenas uma declaração confirmativa do Director do Serviço.

3. O Colégio disporá de um registo de internos de Medicina Interna, e doutras especialidades enquanto tirocinantes em serviços de Medicina.

Art. 22º - O Programa de Formação do Internato Complementar de Medicina Interna será elaborado pelo Conselho Directivo do Colégio, que o submeterá à Assembleia Geral do Colégio para posterior aprovação pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, que proporá ao Ministério da Saúde a sua aprovação e publicação em folha oficial.

B) Da Idoneidade dos Serviços

Art. 23º - A verificação da idoneidade para a formação bem como a avaliação da qualidade são atributos específicos do Conselho Directivo do Colégio da Especialidade de Medicina Interna.

1. Para o efeito do disposto neste artigo serão formadas comissões de verificação de idoneidades, constituídas por dois membros do Colégio, designados pelo respectivo Conselho Directivo, de um representante do Conselho Regional da respectiva zona e de um representante do Conselho Nacional do Médico Interno da respectiva zona;

2. Para verificação e atribuição de idoneidades é imperativa a realização de visitas periódicas aos serviços ou unidades;

Art. 24º - I. A idoneidade poderá ser requerida ao Conselho Directivo do Colégio pelos serviços interessados;

2. Do requerimento consta obrigatoriamente:

- a) Identificação do responsável, orientadores e demais elementos intervenientes na formação;
- b) Material, equipamentos e instalações disponibilizados bem como garantia da sua utilização e adequação durante a totalidade do período de formação;
- c) Tipo de formação a que se candidata especificando a capacidade oferecida para cada um dos itens do respectivo programa de formação e garantia do seu cumprimento.

Art. 25º - I. Um serviço idóneo, para efeito de Internato de Especialidade, deve satisfazer as seguintes condições:

- a) Possuir autonomia e quadro próprio;
- b) Ser efectivamente dirigido por um membro do Colégio de Medicina Interna;
- c) Ter no seu quadro permanente pelo menos seis especialistas inscritos no Colégio de Medicina Interna;
- d) Garantir, através dos seus sectores ou da colaboração assegurada com outros serviços, um treino clínico suficiente não só quanto ao tipo de cuidados médicos prestados - internamento, ambulatório e urgência - mas ainda quanto

- ao espectro de patologia assistida;
- e) Ter um programa de ensino pós-graduado.
 - f) Possuir um número mínimo de 30 camas.
 - g) Manter uma consulta externa de Medicina Interna
 - h) Na urgência externa, assegurar a presença física de um especialista de Medicina Interna ao longo das 24 horas, ou a articulação permanente do serviço de Medicina com a área de urgência externa, dispondo do apoio das áreas da Imagiologia e da Patologia Clínica.
 - i) Possibilitar o treino necessário à execução de todas as técnicas diagnósticas consideradas imprescindíveis ao exercício da Especialidade.
 - j) Possuir indicadores de qualidade assistencial.
 - k) Possuir um arquivo clínico próprio ou ter acesso ao arquivo central hospitalar.
 - l) Acesso a biblioteca técnico-profissional.
2. Um serviço em que não se verifique a existência de todas as condições determinadas no número anterior pode ser considerado idóneo para estágio parcial (30 a 36 meses), por decisão do Conselho Nacional Executivo, sob proposta fundamentada do Conselho Directivo do Colégio

Art. 26º - I. O Conselho Directivo do Colégio fornecerá anualmente ao Conselho Nacional Executivo a lista dos serviços de Medicina Interna idóneos para Internato.

2. O Conselho Directivo verificará, periodicamente, se os serviços idóneos continuam a obedecer às normas indicadas no número 1. do artigo 25º do presente Regimento.

3. O Conselho Directivo do Colégio pode anular o reconhecimento da idoneidade desde que se deixem de verificar as referidas condições.

SECÇÃO VI

Da Aquisição do Título

A) Da Admissão e Provas

Art. 27º - Só podem candidatar-se ao exame de Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos, os Médicos que tenham cumprido com aproveitamento as exigências curriculares definidas na Secção V deste Regimento, ao abrigo do disposto na alínea d) do artigo 81º do Estatuto da Ordem dos Médicos, ou que tenham obtido a respectiva equivalência.

Art. 28º - Haverá anualmente uma época de exames, marcadas com uma antecedência de seis meses.

Art. 29º - As provas, que serão a nível nacional, realizar-se-ão nos hospitais a que pertence o presidente do júri, segundo critério a definir pelo Conselho Directivo do Colégio e aprovado pelo Conselho Nacional Executivo.

Art. 30º - I. O Júri será Nacional e nomeado anualmente pelo Conselho Nacional Executivo sob proposta do Colégio da Especialidade

2. O Júri compor-se-á de um Presidente e quatro Vogais, sendo o Presidente e um Vogal da Secção onde se realizam

os exames e os outros vogais das restantes Secções.

3. Os Membros do Júri têm de ser Membros do respectivo Colégio de Especialidade.

4. As decisões processuais serão tomadas por maioria tendo o Presidente um voto qualitativo.

5. As decisões classificativas do Júri são tomadas por escrutínio secreto e delas não haverá recurso.

Art. 31º - Compete ao Júri:

1. Elaborar o programa das provas de exame.
2. Marcar o local, dias e horas da prestação das provas.
3. Proceder ao sorteio dos candidatos para estabelecimento da ordem de prestação de provas.
4. Escolher os doentes para as provas práticas.
5. Distribuir o serviço dos exames pelos membros do júri.
6. Elaborar uma acta de cada sessão das provas, que será assinada por todos os membros do júri.

Art. 32º - I. Os candidatos ao Exame de Especialidade terão de requerer ao Colégio respectivo, através da sua Secção Regional, a admissão às provas até 31 de Janeiro de cada ano.

2. O Colégio deliberará, através da verificação do *curriculum*, no prazo máximo de 30 dias, sobre a admissibilidade do candidato às provas finais do Exame de Especialidade.

3. No caso de não admissão, o Colégio terá de informar, por escrito, o candidato da razão da sua decisão e deverá indicar as lacunas curriculares que o candidato terá de preencher.

Art. 33º - I. A falta de um membro do Júri a uma prova de exame implica a sua exclusão.

2. As faltas referidas no número anterior têm de ser justificados perante o Presidente do Júri.

Art. 34º - Os exames de Especialidade de Medicina Interna, sem prejuízo do que venha a ser definido pelo Conselho Nacional de Ensino e Educação Médica, nos termos do artigo 81º, alínea d), do Estatuto, constarão de Prova Curricular e Provas Teóricas-práticas.

Art. 35º - I. A Prova Curricular será eliminatória e constará da verificação da avaliação e discussão do *Curriculum vitae* do Candidato, dispondo o Júri, para estudo prévio, de um prazo máximo de 60 dias.

2. A Prova Curricular incluirá obrigatoriamente a apreciação de:

a) Relatórios de actividades anuais e no fim de cada estágio elaborados pelo candidato e autenticados pelo Serviço onde decorreu o estágio;

b) Informações anuais e no final de cada estágio fornecido pelo Serviço onde decorreu o estágio, em folhas de avaliação próprias, elaboradas pela Ordem dos Médicos.

3. A discussão do *curriculum* será feita por, pelo menos, três membros do Júri, dispondo cada um de 15 minutos e o

Candidato de igual tempo para responder; a duração total da prova não deverá exceder as duas horas e meia.

Art. 36º - I. Prova de avaliação sumária:

a) Prova constituída pela apreciação e interrogatório sumário sobre problemas práticos bem definidos característicos da Especialidade:

- Observação de doentes, quer directamente, quer por meios iconográficos;

- Apreciação de métodos semiológicos especiais, nomeadamente endoscopias e registos gráficos;

- Apreciação de métodos complementares de diagnóstico;

b) O número de problemas não deverá ser menor do que seis nem maior do que dez;

c) Cada conjunto de problemas será sorteado entre os candidatos;

d) O candidato não poderá ser interrogado por mais de dois membros do Júri em cada problema;

e) A duração total da prova não poderá ser inferior a uma hora nem exceder hora e meia, não devendo a apreciação de cada problema demorar mais do que quinze minutos.

Art. 37º - I. A prova prática (clínica) constará da observação de um doente e discussão do respectivo relatório.

I. O doente será tirado à sorte de um conjunto previamente escolhido pelo Júri.

II. O candidato disporá do tempo seguinte:

a) 60 minutos para observar o doente;

b) 90 minutos para elaborar a história clínica, com diagnóstico provisório e para fazer a requisição escrita dos exames complementares que estimar necessários;

c) 60 minutos para, recebidos os exames complementares, elaborar, por escrito, a discussão desses exames, o diagnóstico diferencial, o diagnóstico definitivo, a proposta de terapêutica e o prognóstico; durante este período poderá observar de novo o doente, requisitar um segundo conjunto de exames complementares e executar técnicas não invasivas da Especialidade que forem adequadas e possíveis;

d) Um destes períodos poderá ser prolongado por mais 60 minutos, se o Júri assim o entender, antes do início das provas;

e) O relatório final será apreciado por não menos de três membros do Júri que disporão de 15 minutos cada um, dispondo o Candidato de igual tempo para responder a cada membro;

f) Será designado um membro do Júri para prestar assistência ao Candidato durante a Prova.

Art. 38º - I. A Prova de interrogatório livre consiste no interrogatório do Candidato por, pelo menos três membros do Júri, sobre temas diferentes.

2. Cada membro do Júri disporá para o efeito de um máximo de quinze minutos, dispondo o candidato de igual tempo para a sua resposta.

3. A duração total da prova não deverá exceder 150 minutos.

Art. 39º - I. A ordem de prestação de Provas será em princípio a indicada na enumeração, podendo, porém, o Júri alterá-la se achar conveniente, desde que mantenha a Prova Curricular em primeiro lugar.

2. Cada prova será eliminatória e classificada por cada membro do Júri com uma nota de 0 a 20, sendo o resultado da Prova a média aritmética das classificações levada à décima, competindo ao Presidente mandar lavrar acta de que constem as classificações referidas.

3. Depois de cada Prova, será comunicado ao Candidato a classificação obtida.

4. O resultado final será a média aritmética do resultado das quatro provas, competindo ao Presidente mandar lavrar acta de que constem as classificações parcelares.

5. No final das provas, será comunicado individualmente por escrito, a cada candidato, se foi ou não admitido no respectivo Quadro de Especialistas da Ordem dos Médicos.

6. Poderão ser passados certificados da classificação final obtida em termos de Aprovado, Aprovado por Unanimidade e Aprovado por Unanimidade com Distinção.

a) Serão considerados aprovados (aprovados por maioria) aqueles que nas suas provas tenham obtido valores negativos por parte de algum ou alguns dos Membros do Júri;

b) Serão considerados aprovados por unanimidade aqueles que só tenham obtido notas positivas na média final atribuída por cada um dos Membros do Júri;

c) Serão considerados aprovados por unanimidade e distinção aqueles cuja média global final seja igual ou superior a 16.

SECÇÃO VII

Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 40º - É condição prévia de admissão ao Internato da Especialidade de Medicina Interna ser o candidato portador de cédula profissional que lhe assegure o direito ao exercício da Medicina livre.

Art. 41º - O Colégio procurará dar cumprimento ao art. 93º alíneas a) e b) do Estatuto, no âmbito da Especialidade.

Art. 42º - I. Considera-se subsidiariamente aplicável o disposto no Regulamento Geral dos Colégios da Especialidade a todas as questões não expressamente reguladas neste Regimento.

2. Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Conselho Nacional Executivo, sob proposta do Conselho Directivo do Colégio.

Art. 43º - I. Este Regimento entra imediatamente em vigor.

2. Deverá ser revisto dentro de um período máximo de 5 anos.

3. O *curriculum*, Programa de Formação e tempos de estágio serão reavaliados, em princípio de cinco em cinco anos, sem prejuízo de antecipação quando considerada conveniente.

Encerrar Hospitais Psiquiátricos?

Carta Aberta ao Ministro da Saúde

Senhor Ministro

Gerou-se à volta da ideia de encerrar Hospitais Psiquiátricos uma onda de preocupação que tem levado alguns psiquiatras a lançar apelos de prudência.

