

MAIO 1994

Ordem dos Médicos

R E V I S T A

CICLO DE
DEBATES
SOBRE
POLÍTICA
DE SAÚDE



Sectores

**PÚBLICO e
PRIVADO**

A saúde em Portugal

Discutir o futuro

Com a realização do debate "A Saúde em Portugal - Sector Público e Privado" concluiu-se o Ciclo lançado pela Ordem dos Médicos, a partir de uma iniciativa dos Conselhos Distritais de Lisboa e Grande Lisboa. Em quatro sessões estiveram na mesa temas como o Futuro do Estado Providência, Que Sistema de Saúde para Portugal, o Financiamento do Sistema de Saúde e Componentes Público, Privado e Social do Sistema de Saúde.

Mais do que inventariar problemas já conhecidos, este Ciclo procurou promover o debate em torno de temas de grande actualidade, não só em Portugal como na Europa e no Mundo. Não procurámos, como Ordem dos Médicos, definir políticas ou opções definitivas, mas apenas promover o debate e discutir ideias. Por isso entenda-se este Ciclo, e os que se seguirão, como contributos e alertas para situações a que os governos, os partidos e em muitos casos também os médicos, têm de dar respostas.

Deste Ciclo ressalta que a saúde é uma questão nacional, como são nacionais a defesa e a política externa. É preciso - todos os intervenientes foram unânimes nesse ponto - um consenso entre as forças políticas e sociais, entre os prestadores, os cidadãos, os partidos políticos e a sociedade civil para se encontrar um consenso mais alargado, capaz de dar resposta a uma série de perguntas.

Uma coisa parece certa. Políticos, médicos, economistas e demais personalidades ligadas ao fenómeno da saúde não deixaram de elogiar a iniciativa, quanto mais não fosse pelo que teve de inédita, num país onde muitos parecem dispostos a lançar pistas para a discussão, mas onde poucos parecem interessados

em trazer a terreno um debate onde se devem definir posições e avançar alternativas.

E foram algumas as pistas que aqui ficaram. Apesar disso é difícil adivinhar o caminho que vai ser seguido como alternativa ao beco sem saída para que o sector da saúde se encaminha.

Mas nesta iniciativa não se pode deixar de sublinhar a disponibilidade de muitos dos participantes, particularmente a do Dr. Paulo Mendo, um Colega que agora, na qualidade de Ministro da Saúde, veio à Ordem dos Médicos reafirmar princípios e ideias que noutras ocasiões, então apenas na qualidade de médico profundamente interessado pelo sector, tinha já avançado.

É de esperar que sejam criadas as condições para que muitas delas possam passar à prática, desde que da sua aplicação resultem as necessárias melhorias para o sector e para os profissionais a ele ligado. E que tudo isso seja feito depois de um profundo diálogo com aqueles que, no terreno, aplicam as ideias.

E uma das melhorias a esperar é a que diz respeito à situação dos assistentes eventuais de Clínica Geral. Há anos que o Ministério da Saúde não abre concursos de provimento, optando pela contratação de tarefeiros, muitas vezes não qualificados para o exercício da clínica geral. Um facto que levou o CNE a alertar o Ministro da Saúde para esta situação, lesiva dos interesses da população e dos médicos.

Nesta revista dá-se também conta da deliberação do CNE relativamente aos Internatos Médicos (prestação de serviço de urgência) e da posição acerca da estranha situação de *privilégio* que a lei conferiu aos médicos do Serviço Efectivo Militar.



Dr. Santana Maia

Ordem dos Médicos

REVISTA

MAIO 94

DirectorDr. Carlos Alberto
de Santana Maia**CONSELHO EDITORIAL****Norte**Dr. Américo Rui Couto
Dr. Luís Filipe Laranjeiro
Dr. Victor Sanfins**Centro**Dr. Armindo Rebelo
Dr.ª Isabel Cristina
Dr. Rui Pato**Sul**Dr. Machado Cândido
Dr. Pedro Nunes
Dr. Silva Santos**REDACÇÃO**Dr. Adriano Natário
Dr.ª Manuela Reis**CONSELHO DE TESOUREIROS**Dr. António Pessoa (S. R. Norte)
Dr. Óscar Gonçalves (S. R. Centro)
Dr. Basiklal Ranchhod (S. R. Sul)**SECRETARIADO**

Sofia Gonçalves

PUBLICIDADE

Helena Pereira

CONCEPÇÃO GRÁFICAGráficos à Lapa, Lda.
Rua de S. Domingos à Lapa, 6
1200 LISBOA
Tel. 395 1085 · Fax 395 33 47**IMPRESSÃO**

Imprinter S.A.

DEPÓSITO LEGAL 7421/85

PROPRIEDADE, ADMINISTRAÇÃO**REDACÇÃO E PUBLICIDADE**

ORDEM DOS MÉDICOS

Av. Gago Coutinho, 151
1700 LISBOA

Tel. 847 06 54 · Fax 847 12 15

PREÇO AVULSO 350\$00

PUBLICAÇÃO MENSAL
TIRAGEM 30 000 EX.

A Saúde em Portugal. Sector Público e Privado.

Resumo das Intervenções do último Debate
inserido no Ciclo sobre Política de Saúde

8

ACTUALIDADE

Conselho Nacional Executivo Comité Permanente European Board of Urology

5
17
23

OPINIÃO

A situação dos Serviços de Saúde Mental Portugueses

Posição da Associação Portuguesa de Saúde Mental

24

Reflexões acerca de Concursos Hospitalares e Currículos

Dr. Luís Coutinho Miranda

28

Breves reflexões sobre o Futuro

Dr. Paulo Simões

30

A eficácia económica dos Médicos nas Unidades Públicas de Saúde

Dr. Nuno Morujão

32

SECÇÃO JURÍDICA

34

CULTURA

36

CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO



Reforma do Ensino Médico

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos analisou o projecto de despacho enviado por Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde tendo decidido tomar as seguintes posições:

1 Considerar louvável a nomeação de uma Comissão Permanente de acompanhamento das alterações curriculares a propôr na formação dos médicos tendo decidido nomear como seus representantes os Drs. Carlos Santos, José Luís Biscaia e Pedro Nunes.

2 Considerar que sendo desejáveis melhorias no Internato Geral, são precoces quaisquer alterações imediatas ao Internato já a decorrer, tanto mais que não se vislumbra como será executável uma alteração profunda e imediata dos currículos das Faculdades de Medicina.

3 Considerar ser possível esperar da Comissão Permanente agora nomeada a elaboração de uma proposta que permita introduzir alterações ao Internato

Geral a começar em Janeiro de 1995 pelo que desde já incumbiu um grupo de trabalho interno para facilitar a audição dos órgãos consultivos que devem pronunciar-se sobre tais alterações.

4 Considerar que as alterações a introduzir devem garantir um conjunto de princípios básicos inegociáveis dos quais desde já se destacam:

- o Internato Geral, perante o quadro actual da formação pré-graduada, é um período insubstituível que permite a aquisição das imprescindíveis aptidões e competências de natureza prática;
- o Internato Geral, bem como os Internatos Complementares das Especialidades, são períodos de formação sob orientação e acom-

panhamento das estruturas do Ministério da Saúde e da Ordem dos Médicos, não estando esta disponível para prescindir das suas funções estatutárias nesta área:

- qualquer alteração à formação médica deve ser precedida de análise extensiva por todas as estruturas envolvidas de modo a garantir o envolvimento e empenhamento desde o início no seu processo e creditação.

5 Cumpridas as condições e tramitações imprescindíveis a Ordem dos Médicos reafirma o seu empenhamento em estudar medidas que, sem pôr em causa a qualidade e adequação da formação médica, permitam a economia de meios e a mais precoce inserção dos jovens no mercado de trabalho.

CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO

Concursos de Clínica Geral

Carta enviada ao Sr. Ministro da Saúde

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos recebeu uma exposição de um grupo de Assistentes eventuais de Clínica Geral face ao qual vimos expor a Vossa Excelência os seguintes factos: Existe uma grande carência de médicos de família em todo o País, o que aliás já foi reconhecido publicamente por Vossa Excelência. Desde há vários anos que os sucessivos Ministros da Saúde não abrem

concursos de provimento para Assistentes de Clínica Geral.

O Ministério da Saúde, para colmatar as carências de médicos de família, tem recorrido à contratação de médicos tarefeiros, geralmente não qualificados para o exercício da clínica geral.

Foi recentemente aberto um concurso de provimento para cerca de 800 assistentes hospitalares não tendo, contudo, igual atitude sido

tomada em relação às carreiras de clínica geral e de saúde pública. Sendo o médico de família reconhecido como um recurso fulcral num sistema de saúde desenvolvido, não pode o CNE da Ordem dos Médicos deixar de alertar Vossa Excelência para esta situação anómala e incompreensível mesmo que, num futuro próximo, se venham a encontrar outras formas de prestação de cuidados na área da clínica geral.

Internatos Médicos Prestação de Serviços de Urgência

A Ordem dos Médicos tem sido frequentemente solicitada a pronunciar-se sobre a legitimidade da utilização não formativa de internos em serviços de urgência. É posição do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos que os internos não deverão servir para colmatar carências de recursos humanos dos estabelecimentos de saúde. O Conselho Nacional Executivo chama a atenção para os princípios contidos na circular normativa do Departamento de Recursos Humanos (D.R.H./1320 de 04.11.91) e relem-

bra que deverá ser o Director do Serviço (no caso dos Internatos Hospitalares) ou a Direcção do Internato (nos casos dos Internatos de Clínica Geral e Saúde Pública), com a colaboração do respectivo orientador de formação, a definir, respeitando as regras de cada internato e os problemas estabelecidos, o planeamento das actividades dos internos, incluindo a prestação de serviço de urgência.

Mais se esclarece que o serviço de urgência deve ser feito no serviço onde efectivamente está a ser efectuado o estágio.

Atestados Médicos

Carta enviada à Sr.^a Ministra da Educação.

Com Conhecimento ao Presidente da Comissão Parlamentar dos Direitos Liberdades e Garantias e aos Grupo Parlamentares do P.C.P., P.S.D., C.D.S e P.S.

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, reunido no Porto em 14 de Maio de 1994, recebeu de alguns dos seus Membros reclamações sobre a exigência de Escolas Superiores quanto à necessidade de atestar a ausência de deficiências psíquicas, sensoriais ou motoras nos candidatos a alunos.

Assim, porque estão em jogo direitos essenciais dos cidadãos, pedimos a Vossa Excelência a sua melhor atenção e possível acção de salvaguarda de quaisquer medidas discriminatórias.



CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO

Farmácias

O Conselho Nacional Executivo reunido no dia 30 de Abril de 1994, considerou:

- Que a prescrição de meios terapêuticos, como os medicamentos, faz parte integrante do acto médico;
- Que a acessibilidade aos medicamentos prescritos pelos médicos é

elemento essencial da qualidade dos Cuidados de Saúde;

- Que a direcção técnica das farmácias deve ser assegurada pelos farmacêuticos, devendo as unidades de saúde possuir postos de venda acessíveis, garantindo o rápido início do tratamento prescrito ao doente;

Assim, a **Ordem dos Médicos recomenda que as unidades prestadoras de cuidados médicos, públicas ou privadas, possuam postos de venda ou farmácias desde que seja salvaguardada a supervisão técnica por farmacêutico. Esta medida a ser implementada permitiria ao Ministério da Saúde e aos doentes significativa redução de custos.**

Central de Resíduos Tóxicos

A Ordem dos Médicos tem acompanhado com interesse as notícias vindas a público sobre a instalação em Portugal de uma Central Incineradora de Resíduos Industriais Tóxicos.

Tratando-se de uma unidade industrial que, pela natureza dos produtos que manipula e da afirmada sensibilidade da tecnologia empregue, é de molde a suscitar a intervenção das entidades com acção na área da Saúde. A Ordem dos Médicos não pode alhear-se e deixar de prestar o seu testemunho. Assim:

- Não compete à Ordem dos Médicos, nem para tal se sente habilitada, avaliar da necessidade ou não de instalar uma unidade industrial de tal teor.
- Os aspectos económicos e técnicos bem como as decisões de carácter político situam-se numa esfera de avaliação que não é a da Ordem dos Médicos e sobre a qual, de igual modo, não nos pronunciaremos.
- É uma evidência que, qualquer que seja o local em que tal unidade

de seja instalada, a sua presença condicionará uma maior pressão sobre as estruturas de saúde locais, não só no que respeita ao acompanhamento das suas condições de laboração e riscos inerentes, como também à necessidade de estarem preparadas para responder a condições de catástrofe sempre possível.

- Neste particular e dado a insistente perspectiva da sua localização na área de Sines, a Ordem dos Médicos alerta com particular preocupação para a situação sanitária da região.

Com efeito, após a desactivação das unidades hospitalares de nível concelhio como o Hospital de Sines, transformado em Centro de Saúde, e a progressiva despromoção do ex-Hospital Distrital de Santiago do Cacém, **não existe na região qualquer unidade capacitada para responder em tempo útil a qualquer emergência de natureza industrial.**

- Se a grande insuficiência de meios de todo o Litoral Alentejano já é preocupante perante as pressões

sazonais do turismo e a indústria petroquímica já instalada, torna-se verdadeiramente angustiante quando confrontada com a que agora se pretende implementar.

A Ordem dos Médicos alerta, assim, o Governo que a instalação de uma Central Incineradora de Resíduos Tóxicos Industriais em área como a de Sines, **implica a instalação prévia de uma unidade hospitalar dotada de:**

- Serviço de Urgência pluridisciplinar
- Unidade de Queimados
- Unidade de Cuidados Intensivos polivalente
- Equipas de reanimação constituídas por anestesista, pessoal técnico e de enfermagem em regime de presença física de 24 horas
- Acesso em tempo inferior a 15 minutos a equipas de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Ortopedia, Oftalmologia e Cirurgia Máxilo-Facial

A Saúde em Portugal

Sectores Público e Privado

Entendemos encerrar este Ciclo com um debate hoje em dia fundamental entre todas as forças interessadas na problemática da Saúde: o papel da medicina privada no sistema de saúde em Portugal.

A Saúde necessita de um novo rumo e as várias alternativas devem ser colocadas, de modo a que decisões definitivas sejam tornadas após ampla discussão com os vários parceiros sociais.

Dr. Machado Cândido/Moderador

No período do pós-guerra dá-se um grande desenvolvimento no sector da saúde na Europa. De facto, em poucos anos, os movimentos sociais europeus e o desenvolvimento económico criaram condições para que todos os cidadãos tivessem acesso aos cuidados de saúde. É único em todo o Mundo. Cuidados de saúde para todos deixou de ter conotações político-partidárias. O Estado-Providência tornou-se incontestado. Em Portugal, o processo começa bastante mais tarde, numa altura em que já havia sinais de crise, em que os sistemas de saúde europeus apresentavam dificuldades e o aumento dos custos era já um tema que preocupava os governos. Percorremos em 20 anos aquilo que outros países percorreram em 50. Creio que muitos dos nossos problemas e deficiências residem, também, na velocidade deste processo. Contudo, isso não nos impede de um debate sério perante a crise. Creio que há alguns aspectos que são particularmente preocupantes no sector da saúde. Os nossos hospitais estão endividados, o investimento tecnológico afrouxou significativamente, a imagem pública das nossas instituições tem-se degradado. É comum ouvir-se dizer que os salários consomem grande parte dos orçamentos dos hospitais, há uma descontentamento e uma desmotivação dos profissionais, há uma centralização excessiva de todas as tomadas de decisão. É também consensual que o financiamento dos hospitais não é correcto, não permite o desenvolvimento desses hospitais nem dos serviços. Há

uma partidarização e um compadrio nunca antes atingido (não é um mal de agora, mas um mal que se acentuou).