Hoje é a minha vez. E, como sempre procedi com todos os decisores, procurarei ajudá-lo a ponderar factos e realidades que trinta anos de experiência em organização de serviços de assistência psiquiátrica e de saúde mental, de carreira hospitalar em Hospitais Psiquiátricos de Lisboa e Coimbra (um terço dos quais na Direcção de um deles), me revelaram.

Senhor Ministro: Encerrar um Hospital Psiquiátrico é sempre uma decisão de grande responsabilidade que só pode assumir-se com profundo conhecimento da sua realidade própria, do que representa para a população que serve, da aceitação, ou não, de alternativas por essa população, da existência, ou não, dessas alternativas e da comprovada vantagem que possam ter em relação à eficácia do Hospital Psiquiátrico em causa.

Mas para uma apreciação clara dessa realidade é preciso conhecer outras: a história da psiquiatria nacional, da nossa assistência psiquiátrica, a evolução da nossa legislação nessa área – sempre vanguardista e revolucionária no ideal psiquiátrico dos seus mentores – mas raramente implementada. É preciso saber que, apesar de todas as falhas dos governos à regulamentação das leis, aos apoios a este sector da saúde, apesar das vontades zigiguezagueantes de sucessivas tutelas, é graças ao saber e querer dos psiquiatras hospitalares portugueses que toda a imensa evolução dos nossos hospitais psiquiátricos tem caminhado no sentido de uma futura “desinstitucionalização”, como um ideal a atingir. É preciso saber que esses psiquiatras estão atentos à evolução dos padrões do adoecer mental e das terapias que melhor actuam, em cada situação, visando restituir a cada doente a autonomia possível para uma integração sócio-familiar com êxito. E nisso deverão ser apoiados, para que possam investigar e formar especialistas que avancem cada vez mais nesse sentido. Para que lhes sejam dados meios para reabilitar os doentes que “herdaram” em condições de dependência extrema, devolvendo-os à sociedade sem rejeições. Para, numa

palavra, evitar situações que requeiram “asilo”. É preciso saber que o Hospital Psiquiátrico de hoje não pretende reproduzir o modelo dos primeiros hospitais-asilos criados em Portugal (de Rilhafoles em 1848, do Conde Ferreira trinta e cinco anos depois). Trata prioritariamente em ambulatório, mas deve ter os melhores recursos para internar quando necessário.

O encerramento de um Hospital Psiquiátrico não corresponde apenas a lançar na rua novos “sem abrigo”. Corresponde, principalmente, à perda de um local indispensável à prática clínica de uma especialidade médica – a Psiquiatria – ao seu desenvolvimento no campo científico e à sua transmissão às gerações vindouras. Pensará o Senhor Ministro que tal tarefa pode ficar circunscrita às três Clínicas Psiquiátricas Universitárias que temos? Ou acha possível reunir e multiplicar as condições necessárias pelos Hospitais Distritais?

É preciso saber também que o conceito de ‘Saúde Mental’ não substituiu o de ‘Psiquiatria’ (como a designação diferente de leis sucessivas o pode fazer crer). São faces da mesma moeda. Faces que todas as especialidades médicas possuem e hoje cultivam: a prática clínica nos hospitais; a prevenção na comunidade. Uma e outra exigindo recursos, locais e técnicas específicas de actuação: conhecimento, rigor científico e local devidamente equipado, para a prática clínica; estratégias de saúde pública para a prevenção. Esta, sim, estendendo-se para fora dos hospitais, penetrando a comunidade. Não são, pois, conceitos ou práticas substituíveis, mas complementares.. Passaria pela cabeça do Senhor Ministro encerrar um hospital de outra qualquer especialidade? Porquê, então, a Medicina Mental lhe permite admiti-lo?

O chavão da “desinstitucionalização” grassa entre nós desde os anos 80, em que alguns Directores de Saúde Mental da extinta Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários procuraram investir e até suggestionar-nos com o modelo usado por Basaglia para o encerramento do Hospital Psiquiátrico de Trieste (a pedido do governo italiano). Mas essa política brutal e desumana do “ponham-nos na rua e que se lixe”, (como a ela se refere o historiador da Psiquiatria Edward Shorter), foi um

fracasso. Não só na Itália – outra realidade que conheci de perto – mas inclusive nos Estados Unidos, apesar da sua maior capacidade económica para criar alternativas aos hospitais. Não a podemos nem queremos seguir, pois ela ultrapassa toda a nossa cultura médica de tradição humanista judaico-cristã em que o respeito pelo doente nos impõe dar-lhe sempre o melhor possível.

E mais, Senhor Ministro da Saúde: será lícito, num Serviço Nacional de Saúde débil e carente, perdermos o pouco que temos?

Cria, Senhor Ministro que os psiquiatras hospitalares estarão atentos e só eles, ouvindo a comunidade que servem, poderão sentir qual o momento certo em que, com vantagem, se deverá ensaiar o encerramento de um ou outro Hospital Psiquiátrico. Selecção essa que exige a maior isenção face à ponderação, em cada hospital, das suas características próprias: arquitectura, condições de trabalho, funcionamento, qualidade e diferenciação em novas valências necessárias, em formação e investigação, sua implantação geográfica, popula-



Maria Manuela de Mendonça

*Médica Psiquiatra e Pedopsiquiatra
Directora Hospitalar aposentada*

ção que serve e respectivas carências sócio-culturais e económicas. E que exige acima de tudo, liberdade de escolha, dentro de critérios humanos para bem-servir e não de índices numéricos inadequados para bem-poupar.

Na esperança de ter contribuído de algum modo para este magno problema, subscrevo-me com a máxima consideração.

A minha experiência como utente do “National Health Service” britânico

Um médico Português chega a Londres, para participar num Congresso Europeu de Dermatologia, e conclui que se havia esquecido de um medicamento que tem de tomar diariamente. É encaminhado para o “National Health Service”, onde vive momentos inesquecíveis. Quatro horas de “luta” não foram suficientes para resolver satisfatoriamente o problema mas, mesmo assim, fica satisfeito dado que aprendeu muito com a experiência.

Preâmbulo

Um facto que sempre me fascinou é a forma como algumas pessoas manifestam convicções inabaláveis e definitivas em temas tão complicados como a opção por Monarquia e República, Religiosidade e Ateísmo, ou Socialismo e Liberalismo. São matérias abordáveis de múltiplos pontos de vista, difíceis de avaliar de todos os seus ângulos, o que deve levar um cidadão normal a pensar com a sua cabeça e não com a ca-

beça dos *media*, ou da opinião pública dominante, a ter hesitações e a manter sempre a porta aberta para a mudança. Em minha opinião, não se trata de falta de convicções mas antes de manifestação de inteligência (Só os burros...).

Um desses temas é o da organização do serviço de saúde de um país, nomeadamente o da relação entre serviço público e privado ou, dito de outra maneira, o problema Medicina Pública vs Medicina Convencionada. Para que não restem dúvidas sobre a parcialidade ou imparcialidade da minha opinião ao descrever o que se segue, esclareço que, ao longo da minha já longa vida, pratiquei a medicina privada por curtíssimos períodos sem significado e dediquei-me sempre ao serviço público, neste momento em dedicação exclusiva num hospital.

Dirão alguns que o relatado é aceitável, que se trata de um caso isolado sem significado, ou que a minha posição é elitista, sem visão global da realidade. Aceito mas, ainda assim, gostaria de contar a história, pois me parece uma contribuição, embora modestíssima, para reflectir. O Serviço Nacional de Saúde Inglês é frequentemente invocado como exemplo de várias coisas, negativas e positivas, e a minha peça será, seguramente, considerada um exemplo de um caso ou do outro, conforme as convicções de cada um.

Os factos

De 14 a 17 de Outubro de 2005, desloquei-me a Londres, a fim de participar no XV Congresso da Academia Europeia de Dermatologia e Venereologia que teve lugar no ExCel

Centre. Como sou uma pessoa velha e doente, tenho necessidade de tomar diariamente vários medicamentos, entre os quais o mais importante é a varfarina. Sou metódico até à estupidez e, por isso, na véspera das viagens, reúno tudo quanto preciso num saquinho de plástico que tem estampada uma cruz vermelha e que meto, senilmente, sempre no mesmo local da mala, não vá dar-se a tragédia de não a encontrar no meio dos mapas das cidades, do carregador do telemóvel, do adaptador das tomadas de corrente, das pilhas para a máquina fotográfica, do leitor de MP3 e outra parafernália típica das sociedades de consumo. Acontece que, quando peguei no *blister* dos comprimidos de varfarina, verifiquei que só tinha dois, pelo que o deixei de lado para levar um novo, completamente municiado. Com o nervosismo que sempre envolve a preparação de uma mala, esqueci-me!

Na hora própria de tomar o remédio, fui ao saquinho com a cruzinha encarnada e constatei a minha imperdoável falha. “No problem”, pensei. Estou no Reino Unido e amanhã, bem cedo, resolvo facilmente o problema. Acordei de madrugada, como habitualmente, dirigi-me à recepção do hotel, onde o meu já amigo Mr. Abib, a quem ofereci, a seu pedido, a fita onde pendurava o *crachat* do Congresso e que podia transportar também um telemóvel, me esclareceu que necessitava de uma receita para comprar tal medicamento. Telefonou para uma farmácia próxima, cujo farmacêutico, seu conhecido, lhe disse que só com uma receita passada por um colega Britânico, em impresso próprio para o efeito.



J. L. Cirne de Castro

Chefe de Serviço Hospitalar, Director do Serviço de Dermatologia – Hospital de Santa Maria

Atravessei a rua quase em passo de corrida e entrei no ExCel Centre, para o que era necessário apenas passar sobre uma ponte tipo “Abecassis”, à procura de um colega Britânico conhecido. Fui ao salão da exposição comercial, onde se encontra, habitualmente, a maior concentração de médicos por metro quadrado nos congressos. No meio de *stands* onde eram oferecidos cafézinhos a saber a pó de sapato, se davam *T-shirts* a quem respondesse certo a três perguntas sobre um determinado produto, cujas respostas estavam prudentemente à vista de qualquer míope com 2/10 de visão, e se anunciavam as propriedades rejuvenescedoras de determinada luz amarela pulsada, encontrei uma amiga portuguesa que muito prezo, de serviço essa manhã no *stand* da sua firma. Com ar infeliz, informou-me que tinha dado uma queda quando chegou ao seu posto de trabalho, com contusão do nariz, o que havia mesmo ocasionado a assistência pelo médico da organização. Depois de a ter confortado atabalhoadamente o melhor que sabia, dirigi-me veloz e egoisticamente para o balcão da organização, para perguntar onde podia encontrar o tal médico. Foi-me dito que não sabiam de médico nenhum, mas o melhor era perguntar no *First Aid*, “downstairs”. Aí encontrei um jovem mais ou menos da minha idade, simpático, com uma camisola azul escuro com letras verdes na parte frontal, onde se lia: “Medics”. Parecia um GNR a trabalhar na secretaria do quartel. Era um paramédico. Conteí-lhe a minha microdesgraça e, com muita simpatia, disse-me que a maneira mais rápida de resolver o problema seria ir ao “National Health Service”. Escreveu num papel, que guardo religiosamente, “New Ham Hospital – Walk-in Centre”, acompanhou-me até à praça de taxis e desejou-me “good luck” (agora percebo porquê!).

Chegado ao “Walk-in Centre”, entrei

directamente num salão repleto de gente, disciplinadamente sentada em várias filas de cadeiras, e com um pequeno balcão ao lado onde pontificava uma funcionária com ar aterrador. Aproximei-me timidamente e conteí-lhe o meu drama, qual era o de ser médico e me ter esquecido de trazer um medicamento de que necessitava “badly”. Olhou-me com desprezo e, sem pronunciar palavra, estendeu-me um formulário para preencher. Aí devia fornecer todos os dados de identificação, até ao número do telefone, explicar porque estava ali e quem me havia encaminhado para tal sítio. Depois de cumprida a minha tarefa, deu-me uma senha com o número setecentos e qualquer coisa e mandou-me sentar e esperar que me chamassem, o que fiz obedientemente, não fosse ela dar-me uma estalada na cara, o que parecia eminente.

Uma vez sentado e longe das mãos da facínora, comecei a fazer contas de cabeça. Tenho o número setecentos e tal, mas não estão aqui setecentas pessoas. Provavelmente, este rolo de papéis numerados já começou ontem. Comecei a contar as cadeiras de cada fila, multipliquei esse número pelo número de filas e cheguei à conclusão preocupante de que tinha 150 utentes à minha frente. Isto sem contar com o número, estatisticamente significativo, de almas que se encontravam à espera na rua e fumavam, intoleravelmente num país de boa educação sanitária, cigarro atrás de cigarro (sobretudo utentes idosas do sexo feminino!). Passei, então, a cronometrar o tempo que mediava entre a chamada dos utentes e verifiquei que variava entre 2 e 3 minutos. Isto é, na melhor das hipóteses, iria esperar cerca de 300 minutos, ou seja, 5 horas!!

Aí, pensei em D. Afonso Henriques, Vasco da Gama e no Condestável, aproximei-me da megera um pouco trémulo e disse-lhe: “Listen”, vim para Londres para participar num congresso médico de 4 dias e, tal como

as coisas estão, vou perder o primeiro dia à procura de 4 comprimidos de varfarina. Não é possível falar directamente com um colega? Respondeu-me que ali não havia médicos, só enfermeiras, e que também não havia medicamentos. Se queria o medicamento, tinha que esperar. A minha qualidade de português, cheio de liberdades, direitos e garantias, foi mais forte e exigi falar imediatamente com uma enfermeira. A facínora olhou-me um tanto surpreendida pelo meu atrevimento, levantou o rabo da cadeira e deslocou-se para o interior das instalações. Disciplinadamente, voltei a sentar-me no banco, assistindo ao seu regresso, sem uma palavra. Cerca de meia hora bem medida mais tarde, saiu uma funcionária completamente descaracterizada (como os carros da GNR que fiscalizam as auto-estradas) que se dirigiu à megera, tendo esta apontado para mim. Veio ter comigo, pegou-me por um braço e levou-me para a rua. Era enfermeira e perguntou-me o que queria, tendo eu contado, pela enésima vez o meu microdrama. Disse-me que ia telefonar para o hospital e logo me diria qualquer coisa. Regressei à minha cadeira, que os outros utentes respeitavam escrupulosamente (ao menos isso, dado que embora o cheiro no interior da sala fosse “de tombar”, sempre descansava os membros locomotores), e esperei não sei quanto. Já tinha perdido a noção do tempo. Estava na cidade capital do império onde o Sol nunca se punha e, por isso, não existiam problemas de segundos, minutos, horas ou dias.

Eis senão quando, reaparece a mesma enfermeira com uma carta fecha-

da na mão e me leva novamente a reboque para a rua. Diz-me que já havia telefonado para o Hospital, que era a 50 metros, ou jardas, ou milhas, ou newtons, ou ergs, ou qualquer coisa dessas (eu já não sabia de que terra era, quanto mais as unidades de comprimento!) e que devia dirigir-me imediatamente lá e entregar a carta que me deu. Suspirei de alívio, apesar de estar a ser objecto de tratamento especial (a carne, especialmente a do encéfalo, é fraca), e só não lhe beijei a mão porque estava bastante “sujota”. Finalmente, “I had got what I was looking for”.

Chegado ao Hospital, perguntei ao porteiro onde devia dirigir-me com a carta, que tinha escritos uns caracteres hieroglíficos, sendo-me respondido que à recepção, “of course”. Ali encontrei a segunda edição da megera anterior, que rasgou o envelope com maus modos, leu a carta e deu-me um impresso para preencher, exactamente igual ao que havia preenchido minutos(?), horas(?), dias(?) atrás. Esbocei um movimento de protesto, tendo sido reduzido ao silêncio pelo seu olhar. Escreveu, interminavelmente, num computador que gemia com a fúria das suas patadas, imprimiu n papéis, juntou a “form” que eu havia preenchido, não sem antes dizer que faltava a data do nascimento, meteu tudo num envelope sinistramente fechado e mandou-me sepultá-lo numa caixa cor de laranja que estava num dos lados da sala. Que me sentasse e esperasse. Ao fim de tempo indeterminado, uma enfermeira também descaracterizada veio à caixa e chamou por Mr. Castro (era eu, thanks God!). Entrei e, pela n^2 vez, confessei, envergonhado, o meu pecado: tinha-me esquecido de trazer 3, ou 4, comprimidos de varfarina para o Reino de Sua Majestade. Insistentemente, perguntava se eu me sentia bem, ao que, dadas as circunstâncias, era difícil responder que sim. Mesmo assim, assegurei-lhe que estava óptimo. Mandou-me, novamente para a sala. “Seat and wait because I have to talk to the doctor”.

Não sei quantos minutos, milhas, segundos, jardas, joules, horas, ou quilómetros depois, abriu-se uma porta e um jovem médico, igualmente descaracterizado, com “jeans” e camisa amarela, chamou por mim. Foi simpaticíssimo. Conteí, novamente a minha desgraça e perguntei-lhe se queria auscultar-me, eventualmente fazer um ECG, para comprovar a minha história e certificar-se que a varfarina ainda não é utilizada como alucinógeno por aldrabões como eu. Que não, só queria saber a dose que eu tomava. Disse-lhe que tomava $\frac{3}{4}$ de comprimido por dia, ao que me respondeu:

- Quanto é que isso é em miligramas?

Pergunta difícil, naquela fase do campeonato. Ainda assim, dividindo 5 por 2, dava 2,5, dividindo 2,5 por 2, dava 1,25 e somando 2,5 com 1,25, dava 3,75 mg. Considerando que ainda faltavam 4 dias para abandonar as terras de Sua Majestade, num gesto magnânimo, prescreveu 5 doses de 3,75 mg de “warfarin”. Chamou um “segurança” e disse-lhe para me levar até à farmácia do Hospital. Deus o abençoe por isso porque, se tivesse ido sozinho, ainda hoje andaria à procura da botica. Finalmente, tinha chegado o fim do calvário!

Entrado na farmácia, deparo-me com uma sala cheia de dezenas de pessoas disciplinadamente sentadas em cadeiras, onde o cheiro a “odor corporal” era inenarrável e o silêncio só era quebrado pelo barulho dos sapatos de umas 10 farmacêuticas (pelo menos tinham um *crachat* onde rezava: “pharmacist”) que circulavam entre pilhas de prateleiras, com um cestinho de supermercado no braço e debicando aqui e ali nas prateleiras. Nos dois guichés, “nobody”. Um dizia “Prescriptions in” e o outro “Medicines out”. Fiquei hesitante sobre o que fazer ao papel, até que uma gentil senhora de raça negra, simpaticamente, me disse que podia dei-

xar o papel no guiché e sentar-me. Alguns hertz depois (estava, definitivamente confuso!), um funcionário mal encarado pegou no meu papel e chamou por Mr. Castro. Deu-me a senha número 962 e disse: “seat and wait”, frase que já tinha ouvido em qualquer lado nessa manhã (!). Sentei-me e verifiquei que a primeira pessoa a ser chamada tinha o número 901. “Great”, pensei!!! Liguei o meu MP3, que felizmente tinha levado comigo, e entreguei-me nas mãos do Criador. Aí pela “Track 16” (Cosmic Rays) do CD de Charlie Parker, vencido pelo ar abafado que respirava, com um “smell” anestésico, misto de canela e chulé, e pelo cansaço, deixei-me adormecer. Subitamente, acordo assarapantado, já o Charlie Parker tinha terminado o concerto há muito e estava em casa, de pantufas, a limpar o cuspo do saxofone, quando ouço chamar o número 981.

Dirigi-me, de imediato, ao guiché e pedi humildemente desculpa por ter deixado passar a minha vez, mas aconteceu que tinha adormecido. Que não, que não havia problema, pois o meu caso ainda estava a ser considerado por causa da dose e que ainda precisavam de falar com o médico.

- “Seat and wait”.

Completamente impossível, depois de uma soneca reparadora, que me havia devolvido alguma capacidade lutadora, depois de me terem quebrado completamente a “espinha”.

- Mas qual é o problema da dose?

- É que nós não temos comprimidos de 0,75 mg!!!

- Não há qualquer dificuldade. Os comprimidos partem-se e está tudo resolvido.

- Nós não podemos dar comprimidos partidos.

- Mas eu parto-os “Madam”.

- “No way”!!!

Raspou-se como uma lebre e ali fiquei eu com a barriga encostada ao guiché. Entretanto, ouço uma conversa ao longe, cujos detalhes o meu ouvido esclerosado não permitia entender. A circulação de farmacêuticas havia cessado de todo, pois estavam em reunião por causa de mim. Até que uma mais exaltada se torna audível: “Look, it’s three, point, seventy five!”.

“Voilà”!! Estava esclarecido o problema. Logo que vi uma passar distante do vidro, bati violentamente com a mão e ela aproximou-se.

“Madam”, eu tenho fibrilhação auricular crónica, já tive uma embolia cerebral e tenho que tomar diariamente varfarina para prevenir nova embolia. Ontem não tomei o medicamento, porque cometi o grave erro de me esquecer de o trazer de Portugal para esta abençoada terra e hoje, pelo rumo que isto está a tomar, também não vou tomar. Posso morrer subitamente porque não consigo 3 comprimidos de varfarina em Londres! Isto é pior que a Etiópia!!

A plateia de “borregos” que estava silenciosamente “seating and waiting” olhava com olhos esbugalhados para mim e a “pharmacist madam” ficou mais encarnada que os riscos da bandeira de St. George incorporados na “Union Jack”. Foi a trote para a zona da farmácia protegida dos olhares do inimigo e voltou num ápice com duas caixas: uma, contendo 5 comprimidos de 3 mg de varfarina, dizendo para tomar 1

“in the evening” e, outra, com 3 comprimidos de 1 mg, dizendo para tomar “half a tablet in the evening”. Olhei e disse:

- Esta não é a dose que devo tomar: são 3,5 mg e não 3,75 (todos os que têm experiência de tomar varfarina sabem como o efeito é sensível às variações da dose, sendo aquela diferença suficiente para o INR vir por aí abaixo e criar risco eminente de embolia)!

Fiquei sem saber se a “habilidade” tinha sido do médico, ou das farmacêuticas.

E acrescentei:

- E, afinal, tenho que partir os comprimidos na mesma! Só que é muito mais difícil partir comprimidos de 1 mg sem ranhura, que comprimidos de 5 mg com 2 ranhuras.

Olhou-me com ar completamente “quadrado”, hesitou e esboçou um movimento de pegar, novamente, nas caixas. Antecipei-me e, no mais clássico estilo latino, surripi-as e perguntei:

- “How much am I supposed to pay?”

- “Nothing at all”, disse ela.

- “Thank you very much” - disse eu e raspei-me a galope.

Apanhei o primeiro taxi que encontrei, eram duas horas da tarde, cinco horas depois de ter chegado ao Centro de Saúde e ter tido o privilégio de passar à frente de 150 utentes. Tinha, pelo menos arranjado alguns comprimidos de varfarina, ainda que numa forma incorrecta.

No taxi cartola, a caminho do hotel, ia espreitando pelo vidro de trás, não fosse ser perseguido pela Scotland Yard, por não ter reconhecido o extraordinário serviço prestado pelo National Health Service.

À chegada ao hotel, pedi uma faca ao meu amigo Abib e tentei partir o comprimido de 1 mg em quatro partes. Na casa de banho do meu quarto, ao fim de várias tentativas frustradas para o fazer com bons modos, acabei por dar um murro na faca, de que resultaram 574 fragmentos de comprimido espalhados por tudo quanto era sítio. Na impossibilidade de avaliar o seu conteúdo em varfarina, escolhi os dois mais encorpados que não tinham caído na sanita e tomei-os juntamente com um comprimido de 3 mg. O resto deixei ao cuidado do meu Anjo da Guarda e da empregada da limpeza.

Veja-se o que se pode ler na página <http://www.nhs.uk/England/Default.aspx>:

“Pharmacists (sometimes called Chemists) are experts in medicines and how they work. They play a key role in providing quality healthcare to patients”. (1)
Haja Deus!!

Epílogo

God bless the British “National Health Service”.

God Save the Queen from those people.