Por outro lado, as convenções são ridículas, e mesmo assim são pagas com atrasos de 6, 12 e mais meses. A medicina privada é um sector completamente dependente do sector público, há uma redução significativa da consulta privada, há dificuldades em muitas clínicas privadas.

Este processo de desenvolvimento não foi uniforme. Estamos hoje com um desequilíbrio. Esta crise não é só económica, é mais profunda, é também uma crise de novas descobertas, de novos avanços a nível da medicina. Ninguém sabe se há-de investir, nada está definido quanto ao futuro das convenções, há uma paralisação em muitas áreas que poderiam ser de investimento. Nada está claro sobre o futuro do sector privado em Portugal.

E para começar este debate pedia à Dra. Maria José Nogueira Pinto a sua opinião sobre a situação do sector da saúde, e se entende que há soluções.

Escassez de Recursos e Direito à Saúde

Dra. Maria José Nogueira Pinto

É tranquilizante pensar que o problema da saúde é um problema planetário, que, um pouco por todo o mundo, os governos e as sociedades se confrontam com esta situação. Isso tranquiliza-nos, porque não estamos isolados. Em Portugal há tendência para tornar este tema numa questão ideológica e, a propósito dela, fazer



DRA. MARIA JOSÉ N. PINTO

uma discussão que julgo estéril. Penso que se trata de uma questão ética. Qualquer reforma neste sector vai necessariamente passar pela redução do âmbito de aplicação de um direito que tem sido entendido como geral e universal. Culturalmente todos nós interiorizámos que o direito à saúde é um direito justo. Durante os últimos anos, e é natural que assim seja, houve esta interiorização, um direito que conseguiu ser actualizado, passou de um direito potencial e programático para um direito actual, ao contrário do que aconteceu com a alimentação, a educação, a habitação. Sabemos que há muitos analfabetos, que há muitos subnutridos e pessoas sem alojamento, mas sabemos que, com maior ou menor dificuldade, quem está doente acede a um estabelecimento de saúde. A primeira questão que eu colocaria aqui é a de que não podemos perder de vista, tanto na análise da crise como na proposta de soluções, que estamos perante uma situação que nos vai levar provavelmente a reduzir o âmbito da aplicação deste direito. Penso que a saúde se inscreve, e se vai inscrever, nos próximos tempos, num quadro de escassez de recursos. Isso não é só em Portugal, é em todo o lado. À medida que o desenvolvimento científico e tecnológico aumenta, o quadro é de cada vez maior escassez de recursos.

Num quadro de escassez de recursos a justiça social, na minha opinião, chama-se capacidade de gerir recursos escassos e capacidade de criar desigualdades úteis. Ou seja, não podemos tratar todos da mesma maneira, teremos que privilegiar aqueles que

obviamente são os mais fracos do chamado *contrato social*.

A segunda questão que eu queria colocar aqui é que me parece que, em Portugal, se está a fazer uma discussão dicotómica entre público e privado, como se o sector público tivesse todos os males e o sector privado viesse a ter todas as soluções para a crise. Tenho dito muitas vezes que a solução passa pela nossa capacidade de, por um lado, fortalecer um sector privado que está obviamente esfrangalhado, esfrangalhado porque o Estado foi monopolista e exerceu uma função atrofiadora. E depois ainda foi um mau pagador. Juntando estas três coisas, obviamente que não permitiu que no sector privado se estruturasse um sistema de saúde privado. Temos várias coisas, mas não temos um sistema privado de cuidados de saúde estruturado. E não temos porque o próprio modelo do SNS transformou a saúde privada em qualquer coisa de residual. É preciso modificar isso, o que vai implicar alterações de comportamento. Temos que pensar que há o consumidor, que há o financiador e que há o prestador. Por outro lado temos que pensar que o Estado vai ter um papel importante porque anuncia uma reforma e não a pode fazer do lado de lá, atrás da secretária. Terá que fazê-la com estes três vertices. Procurando estruturar um sector privado que pode ter, ou não, fins lucrativos.

Esse é outro aspecto muito importante. Existe uma realidade que é pouco conhecida em Portugal, o chamado *privado-social*. O privado social não tem fins lucrativos e normalmente, em épocas de reforma, quando o Estado pretende transferir para a sociedade civil determinadas responsabilidades sociais que até então lhe pertenciam, costuma ser uma almofada privilegiada nessa transferência. Portanto eu diria que uma das coisas importantes seria consolidar este privado social, sem fins lucrativos e que tradicionalmente tem no mundo inteiro, e teve em Portugal, um papel relevante na área da saúde.

E depois é preciso um grande exercício de humildade e um grande exercício de disciplina da parte daqueles que prestam cuidados de saúde, da parte daqueles que utilizam os cuidados de saúde e da parte daqueles que financiam os cuidados de saúde. Queria também dizer que a nível do financiamento não há reforma possível

sem criar formas alternativas de financiamento. Vejo com alguma apreensão surgir apenas no horizonte português a figura das seguradoras. As seguradoras têm fins lucrativos - não é censurável que o tenham - e, portanto, muitas delas não estão vocacionadas sequer para a área da saúde. O seguro de saúde em Portugal ainda é residual e julgo que teria a maior utilidade nesta fase promover a criação de outras figuras, com ou sem fins lucrativos, como as mútuas, os fundos, etc. Portanto, criar aqui alguma competição por parte do financiador para não correremos o risco da alternativa ao SNS ser um corte sistemático de benefícios.

Serviços Públicos, Gestão Privada

Dr. José Carlos Lopes Martins

Como já aqui foi dito, entendo também que a questão da saúde não é uma questão ideológica. Do que se trata é da obtenção dos melhores resultados perante uma evidente e planetária crise do Estado-Providência. Num recente colóquio, dois reputados especialistas definiram para Portugal o quadro em que nos situamos e que eu poderia, em duas ou três pinceladas, caracterizar da seguinte forma.

85 por cento das receitas fiscais são aplicadas na área social, com excepção da educação; na segurança social; na saúde; no fomento à habitação e no fomento do emprego. Isto significa um caminhar para uma exaustão dos recursos e para a necessidade de uma cada vez maior criatividade na obtenção de fundos adicionais que permitam acompanhar a inovação tecnológica, o desenvolvimento dos custos com a saúde que, como sabem, ultrapassam sempre o dobro da taxa de inflação. O crescimento das despesas com a saúde é exactamente o dobro do crescimento do PIB e, em anos recentes, tem sido o triplo do índice geral de preços ao consumidor.

Que saídas? Vamos, por um lado, definir o sistema e vamos, por outro lado, dentro do sistema, encontrar diversidade de formas. Algumas já foram tocadas, seria interessante aprofundar o seu conceito e verificar e testar a sua viabilidade. Como é que poderemos maximizar os resultados dentro dos recursos escassos que temos? Outra nota que também carac-

teriza bem a crise do Estado Providência, é a necessidade do seu redimensionamento, da sua modificação, da sua selectividade. É que neste momento aproximamo-nos, à semelhança de outros países da Europa, do limite tolerável da carga fiscal. É necessário ter isto presente.

É neste quadro que se insere uma busca de uma entre variadíssimas outras soluções. Procuraria hoje



DR. JOSÉ C. LOPES MARTINS

centrar o tema não tanto no financiamento, mas antes nas formas ou nos processos organizacionais dos quais é esperada uma maior eficiência.

Queria também introduzir, de forma breve, a realidade actual e a realidade previsível num futuro próximo relativamente aos contratos de gestão privada e às convenções por grupos de médicos. Neste mecanismo não está em causa a responsabilidade pública do sistema de saúde, só que o Estado verificou que se, por um lado, é impossível a aplicação *tout-court* do paradigma do mercado, por outro há ineficiências evidentes de um sistema centralmente dirigido, um sistema monolítico, em termos de serviços prestadores de cuidados de saúde. E, por isso, com a lei de bases, não digo que tenha sido definido, mas foi sublinhado, no sistema de saúde português, a ideia de que se trata de um sistema misto. Há, por um lado, uma coabitação da estrutura pública do SNS com serviços e entidades privadas. E queria aqui começar por discordar de uma ideia que, suponho comum ao Dr. Machado Cândido e à Dra. Maria José Nogueira Pinto. É que, medido pelo lado dos recursos financeiros, há hoje uma transferência bastante superior a 30 por cento para o sector privado. Este

número pode ser encarado como *copo cheio* ou *copo vazio*, consoante o posicionamento de cada um de nós sobre a observação técnica.

O que é dito na Lei de Bases é que a estrutura pública visa apresentar limites bem definidos, deixando um largo espaço para as iniciativas privadas, com carácter lucrativo ou não lucrativo. Num outro plano, o sistema é também misto na medida em que quebra o monolítico da estrutura dos serviços de saúde como o SNS, todo com o mesmo parâmetro, com as mesmas regras de gestão e introduz formas de gestão e de exploração dos estabelecimentos do SNS diferentes da gestão pública.

É assim que este tema da sessão de exploração de instituições públicas de saúde tem vindo a ser designada correntemente como gestão privada. Efectivamente, é esse o sentido utilizado, mesmo em termos de saúde. Então, privatização, em sentido amplo, significa uma redução do peso do Estado nos sistemas de saúde em que o Estado tem um peso maioritário ou um peso forte.

E esta é uma forma alternativa, uma forma em que estão geradas suficientes convicções e suficientes consensos, uma forma alternativa à alienação da responsabilidade e da titularidade dos Estado nesta exploração. Isto é, trata-se da associação de privados, mantendo o Estado a responsabilidade por elas. Parece esta linha estar inteiramente prevista na Constituição, quando atribui ao SNS a competência de assegurar a protecção à saúde. O Estado é assim garante e é inequívoca a sua responsabilidade na protecção da saúde.

É necessário que o Estado promova a obtenção de utilidades no aproveitamento dos bens públicos e que faça uma escolha adequada da combinação dos serviços e da sua forma de exploração que maximalize os resultados, que obtenha a melhor e a maior satisfação do consumidor. Isto é: onde a sociedade civil revele competência, aptidão por uma intervenção e onde haja garantias que essa intervenção obtenha maior eficiência técnico-económica, o Estado deve centrar o seu papel na regulação, na garantia e não necessariamente, e sempre, na prestação.

Só que, nesta forma, o Estado não abdica do seu poder de acreditação, de vigilância, de fiscalização das actividades sob contrato de gestão. Então do

que se trata, nesta designação de gestão privada, é de uma gestão indirecta por entidades privadas e não de uma gestão privada como forma de alienar a propriedade ou sequer a responsabilidade ou titularidade do Estado.

Dispensamo-me de fazer o elenco das fórmulas que estão consagradas no estatuto do SNS que, aliás, dá acolhimento à Lei de Bases nesta matéria. Parece-me suficientemente interessante aqui tratar das duas principais, o contrato de gestão por entidades terceiras e a convenção por grupos de médicos.

Há, por um lado, necessidade de estabelecer os procedimentos administrativos prévios à concretização dessa solução. Há também que definir os instrumentos jurídicos que clarifiquem a situação jurídica, quer nas relações com terceiros, quer nas relações com a administração, quer nas relações internas em matéria de pessoal (estatutos do pessoal, formas de trabalho, legislação aplicável, etc.). Outra questão de importância vital são as formas como se fará ou como se irá operar o financiamento da entidade fornecedora e que tem a ver com o debate mais amplo em relação às formas de financiamento da totalidade da rede dos serviços e forma como a administração supervisiona e tutela os estabelecimentos sob contrato de gestão. Finalmente as garantias de cumprimento desse contrato, as sanções, as cláusulas de acordo, forma de se derem conflitos, etc.

Liberdades Individuais, Responsabilidades Sociais

Dr. Joaquim Sá Couto

Começava por pegar numa palavra que o Dr. Machado Cândido referiu várias vezes: *crise*. Crise na saúde, crise na sociedade, crise no Estado, crise internacional, etc. Penso que, neste final de século, temos que nos habituar a viver com a crise. As sociedades estão a viver mudanças muito rápidas e a crise vai ser o estado natural em que teremos de viver. Mais do que buscar soluções para uma crise é sabermos gerir as muitas crises que seguramente vamos ter que viver. Foi dito depois, também pegando na palavra de outro conferencista, que o problema da saúde não era hoje em dia um problema ideológico, mas sim um problema técnico. Permito-me discordar

radicalmente. O problema da saúde, da educação e os outros problemas que afectam o país, continuam a ser objecto de um debate fundamentalmente ideológico. E gostava de realçar que os técnicos - médicos, economistas etc, - saberão encontrar as soluções para as diferentes opções ideológicas. Se nós queremos viver num Estado fundamentalmente de cariz social, socializante ou até comunista, evidente-



DR. JOAQUIM SÁ COUTO

mente que teremos um sistema saúde nacionalizado e os técnicos saberão gerir esse sistema da maneira possível. Se quisermos viver numa sociedade capitalista, liberal, de mercado, surgirão também soluções para esse tipo de enquadramento. Portanto, para mim, o problema da saúde não é um problema técnico, e nunca deve ser abordado sobre o ponto de vista técnico, mas sim como problema político e de opção social. Penso que seria muito mau que tentássemos disfarçar as opções ideológicas sobre a capa de opções de natureza técnica.

Foi-me dito, antes do debate, que a minha tarefa era defender o sector liberal e o exercício liberal da medicina. A tarefa é fácil. A medicina liberal foi a forma predominante de prestação de serviços médicos em Portugal até à lei Arnaut. Ainda hoje o exercício da medicina liberal continua a ser a forma predominante de prestação de serviços médicos no sector privado. Recordo números que estão divulgados: 14 por cento de todos os internamentos feitos em Portugal são efectuados no sector privado e 25 por cento de todas as intervenções de média e grande cirurgia são efectuadas no sector privado. São dados do INE. Claro que a medicina liberal apresenta

inúmeras vantagens. A personalização do acto médico, a relação médico-doente, com o humanismo inerente à nossa actividade e que está naturalmente presente nessa relação, a privacidade que a relação médico-doente permite no contexto do exercício liberal da medicina e a gratificação profissional para o médico reconhecido pelo seu doente, naturalmente responsável e responsabilizado.

Mas se tem vantagens, também tem desvantagens. Não é possível o sector liberal ser o único suporte do sistema da saúde em Portugal. Deve, na minha óptica, coexistir com outras modalidades, talvez com o assalariamento, tanto nas instituições públicas como nas instituições privadas e coexistir também com a medicina convencionada. É de realçar que existem grandes sinergias entre o exercício liberal da medicina e hospitais privados que, em Portugal, tradicionalmente e há muitos anos, disponibilizam serviços, os médicos levam lá os seus doentes, prestam serviços médicos, e no final há uma conta do hospital e uma conta por serviços médicos. Isto tem sido a forma tradicional da prestação de serviços de saúde pelo sector privado em Portugal. O assalariamento de médicos pelo sector privado é absolutamente experimental no nosso país e as experiências que conheço têm sido negativas, tanto para as instituições como para os médicos. Claro que surgiram alguns mitos que não têm sido fáceis de desfazer. Há quem afirme que a medicina liberal não está ao alcance dos mais jovens, que não é uma saída profissional para os jovens médicos. Pessoalmente, estou completamente convencido do contrário. Aliás, é inevitável que muitos jovens médicos que irão ser atirados para o desemprego sejam forçados ou levados a abrir os seus consultórios e a iniciar a sua actividade liberal. Talvez não isoladamente, talvez com outros colegas em policlínicas, ou em centros médicos.

Nós iniciámos uma experiência similar no Porto, há cerca de 5 anos, só com médicos especialistas no sector privado e tem sido uma experiência extraordinariamente bem sucedida e é, de algum modo, modelar. Evidentemente que, se um grande número de médicos ou alguns médicos passarem para o sector privado na modalidade de exercício liberal, é fundamental

que exista uma reforma que dê aos doentes a liberdade de escolher o seu médico e a liberdade de escolherem a instituição onde pretendem ser atendidos. Penso que isto é um ponto que não pode ser nem deve ser negociável. E como instituição, a Ordem dos Médicos naturalmente que suporta este ponto de vista de que o doente tem um direito que é absolutamente inalienável de escolher o seu médico. Aliás, nós médicos, quando adoecemos nunca alienamos esse direito. Queremos sempre seleccionar o nosso médico. Naturalmente que os nossos doentes pretendem o mesmo direito. Outro mito tem prejudicado o exercício liberal da medicina por parte dos jovens médicos é o de que a medicina hoje em dia é uma coisa muito complicada, é um trabalho de equipa e o médico, sózinho, não está capacitado para prestar os melhores serviços possíveis.

Penso, com a experiência dos colegas com mais anos de actividade profissional, que isto não é verdade. O médico, no seu consultório, resolve pelo menos 90 por cento dos problemas que lhe aparecem na sua especialidade. Quando trabalha num hospital, normalmente tem o seu *staff* médico creditado nessa instituição e quando necessita de um especialista recorre a um especialista. O tal tipo de doente que necessita de uma abordagem que já foi qualificada de *grupal*, penso que é uma minoria.

São os doentes oncológicos, da cirurgia cardio-torácica, etc. Para esse tipo de especialidades evidentemente que o médico sózinho, no seu consultório, não estará tão capacitado para dar respostas adequadas, mas esta não deve ser de maneira nenhuma uma razão válida para que os médicos não abracem o exercício da profissão no sector liberal.

Existe outra confusão enorme em Portugal quando se fala de liberalização - ouvi o senhor Secretário de Estado dizer que *é necessário criar um mercado*, mas depois, um pouco titubeantemente dizer, que *talvez não seja possível criar esse mercado*. Pensamos que é fundamental criar um mercado, dar total liberdade de escolha ao doente, liberdade de escolha do médico e da instituição, mas não confundimos esta liberalização com a ausência de regulamentação. Em todos os países onde existe um mercado - EUA, que têm a medicina mais

sofisticada e desenvolvida do mundo, a Alemanha, que tem há muitos anos um sistema de saúde exemplar, apoiado no exercício liberal da medicina, com liberdade de escolha do médico e da instituição, os sistemas de saúde são altamente regulamentados. E este aspecto é absolutamente fundamental. O Ministério da Saúde e o Estado têm a obrigação de credenciar os hospitais privados de maneira a assegurar ao consumidor que quando se dirige a um hospital privado se trata de uma instituição segura e de elevada qualidade. Tem ainda obrigação de assegurar que o mercado funciona sem que haja atitudes corporativas, ou que não haja forças de bloqueio, para usar uma expressão que está agora muito em voga, que não o deixem funcionar.

Cabe ao Ministério da Saúde aprovar os regulamentos destas instituições, deve haver comités de credenciais, deve haver metodologia própria para que o mercado funcione. Senão temos grupos que podem ser sociedades, grupos, empresas, etc, a bloquear a liberdade de escolha do doente e a bloquear o funcionamento do mercado. Cabe ao Estado assegurar que o mercado funciona.

Eu não sei se concordo com a Dra. Maria José Nogueira Pinto, quando ela diz que o sector privado está esfrangalhado. Penso que é uma expressão muito forte, quando o sector privado tem a representação que tem em Portugal. Mas tinha tomado aqui uma nota para dizer que está órfão e está em auto-gestão. Isso seguramente que é verdade.

Como foi lançado o tema da gestão privada dos hospitais, e sem prejuízo de o assunto vir a ser discutido novamente, eu tenho publicamente manifestado posição contra a gestão privada dos hospitais. E tenho-me manifestado contra, apoiado num raciocínio simplista, mas que tenho mentalmente dificuldade em ultrapassar. Eu agradecia que a Dra. Maria José Nogueira Pinto me convencesse do contrário durante esta reunião.

É que para mim o problema da gestão privada não está na figura do gestor, para mim o problema está no enquadramento jurídico em que a gestão é efectuada. E das duas uma: ou o enquadramento jurídico em que a gestão é feita é o mesmo, e nesse cenário os gestores públicos são completamente competentes para gerir a insti-

tução, ou há uma alteração do enquadramento jurídico e, então, tanto faz serem públicos como serem privados.

Acresce que, em Portugal, as pessoas com mais experiência em administração hospitalar e com melhores credenciais estão no sector público não estão no sector privado. Talvez um pouco deformadas pela função (dizem que a função faz o órgão, mas é muito provável que a função também faça o gestor). Por estas razões que vantagens possíveis podem advir de uma gestão privada? Para finalizar, lembremos que uma das funções principais do gestor é fazer a gestão dos proveitos e a gestão dos custos de uma instituição. No mercado de gestão privada dos hospitais do Estado, a gestão dos privados não existe, porque é o Estado que determina as tabelas de preços e portanto, haverá uma limitação extraordinária a fazer uma gestão na vertente dos proveitos.

Reparem nos custos com o pessoal, são provavelmente fixos, porque muitas destas instituições estão já dotadas de *staff* próprio; os encargos financeiros não são também geríveis. Restam as compras. Portanto, o gestor privado limitar-se-ia a um ser uma espécie de amanuense, teria apenas a função de aquisição de material para o hospital. Em última instância, se as coisas corresse mal, a culpa nunca será do gestor, a culpa será sempre do Estado.

Lei de Finanças da Saúde, Administração Eficiente

Dr. Paulo Fidalgo

Acho que é impossível misturar - ou para propósitos de análise é complicado misturar - o funcionamento com a organização da prestação de cuidados de saúde. Há problemas específicos para cada um dos sectores e nesta linha sou muito a favor do que o Dr. Sakellerides disse aqui no primeiro debate. É importante separar as duas coisas, o financiamento e a organização da produção de cuidados de saúde.

Em relação ao financiamento foi aqui dito que há uma crise de financiamento e fico com as minhas dúvidas em relação às saídas que são propostas para a crise de financiamento, visto que não há outra fonte de financiamento dos cuidados de saúde que não seja o bolso de cada um de nós. E actualmente há um esforço de fisca-

lidade para o financiamento dos cuidados de saúde. A questão é se a indústria de seguros, que é aquela que se prefigura como alternativa ao financiamento público, consegue oferecer de maneira mais barata os mesmos cuidados de saúde que hoje produzimos. E a este respeito eu coloco aqui uma afirmação do nosso Ministro da Saúde, antes de ser ministro, na altura da Sedes, onde se diz que é



DR. PAULO FIDALGO

admirável como o sistema de produção de cuidados de saúde português, com apenas 4 por cento do PIB, consegue atingir uma eficiência tão boa.

É contra este padrão de referência que as alternativas de financiamento têm de ser discutidas. Parava por aqui em relação à questão do financiamento. Só para dizer também que gosto muito pouco da expressão Estado-Providência. Estado Providência é algo de sobrenatural, que cai sobre a cabeça das pessoas, algo que nos protege.

Eu não concordo com isso. Acho que o Estado Providência não é *providência* nenhuma, foi duramente conquistado por gerações e gerações de portugueses e de povos europeus. Trata-se de um contrato de prestação de serviços a troco de um determinado financiamento que a sociedade colectivamente optou por construir. E é nesse contrato que nós temos de discutir se vamos mexer ou não.

Em relação à organização da produção, que é aquela onde se compara a eficiência do sector público com a do sector privado, diria o seguinte: a história da organização da produção dos cuidados de saúde é a história de uma indústria e como tal tem algumas semelhanças com algumas indústrias. Acho que a referência de raciocínio é a

história da indústria americana de produção de cuidados de saúde. Vamos ser claros. Até à II Guerra não havia indústria nenhuma, havia prestadores isolados e havia organizações filantrópicas. E de facto a filantropia, nos anos 30, nos EUA, representava 90 por cento do financiamento. Nos anos 60 o investimento de capital representava já 70 por cento da organização de produção dos cuidados de saúde.

O que acontece é que muitos outros países, que tinham exigências de desenvolvimento e tiveram que preencher lacunas que o seu próprio capitalismo, em desenvolvimento exponencial, não conseguiu preencher. E aceitaram encarar a saúde como uma despesa necessária para financiar o desenvolvimento geral do aparelho produtivo. E como tal, como despesa, aceitaram que ela fosse socializada e também porque houve lutas laborais, e porque houve uma consciência democrática na sociedade a favor dessas transformações. No caso português penso que a grande organização capitalista de cuidados de saúde nunca existiu, nunca se afirmou, nunca apareceu, como não apareceu a indústria capitalista em muitos outros sectores da actividade em Portugal.

Podemos dizer que para preencher lacunas importantes do desenvolvimento teve que ser o aparelho de Estado a lançar mão do desenvolvimento da indústria dos cuidados de saúde. E isto não foi uma opção da esquerda ou dos comunistas. Isto começou, como sabem, no tempo do Salazar. Teve que ser feito assim, não havia outra maneira, os capitalistas não estavam interessados nisso. Agora, o potencial lucrativo da indústria de produção de cuidados de saúde é que sofreu um acréscimo nos anos recentes e há, finalmente, grupos capitalistas interessados em explorar o negócio da produção de cuidados de saúde.

Não estou aqui a utilizar a palavra *negócio* no sentido pejorativo, mas apenas no sentido real que tem. E, de facto, hoje percebe-se que tem um valor enorme safar um indivíduo com uma esquiemia do tronco comum da coronária. E que hoje há possibilidades reais de o fazer e que a organização da produção de cuidados de saúde industrializada pode ser lucrativa. E quando se fala em sector privado temos de distinguir grandes empresas, que ainda não existem mas

que parece que querem existir, e pequenas empresas. Eu devo dizer que não estão assim tão abafados pelo sector público quanto se diz, visto que eles, como aqui foi dito, representam uma oferta significativa de cuidados de saúde e, aparentemente, têm convivido e tem-se desenvolvido com o próprio sistema público de prestação de cuidados de saúde.

Penso que as soluções que aqui estão a ser gizadas de produção capitalista de cuidados de saúde têm que ser encaradas pelos médicos com muitas reticências. Não está em causa voltar ao velho estatuto da medicina liberal, o que está em causa é substituir um sistema de propriedade por outro, eventualmente indirecto, pela gestão privada. E aqui partilho com o Dr. Sá Couto a perplexidade que revelou face à gestão privada dos hospitais.

Finalmente a percepção que temos de que há uma crise no sistema público, na organização de cuidados de saúde. Acho que a crise é horrível e que nós temos que encontrar uma solução diferente da actual na produção de cuidados de saúde. E quais são os factores de crise no sistema estatal, digamos assim, da produção dos cuidados de saúde. Primeiro, o sistema de comando, absolutamente ineficiente, totalitário no sentido de dominar a vida quotidiana dos prestadores e dos próprios utilizadores dos serviços, extremamente ineficaz e, como se disse agora, ter evoluído para um sistema de compadrio político-partidário, que usurpa a hierarquia técnica a favor de uma hierarquia da confiança. O segundo aspecto é o problema da alienação da produção, que eu considero o mais importante e o mais grave e que no sistema capitalista também não é resolvido. A alienação da produção significa que o trabalhador de saúde não se considera interessado na qualidade e na intensidade das mercadorias ou dos produtos que produz. E esta dissociação tem que ser ultrapassada. A meu ver só é possível, se os serviços entrarem num sistema de exploração em autonomia, isto é, os produtores terem a possibilidade de se auto-organizarem para prestar serviços e correrem os riscos que eventualmente essa exploração autónoma confere. Por outro lado, é muito importante fazer uma reforma do Estado. A comunidade, a meu ver, está disposta a pagar mais para ter mais saúde. O que

não está disposta é a pagar mais sem saber para onde é que vai o dinheiro. Porque todas as soluções que aqui ouvimos são para se pagar mais dinheiro. O problema é que se diz que um indivíduo perceberá melhor onde é que se está a gastar o dinheiro se recorrer a uma companhia de seguros ou a um prestador privado. Concordo que neste aspecto o comprador está menos alienado do produto que compra algumas das relações directas comerciais que estabelece na prestação de cuidados de saúde. Agora, o problema é que nós continuamos a desejar, e todos os portugueses continuam a desejar, um sistema de protecção universal e global, como os americanos agora chegaram à conclusão que é fundamental ter. De maneira que só há solução para eliminar a alienação que o financiador tem em relação ao produto que está a comprar, isto é, aproximar o financiamento e a administração dos recursos das comunidades. Isto significa que o Governo e o aparelho central do Estado têm que ser afastados do processo de financiamento. O financiamento dos serviços de saúde tem que ser transposto para o domínio da lei geral do país, não susceptível de ser usurpado pela conjuntura política dos governos. Isto quer dizer que tem de haver, na minha opinião, uma lei de finanças da saúde semelhante a uma lei das finanças locais, como já existe em Portugal, e que a lei deve obedecer à distribuição geográfica, com base em critérios demográficos, e que deve estabelecer rubricas para investimento, formação e mecanismos de administração ao nível das comunidades, - pode ser o poder local, a futura regionalização, etc. Devem, essas sim, fazer o relacionamento com os prestadores e com eles contratar no sentido que há um caderno, há um plano de trabalho e o financiamento entra nos serviços consoante a satisfação ou não desse plano de trabalho. Acho que o que está em causa, a meu ver, na eficiência do sistema tem a ver com o afastamento que os cidadãos têm em relação ao produto que compram e os produtores têm em relação ao produto que produzem.

E para ultrapassar isto é preciso retirar e eliminar aquilo que me parece cada vez mais um sector que parasita o sistema, e que é o eixo central de comando administrativo do poder

sobre os serviços. E isto é particularmente especial no sector da saúde porque a indústria de saúde tem algumas particularidades em relação à restante indústria. O produtor, e em particular os médicos, são geralmente os indivíduos mais diferenciados da cadeia de comando, ao contrário da produção noutras indústrias, onde geralmente são os gestores, são os administradores, são os directores de



DR. MACHADO CÂNDIDO

produção que têm a maior habilitação para compreender o funcionamento da máquina. Aqui não, quem tem acesso aos avanços científicos, quem tem a noção da organização da produção, dos avanços científicos, portanto os produtores directos de cuidados são os médicos. É, portanto, natural que eles tenham uma capacidade de auto-organização superior aquela que é conferida, por exemplo, aos movimentos dos trabalhadores, etc. Daí que eu ache que é possível conceber um sistema de saúde organizado com base na comunidade e controlado pelo aparelho central num sentido estratégico e no sentido também da tutela de entidades prestadoras de cuidados de saúde de nível nacional. Mas é esta a reforma do aparelho de Estado que eu considero indispensável para se aumentar a eficiência do sistema.

Em relação ao financiamento não vejo outra hipótese que não seja um financiamento que garanta a universalidade da cobertura de cuidados. É disso que os cidadãos não estão dispostos a abdicar e até estarão, a meu ver, dispostos a pagar mais porque é inevitável ter que aumentar as despesas com a saúde. Isto desde que compreendam muito bem para onde é que vai o dinheiro. Hoje têm a noção

de que se pagassem mais estariam a financiar um sistema ineficiente.