Bibliografia

1. Pharmacies: <http://www.nhs.uk/England/Default.aspx>:

Medicina sem alma?



Daniel Hell

I. Será que alma é só uma palavra ?

Alma é antes de tudo uma palavra. Como tal, remete para outra coisa, tal como a palavra “árvore” é um signo para uma árvore na natureza, ou um símbolo para a espécie árvore. Mas a que se refere a palavra “alma”? O filósofo berlinense Tilo von Trotha acha que significa simplesmente “absolutamente nada”. Muitos neurocientistas estariam de acordo com ele. A alma é para a maioria dos cientistas, e para muitos médicos marcados pelas ciências naturais uma noção ultrapassada. Nenhuma autópsia e nenhum método moderno imagético foi capaz de encontrar a alma no corpo do homem, seja com ajuda de raios X, seja com campos electromagnéticos. É uma decepção para muitos doentes quando um médico lhes diz: “O seu sofrimento é de natureza psíquica.” Um sofrimento psíquico é para eles muitas vezes um sofrimento inconcebível, que não se consegue comprovar e que é incompreensível. Alma é para eles uma palavra misteriosa que não tem conteúdo nítido, que se mantém vago. Por isso, uma doença psíquica não é uma verdadeira doença. Eis uma razão pela qual muitas pessoas com doenças psíquicas ficam contentes quando o seu distúrbio é caracterizado como alteração do metabolismo ou do cérebro. Sentem-se aliviados, quando se encontram fisicamente e já não psiquicamente doentes. Também muitas pessoas depressivas ficam gratas quando ouvem o médico dizer que estão a sofrer de falta de serotonina e que devem ser tratadas com um medicamento que contém serotonina, tal como os diabéticos recebem a insulina que lhes falta.

Mas estará esta explicação médica certa? Será que distúrbios psíquicos são idênticos a doenças físicas? Ou, vendo melhor, será que é mais adequado falar de doença psíquica? Está bem assente que a comparação do sofrimento depressivo com a diabetes é forçada e incorrecta. Apesar dos maiores esforços de investigação científica, não se conseguiu encontrar uma relação quantitativa entre o nível de serotonina no sangue, no liquor ou em certas regiões do cérebro, e a gravidade da depressão. Por outro lado, na diabetes mellitus está comprovada uma correlação inequívoca entre o nível de glucose e o teor de insulina.

A acção da medicação antidepressiva não é explicável simplesmente pelo aumento da concentração de

serotonina no sistema nervoso central. Deverá antes assentar numa cooperação complexa de diferentes substâncias transmissoras, cujas funções ainda estão longe de ficar estabelecidas.

Muitas pessoas deprimidas, apesar disso, ficam aliviadas com a comparação “manca” entre diabetes e depressão. Sentem-se agradadas pela ideia associada de um estado de deficiência bioquímica, visto que na experiência depressiva se vive uma falta de motivação e de prazer. Ainda que pressintam que a comparação com a diabetes é inexacta, ficam gratas por existir uma explicação que torna um incompreensível distúrbio psíquico numa compreensível doença somática. A comparação “manca” – inventada por psiquiatras e adoptada pela indústria farmacêutica para o marketing dos seus produtos – não fica sem consequência. Contribuiu essencialmente para que a aceitação dos medicamentos antidepressivos, antigamente desaprovados, aumentasse consideravelmente nas últimas décadas. O tratamento medicamentoso é, hoje em dia, entendido por muitos como correcção de um desequilíbrio de substâncias transmissoras no cérebro. Esta representação assume a herança milenária da teoria dos humores, segundo a qual a melancolia é devida ao excesso da bile negra e tem de ser compensada na terapia com vomitivos.

Se a antiga doutrina dos humores e a moderna hipótese de deficiência de serotonina não reproduzem adequadamente a realidade física, e se as duas teorias têm impacto na sociedade, ou seja, na política de saúde, então é fácil chegar à conclusão de que palavras e representações imagéticas provocam consequências, independentemente da realidade física. Palavras não só traduzem realidades físicas por signos, como também retratam o mundo da linguagem, marcado por símbolos, que não se deixa definir materialmente. Neste mundo de linguagem e de símbolos dominam outras leis, tão importantes quanto as do universo físico-químico. Dado que assim é, não conseguimos chegar até às imagens mentais de uma pessoa por uma análise genética ou bioquímica, por mais minuciosa que seja. Mesmo se, por exemplo, o genoma do escritor Urs Widmer fosse conhecido até ao último pormenor, ainda assim não seria possível reconstituir a sua obra “O amante da mãe”, nem de explicá-la. Por outro lado, através desta obra cultural aproximamo-nos de uma mulher psicótica, de modo que nos possibilita uma nova visão e assim influ-

encia a nossa concepção de doença psíquica. Palavras que constituem um jogo de linguagem, não são secundárias para o homem. Isto leva a perguntar porque é que a noção de “alma” perdeu significado nas últimas décadas e séculos e porque é que a palavra “cérebro” ganhou, no mesmo período, um significado já quase mitológico. E coloca-se a questão: que representa o termo “alma” ainda hoje em dia e até que ponto ainda se revela útil e necessário para a medicina. Porque nenhum médico quereria dizer de si próprio que os seus tratamentos ou o seu modo de lidar com os pacientes não tenha alma.

2. A alma como imagem primordial da vida e da vivência

A representação da alma desempenha um papel proeminente na história do ocidente. A alma é primeiro representada animicamente como um animal em relação mágica com o homem. Já nos desenhos das grutas em Lascaux, cerca de 15 mil anos a.C. é provavelmente um chamado “pássaro da alma” que representa a alma livre na forma duma ave. A borboleta que se liberta da sua crisálida e se dirige para as flores é igualmente uma imagem simbólica da vivência da alma. Aves, borboletas e outros seres alados exprimem a mobilidade e a vitalidade dos organismos com “alma”.

Um símbolo arcaico da alma é também o sopro, ou seja, a respiração. Tanto a palavra hebraica “ruah” como o termo grego “psyche” designa a respiração. O termo alemão “Atem” tem parentesco com a expressão “atman”, da Índia da antiguidade, que igualmente traduz alma. Ao morrer a respiração pára. Unicamente quem vive tem movimentos de respiração e – se estiver atento – consciência de si, percorrido pelo fôlego de ar ao inspirar e expirar. Por isso, a experiência corporal de respirar ficou ligada, na filosofia oriental, à alma universal, e na ocidental com o sopro animador de Deus.

Com os antigos gregos a noção de alma libertou-se de imagens concretas, como o sopro ou o pássaro. A alma tornou-se uma ideia abstracta de substância imaterial e imortal. Mas também, sob forma abstracta, a alma se manteve no pensamento de Platão e Aristóteles um símbolo do vital e do vivo. Platão escreve no “Phaedros”: “Se o que se move sozinho não é outra coisa senão a alma, segue-se necessariamente que a alma nem pode ser algo que foi criado nem algo de mortal.” O seu aluno Aristóteles, que teorizou a alma como força que dá forma, resume de maneira concisa em “De animalibus”: “A alma faz-nos viver, sentir e pensar.” Ela é – expresso de maneira moderna – o princípio de organização de tudo que é vivo. Esta noção não deixou apenas rastros profundos na filosofia, teologia e medicina. Também cunhou o entendimento do quotidiano pelo

homem ocidental. Mas a noção de alma perdeu em atracção, no objectivante mundo moderno. Em especial, no discurso científico já só raramente se fala de alma. A psicologia e a psiquiatria, cujos nomes derivam de “psyche”, a designação grega de alma, também se tornaram, em grande parte, ciências sem alma. Já não são compreendidas no sentido literário de “ciência de alma” e de “ciência da cura da alma”, mas são cada vez mais definidas como neurociências aplicadas. Imagens do cérebro substituem os antigos símbolos da alma. No lugar de poderosas alegorias da vida, foram introduzidas a análise científica e a produção técnica. O que é observável e o que se pode alcançar reprimiram, aparentemente, a experiência pessoal e o que tem significado.

3. Do organismo com alma ao corpo material

A despedida da noção de alma como substância imortal e imaterial começa no período do Renascimento e tem o seu auge no Iluminismo e na época moderna. No mesmo período altera-se o modo humano de ver e representar. Esta revolução manifesta-se de modo significativo na representação artística do mundo. Enquanto que na pintura, até ao fim da Idade Média, os homens e objectos a representar eram colocados lado a lado, num plano raso, ou em maior ou menor tamanho, segundo a sua importância simbólica; o Renascimento introduz a perspectiva central, e com isso a dimensão de profundidade. Assim, o mundo é visto a partir de um ponto – o do artista ou do observador. A representação não segue mais o simbolismo tradicional (da Antiguidade ou da era cristã), mas segue a lei óptica da percepção empírica. Com isto, não só predomina a perspectiva individual do artista, mas também a do indivíduo contemplador. Também o observador toma consciência de que está a olhar para uma cena sustida e fixa, pois tudo desabrocha à volta de um eixo que o liga ao ponto de fuga oposto da imagem. O mundo desenrola-se na pintura perante o indivíduo observador. Apenas deste modo cada um toma realmente consciência de que o seu ponto de vista pessoal determina a maneira como o mundo é compreendido como objecto.

Não será por acaso, que com este novo olhar sobre o mundo também se alterou a concepção do mundo. Na filosofia, Descartes introduziu, no século XVII, a separação de “Res cogitans” – isto é, o espírito que reconhece – e a “Res extensa” – o objecto reconhecido, que tem extensão corporal. Esta divisão em mente que reconhece e corpo reconhecido rompe com a antiga unidade de corpo e alma num organismo comum. A alma é atribuída em grande parte ao corpo, e assim se afunda na matéria. Esta separação – filosoficamente desenvolvida na oposição sujeito-objecto – determina tam-

bém a medicina moderna. Em vez de estar perante um organismo com alma, que a partir de várias perspectivas pode em simultâneo ser vivido subjectivamente e investigado objectivamente, o médico cada vez mais enfrenta um corpo material, observado e tratado a partir da perspectiva central comum.

Não é certamente um acaso se Leonardo da Vinci era tanto um mestre na aplicação da perspectiva central, como um artista pioneiro na representação da anatomia humana. Leonardo da Vinci abordou o homem nos seus desenhos, com os olhos e instrumentos de um géometra, para o mensurar e calcular as suas proporções. A medicina, utilizando o mesmo acesso pela perspectiva central, primeiro dissecou o homem anatomicamente, depois dissolveu-o fisiologicamente num esquema de funcionamento, definido no espaço e no tempo e, finalmente, definiu-o ao nível da biologia molecular. Pelo olhar distanciado da observação através da perspectiva, o corpo foi subdividido em unidades cada vez mais pequenas, num espaço matematicamente definido com rigor; de modo que, no fim, resultou para a medicina uma imagem do corpo semelhante a um puzzle tridimensional. O corpo perdeu cada vez mais a sua realidade múltipla e global, que se pode sentir, e tornou-se cada vez mais um mecanismo complexo passível de ser observado e estudado. O olhar da medicina científica, embebido em perspectiva, contribuiu provavelmente para que o homem moderno tivesse desenvolvido uma distância crescente em relação ao seu próprio corpo. O corpo já não é o que o homem é, de maneira imediata e orgânica, mas algo que se tem. Não só o próprio médico, mas também muitos homens pós-modernos se tornaram “administradores da corporalidade”. Já não habitam a casa do seu corpo, mas possuem um organismo, tal como se tem à disposição um instrumento. (Apenas entre parêntesis se acrescenta que esta mudança da imagem corporal permite compreender melhor certas doenças da época moderna, como a anorexia nervosa e a perturbação da personalidade borderline. Para estes doentes, o corpo deixa de ser a base materna da sua vida – matéria provem do grego “meter”, o que significa mãe -, sendo um organismo esvaziado de alma que se pode definir física e quimicamente).