Moderador

A lei de gestão da Dra. Leonor Beleza, no essencial, pretendia flexibilizar as estruturas de saúde perante uma situação de impasse, de dificuldade. A questão que se coloca hoje, ao abordar o problema da gestão privada, é uma segunda versão. Como não se consegue flexibilizar a estrutura hospitalar, vamos procurar resolver o problema privatizando a gestão. Com a gestão privada, a pergunta que eu coloco é como é que pensam organizar os médicos e outros profissionais, como se vão organizar os serviços, há uma hierarquização, e há uma horizontalização, como é?

Os Serviços, os Investimentos e os Médicos

Dra. Maria José Nogueira Pinto

Em primeiro lugar queria dizer que a última vez que o SNS foi defendido em Portugal foi pela Dra. Leonor Beleza, uma mulher que acreditava que o SNS era bom, que podia ser melhor e que não devia haver promiscuidades excessivas com o sector privado. Depois o entendimento foi diferente e é desse pressuposto que estamos a partir. É discutível, mas é deste pressuposto que estamos a partir, ou seja, o sistema já não aguenta mais, não só porque carece de mais financiamento, mas também porque já não constitui uma resposta eficaz. É na tentativa de remodelação deste sistema que surge, como uma das muitas medidas, - porque ela isoladamente não tem interesse nenhum - a gestão privada dos hospitais.

E porque é que não tem interesse nenhum isoladamente? Se o Estado decidir partilhar o financiamento com outras entidades e diz assim: eu tenho aqui um país inteiro de cuja saúde tenho de tratar, antes mesmo de nascerem e até ao momento em que morrem e não posso, por várias razões que já diagnostiquei. Então vou só ficar com uma parte. Depois aí, há várias maneiras de definir com o que é que o Estado fica e o que é que pode transferir. Porque isso também é uma questão importante. De qualquer maneira ele vai transferir alguma coisa. Ora fazia

sentido o Estado ter uma rede hospitalar tão vasta se o Estado a suportasse ele próprio. Se ele fosse o financiador e o prestador directo dos cuidados de saúde a toda a população. Não sendo, o Estado diz assim, está aqui esta unidade, esta unidade foi construída para servir uma população, se eu for gerir esta unidade eventualmente terei custos acrescidos, não porque sou pior mas porque o meu sistema de gestão é diferente e eu não posso fugir a ele. Naturalmente se eu entregar a alguém, desde o momento que eu garanta determinadas coisas muito importantes, garanta que os doentes vão ser tratados segundo o estado da arte, expressão muito do gosto do nosso ministro da Saúde, garantir que efectivamente isso se vai passar assim, garantir a efectiva acessibilidade dos cidadãos daquela área àquele cuidados de saúde e por aí fora, salvaguardando estes aspectos, o Estado não está a violar um modelo, até porque ele já desistiu do modelo. É preciso é saber, e voltamos à mesma discussão e que o modelo serve. Penso é que a iniciativa privada - e quando eu disse que estava esfarangalhada era no sentido que o Dr. apontou, de que nunca houve em Portugal uma indústria de cuidados de saúde, portanto não se vai inventar uma do pé para a mão. Aquilo que existe e é aquilo a que o Dr. Sá Couto chama a actividade liberal - e eu peço desculpa de discordar em absoluto, - o senhor Dr. também sentiu a necessidade de ter um internamento, também sentiu a necessidade de ter bons blocos, também sentiu a necessidade de ter bons equipamentos, também sentiu necessidade de ter capitalistas e também sentiu necessidade de se juntar. Entendo que o médico isolado no seu consultório hoje já não resolve 90 por cento dos problemas. Penso que o médico num conjunto de consultórios, com alguns meios de diagnóstico, já resolve 90 por cento dos problemas. É um bocadinho diferente.

Para concretizar eu queria dizer que em relação a Amadora/Sintra não seria o hospital ideal para iniciar este processo. É um hospital emblemático, é um hospital político e um hospital tampão e muito grande.

Não vou avançar mais nada sobre este ponto porque não vale a pena fazer futurologia. O caderno de encargos não é do meu conhecimento e penso que há um conjunto de questões, nomeada-

mente o das carreiras e do pessoal, formas de pagamento por aí fora, que estarão naturalmente contidas no caderno de encargos. Mas quero só dizer o seguinte. Para além de não haver tradição, há outro aspecto aqui muito importante. É que, segundo as minhas estatísticas, 99 por cento do pessoal de enfermagem trabalha no SNS e na privada e 78 por cento dos médicos trabalham no SNS e na privada. Portanto, o maior problema que aqui se coloca na criação de uma indústria privada de cuidados de saúde, que me parece fazer a maior falta a Portugal, é de facto criar os tais dois caudais. E o segundo leito do rio passa por fortíssimos investimentos para os quais não têm dinheiro nem os médicos isolados, nem os médicos em grupo nem eu, nem ninguém. Têm possibilidade de fazer isso grupos fortes. Agora, o facto de não fazerem isso não significa que seja uma deformação ou uma menos valia da correcção dos cuidados de saúde. Nós não podemos estar a confundir, senão a questão volta a ser ideológica e hoje já não penso que deva ser discutida ideologicamente. Quando se fala nestes assuntos todos nós nos sentimos perturbados. Indiferentemente se uma pessoa pertence a PCP, vota no PSD, está no CDS ou no PS. Todos nós nos sentimos perturbados com a ideia de que há um direito social que, de algum modo, vai ser limitado. Isto não é ideológico, é ético. Se fosse ideológico eu penso que se avançaria em Portugal claramente para uma opção e, no entanto, ainda estamos a discuti-la.. Qual? Naturalmente uma determinada liberalização. Era dizer não há dinheiro, não aqui uma obrigatoriedade constitucional, nós também vamos pagar as propinas, nós também temos muitas pessoas que não têm casa e paciência, vivem nas barracas, nós temos muita gente subnutrida. Quando eu falei dos direitos sociais que não estão actualizados em Portugal é para dizer que não podemos fazer deste uma excepção. Há dois discursos demagógicos acerca deste assunto. É o discurso que diz *porque pagar a saúde a toda a gente, e pode ser perigo se não for balizado, e há o discurso, igualmente perigoso, que é dizer se estávamos a pagar a toda a gente porque não continuar? Simplesmente porque não há dinheiro, como não tem remédio remediado está.* Em relação à gestão privada dos hospitais isso faz sentido numa reforma do

actual sistema em que a gestão privada dos hospitais é apenas uma das partes. Se for uma medida isolada não tem obviamente interesse nenhum. Em que condições ela se fará é neste momento uma questão que está a cargo do governo no âmbito da elaboração do caderno de encargos. Mas não se pode pedir aos privados que aceitem os onúts que o Estado não quer ter. É um outro aspecto que deve ficar aqui claro.

Moderador

Mas quais são as regras do jogo, em que está o Ministério da Saúde a pensar? É claro que não vou aqui pedir o caderno de encargos, mas em termos muito gerais quais são as garantias, o que se está a negociar, quais são as bitolas fundamentais?

As Regras do Jogo são claras!

Dr. José Carlos Lopes Martins

As regras do jogo são claras, não há aqui nenhum processo clandestino. Terminou a fase de elaboração técnica, que terá agora filtros de observação técnica. Depois será a discussão pública, de forma perfeitamente transparente. Mas à volta deste processo há muitas questões, muita carga negativa, e até uma pessoa extraordinariamente lúcida como o Dr. Paulo Fidalgo confundiu esta situação com uma produção capitalista dos cuidados de saúde. Rigorosamente não se trata disso. Há um conjunto de regras da administração pública - e a administração pública é uma só -, que são pouco versáteis, pouco utilizáveis em atmosfera de prestação de cuidados de saúde. Parece que este é o primeiro patamar de consenso. Uma vez chegados aqui temos diversidade de formas de produção de cuidados de saúde. Há, ao lado da gestão pública, hospitais públicos com gestão privada. Concereteza que um hospital com um quadro estruturado, e é a natureza específica de cada hospital, que poderá determinar - e sublinho o *poderá* -, a necessidade de recorrer a um entre vários menús possíveis de prestação de cuidados e de organização de cuidados, a transferência da gestão. Com regras, aplicando-se nas relações com terceiros o direito

privado, todas as formas contratuais de direito privado.

Qual é a regra fundamental do jogo? Perante uma rede de cuidados de saúde - o SNS introduziu-se outra componente, formas de gestão que se destinam efectivamente a flexibilizar. O apelo a regras de gestão empresarial, que não têm nada a ver com produção capitalista dos cuidados de saúde. Essas regras de gestão empresarial podem perfeitamente coexistir em atmosfera de administração pública também. Só que este é um dos caminhos, não há aqui uma situação de gestão privada e toda a rede em gestão privada, gestão pública e adopção de gestão pública. Então o Estado o que é que é? Nestas matérias, nestes serviços, nestas unidades, ele é financiador. A universalidade está consolidada na lei de bases, uma lei extra-conjuntural, uma vez que é uma lei da AR.

Dra. Maria José Nogueira Pinto

No seu discurso notei que, aparentemente, confunde dois conceitos que são totalmente diferentes: de cessão de exploração e de contrato de gestão. A própria lei de bases também confunde as duas coisas. Se estamos a falar de um contrato de gestão, concordo com aquilo que acaba de dizer. Mas se estamos a falar de uma cessão de exploração discordo em absoluto. Se fizer um contrato de cessão de exploração obviamente que a entidade que vai explorar o hospital, para além daquele conjunto de obrigações que vai constar do caderno de encargos, e relativamente às quais o Estado tem ele obrigação de fiscalizar rigorosamente o seu cumprimento, é livre de potencializar a capacidade produtiva do hospital. Se estamos a falar de um contrato de gestão eu pergunto-lhe: porque razão é que vai gastar dinheiro do seu magro orçamento a pagar à gestão privada?

Dr. José Carlos Lopes Martins

De facto penitencio-me pela falta de rigor. Quando falei de cessão de exploração foi uma forma de simplificação. Vamos ser rigorosos. Trata-se de um contrato de gestão. Agora porque é que há verbas adicionais, porque é que se

trata de meter mais dinheiro no sistema? Se o hospital da Amadora/Sintra for público não é financiado num determinado montante? E se é financiado nesse montante qual é, para utilizar uma expressão grosseira, a *área de negócio da entidade gestora*? Não é a sua eficiência, não é ter uma qualidade que lhe permita ter um grau de satisfação grande? Ou o hospital Amadora/Sintra, por ser público, ninguém o paga? Porque se mete mais dinheiro no sistema? O Dr. Paulo Fidalgo disse que do que se tratava era de *gastar mais dinheiro ou utilizar mais dinheiro*. Do que se trata é exactamente do contrário. É almejar eficiência por utilização de regras e de mecanismos com o mesmo envelope financeiro. E não pense que uma entidade gestora terá um financiamento de natureza diferente daquele que é o financiamento das regras de jogo globais. O que tem é mecanismos completamente diferentes da administração pública, segundo os quais pode, realmente, obter mais eficiência e ganhos adicionais. A diferença é a utilização de mecanismos que não estão ao dispor da administração pública e que, em determinadas circunstâncias, vão obter eficiências técnico-sociais.

Dra. Maria José Nogueira Pinto

Desculpe, mas no contrato de gestão nada disso é possível. No contrato de gestão o enquadramento em que o gestor privado se move terá que ser exactamente idêntico ao do público.

Dr. José Carlos Lopes Martins

No relacionamento com terceiros, as entidades gestoras regem-se pelas regras do direito privado.

Dra. Maria José Nogueira Pinto

É num hospital, um médico é um terceiro?

Dr. José Carlos Lopes Martins

Não. A situação do pessoal é uma situa-

ção específica, consagrada na lei e que tem, ela também, duas ou três formas de actuação de contrato de trabalho. Tem o contrato individual de trabalho, tem a manutenção da situação do vínculo por opção do médico ou dos profissionais que lá trabalham, e tem mecanismos de requisição ou de licença de longa duração. Nada obsta, pelo contrário, suponho que é esse um dos mecanismos fundamentais, a uma correcta manipulação de incentivos dos quais possa resultar maior eficiência.

Alternativa à Gestão Privada?

Dr. Joaquim Sá Couto

Eu não fiquei ainda convencido em relação às vantagens da gestão privada dos hospitais. A gestão privada custa dinheiro e não é pouco. Não há nenhuma empresa que vá gerir um hospital pelo ordenado de um gestor. Em relação ao papel dos grandes grupos comerciais na saúde, tem que haver uma diversificação dos investidores. Hoje em dia ninguém duvida disso e os grandes investidores são bem vindos, como as misericórdias têm um papel a desempenhar, e como há espaço para a medicina liberal. Mas quando se fala em entregar hospitais públicos à gestão privada, em criar um mercado, então é preciso que não seja agora o Ministério da Saúde a espartilhar o funcionamento desse mercado. Eu pergunto: na zona da Amadora/Sintra quem vai a esse hospital privado também pode optar por ir ao consultório do médico e ser reembolsado? É que o mercado tem de funcionar para as partes interessadas, não só para entregar mais valias às empresas que fizeram investimentos e que, justamente, esperam as mais valias a quem têm direito. Agora não pode ser utilizado para encerrar os consultórios dos médicos. Cabe ao Ministério da Saúde assegurar que o mercado funciona.

Por último quero dizer que existem alternativas às gestões privadas dos hospitais. Era importante pensar na solução que encontraram em Inglaterra. Neste momento já há dados sobre alguns hospitais, a sua gestão, e era útil olhar para experiência inglesa em vez de inventar. Tenho contraposto à gestão privada dos hospitais a privatização dos

hospitais. Há pequenos hospitais concelhios e distritais que podem ser privatizados, alcançando-se o mesmo objectivo que com a gestão privada e permitindo, ao mesmo tempo, o encaixe financeiro que o Ministério clama.

Descentralização e Autonomia

Dr. Paulo Fidalgo

Como a Dra. Maria José Nogueira Pinto disse, não é muito aliciante para o capital apenas ficar com a gestão. O que interessa é explorar a produção de cuidados de saúde. E inevitavelmente, começando-se embora pela gestão, é esse o objectivo. E também há hesitações neste campo, como se viu na intervenção da Dra. Maria José Nogueira Pinto. Convém que a unidade produtora não seja muito grande, que não tenha pessoal, que não seja velha.

Mas eu gostaria de defender o outro ponto de vista, o da reforma ou da revolução no aparelho produtivo, que acho indispensável. É verdade que a forma capitalista de explorar cuidados de saúde é uma forma velha e gerou enormes descontinuidades e desigualdades no acesso a cuidados de saúde. O Dr. Sá Couto disse que os Estados Unidos têm um sistema de saúde muito avançado. É bom analisar este conceito. Ele é muito avançado cientificamente, o desempenho científico é o melhor, mas o desempenho social é muito negativo, é péssimo, a multidão de excluídos é conhecida de todos.

Parece-me que é regredir pretender-se resolver os nossos problemas à custa de uma maior penetração da produção capitalista da grande indústria de produção de cuidados de saúde. O que é preciso é imaginar uma solução alternativa de produzir, porque esta produção estatal está manifestamente em crise. O Estado centralizado, governamentalizado e partidarizado falhou e a lei de gestão hospitalar da Dra. Leonor Beleza, pela crise que gerou, está em crise. E é preciso substituir a concepção de exploração de serviços por uma nova concepção de autonomia, em que os produtores possam assumir, de facto, um papel completamente diferente na organização dos serviços.



Sob a presidência do Dr. Santana Maia, o CP (Comité Permanente dos Médicos da Comunidade Europeia), reuniu na Curia de 14 a 16 de Abril passado.

O ponto alto desta reunião foi a admissão de quatro novos países ao C.P. (Áustria, Finlândia, Noruega e Suécia), já referido na última revista. Na sequência da reunião das sub-comissões realizadas durante os dias 14 e 15, realizou-se no Sábado, 18, a sessão plenária tendo sido decidido aprovar e enviar aos principais meios de divulgação instalados em Bruxelas um conjunto de documentos que pela sua importância aqui divulgamos nesta revista.

INTERNATOS MÉDICOS Formação Post Universitária

Declaração do P.W.G. (Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors), sobre a garantia da qualidade relativa à formação médica post-universitária (Doc. CP 94/50).

O PWG completou um estudo a nível europeu e os principais resultados que encontrou apontam para uma inadequação da qualidade do treino médico post graduado e para o facto de muito poucos países assegurarem efectivamente a qualidade do processo de treino que o interno recebe. Face a estes resultados o PWG formulou recomendações para a prática futura, aconselhando regras detalhadas sobre o conteúdo dos programas de treino e sobre standards a ser atingidos, mecanismos de avaliação e de incentivos dos esquemas de treino, relatórios sobre a evolução do processo de formação, descrição pormenorizada das faltas

educacionais em todos os locais de estágio e finalmente relatórios escritos pelos formados com discussão com os orientadores.

INTERNATOS MÉDICOS Horas de Trabalho

Moção relacionada com as horas de trabalho dos médicos em formação (Doc. CP 94/51).

“Os Chefes de delegação saúdam a iniciativa da Comissão Europeia de criar um grupo de trabalho dirigido por M. Allman visando examinar a questão das horas de trabalho dos médicos em formação.

Apoiam firmemente a participação neste grupo do Dr. Ponlesen, Presidente do PWG.

Aspiram a uma conclusão rápida do estudo a fim de que a Comissão possa dispôr de dados concretos que permitam discussões posteriores sobre este assunto”.

LIXOS TÓXICOS

Sobre este assunto (Doc. CP 94/52), foi aprovada uma resolução de forte oposição à classificação de lixo tóxico apresentado pela Comissão das Comunidades Europeias, na sequência da Directiva 91/689/EEC e que estabelece que todo o lixo das instituições de cuidados de saúde seria classificado como lixo tóxico.

A Moção do CP baseia-se em:

- Os estudos científicos já desenvolvidos apontam para que apenas uma pequena parte desse lixo é, de facto, tóxico.
- Este conceito impede quaisquer iniciativas de reciclagem desse lixo.
- Esta classificação imporia uma sobrecarga financeira considerável sobre as instituições de saúde, públicas ou privadas, criando constrangimentos orçamentais com efeitos negativos na assistência aos doentes.

COMITÉ PERMANENTE



dos Médicos da Comunidade Europeia

► Segundo este ponto de vista pede-se que o Conselho de Ministros e a Comissão Europeia desenvolvam e apliquem uma definição de lixo tóxico, razoável e com suporte científico. O CP estará disponível para dar o seu contributo.

AGÊNCIA PARA A SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO

O Comité Permanente constatando a existência desta agência e o seu programa de trabalho para o período 1994-2000, solicita que:

- Concorde em implementar a legislação existente antes de considerar novas iniciativas;
- Concorde que o CP seja implicado na prossecução dos objectivos da Agência (Doc CP 94/53).

LIVRO VERDE Política Social da Europa

O CP examinou cuidadosamente o livro verde sobre a política social europeia (Doc. CP 94/54

- Manifesta o seu interesse nos diferentes projectos de acção relacionados com a Saúde Pública, mas ao mesmo tempo manifesta a sua surpresa pelo facto de estarem a ser considerados "ao lado" do conteúdo das acções já existentes.
- Exige ser um membro não oficial das comissões que preparam e desenvolvem esta política.
- Como representante dos médicos europeus, quer contribuir, quer através de documentos já produzidos com o relatório Hennigan, quer como partner da comissão.

Face ao exposto no Livro Verde sobre política Social o CP reafirma a necessidade de respeitar a diversidade dos sistemas nacionais de

saúde assim como o modo de financiamento quer seja baseado em impostos/taxas ou em contribuições sociais.

A união Europeia não tem um mandato para prosseguir uma harmonização geral e a presente diversidade é baseada em tradições históricas, culturais e sociais às quais as populações da Europa e os seus médicos estão ligados.

RESTRIÇÕES ECONÓMICAS NA SAÚDE Consequência Éticas e Económicas

Reconhecendo que os problemas levantados pelo aumento de gastos na saúde a um ritmo que excede o do PNB são um desafio não só para os governos e cidadãos, mas também para a profissão médica reconhecendo que é difícil conciliar a necessidade de garantir ao cidadão o gozo dos melhores cuidados de saúde disponíveis com os mais recentes desenvolvimentos no mundo da medicina e o desejo manifestado pelos vários governos de controlar os aumentos nos gastos;

O CP afirma claramente:

- O Sector de cuidados de saúde não é somente uma fonte de gastos mas também uma fonte de benefício para a saúde pública e para o Estado.
- É por isso apropriado considerá-lo em termos dos seus aspectos económicos positivos e não somente em termos de gastos.
- Os aumentos de gastos resultam de um número de factores médicos, sociais e económicos que necessitam ser identificados de modo a estabelecer que proporção deles é inalterável e, da parte alterável, o que é aceitável ou não mudar.
- Aos profissionais de saúde cabe a responsabilidade de não ficar

indiferentes a este problema e de estabelecer elevados standards de qualidade para a sua prática, evitando exames supérfluos ou que não conduzam a possibilidades terapêuticas. Mas a primeira tarefa do médico é actuar na defesa dos seus doentes e deve opor-se a qualquer medida que, para controlar os gastos, possa infringir a ética médica.

- Aos governantes cabe a responsabilidade de dialogar permanentemente com os médicos sobre a melhor forma de utilizar os meios disponíveis.

O controlo dos custos não dá aos governos qualquer direito de tomar medidas que infrinjam os princípios de ética médica, em particular o direito do doente escolher o seu médico, a liberdade e a confidencialidade profissional. Como os médicos, os governantes devem promover o sentido de responsabilidade entre o público no campo de saúde e prevenção, particularmente através de programas educacionais.

Os governantes devem assegurar que as verbas destinadas aos cuidados de saúde não sejam desviadas dos objectivos originais e reconhecer que algumas medidas já tomadas como desencorajadoras da utilização dos serviços (como limitar o acesso, aumentar a burocracia, listas de espera, etc.) têm demonstrado ser de pouca efectividade e ser contrárias à ética médica e ao interesse dos doentes. Os idosos, doentes com alterações mentais e deficientes têm o direito ao acesso a cuidados iguais a outras pessoas.

Quando os recursos não puderem satisfazer todas as necessidades, devem os governantes assegurar que cada pessoa possa ter acesso aos cuidados em particular os grupos mais carenciados.

EUROPEAN BOARD OF UROLOGY

Medicina Portuguesa
em Destaque

O Prof. A. Matos Ferreira, Professor Catedrático de Urologia da Faculdade de Ciências Médicas e Director do Serviço de Urologia do Hospital Curry Cabral, foi eleito no dia 7 de Maio, em Dublin, por unanimidade, Presidente do "European Board of Urology" (EBU) constituído por vinte e quatro representantes dos 12 países da União Europeia e ainda por representantes da Suécia, da

Noruega, da Finlândia, da Áustria e da Suíça.

A finalidade deste EBU é estabelecer e melhorar os padrões europeus de educação e conhecimento em Urologia sem interferir com os regulamentos nacionais, de modo a que se possa estabelecer para o doente urológico altos níveis de cuidados em todos os países europeus.

O Prof. Matos Ferreira, detentor de um vasto currículo profissional e

académico integrava já os Conselhos de Educação e de Exames deste BEU e o seu empenhado trabalho foi uma vez mais reconhecido pelos seus pares através desta eleição para a presidência.

O Prof. Matos Ferreira tem também dado o seu excelente contributo à Ordem dos Médicos como Presidente do Colégio de Urologia e através da sua participação no Conselho Disciplinar.

CONSELHO NACIONAL DO MÉDICO INTERNO

Serviço Normal Efectivo Militar (SNE)

O CNMI reunido na sede Nacional da Ordem dos Médicos, tendo tomado conhecimento da Portaria 181/94 de 31 de Março que visa o prolongamento do serviço para a categoria de oficiais da classe de técnicos superiores navais de saúde na Marinha e da especialidade de medicina geral no

Exército e na Força Aérea, envolvendo portanto exclusivamente os médicos, considera que:

1. O SNE é um serviço cívico prestado à nação por cidadãos e não por classes profissionais;
2. Sendo os médicos cidadãos compartilhando os mesmos direitos e deveres da restante popu-

lação, este tipo de medida é injusta e discriminatória merecendo deste Conselho o mais vivo repúdio;

3. Se as Forças Armadas necessitam de maior número de médicos sugerimos que abram vagas do seu quadro permanente com condições dignas para os médicos que decidam enveredar pela carreira militar.

Internato Geral

Face às recentes propostas de remodelação do Internato Geral o CNMI reunido na Sede Nacional da Ordem dos Médicos considera que:

1. Qualquer encurtamento do Internato Geral enquanto se mantiver o actual plano de curso das Faculdades de Medicina compromete a qualidade de formação dos médicos.
2. O Internato Geral (I.G.), mesmo nas condições de funciona-

mento actual, constitui um momento de formação único e de inegável interesse para a vida profissional futura.

3. Medidas que visem o encurtamento do Internato Geral não deverão ser tomadas para Internos que já tenham iniciado o I.G. pois o seu tempo de formação foi programado em função de uma duração superior.
4. É de lamentar que mais uma vez contra a jurisprudência e

sempre no âmbito dos Internatos Médicos se preveja a aplicação de diplomas com efeitos retroactivos.

5. São pertinentes alterações de fundo em relação à estrutura do Internato Geral, mas tais medidas só serão oportunas se integradas na reforma do ensino médico.
6. Qualquer comissão de revisão neste âmbito deve envolver a participação de todas as partes interessadas.

Memorandum sobre A situação dos Serviços de Saúde Mental Portugueses

Posição da Associação Portuguesa de Saúde Mental

Em 1963, inicia-se em Portugal a Reforma dos Serviços de Saúde Mental com a publicação da Lei de Saúde Mental, na qual estavam contidos os princípios básicos que iriam orientar e permitir o desenvolvimento subsequente daquela reforma. O aparecimento desta lei tem, como causa próxima, as mudanças que, então, já se faziam sentir por toda a Europa e a lenta, mas clara, tomada de consciência de que os nossos serviços eram pobres de recursos, inefi-

cientes na acção e desprovidos de qualquer conceito ou metodologia que ultrapassasse muito a do asilo psiquiátrico. De facto, até 1963, o país apenas contava para desenvolver a assistência nesta área da saúde com dois hospitais psiquiátricos em Lisboa, um em Coimbra e um no Porto, para além de duas colónias agrícolas para doentes crónicos localizadas na área de Coimbra, a de Arnes e a do Lorvão. Esta última viria a ser reestruturada e passa, em 1969, a hospital psiquiátrico.

Entra-se, assim, após 1963, na primeira fase da reforma e assiste-se à criação progressiva de 18 Centros de Saúde Mental para assistir a população adulta e de outros 3 para assistir a população infantil e adolescente, um para grande região, norte, centro e sul. Todavia a este acto administrativo nem sempre correspondeu a necessária realocação de recursos de tal modo que se chega a 1988 com a situação de clara assimetria que se pode observar no quadro seguinte (quadro 1).

QUADRO 1

Comparação entre gastos, população assistida e número de técnicos nos Hospitais Psiquiátricos e Centros de Saúde Mental em 1988

	Hospitais		C.S. Mental	
	n =	%	n =	%
População	4,073,208	44.00	5, 185,013	56.00
Gastos	4,990,105\$	73.46	1,802,679\$	26.54
Médicos	339	82.08	74	17.92
Enfermeiros	884	74.41	304	25.59
Outros Técnicos	153	69.55	57	30.45

Fonte: Estatística da Direcção dos Serviços de Saúde Mental

Entretanto, em 1985, após profunda reestruturação que desde o ano anterior se vinha operando no sector da saúde, é extinto o Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP), órgão de gestão e planeamento criado na sequência da promulgação da Lei de Saúde Mental. Em sua substituição surge a Direcção dos Serviços de Saúde Mental (DSSM), na dependência orgânica da recém criada Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Consegue-se, pela primeira vez em Portugal, fazer uma articulação directa da saúde mental com áreas da saúde voltadas para a prestação de cuidados básicos à população, assentes na comunidade. Poderíamos, então, dizer que se inicia aqui a segunda fase da reforma dos serviços. Começa, de facto o que poderíamos chamar de aprofundamento da reforma já iniciada, a qual irá assentar a partir de 1988 num novo modelo de centro de saúde mental que deixa de ser considerado com edifício para passar a constituir uma filosofia de cuidados assistenciais que assenta numa rede integrada de serviços necessários à promoção da prevenção, cura e reabilitação do doente mental, os quais servirão uma população de cerca de 25 000 habitantes. Este modelo viria a ser claramente definido no Plano para Reorganização dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (Livro Azul), publicado em 1988, após aprovação pelo Governo.

Para além da definição deste modelo de cuidados, são enunciados, naquele Plano, os principais objectivos da política a seguir:

Δ Desenvolvimento de cuidados na comunidade

Δ Desenvolvimento dos cuidados de saúde mental junto dos clínicos gerais/médicos de família

Δ Criação e desenvolvimento de unidades de saúde nos hospitais gerais

Δ Desenvolvimento de um programa nacional de reabilitação

Δ Desenvolvimento de novos modelos

de financiamento e realocação de recursos

Δ Desenvolvimento de um programa nacional de treino e educação dos técnicos

Δ Desenvolvimento de um sistema nacional de informação

Δ Foi com base neste plano, aprovado ministerialmente, que se faz o aprofundamento da reforma. De facto, entre 1989 e 1990, desenvolve-se um programa, cujos aspectos principais foram os seguintes:

1. Com o fim de permitir uma melhor base para o planeamento e avaliação da reforma dos serviços:

- elaborou-se, um relatório síntese da situação dos serviços de saúde mental em Portugal;
- efectuou-se um censo psiquiátrico nacional;
- desenvolveu-se um projecto de informatização a nível nacional, tendo sido nomeado ministerialmente, para o efeito, um grupo de trabalho que desenvolveu um suporte informático (software) para registo do movimento da consulta, internamento e urgência, bem como um módulo de facturação automático das despesas efectuadas. Foram, também, adquiridos os equipamentos adequados ao sistema informático desenvolvido, os quais foram colocados em todos os hospitais psiquiátricos e centros de saúde mental.