Na campanha vitoriosa da filosofia do Iluminismo e da medicina o corpo humano foi frequentemente posto em analogia com máquinas artificiais, assim como, no século XIX, com as então novas máquinas a vapor e, ultimamente, com dispositivos digitais, que permitem, através de mecanismos de retroacção, manter um equilíbrio energético, mesmo se as condições externas se alteram. A vida humana é cada vez mais percebida como interacção entre matéria e informação. Se, contudo, o homem é dirigido por sistemas hormonais, imunitários e neuronais,

e se em cada célula se situa um programa genético, então parece que o homem já não consegue determinar-se a si próprio, mas aparentemente fica determinado pelo seu organismo. Esta representação de um organismo que se organiza a si mesmo leva, in extremis, a que até as falhas de funcionamento no organismo não sejam detectáveis pelo próprio homem, mas que necessitem da vigilância de médicos especialistas. No futuro, serão provavelmente biosensores cada vez mais subtis que irão assumir uma parte desta monitorização.

Se os pacientes quiserem conservar a noção de autonomia condicional, isso só será possível se interiorizarem o controlo alheio e adoptarem o *engineering* técnico, desde a medição simples da tensão arterial e da glucose até ao controlo de aparelhos de injeção automatizados que administram substâncias de substituição e analgésicos. Temos de partir do princípio que a relação médico-paciente será crescentemente instrumentalizada pela introdução de chips contendo dados de saúde que economizam, durante o contacto médico, o demorado inquirir de dados biográficos. A troca de dados entre aparelhos de alta tecnologia e o perito médico já substitui parcialmente, hoje em dia, a auscultação do corpo pelo médico e o escutar paciente das histórias pormenorizadas de doenças. A olhadela para questionários, relatórios e análises bioquímicas já ocupa, actualmente, uma parte do tempo de consulta, porque este procedimento corresponde melhor à exigida análise de custo-benefício e às exigências de guidelines médicas do que a um aprofundar paciente dos sofrimentos humanos do doente.

4. Nova pluri-dimensionalidade

Por um lado, a medicina deve o seu imenso progresso técnico-científico, até hoje, à aplicação consequente da perspectiva central objectivante. Mas a concepção do mundo que reflecte esta visão sofreu fissuras desde o início do século XX. Assim, tanto na física como na arte, surgiram argumentos contra este modelo unidimensional (com carácter de perspectiva e geometria): na física, com a relação de incerteza de Heisenberg e a bivalência do quantum da luz; na arte com a introdução de vários ângulos de visão pelo cubismo. A perspectiva central revelou-se progressivamente como visão demasiado limitada para reproduzir as realidades multifacetadas da pós-modernidade. E no consultório do médico cada vez mais se evidencia que não é possível abranger o homem como um todo unicamente pela medicina de aparelhos, que estica o homem com meios digitais dentro dum espaço tridimensional e o recompõe com píxeis calculados sob a dominância da perspectiva central. Quanto mais o dia-a-dia da medicina se subjeta à técnica e à digitalização, tanto mais as pessoas procurando auxílio se mostram insatisfeitas e acentuadamente sofredoras. “Sofro, logo existo” é o título de uma obra de crítica

cultural de Pascal Bruckner. Nela, o autor descreve a propensão do homem pós-moderno em definir-se cada vez mais através do seu sofrimento. Segundo o autor, sempre mais pessoas se sentem vítimas de traumatismos, de mobbing, de injustiças sociais ou então somente como vítimas de lacunas na boa sorte, apesar de todo o conforto que as rodeia. É possível correlacionar esta tendência de vitimização com desenvolvimentos da sociedade e designá-la como infantilização, numa perspectiva crítica de análise cultural. É possível ver nisto, no entanto, também uma tentativa de se livrar da objectivação exclusiva e de se definir crescentemente através do sentir global do corpo-alma. Ora, o homem não é um fenómeno estatístico, nem um caso de doença impessoal ou até virtual. No sofrimento se mostra a aflição, que chama para obter ajuda. Sofrer é um grito que se quer ouvido. O sofrimento de uma pessoa rompe com a perspectiva das ciências naturais e remete o homem à sua vivência psíquica. Sofrimento é sempre pessoal e único. Para os outros, só é perceptível através do encontro, mas não pela observação de campos eléctricos do cérebro.

O sofrimento clama pelo seu remédio e o sofredor procura alguém que o ajude. Mas só pode ajudar quem o deseja e quem se põe à disposição da pessoa que sofre.

Será possível que hoje os homens se definam cada vez mais como sofredores, porque estão à procura de uma relação que não ocorre apenas no espaço fisicamente mensurável? Será que o poderoso impacto de um encontro, justamente provocado por grande sofrimento, corresponde à força da alma, que devolve à medicina moderna toda a sua complexa riqueza? Será que o discurso sobre a alma não está ultrapassado, mas que só se encontra gasta a velha imagem da substância imortal e imaterial? Será altura para uma nova consciência da alma, principalmente na medicina? Se isto estiver correcto, tratar-se-ia de não caracterizar mais a alma como coisa, mas de a perceber como símbolo. Dito num modo de expressão moderna, a alma toma o lugar de tudo aquilo que os homens só podem experimentar por e em si próprios, de certo modo, “em primeira mão”. Ela é expressão simbólica de possibilidades humanas em três aspectos:

Primeiro, a alma é símbolo para a experiência do vivo e do que fornece calor (vitalidade psíquica). Neste sentido Max Horkheimer caracterizou a alma como “contradição ao frio de uma vida puramente racional.”

Em seguida, a alma é símbolo para uma vivência incondicionada e imediata do momento mesmo (existência psíquica). O tempo vivido não corresponde ao tempo fisicamente mensurável. O instante não tem cronómetro, mesmo se existe na vida um antes e um depois. A alma simboliza esta duração impossível de medir.

Por fim, a alma é um símbolo para o que comove no relaci-

onamento interpessoal (encontro psíquico). Onde duas pessoas se encontram, não se deparam unicamente dois corpos um com o outro, nem se trocam só informações e correntes cerebrais. Antes, dois humanos percebem-se e realizam-se mutuamente como pessoas. O que distingue um encontro de uma mera coincidência ou de um simples processo de adaptação não é susceptível de ser percebido por terceiros na perspectiva de observador. Este “excedente” só pode ser vivido pelos envolvidos eles mesmos. Para isso, temos a noção de “alma”.

Em resumo, a alma é um símbolo imprescindível para aquilo que caracteriza a vida humana, e que escapa ao anonimato de um acontecer cego. A investigação médica deve, na perspectiva das ciências naturais, abstrair-se da alma. Mas a medicina prática não pode renunciar às dimensões relativas à alma.

Daniel Hell, nasc. 1944, é Professor Catedrático de Psiquiatria Clínica na Universidade de Zürich, Suíça, e Director Médico da Clínica Psiquiátrica Universitária de Zürich (“Burghölzli”)

Original publicado em:
Schweizerische Ärztezeitschrift – Bulletin des Médecins Suisses –
2005; 86: n° 41, pp 2342-2346
(ISSN 0036-7486/ 1424-4004; Internet: <http://bullmed.ch>)

Tradução : François Gysin (correspondência: f_gysin@yahoo.com)

Com autorização do autor e do “Bulletin des Médecins Suisses” para publicação da versão portuguesa na ROM

Ordem dos Médicos do Brasil: É preciso!

Viriato Moura*

Em Outubro de 1998, Antonio Celso Nunes Nassif, então presidente da Associação Médica Brasileira, lançou um desafio: a criação da Ordem dos Médicos do Brasil, órgão que reuniria as três entidades de maior representatividade dos médicos brasileiros: a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam), conforme editoriais publicados no Jornal da Associação Médica Brasileira (JAMB) em outubro e novembro daquele ano.

Quase sete anos se passaram e a tão alardeada Ordem não saiu do campo das boas intenções. Muito tempo, convenhamos, para a criação de uma entidade que poderá recuperar o prestígio e, sobretudo, alguns importantes direitos dessa laboriosa, sofrida e desrespeitada classe de profissionais. A classe médica portuguesa, por exemplo, que já tem sua Ordem desde 1938, conseguiu grandes avanços como controlar a qualidade do ensino médico naquele país, definir valores justos de honorários profissionais e obter respeito do governo, que só toma decisões relativas à saúde com aval daquela entidade. Um bom exemplo a ser seguido.

Os motivos que justificam a criação da Ordem foram exaustivamente enunciados e analisados. Mas a resposta sempre esteve nos anseios da própria classe, que sofre em decorrência da falta de uma entidade forte que tenha o poder de fazer acontecer os seus pertinentes e justos interesses. Não se pode negar que há um grupo de colegas – pequeno demais, reconheçamos – que luta bravamente neste sentido. Mas, lamentavelmente, ainda não se mostrou com a força suficiente para mudar efetivamente e o suficiente nas condições de trabalho e de remuneração.

O desprestígio da classe médica brasi-

leira pode facilmente ser mensurado pelo desrespeito às suas opiniões e decisões. Há muito que as nossas entidades médicas têm se posicionado contra a abertura de novas faculdades de medicina e insiste na necessidade de fiscalização mais atenta das em funcionamento. Como é sabido, isto não foi levado em conta pelo Governo e o número de faculdades continuou crescendo consideravelmente nos últimos anos, muitas delas funcionando sem a menor condição e lançando no mercado, a cada semestre, profissionais despreparados. Outro problema crucial fora de controle das nossas entidades são as condições de trabalho do médico. Imaginem se denunciássemos a nosso conselho de ética, como postulam os artigos 22, 23 e 24 do Código de Ética Médica, as más condições de trabalho a que somos submetidos. Certamente esse órgão não faria outra coisa a não ser apurar essas denúncias. E se interdittasse as unidades de saúde que merecem tal sanção, muitas seriam as interdições.

A participação efetiva de nossa classe no que tange as políticas de saúde também ainda está longe do que é preciso. Continuam sendo muitas as nulidades alçadas ao poder no setor unguidas tão-somente pelo critério político. Raramente as entidades médicas são consultadas pelos governantes sobre seus programas para a saúde.

A justa remuneração do médico, uma de nossas crônicas reivindicações, continua sendo nosso Calcanhar de Aquiles. Dentre as tabelas propostas pela AMB, nenhuma foi acatada no tempo certo pelos compradores de serviços médicos. Ou seja, sequer temos o direito de cobrar valores éticos pelo nosso trabalho. Quem nos paga é que decide, na maioria das vezes, o preço de nossos serviços. Isto, obviamente, fere profundamente nossa cidadania. Recentemente, a Fenam enviou boleto bancário aos médicos cobrando uma “ajuda financei-

ra” para “lutar” pela implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Ou seja, temos que pagar antes para tentar receber o justo pelo nosso trabalho. Aliás, sem qualquer garantia de que esse “investimento” terá retorno. Não é com dinheiro que se “comprará” a implantação da nova (nova?) tabela. Mas com outros valores.

A OMB, sejamos realistas, não será remédio eficaz para todos os males que atingem a classe médica. Isto, como se sabe, dependerá mais de nossas ações individuais e coletivas nessa direção. Todavia, obviamente, alguma coisa substancial precisa mudar, precisa ser feita – e logo! – para combater com eficiência as condições danosas que vêm vitimando moral e financeiramente os médicos brasileiros ao longo de tantos anos. E a ordem do dia continua sendo a Ordem. Quase sete anos já se passaram do lançamento oficial da proposta de sua criação e somente agora, muito tardiamente, em simpósio acontecido nos dias 21 e 22 de maio de 2004, em São Paulo, com a participação das principais entidades médicas do país, é que decidiram que nós seremos consultados oficialmente se referendamos ou não a criação da Ordem. Somente no início do ano passado foi criada a comissão de estudos para a implantação da entidade. É lamentável, preclaros colegas, mas esta Ordem está demorando demais. Uma pergunta que não quer calar: por que, até o momento, a Ordem dos Médicos do Brasil não foi criada? Com a palavra, quem souber a resposta. Mas sem evasivas, por favor!

* Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de Rondônia, Presidente da Regional de Rondônia da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores e autor de diversos livros, sendo o mais recente “O Médico entre aspas”

Investigação Clínica em Medicina Hospitalar A Propósito de um exemplo paradigmático

O trabalho de Investigação Clínica « Esofagite necrosante aguda » de Fátima Augusta e col., do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de S. Bernardo de Setúbal, saído no presente número da «Revista de Clínica Hospitalar», reveste-se, quanto a mim, de valor excepcional, para a interpretação da evolução histórica e das potencialidades actuais do nosso sistema hospitalar. Este trabalho recebeu o 1º Prémio de Investigação Clínica, da Sociedade Médica dos Hospitais da Zona Sul, no 5º Congresso Médico Nacional dos Hospitais Distritais, em 2001, em Aveiro. Posteriormente, devido à suspensão temporária da Revista de Clínica Hospitalar, foi publicado originalmente na revista «Endoscopy», órgão da Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva, onde foi considerado como representando a série mais extensa, até então descrita, desta rara entidade.