2. No que respeita à criação de novos serviços comunitários em Lisboa, Porto e Coimbra, com os quais se pretendia substituir, lentamente, a acção até então desempenhada, exclusivamente, pelos hospitais psiquiátricos existentes:

- efectuou-se o planeamento e a programação das acções a desenvolver na área metropolitana de Lisboa, o qual viria a ser aprovado pelo Ministério da Saúde;
- na sequência do plano anterior, criaram-se os dois centros de

saúde mental na área - C.S.M. do Barreiro - Montijo e C.S.M. de Lisboa - Oeiras;

- desbloqueou-se, também para esta área, o financiamento para a criação de centros de dia que permitissem o apoio a doentes de evolução prolongada, nomeadamente áqueles que viessem a ser desinstitucionalizados na sequência de programas de reabilitação então em curso;
- procedeu-se à revisão do plano da área metropolitana do Porto e definiu-se a programação para cada um dos centros de saúde mental previstos;
- ainda nesta área do Porto, concluiu-se o processo conducente à criação dos centros de saúde mental definidos para a área, tendo o C.S.M. de Gondomar recebido aprovação ministerial;
- fez-se a definição dos sectores populacionais da área de Coimbra e da sua afectação às diversas estruturas de saúde mental existentes na mesma, dentro de um plano prévio elaborado para a área.

3. No resto do país e nas áreas assistidas pelos centros de saúde mental de adultos:

- planeou-se a criação de unidades de saúde mental nos hospitais de Beja, Braga, Évora, Guimarães, Setúbal e Viana do Castelo, em colaboração com extinta Direcção Geral dos Hospitais;
- deu-se início ao processo de instalação de unidades de saúde mental nos hospitais de Aveiro, Guarda, Portalegre e Santarém;
- criaram-se hospitais de dia em Portimão, Setúbal e Viseu.

4. No campo da reabilitação e desinstitucionalização de doentes crónicos ou de evolução prolongada:

- criou-se uma Comissão Intermunicipal, composta por representantes da saúde mental, da Segurança Social, do Ministério do Emprego e Formação Profis-

sional e do Secretariado Nacional de Reabilitação, a qual viria a definir um programa para a reabilitação em saúde mental;

- elaborou-se a programação tendente à criação de unidades de reabilitação nos hospitais psiquiátricos;
- dá-se início ao programa de reabilitação e desinstitucionalização de doentes crónicos do Hospital Júlio de Matos.

5. Na formação de técnicos foram desenvolvidas numerosas acções, cuja organização pertenceu à Direcção dos Serviços de Saúde Mental, das quais são de destacar:

- visitas de estudo a vários países europeus, nas quais se fizeram deslocar cerca de 50 técnicos, com particulares responsabilidades na gestão e direcção dos serviços, os quais puderam tomar contacto com a nova realidade da organização dos serviços de saúde mental e com experiências de inserção na comunidade, já desenvolvidas nesses países;
- cursos de formação em saúde mental comunitária, dos quais foram realizadas oito, em que participaram cerca de 240 técnicos das várias disciplinas da área em causa e nos quais se fez uma abordagem multidisciplinar do tema;
- curso de introdução à administração de serviços de saúde mental, dirigido a mais de 40 responsáveis pela gestão dos mesmos, o qual foi organizado com a colaboração da Escola Nacional de Saúde Pública;
- seminários, com a duração de três dias, orientados por técnicos estrangeiros, e que versaram os seguintes temas: intervenção na crise, psiquiatria de ligação, organização de serviços de saúde mental comunitários e apoio residencial na comunidade para doentes de evolução prolongada.

Todo este vasto programa de reformas dos serviços de saúde mental, com o qual se pretendia a reorganização deste sub-sector da saúde, tendo em vista os conceitos mais

actuais, na Europa, viria a ser bruscamente e incompreensivelmente suspenso, após a substituição do responsável pelo Ministério da Saúde. Interrompe-se assim uma reforma que tinha sido cuidadosamente planeada desde 1985, com o auxílio de técnicos internacionais, nomeadamente de técnicos da OMS e que tinha em vista transformar todo o sistema existente.

Dá-se, assim, o início ao que poderemos chamar "a contra reforma" na saúde mental, cujos objectivos seguidos passam, então, a ser:

1. uma ideologia hospitalocêntrica, inspirada num modelo bio-médico restrito e de orientação antipsicossocial;
2. a suspensão de todos os programas comunitários;
3. o cancelamento da criação de novos serviços;
4. a integração administrativa dos centros de saúde mental nos hospitais gerais, que se consubstancia na perda total de autonomia financeira e administrativa;
5. a diminuição dos recursos humanos e materiais para sustentar as despesas maioritariamente efectuadas pelos hospitais psiquiátricos.

Como consequências imediatas desta "nova política", resultam de imediato as seguintes consequências:

1. não são publicados nenhuns documentos com os objectivos, planos ou estratégias dessa "política";
2. todos os objectos e planos, implementados desde 1985, são suspensos, bem assim como, algumas experiências inovadoras já em curso;
3. a entrada em funcionamento de unidades de saúde mental em hospitais gerais, prevista para 1990, é suspensa (hospitais da Guarda, Guimarães, Santarém e Setúbal);
4. é suspenso, também o projecto de construção de novas unidades de saúde mental em hospitais gerais (Matosinhos, p.ex.);

5. é suspensa a criação de novos serviços comunitários, nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, a qual estava já programada e aprovada pelo Ministério da Saúde (todos os centros da área de Lisboa e o C.S.M. de Gondomar, no Porto);

6. algumas estruturas da saúde mental são desviadas para outros fins com claro prejuízo para os doentes deste foro (Barreiro, H. Júlio de Matos e Magalhães Lemos, p.ex.);

7. todos os programas de treino são suspensos;

8. é cancelada a cooperação que vinha sendo desenvolvida com a Organização Mundial de Saúde e outras organizações internacionais desta área;

9. foram esquecidas ou canceladas as propostas de reformulação da legislação, então vigente, que se encontrava desactualizada;

10. cessaram as actividades da Comissão Interministerial para a Reabilitação;

11. foi suspensa a criação de unidades de reabilitação nos C.S.M. de Aveiro e Évora e nos Hospitais Psiquiátricos do Conde de Ferreira, Lorvão e Sobral Cid;

12. é cancelada a implementação já programada de unidades residenciais e centros de dia para doentes crónicos ou de evolução prolongada (Odivelas, P.ex.).

Ainda como consequência desta desastrosa política e da clara falta de visão, ou competência técnica, de quem o geriu, destrói-se ainda mais a já de si deficiente articulação com os restantes cuidados de saúde, ao criarem-se três estruturas regionais que se designaram, impropriamente, de centros de saúde mental, cuja finalidade é meramente administrativa e que funcionam em total desarticulação com as outras estruturas da saúde, quer a nível regional, quer a nível local.

É neste contexto que valerá a pena analisar os resultados que os dados estatísticos nos permitem e que mostram, claramente, as consequências desastrosas dessa política.

Política que nos afastou ainda mais dos conceitos que em toda a Europa são comumente aceites e presidem às modificações há anos em curso.

No que respeita aos recursos humanos, o movimento de transferência de técnicos dos hospitais psiquiátricos para as estruturas comunitárias cessa, nomeadamente nos que respeita aos médicos e enfermeiros (gráficos 1 e 2). Será ainda importante frisar que a demissão de técnicos, como consequência da extinção dos centros de saúde mental, agravou ainda mais as carências que já anteriormente se verificavam. Em relação aos técnicos de terapia ocupacional e demonstrando bem o pouco interesse que se está a dar à reabilitação dos doentes mentais, apenas existiam, no final de 1992, 41 técnicos para todos os serviços de saúde mental de adultos e crianças.

Também, pela primeira vez, desde há anos, e contrariando tudo o que se passa na Europa, o número de doentes internados nos hospitais psiquiátricos apresenta uma subida. Este facto demonstra, claramente, o papel de evidência que volta a ser dado a estas estruturas antiquadas e desajustadas aos novos conceitos da Saúde Mental, pelos actuais responsáveis do sistema.

No que respeita, ainda, ao movimento assistencial são bem claros os números observados nos hospitais psiquiátricos e publicados nos relatórios do Instituto de Gestão Financeira da Saúde, relativos aos anos 1990, 91 e 92, que abaixo referimos (quadro 2).



Finalmente, no que respeita aos recursos materiais, de um escasso orçamento da saúde que no nosso país não ultrapassa, desde 1985, uns escassos 3,7 % do PIB, apenas pouco mais de 3% são gastos na saúde Mental. Mas mais grave ainda é o facto de, no último ano este valor ter caído para uns escassos 2,7 % do orçamento da saúde, números nunca observados desde 1980. E, este facto, ainda se torna mais gritante quando comparamos os aumentos percentuais, de ano para ano, com as taxas de inflação verificadas. É notória a perda de ganhos a partir de 1989, perda a que leva que o

crescimento se torne negativo como tinha acontecido em 1986.

É, pois, perante esta situação em que nos encontramos, que a Associação Portuguesa de Saúde Mental não podia deixar de chamar a atenção dos responsáveis no país. Desde a sua fundação, não tem deixado a direcção da associação de chamar a atenção para a grave situação que a ausência de uma política coerente tem criado, no que tem sido acompanhada pelo Conselho Regional Europeu da Federação Mundial de Saúde Mental, logo que o mesmo tomou contacto com a nossa realidade.

QUADRO 2

*Hospitais
Psiquiátricos
Evolução
dos índices de
movimentos
e de custos*

ANO	Custos Cama/ano (cts)	Doentes por serviço e p/médico	Consultas por dia e p/médico	Urgências por dia e p/médico
1990	2275,4	25,2	1,4	0,2
1991	3572,7	24,4	1,5	0,3
1992	4224,2	24,4	1,4	0,2

Fonte: Estatística do Instituto de Gestão Financeira de Saúde



A ascensão na Hierarquia Hospitalar é um processo complexo em que devem ser premiados os mais talentosos e os mais abnegados.

Antes de julgar é necessário formar, o que está longe de se esgotar com a mera transmissão dos aspectos técnicos da profissão. As Administrações Hospitalares e a Hierarquia Técnica, enquanto esta for teimosamente persistindo, são responsáveis na actividade formativa. As Administrações, não regateando os meios e afeiçoando as estruturas capazes de a concretizar. A Hierarquia por um imperativo hipocrático, irrecusável, tendo aliás sempre em mente que a formação médica não conhece barreiras etárias, como tão bem retrata o aforismo “*vita brevis ars longa*”; o mesmo aforismo também moteja da vacuidade balofa e da vaidosa auto-suficiência onde quer que ela se encontre.

O cirurgião além de trabalhador manual, e não minimizemos esta faceta, deve ser um bom clínico, criterioso nas opções terapêuticas, provido de bom senso, humanidade e capacidade crítica. Deve haver grafidão para os nossos mestres, sem esquecer que estes, humanos que são, têm idiossincrasias próprias, quantas vezes criticáveis. A época do “*magister dixit*” já passou e ai daqueles que enjeitam a possibilidade de aprender com os mais novos. Formação é pois a capacidade de manter e desenvolver o diálogo entre gerações e entre indivíduos diferentes e temperar a emotividade, a impaciência e por vezes alguma petulância da juventude, com a experiência dos mais velhos, considerando que esta mesma nunca é definitiva.

Em cirurgia é sempre melhor pre-

venir que remediar. Tenhamos, também, sempre presente que a desonestidade nunca dá dividendos a longo prazo. Os valores que integram a nossa formação, o pudor e o decoro afastam, felizmente, a quase totalidade dos profissionais, de práticas reprováveis. É bom que os jovens sejam industriados e que os velhos não se esqueçam que a *iatro-gênese* é uma hidra de muitas cabeças, que a cirurgia deve ter indicações precisas e que o tropel dos métodos auxiliares de diagnóstico, as diversas imagiologias incluídas, não nos deve afastar da boa prática de uma análise clínica cuidadosa.

A preparação cirúrgica ao nível dos H.C.L. fazia-se, insensivelmente, através do quotidiano da vida hospitalar. A cirurgia electiva e a cirurgia de urgência caminhavam a par e os chefes de serviço iam, idealmente, permitindo a progressão dos que o mereciam; tal não era tão linear, porém. A avaliação ia-se fazendo através de provas, sempre públicas, a que eram submetidos a totalidade dos internos em cada patamar da carreira.

Assistia-se, após a formação básica do internato, muitas vezes, a um marcar passo que se eternizava por lustros sucessivos.

Tal facto não seria, contudo, totalmente negativo e constituiria até um acicate a que nos abalançassemos aos lugares cimeiros da carreira ou que derivássemos para a periferia ou para o Ultramar de então, onde as possibilidades de realização profissional eram incomparavelmente maiores, revelando-se adequada e suficiente a preparação básica adquirida nos H.C.L.

Não nos esqueçamos da grande vantagem do Banco de S. José como

caminho formativo onde o diálogo entre gerações e o contacto entre as diversas escolas cirúrgicas dos H.C.L., conjuntamente com a extensa casuística disponível, faziam desta urgência uma autêntica escola de Cirurgia. A sua versão mais moderna, a U.U.C., marcou progressos indiscutíveis, como todos sabem, não só na esfera assistencial como na educativa. Os factores etiopatogénicos do seu desmantelamento deviam ser investigados pelos “historiadores” da casa.

As tergiversações, avanços e recuos na remodelação da nossa urgência fazem crer que a roda decisória está desgovernada.

Não é de exigir no final do internato uma casuística operatória de cirurgia feita. Deve avaliar-se a capacidade de realização e não aquilo, unicamente, que se realizou, o sentido crítico com que analisam os doentes, as opções terapêuticas tomadas, os conhecimentos teóricos e práticos, tal como as qualidades pessoais do interno.

Os mínimos operatórios são defensáveis, em princípio, mas devem ser aferidos à nossa realidade ou então que esta seja rapidamente alterada.

Mas a variável mais importante na formação de um cirurgião é a sua vontade, diligência e capacidade de o ser. São as qualidades ingénitas dos nossos internos o “*sine qua non*” da sua progressão. Na última década assistiu-se a uma multiplicação dos veículos da formação médica contínua e as fontes de informação tenderão a ser oferecidas de bandeja ao simples premir de um botão.

O advento da cirurgia laparoscópica apanhou de surpresa os cirurgiões seniores. Têm agora a grande oportunidade de fazer alguns exercícios

de coluna vertebral que é o aprender eventualmente com cirurgias mais novas, e todos sabemos que a aprendizagem corresponde a tropeços e falhanços até à fruição e domínio do método. A cirurgia laparoscópica exige, fundamentalmente, capacidade crítica e capacidade cirúrgica, e estas duas qualidades não devem estar ausentes no cirurgião "clássico" experiente. A indiscutível vibração lúdica que ela nos pode dar não deve ofuscar a nossa sensatez, sob pena de transformarmos a cirurgia laparoscópica num jogo de "Lego para adultos" e a correremos o risco de ter que prestar contas à polícia ou ao psiquiatra. Não deve ser encarada como "vereda" de promoção fácil de cirurgias inexperientes.

Os concursos hospitalares têm sido desvirtuados, como todos sabem. Assiste-se à sua politização progressiva. Os governantes que não se esqueçam, à minguada de outras razões, que eles e os seus familiares são doentes potenciais.

O primado do nepotismo é exemplificado por concursos em que entram os da "casa" e a dialéctica dos que tal defendem tem até muitos aspectos respeitáveis. Mas, então não sejamos hipócritas, não se façam concursos mas escolhas.

Existem dois tipos de chefes em cirurgia. Os castradores, que desejam manter o seu brilho inalterado no meio da mediocridade envolvente e os outros, aqueles cujo anseio é que os seus discípulos os excedam. Se o mecanismo da escolha tivesse este alvo por meta talvez tivesse mais justificação.