Na verdade, o facto de o Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Setúbal, ter alcançado a elevadíssima distinção, de um seu trabalho merecer a publicação numa revista de tão grande prestígio mundial, constitui, sem dúvida, uma oportunidade, plena de significado e de ensinamentos, para análise da situação actual da vertente médica da nossa assistência hospitalar. Em primeiro lugar, não podemos deixar de realçar que este êxito é resultado da concretização, em alto grau, ao longo de toda uma carreira, dos dotes de competência científica, de liderança, de organização, de dedicação e de capacidade formativa do seu Director, Dr. Jorge De Freitas, expressados, através da excelência científica e profissional dos seus colaboradores, no reflexo inquestionável da elevada qualidade científica e assistencial deste Serviço. Não podemos deixar de ver aqui, acima de tudo, uma afirmação indiscutível de que a produção científica deveria representar o principal factor de selectividade, na avaliação da formação e da ascensão aos lugares de topo das nossas Carreiras Médicas.

Também, a Sociedade Médica dos Hospitais da Zona Sul, não pode deixar de encarar como extremamente gratificante, o facto de um trabalho, galardoado com o seu Prémio

de Investigação Clínica, ter alcançado o importante mérito da publicação numa revista de tão grande projecção internacional, culminando 20 anos de estímulo e de imensa realização, nas áreas da Investigação Clínica e da Comunicação Científica, desta zona hospitalar.

Os hospitais, foram desde o início da revolução científica, a principal sede do progresso da Medicina, através da Investigação Clínica, baseada, nos primeiros tempos, sobretudo, no

Correlacionamento metódico das manifestações semiológicas com os achados anatomo-patológicos e, mais tarde, com os dados histológicos, bioquímicos, microbiológicos e genéticos, conduzindo ao crescimento contínuo da nosologia, pela subdivisão de patologias aparentemente uniformes, em novas entidades, processo que se prolonga indefinidamente, ao longo da evolução da ciência médica. Podemos citar, como exemplos precursores clássicos, algumas dessas inumeráveis situações: a chamada tísica desdobrou-se em bronquite crónica, tuberculose e bronquiectásias, a hidropisia em insuficiência cardíaca, cirrose hepática e hipoalbuminémia, a diabetes, em mellitus e insípida, o mal Bright em glomerulonefrites, nefrites intersticiais e doenças vasculares renais e assim sucessivamente, a ponto de no princípio do século XX, terem sido já isoladas cerca de 30.000 entidades clínicas. Este processo de dicotomia nosológica, fulcral para o progresso da Medicina, dependente, sobretudo, dos avanços da tecnologia, tem, como principais consequências, o estabelecimento de diagnósticos sempre mais adequados e a utilização de terapêuticas etiológicas cada vez mais eficazes.

O trabalho do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Setúbal, agora publicado, consistiu na confirmação da “Esofagite Necrosante Aguda” como uma nova entidade do grupo das

“hemorragias digestivas altas”, integrando-se, portanto, neste

processo de identificação de novas patologias, como dinâmica fundamental do progresso da Medicina.

Mas a investigação Clínica, para além da identificação, relativamente rara, de novas entidades nosológicas, e deve alargar-se a vários outros campos, como o levantamento de peculiaridades epidemiológicas das populações abrangidas pelos Hospitais ou Centros de Saúde, os ensaios das novas técnicas de diagnóstico ou de tratamento, o simples registo e análise de casuísticas clínicas das suas particularidades, ou mesmo o estudo de casos clínicos isolados, portadores de características invulgares. A propósito convém realçar que tanto os Hospitais Distritais como os Centros de Saúde, pelo o seu próximo relacionamento com as populações envolventes, encontram-se em condições privilegiadas para a produção de trabalhos de carácter epidemiológico regional.

Entre os Hospitais da Zona Sul, desde o nível paticamente zero, do tempo dos Hospitais das Misericórdias, até ao presente, a produção científica tem tido um crescimento prodigioso, em que tem tido papel destacado o estímulo permanente da Sociedade Médica dos Hospitais da Zona Sul, como se pode comprovar pelos registos das suas reuniões clínicas (ver Noticiário). Assim, desde a sua fundação em 1981, esta Sociedade organizou 15 Jornadas anuais, 6 Congressos Nacionais e cerca de 40 Sessões Clínicas Inter-hospitalares, onde, para além dos temas principais, foram apresentadas centenas de Comunicações livres orais e escritas, sendo as Comunicações escritas concorrentes aos Prémios de Investigação Clínica, de Casos Clínicos, de Actualizações por Internos e de Organização Hospitalar. Ora, só no Prémio de Investigação Clínica, para além das Menções Honrosas, houve 25 trabalhos premiados monetariamente, a maior parte deles, com significativo valor casuístico e epidemiológico, como pode ser comprovado pela consulta da Revista da Sociedade.

Não podemos deixar de lembrar aqui que o enorme suporte financeiro de todas estas realizações, raramente agradecido e até frequentemente vilipendiado, esteve e continua a estar a cargo da Indústria Farmacêutica, sem cujo apoio, tais acções seriam totalmente impossíveis de concretizar.

Esta produtividade científica reflecte a dedicação, a preparação científica e a capacidade formativa de numerosas Unidades assistenciais deste Sector Hospitalar. Contudo, apesar de decorridos 30 anos após a instituição das Car-



F. M. Fonseca Ferreira

reiras Médicas, temos de reconhecer que, em muitos meios hospitalares, ainda é relativamente pouco aceite e escassamente posta em prática, a ideia de que a Investigação Clínica e a Comunicação Científica devem ser assumidas como componentes integrantes, essenciais e permanentes da formação médica e da actividade assistencial, de cuja qualidade são, indiscutivelmente, os índices mais fieis.

Na verdade, nos nossos hospitais assistenciais, a Investigação Clínica foi, tradicionalmente, objecto, quase generalizado, de indiferença, de desinteresse e de marginalização, a começar pelo Centro Hospitalar assistencial historicamente mais representativo de todos, os antigos Hospitais Civis de Lisboa, os quais, apesar de constituírem uma óptima escola clínica e de possuírem um enorme caudal de movimento de doentes, sempre estiveram alheados, na generalidade, da preocupação de registos e análises das séries clínico-patológicas e do seu estudo científico. Esta atitude, resultante de vários condicionalismos, como remuneração insuficiente, com a conseqüente escassez do tempo de ocupação do corpo médico, tendência para retardamento da criação de novas Especialidades e adopção da mentalidade errada de que os hospitais assistenciais se deviam destinar apenas a curar doentes, sem pretensões de investigação científica, manteve este grande Centro Hospitalar de uma capital europeia, praticamente à margem da fase áurea dos extraordinários progressos nosológicos de toda a Medicina do século passado. Com esta crítica, de modo nenhum desejo menosprezar o glorioso percurso histórico dos Hospitais Civis de Lisboa, reflectido principalmente nas áreas da formação pré e pós-graduada e acima de tudo na excelência das suas Carreiras Médicas, cuja herança, alargada a todo o País, foi responsável pelo maior progresso do nosso sistema nacional de saúde em todo o século XX, transformando o baixo escalão a que pertencíamos no tempo dos hospitais das Misericórdias, numa das organizações assistenciais mais evoluídas de todo o mundo.

Também, nos últimos 30 anos de vigência das Carreiras

Médicas nacionais, os centros de decisão, desde as hierarquias mais centrais até às mais periféricas, têm mostrado bastante alheamento do importante papel da Investigação Clínica e da Comunicação Científica na formação médica e na qualidade assistencial, de que a desvalorização destas actividades, nos currículos das provas de avaliação e de selecção dos médicos hospitalares, representa apenas o aspecto mais significativo.

Ora, desde a instituição das Carreira Médicas não tem qualquer sentido duvidar do insubstituível da Investigação Clínica metódica e da prática regular da Comunicação Científica, como vectores indispensáveis da formação médica e da qualidade assistencial, para além dos seus efeitos directos no progresso da Medicina. Daí não ser já admissível, aceitar, um tão reduzido grau de aptidão, de diferenciação e de produção nessas áreas, de uma grande parte da nossa classe médica, reflectidos na ausência, quase absoluta, de representatividade do nosso País nos foros médicos internacionais, onde, sob este aspecto, somos considerados, com razão, o único país terceiro-mundista da Europa. Vem a propósito lembrar que a primeira entidade clínica, individualizada no nosso País, foi a paramilodose familiar, em 1950, por Corino de Andrade, sem dúvida como consequência da sua especialização na Alemanha em Neurologia.

A superação desta humilhante deficiência só poderá ser atingida se a Investigação Clínica nos Serviços de acção médica em geral, deixar de ser encarada como um trabalho excepcional, eventual ou fortuito para se tornar um desempenho normal, regular e sistemático de toda a actividade clínica, traduzido numa rotina da colheita rigorosa de dados clínicos e de exames complementares, seguida do seu registo informático, da sua análise criteriosa e de oportuna Comunicação oral e escrita.

Por outro lado, a Comunicação Científica, requerendo, sobretudo na sua vertente escrita, além da sujeição estrita às normas internacionais, muito treino e muita informação, confere, em contra partida aos seus autores, uma maior aderência à moderna prática da Medicina Baseada na Evidência e um acentuado acréscimo de conhecimentos e de competência no desempenho clínico.

De modo que, no futuro não devia ser possível a graduação de médicos hospitalares com formação científica incompleta, isto é, cujos currículos não demonstrassem uma produtividade científica razoável, o que significa que os

estágios de Especialidade e as respectivas provas de avaliação deviam incluir uma forte componente nas áreas de Investigação e de Comunicação científicas. A produção científica nos hospitais, não deve, portanto, corresponder, como actualmente, a um objectivo excepcional e transitório ou à participação esporádica de unidades de eleição, mas resultar, naturalmente, de uma adequada organização e de uma dinâmica permanente de toda a actividade assistencial hospitalar.

Esta tendência, deverá ser implementada, em primeiro lugar, através de disposições adequadas, emitidas pelos órgãos superiores de decisão, sobretudo em relação às metodologias de progressão nas Carreira Médicas. Para além disso, o progresso científico da Medicina nacional poderá ser também, substancialmente estimulado por outras medidas, como pela colaboração dos centros de investigação básica com a rede hospitalar, ou pela influência do mecenato de instituições para-oficiais, por exemplo, através do patrocínio a prémios a trabalhos científicos ou de subsídios a comunicações em congressos internacionais.

Sem dúvida, que os grandes impedimentos à produtividade científica hospitalar são a escassez de médicos, o seu reduzido tempo de ocupação e o excesso de trabalho, em que se encontra espalhada a actividade clínica dos nossos hospitais assistenciais. No entanto, a mentalidade bastante difundida de desinteresse, alheamento e até de oposição à Investigação Clínica, de uma parte dos centros de decisão e duma razoável parcela da classe médica, contribuem também pesadamente, para o défice qualitativo implantado em bastantes das nossas unidades hospitalares.

Daí que nesta fase de transformação por que estão a passar os hospitais nacionais, talvez a principal tendência inovadora devesse ser a de encontrar modelos de Carreiras Médicas que assegurem, em grande escala, optimizações de chefias e de formação, de acordo com as exigências da ciência médica actual, valorizando devidamente as vertentes da Investigação Clínica, da Comunicação Científica e da Medicina Baseada na Evidência, como principais parâmetros da qualidade assistencial, evidentemente sem desatenção pela organização e funcionalidade estrutural dos sistemas de saúde e das exigências humanas dos doentes.