No entanto a metodologia dos concursos tinha, entre nós, uma tradição honrosa. Era o mecanismo a ser desenvolvido e aperfeiçoado e não a ser derrubado de ânimo leve. Era, em suma, o conceito de concursos de provas públicas e múltiplas com júris alargados.

Presentemente é de ver em que se transformam os nossos concursos. Apreciação meramente curricular (e todos temos a noção de que os currículos podem ser enganadores) e não a apreciação dos talentos em acção, que as provas múltiplas permitiam.

A preparação dos internos seria muito mais profunda, e que dizer, do imperativo de preparação permanente dos júris. Adormecer na modorra bolorenta da antiguidade tornar-se-ia muito mais difícil.

Qualquer dia tornar-se-à legalmente possível que um interno de cirurgia alcance o lugar de director de serviço com uma casuística operatória de meia dúzia de lipomas subcutâneos e dois ou três sinus pilonidal sacrococcigeos. Basta que tenha assumido dois ou três cargos de gestão que lhe permita ser catapultado para níveis de hierarquia técnica cada vez mais altos. Dir-me-ão que estou a exagerar e a fazer um raciocínio de redução ao absurdo. Mas o que é senão absurdo tanto daquilo que nos cerca?

Alguns comentários breves acerca de currículos operatórios:

Podem ser profundamente enganadores em muitos casos. Presumo que a sociedade cirúrgica exigirá, de futuro, elementos comprovativos que tornem fácil a averiguação da sua veracidade. Uma boa classificação em concurso de saída promovido por um currículo operatório refulgente, laxamente e ingenuamente sancionado, pode afectar traiçoeiramente a classificação em concursos subsequentes, mormente se meramente curriculares. Nos concursos de saída, em que a tutorização dos internos é, por princípio global, existe uma certa jactância egocêntrica dos mesmos ao falarem das suas operações como "cirurgião", na medida que as indicações, as opções terapêuticas e a resolução de dificuldades eventuais podem ter sido equacionadas por outros colegas mais diferenciados. Isto não implica que o interno que faz o exame de saída não possa ter uma preparação cirúrgica muito maior do que o sugerido pelas poucas centenas de intervenções que ele, orgulhosamente, chama suas. Se for um interno de mérito não se terá descurado no estudo e não terá havido o único doente do Serviço que não tenha sido sujeito ao crivo do seu interesse. Terá aprendido, e muito, com a globalidade dos erros eventuais de vária ordem e com as complicações e as reintervenções que foram tendo lugar. Urge que existam provas em que se avalie a capacidade técnica dos internos. Talvez que um júri nomeado com a antecedência devida e com acesso ao Serviço dos candidatos o pudesse fazer com tranquilidade e eficácia. Contra a atitude pessimista de muitos, acalentemos uma certeza: depois de nós, outros e melhores virão.

PROTOCOLO BPA / ORDEM DOS MÉDICOS

Beneficie das vantagens que o BPA põe à disposição dos Membros da Ordem dos Médicos

- LINHAS DE CRÉDITO EM CONDIÇÕES ESPECIAIS ● SEGUROS PARA DIVERSOS FINS
- SERVIÇOS E PRODUTOS BPA, E GRUPO BPA, EM CONDIÇÕES COMPETITIVAS

Informe-se aos Balcões



BANCO PORTUGUÊS DO ATLÂNTICO



Dr. Paulo Simões

Breves reflexões sobre o

futuro

Falar de médicos internos implica necessariamente falar de futuro, e falar do futuro em 1994 poderá não ter as mesmas implicações que falar do futuro em 1984. O que é que se passou nestes 10 anos que tornou tão abissal e diferente esta abordagem? De uma forma sintética pode-se dizer que "Tudo". Há 10 anos falava-se de Carreiras Médicas com uma perspectiva de algo de novo, de uma conquista da classe perante o poder político, com uma garantia do poder de projectar uma carreira individual. Em 1994 pode-se prever que as Carreiras Médicas com uma perspectiva de algo de novo, de uma conquista da classe perante o poder político. Os vínculos são para se perder, os lugares apenas para quem souber suportar a degradação das condições de trabalho, o desgaste dos números de consultas, de urgências, de actos médicos ou cirúrgicos. Em 1984 falar de Medicina implicava falar de médicos, de actos médicos, de exames complementares de diagnóstico futuros. Em 1994 vislumbra-se onde a corrida à tecnologia nos irá levar: a gastos insuportáveis pelos actuais sistemas de saúde, a gestão apertada, fiscalizadora dos actos clínicos até à exaustão, em última análise à ultrapassagem da própria classe médica pelos meios colocados à sua disposição, à substituição dos médicos por engenheiros e técnicos de sistemas. Em 1984 falar de

Medicina e de médicos era entrar num campo ainda mitológico e irracional de verdades incontesteáveis. Em 1994 falar de Medicina e de médicos é falar de negligência, de erros diagnósticos, de culpas fundadas ou infundadas sobre toda uma classe, de uma ideação persecutória de falsas verdades (porventura algumas delas com certas culpas para a classe). Enfim e para o não me alongar demais, em 1984 falar de Medicina era falar de uma carreira estável e prestigiada. Em 1994 falar de Medicina é falar de incerteza, desemprego, frustração.

A aparente apatia da nossa classe sobre os acontecimentos que se irão precipitar a partir de Julho deste ano só demonstra a cegueira em que todos nós caímos. Como me dizia há dias um digno representante da geração de 60, a vitória obtida por eles sobre o poder político ao impor quadros e carreiras seguras nos hospitais, e posteriormente nos centros de saúde, só foi possível pela unidade e coesão de todos em momentos cruciais. Eu diria que além deste factor terá havido um outro porventura muito mais importante, ou seja a situação política instável em Portugal dos fins de 70 e princípios de 80. Vamos pois assistir ao cair de toda uma geração, a geração de 80-90 aprisionada entre um sistema público em colapso e um sistema privado confabulado. E se quisermos continuar a ser cegos

podemos continuar a pensar que tal não afectará quem já está nos quadros, ou melhor nas Carreiras. Talvez este engano seja "a morte dos artistas" quando se virem confrontados com jovens médicos especialistas dispostos a aceitar todas as condições para poderem continuar a exercer, a disputarem a privada taca a taca, e com uma ideia totalmente modificada de ética e deontologia. Julgo e perante as condições criadas, acredito que o problema dos mais novos é o problema de todos os médicos, e que, se não se fizer nada em termos de classe, tal se irá reflectir em todos a muito breve prazo.

E que poderemos nós fazer perante o espectro do desemprego, da degradação das condições de trabalho, do colapso de todo o sistema? Mais uma vez atrevo-me a dizer "Tudo". A começar por um acordo de gerações, a dos anos 60-70 e a dos anos 80 - 90, com vista a impedir a divisão da Classe Médica em duas, porventura em mais partes, até à fragmentação

completa de interesses próprios. À tentativa de consolidação dos interesses de todos em que haja espaço para cada um individualmente. À iniciativa da própria Classe em discutir os métodos e de formas de trabalho esbanjadoras dos recursos, sem ter em vista os limites que ainda nos são impostos, pelo conhecimento e pelo bom senso. E falo da prescrição médica, dos exames complementares de diagnóstico, das indicações da cirurgia e actos terapêuticos diversos. Se não formos os primeiros a levantar as dúvidas e as questões outros o farão pondo a tónica sempre negativa, no duvidoso, no injurioso. Se acaso tendes dúvidas leiam o "The Economist" de 19 de Março de 1994, e vejam o que os gestores americanos pensam desta matéria. Em última análise, desde há muitos anos que os médicos são os últimos a beneficiar das evoluções da Medicina, de futuro provavelmente os mais prejudicados.

A OBSTIPAÇÃO



E OS LAXANTES

Composição: Concentrado de lactulose (D-galactosido (1,4) D-fructosa) a 50% (indicações: Obstipação crónica, Hepatopatia crónica e ocasionalmente cirrose hepática, Encefalopatia porosa crónica, pré e como laxante, Diarreias transitórias em Pediatria para obtenção de uma flora Bifida com conteúdo ácido (granuladas), mas não deve ser administrada após a hidratação. **Paradoxos:** Contra-indicações: Nenhum. A lactulose pode ser utilizada mesmo durante a gravidez e nos diabéticos. **Efeitos secundários:** No caso (cerca dos 3 primeiros dias) podem surgir meteorismo e flatulência. **Precauções:** 1 colher de sopa de LAEVOIAC (15 ml contém 10 g de lactulose). 1 colher de chá de LAEVOIAC (5 ml contém 3,3 g de lactulose). 1 sachete de LAEVOIAC (15 ml contém 10 g de lactulose). A parolaxia dá-se mais para adultos a dose de 2,5 g de LAEVOIAC. A dose máxima não deve exceder 2 colheres de sopa ou 2 saquetas de LAEVOIAC (70 g de lactulose). Em muitos casos mostrou-se benéfico tomar de manhã, em jejum, a dose diária de outra maneira, reparte a dose em 3 doses. **No obstipação:** Adultos: Inicialmente: 1,3 colheres de sopa ou 1,3 saquetas/dia. Em tratamento de manutenção: 2 a 3 colheres de chá ou 2 saquetas/dia. Crianças: Inicialmente: 1 colher de sopa ou 1 saqueta/dia. Em tratamento de manutenção: 1 a 2 colheres de chá/dia. **Lactentes e crianças pequenas:** Inicialmente: 1 a 2 colheres de chá/dia. Em tratamento de manutenção: 1 colher de colher/dia. **Neon e lactação:** pode causar hemorragia da boca digestiva. Administrar 50 g de lactulose por dia, ou seja, 4 a 5 colheres de sopa ou 4 a 5 saquetas de LAEVOIAC. **No pré-eclâmpsia e como laxante:** até 100 g de lactulose por dia, ou seja 7 a 10 colheres de sopa ou 7 a 10 saquetas de LAEVOIAC. **Em pediatría:** em média, 1 colher de chá por dia, para aliviar a constipação. **No parodontite:** 1 a 2 colheres de sopa ou 1 a 2 saquetas por dia, dissolvidas num líquido (suco, chá, sopa de frutas, etc.). **Observações:** Durante o tratamento, não se devem beber sucos de melão, abacaxis ou bebidas contendo gás carbónico, em grandes quantidades. Deve-se evitar: sal, alcaçuz, Rutabagas, Azeitona e Prego. Embalgam com 700 ml - P.V.P. 653300. Embalagem com 70 saquetas. P.V.P. 1415300.



laevolac®

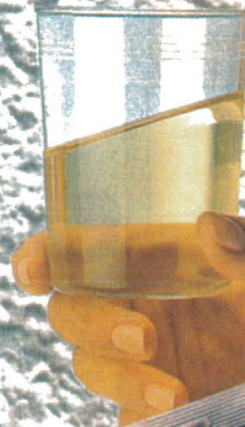
concentrado de lactulose

ALÍVIO RÁPIDO

3 saquetas/dia

MANUTENÇÃO

2 saquetas/dia



Laevosan - Gesellschaft
Linz/Donau

Capital Social: 100.000.000\$000 - N.º Pessoa Colectiva: 500 113 270 - Registo no Conservatório do Registo Comercial de Lisboa sob o n.º 10441

A Eficácia Económica dos Médicos nas

Unidades Públicas de Saúde

Dr. Nuno Morujão

Médico Anestesiologista do Hospital de Matosinhos

No âmbito das comemorações do seu primeiro aniversário de emissão, a TVI entrevistou o Prof. Cavaco Silva.

Foi com agrado que o ouvi afirmar, nessa entrevista, que está na mão do médico a decisão de requisitar ou não exames complementares de diagnóstico que ficam muito caros.

O contexto ou intenção dessa afirmação são irrelevantes por não influenciarem em nada o que está implícito na referida afirmação: - o reconhecimento do "poder médico".

Não sei se o referido "poder" alguma vez terá constituído motivo de reflexão para a generalidade dos nossos concidadãos. Raramente, no entanto, terá sido publicamente reconhecido. Muito menos por alguém com tanta responsabilidade política em Portugal.

Esse poder está intrinsecamente ligado à natureza da Medicina que, apesar dos seus progressos, não obedece mecanicamente a algoritmos rígidos e implica uma grande liberdade de acção, sempre no mais completo respeito das regras de ética e deontologia profissionais.

É um poder natural e necessário, de tal modo indissociável do estado da arte que, em qualquer circunstância, não pode ser alienado sem que daí possam resultar graves prejuízos para os serviços assistenciais que o médico presta.

Assim, é evidente que ninguém pode impôr ao médico a Medicina "mais económica" que ele deve praticar.

O "poder médico" é inalienável e a

Medicina normativa impossível.

Praticar uma Medicina de qualidade, como todos desejamos, impõe uma boa preparação científica e um constante esforço de análise custo/benefício, na utilização de meios de diagnóstico e terapêuticos. Esforço que, diga-se de passagem, a actual organização e sistema de remuneração do trabalho médico de forma alguma estimula.

A eficácia económica do médico terá que ser entendida, portanto, como uma componente da qualidade dos cuidados assistenciais.

Ainda existe em Portugal o conceito de que às Administrações das Unidades de Saúde compete administrar e dirigir as mesmas, e aos médicos simplesmente tratar os doentes.

Mas a realidade dos factos, como reconheceu o primeiro-ministro, é que são estes que detêm o poder de decidir, directa ou indirectamente, o essencial das despesas globais.

Vem isto a propósito da necessidade - por todos reconhecida - duma preocupação constante dos médicos com a qualidade dos serviços que prestam e, portanto, com a sua própria eficácia económica.

É que, pese embora a má gestão de algumas Unidades de Saúde e o reconhecimento do "sub-financiamento crónico" de todas elas, o problema de fundo com que nos debatemos na Saúde é bem mais complicado: - o que de facto está em causa são os seus custos que, em todo o mundo, têm aumentado muito mais do que o crescimento econó-

Parecer do Contencioso sobre: A Constituição de Sociedades Médicas

Foi colocada a este contencioso a seguinte questão:

É possível a constituição de sociedade entre dois cônjuges, ambos médicos, sendo que um deles se encontra em regime de dedicação exclusiva?

Antes de mais, cumpre assinalar que não cuidamos nesta informação da vertente que se liga à articulação do Serviço Nacional de Saúde com as actividades particulares e, nomeadamente, das implicações que o Artº 37 do D.L. 11/93, de 15 de Janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde) tem na percentagem da quota que os médicos pertencentes ao SNS podem deter em sociedades.

Mas passemos à análise da questão formulada.

Em primeiro lugar importa dizer que, nos termos do art.º 8º do Código das Sociedades Comerciais, é lícita a constituição de sociedades de responsabilidade limitada entre cônjuges.

Todavia, estando a esposa do consultente a trabalhar para um Centro de Saúde em regime de exclusividade, não lhe é permitido o desempenho de qualquer actividade profissional pública ou privada, ou seja não poderá desempenhar quaisquer funções na sociedade, nomeadamente de gerência, podendo, contudo ter a qualidade de "sócia" já que esta não consubstancia o exercício da actividade profissional.

Não obstante, a sociedade assim constituída é considerada, perante a lei fiscal, como sociedade de profissionais e, portanto, sujeita ao regime de transparência fiscal.

Tal regime caracteriza-se, essencialmente, por o lucro tributável ser apurado nos termos do Código de IRC mas a tributação ser feita em sede de IRS, na categoria B (Trabalhadores Independentes), dos sócios. Assim, embora não exercendo clínica privada e não tendo rendimento daí decorrentes, na declaração de IRS a apresentar pela esposa do consultente

terão forçosamente de constar os resultados fiscais da sociedade (lucros ou prejuízos), que serão imputados a cada um dos sócios enquanto trabalhadores independentes.