Editorial do nº 26 da Revista de Clínica Hospitalar da Sociedade Médica dos Hospitais da Zona Sul



Outubro - 1.ª Série

Resolução do Conselho de Ministros n.º 155/2005, de 2005-10-06

Presidência do Conselho de Ministros

Prevê um conjunto de orientações no sentido de tornar mais justos e equilibrados os sistemas de remunerações e pensões nas empresas e institutos públicos.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 2005-10-12

Presidência do Conselho de Ministros

Determina a criação de uma estrutura de missão para a re-forma dos cuidados de saúde primários

Decreto-Lei n.º 172/2005, de 2005-10-14

Ministério da Saúde

Altera os Estatutos do Instituto da Droga e da Toxicodependência, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de Novembro.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 163/2005, de 2005-10-18

Presidência do Conselho de Ministros

Cria um modelo de acompanhamento do estudo e implementação dos grandes projectos que envolvam investimento público por parte do Ministério das Finanças e da Administração Pública e dos ministérios sectoriais envolvidos.

Despacho Normativo n.º 46/2005, de 2005-10-19

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

Aprova o Regulamento Interno do Pessoal do Instituto Nacional de Emergência Médica.

Decreto-Lei n.º 176/2005, de 2005-10-25

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

Altera o Decreto-Lei n.º 389/99, de 30 de Setembro, que estabelece as bases do enquadramento jurídico do voluntariado.

Outubro - 2.ª série

Despacho n.º 21430/2005(2.ª série), de 2005-10-12

Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde

Delegação de competências nos conselhos de administração dos hospitais sociedades anónimas, com efeitos reportados a 14 de Março de 2005.

Despacho n.º 21431/2005(2.ª série), de 2005-10-12

Min. da Saúde - Gab. da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde

Delegação de competências nas Administrações Regionais de Saúde, com efeitos reportados a 14 de Março de 2005.

Despacho n.º 21437/2005(2.ª série), de 2005-10-12

Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde

Delegação de competências nos conselhos de administração dos hospitais do sector público administrativo, com efeitos reportados a 14 de Março de 2005.

Despacho n.º 22250/2005, de 2005-10-25

Min. da Saúde - Gab. do Secretário de Estado da Saúde

Estabelece as regras da negociação, celebração e acompanhamento da execução dos contratos-programa a celebrar entre os hospitais S.P.A. e as A.R.S. e entre os hospitais S.A. e o Ministério da Saúde, bem como a calendarização das fases necessárias à sua concretização.

Despacho n.º 22620-B/2005, 1º Suplemento de 2005-10-31

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Procede à revisão em baixa dos preços em vigor para algumas das áreas convencionadas, mantendo-se os preços estabelecidos para as demais áreas, designadamente a diálise face ao acordo estabelecido com a Associação Nacional de Centros de Diálise no sentido de os preços fixados em Janeiro de 2005 vigorarem nos próximos três anos.

Regulamento dos Prémios Literários 2005

- Prémio FIALHO DE ALMEIDA – FICÇÃO
- Prémio ABEL SALAZAR - ENSAIO
- Prémio REVELAÇÃO - FICÇÃO E ENSAIO

Art. 1º - Os prémios SOPEAM destinam-se a distinguir obras inéditas ou publicadas depois do último concurso da modalidade, de escritores médicos ou estudantes de medicina, de nacionalidade portuguesa, sócios desta Sociedade.

Art. 2º - Estes Prémios são bienais, alternando com os de Poesia e Teatro.

Art. 3º - Os Prémios consistem nos Troféus SERPIS e Diplomas.

Art. 4º - Os Prémios serão atribuídos por um júri escolhido pela di-

recção da SOPEAM e será constituído por três pessoas de reconhecida competência, duas das quais da área da crítica ou da escrita literárias e uma terceira escolhida entre os componentes da Direcção da SOPEAM que presidirá, mas que terá, apenas, voto de desempate.

Art. 5º - Os prémios podem não ser atribuídos se o júri entender que nenhuma das obras apresentadas a concurso possui valor literário suficiente para ser distinguida.

Art. 6º - Não é permitida atribuição de prémios *ex-aequo*, podendo ser atribuídas duas Menções Honorosas.

Art. 7º - Nenhum autor poderá voltar a ser premiado nos três anos fiscais seguintes na mesma modali-

dade.

Art. 8º - Os concorrentes só podem apresentar a concurso uma obra em cada modalidade, devendo entregar quatro exemplares da mesma em concurso até ao dia 31 de Janeiro de 2006, na sede da Ordem dos Médicos, na Avenida Gago Coutinho, 151, em Lisboa, e ao cuidado da SOPEAM, com indicação do prémio a que concorrem.

Art. 9º - Das decisões do Júri não cabe qualquer reclamação.

Art. 10º - Os casos omissos serão resolvidos pela Direcção da SOPEAM.

Art. 11º - A entrega dos Prémios será feita em sessão solene na Ordem dos Médicos, em data a anunciar.

Regulamento dos Prémios Artísticos - 2005

PRÉMIO MÁRIO BOTAS – PINTURA
PRÉMIO REVELAÇÃO

Art. 1º - O prémio Mário Botas destina-se a distinguir obras de Pintura inéditas e com data que não seja anterior ao ano do concurso e da autoria de médicos ou estudantes de medicina, de nacionalidade portuguesa e sócios da SOPEAM.

Art. 2º - O Prémio é atribuído de dois em dois anos, alternando com o Prémio Celestino Gomes, de Escultura.

Art. 3º - O Prémio consiste no Troféu SERPIS e em diploma.

Art. 4º - O Prémio é atribuído por um Júri escolhido pela Direcção da SOPEAM e será constituído por críticos ou pintores de reconhecida competência e por um membro da Direcção da SOPEAM que terá apenas voto de desempate.

Art. 5º - Cada concorrente só pode apresentar um trabalho a concurso.

Art. 6º - Da decisão do júri não cabe recurso.

Art. 7º - O Prémio poderá não ser atribuído se o Júri entender que nenhuma das obras apresentadas a concurso merece tal distinção.

Art. 8º - Não é permitida a atribuição de Prémios *ex-aequo*, mas podem ser atribuídas duas menções honorosas.

Art. 9º - Nenhum artista poderá ser premiado nos três anos fiscais seguintes na mesma modalidade.

Art. 10º - O Concurso está aberto até 31 de Janeiro de 2006 e a apresentação da candidatura deverá ser feita na sede da Ordem dos Médicos, Avenida Gago Coutinho, 151, em Lisboa e ao cuidado da SOPEAM, com apresentação de fotografias da obra a concurso. Posteriormente serão avisados da data em que deverão fazer entrega das obras a concurso, para apreciação do Júri e posterior exposição.

Art. 11º - Os Prémios serão entregues em Cerimónia Solene, na Ordem dos Médicos, em data a marcar.

Art. 12º - Os casos omissos serão resolvidos pela Direcção da SOPEAM.

Prémio de Poesia António Patrício de 2004 da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos SOPEAM

O júri constituído pela ensaísta e poeta Dra. Dalila Lello Pereira da Costa, pelo Dr. Amadeu Teles Marques advogado e poeta, membro fundador da Associação Portuguesa de Escritores Juristas fazendo parte do respectivo Conselho Directivo, e por Maria José Leal médica, membro delegado da Direcção da SOPEAM, entre as obras concorrentes de elevado nível literário, atribuiu por unanimidade o Prémio de Poesia António Patrício de 2004 à obra

PELAS MARGENS DA SERENIDADE
de Joaquim Manuel Pinto Serra

Pelas Margens da Serenidade é poesia escrita numa grafia e numa sintaxe próprias, sóbrias, muito cuidadas e conseguidas.

É uma ronda pelas estações de um ciclo de vida sequenciadas tal como as quatro estações do ano solar: Primavera *ou a raiz do nosso olhar*, Verão *a intranquilidade do nosso pensamento*, Outono *apenas duas folhas sobravam da harmonia dos nossos gestos*, Inverno *pelas margens da nossa ausência*. São quatro capítulos cada um com treze poemas de conteúdo e objectivo construídos numa disciplina de grafismo, ritmo e sonoridade.

Esta ronda está imbuída desde o começo, da Sabedoria que só a maturidade e o desaparego do Inverno podem proporcionar, sendo esta última *pelas margens do Inverno da nossa ausência*, a estação prima ou genésica que perpassa e nutre toda a obra no desenvolvimento duma estética

poética de conteúdo e sentido reportados ao ciclo solar que pela morte de cada Inverno reinicia um novo percurso. O Inverno, o período da morte, do aparente repouso em que Perséfone desce a Hades e aí permanece ocultada enquanto a semente se desintegra e pela morte renasce em outro ser.

Inverno o tempo em que a Terra emprenha, a estação

que está sempre presente dentro do tempo que perpassa todas as outras estações do ciclo; Inverno sempre presente na morte contínua e permanente, folhas avulso morrem e caem nas plantas de folha dita perene durante todo o ano; na dimensão microscópica da apoptose celular, milhões de células em todos os corpos vivos morrem e se desintegram continuamente. Esta é a verdade ecológica, a lei inexorável e necessária.

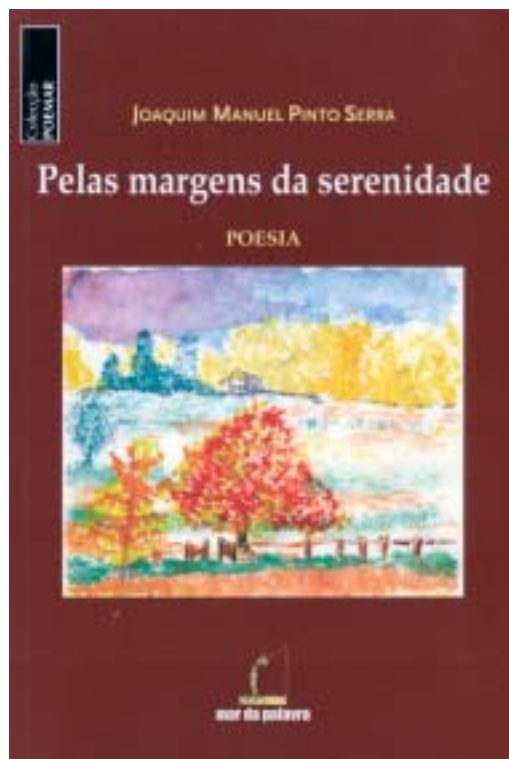
Joaquim Manuel expressa a alegoria do Inverno desde o seu primeiro livro *As Mãos* e *o Silêncio*, que começa com o verso de Sophia de Mello Breyner ao jeito de sinopse: *Quando eu morrer voltarei para buscar/Os instantes que não vivi junto do mar*

No capítulo *os velhos dentro de nós* escreve: *e se a morte antes da morte chegar primeiro/encontrará na velhice o nas-*

cimento/de apenas mais um mês que não Dezembro/porque os velhos nascem todos em Janeiro; e no capítulo este olhar ausente: porque prematura era já envelhecida/ e para nós que vínhamos de tão longe/era como que uma terra prometida/sem pessoas sem espaços e já sem vida.

No livro **Pelas margens da Serenidade**, este Inverno perpassa todas as estações, apontam-se, como exemplo, apenas algumas passagens uma em cada capítulo de entre as muitas que se podem encontrar em qualquer dos quatro; na Primavera em *a aventura: guardávamos os mais pequenos búzios que inventávamos em todas as realidades/transitórias que morriam... e tínhamos todos os rios e as lágrimas/todas bem perto dos queixumes onde/existíamos e o mar o mar imenso e tenebroso dentro de um pequenino fras-*

co/transparente acomodado no armário da sala/de aulas da escola onde secretamente nos/comovíamos; no Verão em a sedução: perdiam-se os jogos ganhavam-se as vontades nos limites quase anónimos da ternura ... e o teu sexo ficava embevecido/incendiado de espera e de tormento pelo/sono que não vinha de tão lento quase/impuro junto à cabeceira de um jogo/onde perdíamos os dois ao mesmo tempo/



ambos já o sabíamos desde Abril quando/nos seduzíamos mutuamente era de noite/se ainda te lembrás fazias frio e estava/tão escuro; no Outono em a preguiça: apenas os dedos fugindo/levemente do lugar sem um destino/qualquer mexendo-se só por mexer/lguardando que o tempo passasse até/nascer outro dia e o outro voltasse a/nascer.

Pelas Margens da Serenidade está escrito com o desapego de quem vivencia o Inverno no sentido biológico e escatológico do termo, a vertente mais pessoal e intimista das mágoas e por que não das culpas e do desamor já fora exorcizada nas obras de Poesia precedentes como em *Cinco Canções de Amor para Violino e Orquestra: éramos Romeu e Julieta entre grinaldas/entre cambraias e cetins entre açucenas/suspirávamos de amor como convinha/a tanto amor a tanta ilusão comprometida... era o amor que ausentando-se de nós nos magoava!/era o amor que ausentando-se de nós amor tanto nos feria!* Ou em *De Passagem para o Outro Lado da Ternura*: *o que nos dói não é a dor/ mas a sua ausência/lo que vem a seguir à dor/esse vazio... O que dói/é o que vem a seguir à dor/lo desamor/entre o silêncio e a ausência dessa dor.*

O Mar e as suas bordas de praia e areia, assim como as Mãos e a Música são imagens sempre presentes em toda a obra de Pinto Serra, tece-as como ferramenta estética, e a Estatuária e a Pintura aparecem a ilustrar de forma quase figurativa a descrição que sugerem.

O Sarcasmo ou a Ironia, muito bem aplicados e desenvolvidos no Livro de Contos, são pelo contrário raros na sua Poesia; ...que eram as horas que tinham planeado/lir para a cama/ela de camisa de dormir/ele de pijama em *Mágoas de Solidão e Desassossego*; e no poema aniversário do seu último livro: *eram novas as roupagens e velhos eram/os tempos inglórios os sobressaltos que/assinavam a nossa despedida em fogolento necessitávamos apenas de um pouco/mas de margem e de uma vigília ao sol-poente*

da nossa imaginação e/ressurgimento devagar com champanhe e/stras a jantar em banho-maria somente/por uma noite e o after-shave do nosso arrependimento depois do caviar.

A procura do Silêncio e da Serenidade é também uma preocupação presente sobretudo a partir do livro *De Passagem para o Outro Lado da Ternura*, em que uma multiplicidade de poemas o atesta, por exemplo *amizade* do capítulo *poemas de exteriorização e deslumbramento: o que nos resta depois do amor/talvez silêncio... o que nos alimenta a serenidade/talvez palavra.*

Agora no seu mais recente livro o Autor conta-nos nesta ronda das quatro estações a alegoria do caminho do percurso da água limitada pelas margens que a bordeiam, esse ciclo de nascer e morrer permanente, não com a delimitação do voyeur ou do relator mas com a Sabedoria do que conhece e está por dentro dos mecanismos da vida que tal como a morte é permanente e cíclica; cada organismo, cada célula, a luz, a cor, o som, a electrónica, ...o pensamento, ...o desejo são partículas de matéria em movimento que criam a relatividade do tempo, pela sua força electromagnética se agregam e se desagregam, constantemente criando e morrendo. A Sabedoria que sabe do embuste da autoflagelação da dramatização da Morte que algumas sociedades paranoicamente desenvolveram, o maior embuste em que muitos homens acreditam.

Diz-nos assim no último poema, o décimo terceiro do capítulo quarto: *pelas margens da serenidade uma/tranquilidade que nos surpreende/transcendente e enigmática tu vais meu/amor pela outra margem eu vou por esta/ encostados ao relento que nos alimenta/encontrar-nos-emos devagar junto à foz/le iniciaremos uma nova caminhada meu/amor eternamente.*

Obrigada Joaquim Manuel Pinto Serra por este belíssimo Livro.

Novembro 2005

Maria José Leal

Joaquim Manuel Pinto Serra nasceu em Loulé em 1937, onde fez a instrução primária e iniciou os estudos secundários que concluiu no então Liceu Nacional de Faro. Já em Coimbra licenciou-se em Medicina e especializou-se em Psiquiatria. Trabalhou no Hospital Psiquiátrico de Sobral Cid (Serviço de Inimputáveis Perigosos do Ministério da Justiça) e foi Director do Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes de 1984 a 1996. Aposentado da carreira hospitalar, exerce, como profissional liberal, a actividade de médico Psiquiatra. É membro da Associação Portuguesa de Escritores, da Associação de Jornalistas e Escritores do Algarve e da Associação Portuguesa de Poetas; é membro do Conselho Fiscal da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos.

Obras Publicadas:

As Mãos e o Silêncio - Prémio Nacional de Poesia da Vila de Fânzeres 1998;

Ed Junta de Freguesia de Fânzeres 1998

Mágoas de Solidão e Desassossego - 1ª Menção Honrosa do Prémio de Poesia António Patrício da SOPEAM 1998; Ed do Autor; Figueira da Foz 2000

Cinco Canções de Amor para Violino e Orquestra - Prémio de Poesia António Patrício da SOPEAM 2000; Ed Autor; Figueira da Foz 2002

De Passagem para o Outro Lado da Ternura - Menção Honrosa do Concurso Arte na Medicina da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos de 2003;

Ed Autor 2003

Estas Aparências que nos Doem - 1ª Menção Honrosa do Concurso Nacional de Conto Manuel da Fonseca da Câmara Municipal de Santiago do Cacém 2004;

Ed Mar da Palavra; Coimbra 2005

Pelas Margens da Serenidade - Prémio de Poesia António Patrício da SOPEAM 2004;

Ed Mar da Palavra; Coimbra 2005

Teatro

Confissões das mulheres de 30

A peça Confissões das mulheres de 30, protagonizada por Ana Brito e Cunha, Fernanda Serrano e Maria Henrique está em digressão e apresentar-se-á nos dias 3, 4 e 5 de Fevereiro de 2006 no Rivoli Teatro Municipal, no Porto.



O Chato



A peça O Chato, cujo elenco é composto por António feio, Virgílio Castelo, Helena Isabel, Luís Esparteiro, Jorge Morato e Joaquim Guerreiro, continua em cena em Lisboa. Esta peça pode ser vista no Teatro Villaret, se terça a sábado às 21.30 horas e aos domingos pelas 17 horas.

Música

A Espuma das Canções de Rui Veloso

Sete anos depois da edição de «Avenidas», Rui Veloso regressou no passado dia 29 de Novembro com um

novo disco de originais. «A Espuma das Canções» é o nome do álbum, um dos mais aguardados dos últimos anos na música portuguesa, tendo sido editado o primeiro single, «Canção de Alterne». Ao todo são 15 novos temas que prometem marcar uma nova página de ouro para a dupla Rui Veloso/ Carlos Tê - o qual assume uma vez mais os créditos das letras - no ano em que vêm celebrando os 25 anos de carreira. «A Espuma das Canções» teve duas edições diferentes: uma edição normal com os 15 temas novos e uma edição especial limitada com 2 temas bónus e um DVD-extra com filme da gravação do disco, galeria de fotos e vídeo clip. O novo álbum foi gravado nos Estúdios Vale de Lobos (Sintra) com gravações adicionais em Londres (Livingston Studios), no Rio de Janeiro (Fábrica de Chocolate e Yahoo Estúdios) e na Dinamarca (Lundgaard Studios). Foi ainda na Dinamarca e em Londres, respectivamente, que as misturas e masterização, foram terminadas nas últimas duas semanas; no primeiro caso também no Lundgaard Studios e em Londres nos Townhouse Studios.



Curso de Iniciação à Prova de Vinho

Os críticos de vinhos Os5às8 (www.os5as8.com) estão a organizar mais um Curso de Iniciação à Prova de Vinho, a decorrer nos dias 11, 12 e 13 de Janeiro 2006, das 19:00h às 21:00h. O curso realizar-se-á no ambiente único e privilegiado da York House (em Lisboa), tendo a duração total de seis horas, com custo

unitário de 130€. O curso abordará toda a temática da prova, incluindo o exame visual, análise olfactiva e análise gustativa. O curso será leccionado por Os5às8 (Rui Falcão, Pedro Gomes e Tiago Teles).

Os interessados podem obter mais informações através do seguinte e-mail: info@os5as8.com

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS

EVENTO: Jornadas do Departamento de Oncologia Médica do IPO – Porto
LOCAL: Hotel Solverde – Espinho
DATA: 11 a 13 de Janeiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Factor Chave ; Tel: 21 – 430 77 40; Fax: 21 – 430 77 49

EVENTO: XXI Jornadas de Cardiologia e HTA de Almada
LOCAL: Hotel do Mar em Sesimbra
DATA: 11 a 13 de Janeiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada; Tel: 21 – 274 32 55; Fax: 21 – 274 32 23

EVENTO: Congresso de Fisioterapia do Mercosul – FIEP 2006
LOCAL: Foz do Iguaçu
DATA: 15 a 17 de Janeiro

EVENTO: V Colóquio de Cefaleias
LOCAL: Centro de Cultura e Congressos da Ordem dos Médicos – Porto
DATA: 20 e 21 de Janeiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Centro de Estudos de Cefaleias - Serviço de neurologia-HSAntónio; Tel.: /Fax: 22-2007699; cecefaleias@mail.telepac.pt

EVENTO: 1º Encontro Novartis Cuidar e Curar
LOCAL: Centro Congressos do Estoril
DATA: 28 de Janeiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Novartis Farma; Tel: 21-0008820; Fax: 21 - 0008825

EVENTO: 10º Curso de Endoscopia Ginecológica – 2006
LOCAL: LISBOA
DATA: 26 e 27 de Janeiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Schering Lusitana; Tel. 21 926 99 00; Fax: 21 – 921 84 71

EVENTO: 4ª Reunião Anual Medinter-na “Doenças Autoimunes e o RIM”
LOCAL: Fundação Cupertino de Miranda
DATA: 26 a 28 Janeiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Acropole Lda; Tel: 22-619 96 80; Fax: 22 – 619 96 89

EVENTO: 17th international Congress on Anti-Cancer Treatment (ICACT)
LOCAL: Paris
DATA: 30 de Janeiro a 2 de Fevereiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Merck AS; TEL: 21 – 361 35 00; Fax: 21- 361 36 65

EVENTO: 5ªs Jornadas de Atualização em Doenças Infecciosas
LOCAL: Culturgest – Lisboa
DATA: 2 e 3 de Fevereiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Merck Sharp & Dohme; Tel. 21 – 446 57 28; Fax: 21 – 446 57 29

EVENTO: 14th Winter Symposium on Intensive Care medicine
LOCAL: Zermat-Suíça
DATA: 5 a 10 de Fevereiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: X Jornadas Nacionais do Patient Care
LOCAL: Centro Congressos de Lisboa
DATA: 9 e 10 de Fevereiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: admédic; Tel: 21 – 842 97 10; Fax: 21 – 842 97 19

EVENTO: European Multidisciplinary Colorectal Cancer Congress 2006
LOCAL: Berlim
DATA: 12 a 14 de Fevereiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Merck AS; Tel: 21 – 36 13 500

EVENTO: 7th INTERNACIONAL Conference on New Trends in Immunosuppression and Immunotherapy
LOCAL: Berlim
DATA: 16 a 19 de Fevereiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: 5th Genoa Meeting on Hypertension, Diabetes and Renal Disease
LOCAL: Genova

DATA: 23 a 25 de Fevereiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: Annual Conference on Dialysis
LOCAL: São Francisco – EUA
DATA: 26 a 28 de Fevereiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: XIII International Congress on Metabolism and Nutrition in Renal Diseases
LOCAL: Mérida – México
DATA: 28 de Fevereiro a 4 de Março
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: Jornada Internacional de Dermatologia Clínica y Atención Primaria
LOCAL: Buenos Aires
DATA: 7 a 9 de Março
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Associação Médica de Cooperação Lusófona e Iberoamericana e Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 – 358 43 80; Fax: 21 – 358 43 89

EVENTO: IX Jornadas de Medicina Interna do Funchal
LOCAL: Funchal
DATA: 8 a 11 Março de 2006
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Serviço de Medicina II - Centro Hospitalar do Funchal

EVENTO: X Jornadas de Cardiologia e HTA de Beja
LOCAL: Beja
DATA: 16 e 17 de Março
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada; Tel: 21 – 274 32 55; Fax: 21 – 274 32 23

EVENTO: XIII Congresso Nacional e I Congresso Ibero-Italiano de Cirurgia Oral e Maxilofacial
LOCAL: Hotel Meridien – Porto
DATA: 16 a 18 de Março