Tal situação implicará a demonstração, sempre delicada (neste caso à A.R.S.), da proveniência dos rendimentos referidos e, bem assim, e da não violação do regime de trabalho a que está adstrita, nos termos do Dec. Lei 1/93, de 3.1, por força do Dec. Lei 73/90, de 6.3.

Em conclusão:

No caso de se pretender constituir uma sociedade de prestação de cuidados médicos com um(a) vinculado(a) ao regime de dedicação exclusiva é de ponderar seriamente os inconvenientes acima referidos, pelo que a nossa opinião vai no sentido de ser encontrada uma solução alternativa, designadamente a constituição de sociedades entre médicos sem o referido regime de exclusividade.

Música Ligeira e Programas Televisivos nos Consultórios Médicos. Cobranças referentes aos direitos de autor

Foi colocada a este contencioso a seguinte questão:

Se a existência de um aparelho de T.V. nas salas de espera dos consultórios médicos, com o fim de entreter os pacientes, estaria abrangida pelo regime do D.L. 63/85, 14.3 - que aprova o Código dos Direitos de Autor e Direitos Conexos (C.D.A.D.C.),

alterado pela L.45/85, de 17/9, e portanto sujeito ao pagamento de um quantitativo relativo a direitos de autor.

Atento ao parecer dado pela Procuradoria Geral da República, publicado no Diário da República de 16.3.93, e homologado por despacho do Secretário de Estado da Cultura em

Ajudas de Custo e Subsídios de Viagem

2 de Dezembro do mesmo ano, é de concluir que não têm de ser pagos Direitos de Autor na situação colocada na questão formulada.

Tal conclusão assenta nos seguintes parâmetros:

- 1º A Constituição da República Portuguesa confere protecção legal do Direito de Autor, matéria esta que se encontra devidamente regulamentada no respectivo código.
- 2º Face ao estabelecido nessa legislação e na convenção de Berna está ainda por demonstrar que o conceito de comunicação pública abrange a mera recepção de uma emissão de radiodifusão, como é o caso daquelas que ocorrem nos consultórios médicos.
- 3º A mera recepção de emissões da radiodifusão em lugares públicos, não se integra no conceito de espectáculo ou divertimento público, não depende da autorização dos autores, nem lhes atribui o direito à remuneração.

Conclusão:

A existência de um aparelho de T.V. ou de música ambiente nas salas de espera dos consultórios médicos, com o fim de entreter os pacientes não está sujeita ao pagamento de direitos de autor por se tratar de uma mera recepção.

As tentas as reiteradas solicitações feitas a este Contencioso sobre o assunto em epígrafe entendemos útil informar o seguinte:

Ajudas de custo são remunerações dos agentes dos serviços públicos, ocasionados por deslocação em serviço, quando esta ultrapasse determinados limites espaciais e temporais, sendo referidas a cada dia em que se verifique a ausência da localidade do domicílio.

Visam compensar despesas motivadas pelo facto do agente se encontrar fora da localidade onde exerce normalmente funções pelo que não incluem as despesas com a própria deslocação, constituindo estas uma modalidade específica de abonos.

Subsídio de viagem verifica-se em todos os casos em que os funcionários se desloquem, em serviço. Se o transporte não for fornecido pelo departamento a que pertence o funcionário ou agente serão pagas as quantias seguintes (Portaria 79-A/94, de 4.2), mediante documento ou declaração a apresentar pelo funcionário ou agente:

- Quanto a transporte por via férrea, a importância do bilhete utilizado;
- Quanto a transportes em veículos adstritos a carreira de serviço público - 17\$50 por Km;
- Quanto a transporte em automóveis de aluguer, se viajar isoladamente - 46\$50 por Km; se viajar com mais um funcionário - 24\$00 por cada Km, se viajar com dois ou mais funcionários - 17\$50 por Km;
- Quanto a transporte em automóvel próprio 49\$00 por Km;
- Quanto ao transporte por via aérea e marítima entende-se que será paga a despesa real efectuada.

As deslocações que se realizem dentro de um período de 24 horas são classificadas como diárias, conferem

direito a ajudas de custo desde que se efectivem para além de 5 Km da periferia da localidade onde o funcionário tem o seu domicílio, devendo ser abonadas as seguintes percentagens da ajuda de custo diária:

- a) Abrangendo o período compreendido entre as 13:00h e as 14:00h ou entre as 20:00h e as 21:00h - 25%.
- b) se implicar dormida 50%.

Nestes casos perde-se o direito ao subsídio de refeição.

Nos termos da sobredita portaria 79-A/94, de 4 Fevereiro, as ajudas de custo têm os seguintes valores:

- Vencimento superior ao valor do índice 440 - 8466\$00;
- Vencimentos que se situem entre os valores dos índices 440 e 265 - 6885\$00;
- Outros - 6324\$00.

É de fazer nota que estes valores são os que vigoram para o ano de 1994, sendo actualizados anualmente.

Os médicos que se encontrem nas situações aludidas supra e não forem pagos em conformidade com o acima exposto deverão apresentar requerimento dirigido ao Presidente do Estabelecimento de Saúde onde exerçam funções.

Nota: Os médicos que exerçam funções de autoridade sanitária não têm direito ao abono de ajudas de custo por qualquer serviço dentro da área do respectivo concelho, a não ser em caso especiais autorizados pelo Ministro.



Subsídios para a História da Medicina Portuguesa

PEDRO HISPANO



Dr. Vieira Reis

Considerando eu, Pedro Hispano, que os diversos padecimentos mórbidos se originam no corpo humano por negligência, encontrei e provei com razão verdadeira algumas observações úteis e experimentadas para conservar a saúde da vida humana, as quais se não encontram no seio da Arte da Medicina. Uma vez que é melhor preservar a saúde do que lutar com a doença, deve tratar-se da dita saúde... é que é mais útil prevenir as doenças do que, uma vez contraídas, pedir auxílio, que provavelmente é impossível.

Quem escreveu estas palavras, pensa-se que nasceu entre 1210 e 1220, sendo frequentemente apontadas as datas de 1216 ou 1218 como as mais prováveis. Certeza só há sobre a data da sua morte -1277.

É notável que naquela altura este nosso Colega português tenha uma noção tão perfeita e tão moderna da medicina preventiva. Mesmo visto à luz daquele tempo não podemos afirmar com certeza que Pedro Hispano foi um grande médico, mas há sinais bastantes para pensar que sim. Melhor que a maioria deles era -o sem dúvida. Marcou a sua presença e deixou rasto. Entrou na História. Por isso, nos parece bem começar por ele as publicações regulares na nossa Revista de biografias de médicos portugueses célebres.

Pedro Julião ou Pedro Hispano nasceu em Lisboa, na Freguesia de S. Julião. Morreu em Viterbo, Itália, como Papa João XXI, mas não como um Papa, já que não morreu tranquilamente de velhice, mas por ferida infectada causada aquando do desmoronamento do tecto de uma sala que mandara arranjar. Será que o Papa não se deveria ter metido com problemas materiais?

Estudou Medicina em Lisboa, Santiago de Compostela e Paris e foi também Mestre em Filosofia.

Como eclesiástico, começou como Cónego e Deão da Sé de Lisboa. Passou depois a viver no Norte do País e foi Arcebispo em Vermoim, depois Prior da Colegiada de Guimarães e logo a seguir Arcebispo de Braga. Posteriormente foi para Itália

e foi médico do Papa Gregório X que o nomeou Cardeal. E, a 8 de Setembro de 1276 foi eleito Papa, com o nome de João XXI. Foi entronizado na Catedral de S. Lourenço, em Viterbo, a 20 de Setembro.

A obra médica mais importante de Pedro Hispano foi *Thesaurus Pauperum*, obra de divulgação no estilo da Medicina para Todos dos nossos tempos, o que mais uma vez mostra a posição precursora do nosso Colega de 1200. Uma obra médica escrita a pensar em quem não tinha qualquer formação médica, nem a ela podia aceder com facilidade. Obra de divulgação que teve a melhor aceitação por parte dos leitores como o provam as inúmeras traduções e edições que foram feitas ao longo dos tempos. Não creio que outra obra médica portuguesa tenha tido alguma vez tal aceitação. E, se pensarmos nas obras actuais e nas possibilidades imensas que hoje há a nível de difusão, comparadas com as de então, mais espantados ficamos com o sucesso de *Thesaurus Pauperum*.

Para melhor esclarecimento de quem nos lê podemos acrescentar que as edições de *Thesaurus Pauperum* ou *Liber de Conservanda Sanitate* como também é chamado foram 90, das quais 9 foram portuguesas, 24 em catalão, 17 em francês, 5 em inglês, 13 em italiano, e as restantes em latim, alemão, hebraico e dinamarquês.

A sua carreira docente exerceu-a em Siena de 1245 a 1250 e, em 1254, sabe-se que ensinava em Montpelier e em Paris.

Embora não haja, ou não se encontrem, elementos que possam afirmar com segurança que Pedro Hispano esteve ligado à famosa Escola de Salerno (principal Escola Médica Latina do ocidente), há fortes suspeitas de que tal possa ter sucedido. Sucede que a mais importante obra

médica produzida nesta escola de Salerno foi o famoso *Regimen Sanitatis Salemitarum*, também conhecido como *Flos Medicinæ Scholæ Salemi*, e cuja autoria permanece ainda desconhecida apontando-se como mais provável ter sido seu autor o espanhol Arnaldo de Vilanova. Mas, com a mesma incerteza e com o mesmo peso afirmativo há quem defenda que a autoria terá sido do português Pedro Hispano, teoria que eu sinceramente não subscrevo já que me parece muito improvável que os seus biógrafos nunca a tal façam referência.

A única razão que me parece levar à discutível teoria de Pedro Hispano ser o autor do *Regimen Sanitatis Salemitarum* é a semelhança entre esta obra e o *Thesaurus Pauperum* e o facto de os destinatários últimos da obra serem os mesmos. Numa e noutra obra se faz referência ao povo ou gente "volgare". As semelhanças entre as duas obras são imensas e a título de exemplo refiro apenas que Pedro Hispano no capítulo "Como se deve comer" diz que *deve comer-se sempre uma só vez, porquanto morrem muitíssimos de excesso de saturação, e poucos de inanição*. E, cita Galeno onde ele diz que *a gula é uma das causas de morte, pois matou mais que a espada e o cutelo*. E, no *Regimen Sanitatis Salemitarum* pode ler-se logo a abrir, nos seus *Praecepta Generalis*, que *se queres viver incólume, se queres viver são, afasta os cuidados graves, crê que é funesta a ira, sê parco na bebida, ceia pouco; não te pareça vão levantares-te depois de comer, evita a sesta da tarde, não retenhas a urina, não apertes o ânus com força. Se isto observares, longo tempo viverás. E, se os médicos te faltarem, médicos para ti serão estas três coisas: alegria, descanso, dieta com moderação*.

Estas duas obras tiveram grande influência ao longo dos tempos, quer nos seus leitores, quer nos colegas médicos que escreveram obras posteriores. A título de exemplo

podem-se citar as obras de Gazius em 1514 "Florida corona que ad sanitatis hominum conservationem", de Gualdo em 1572 "Il tesoro della sanità", de Orla em 1586, "Aviso de Sanidad", o de Zapata em 1592", "Os maravilhosos remédios secretos de medicina e cirurgia para todas as espécies de doenças", o de Baccuet em 1679 "L'aponthicare charitable", o de Wolff em 1690 "Scrutinium amuletorum medicum", o de Perier em 1820 "L'ami de la santé pour tous les sexes et tous les âges" (o que seria isto de todos os sexos?), e os portugueses Curvo Semedo em 1726 "Pollanteia Medicinal" e em 1729 "Atalaia da vida", João Correia em 1723, "Castelo forte contra todas as enfermidades", José Rodrigues de Abreu em 1711 "Luz dos cirurgiões embarcadiços", Francisco Fonseca Henriques (o Dr. Mirandela) em 1711 "Âncora medicinal".

Outras obras escreveu Pedro Hispano mas não sobre matéria médica. Entre estas destaca-se as *Summulae logicae*, divididas por doze volumes, e que foram durante três séculos matéria de estudo da Lógica na Universidade de Coimbra e em algumas Universidades europeias. Escreveu ainda um Comentário à História dos Animais de Aristóteles (*De animabilibus*) e *De Anima*, tratado de Psicologia em treze volumes.

Como se vê desta pequena nota biográfica de Pedro Julião ou Pedro Hispano ou João XXI, os portugueses têm razão para dele se orgulharem. Começa assim bem esta série de biografias que iremos publicando.

Não é qualquer um que é suficientemente importante para ser citado na Divina Comédia de Dante (no Paraíso). E esta é uma citação bem mais importante do que qualquer uma das citações que agora se podem encontrar no *Who's who in the World*.

Colégio de Imuno-Hemoterapia Admissão por Consenso:

A Comissão de Avaliação de Imuno-Hemoterapia

A admissão por consenso será concedida aos licenciados em Medicina pelas Universidades Portuguesas que a requeiram, e que demonstrem, documentalmente, cumprir, pelo menos, um dos seguintes critérios:

1 Aprovação no exame final ou de saída do Internato Complementar de Hemoterapia ou Imuno-Hemoterapia, em provas efectuadas até 30.06.94;

2 Provimento oficial, como Hemoterapeuta, em qualquer das categorias da carreira médica hospitalar dos quadros dos Serviços de Hemoterapia ou Imuno-Hemoterapia de estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde;

3 Exercício prático contínuo da Medicina Transfusional (Clínica e laboratorial) pelo menos nos últimos 5 anos, em estabelecimentos onde reconhecidamente

se desempenhem a Cirurgia Geral, a Obstetrícia, a Pediatria, a Anestesiologia/Reanimação ou o Intensivismo.

As situações não contempladas pelos critérios acima definidos poderão ser aceites para avaliação; os pedidos correspondentes, informados com o parecer da "Comissão de Avaliação", serão submetidos ao primeiro Colégio eleito, a quem caberá o parecer definitivo.

Workshop - Clínica Geral e Medicina Familiar. Que Futuro?

Damos conhecimento, que o Colégio de Clínica Geral na sua última reunião aprovou a organização do Workshop - "Clínica Geral e Medicina Familiar. Que Futuro?", para os próximos dias 17 e 18 de Junho de 1994, a decorrer em Lisboa na Sede da Ordem dos Médicos.

Esta reunião terá dois objectivos fundamentais, partindo da avaliação da situação presente da Clínica Geral e da Medicina Familiar em Portugal:

1º obter consensos sobre os principais conceitos e definições, terminologias e designações referentes quer aos profissionais quer á especialidade. No fundo tentar encontrar consenso sobre parte do "analfabeto" a utilizar pelos médicos de Família;

2º pensar o presente e antever diferentes formas de desenvolvimento da Clínica Geral e da Medicina Familiar no Sistema Nacional de Saúde Português, dando à Ordem dos Médicos meios de intervenção.

Para cumprir estes objectivos organiza-se à volta 4 grupos de trabalho de 10 pessoas cada, subordinados aos seguintes temas:

A "Retrato" da Clínica Geral e da Medicina Familiar em Portugal em 1994;

B Da Clínica Geral à Medicina Familiar. Conceitos e terminologias;

C Modelos de Organização da Clínica Geral e da Medicina Familiar;

D Que Médico de Família queremos no futuro para Portugal?

Simpósio

Epidemiologia na Prática Clínica

Realiza-se nos próximos dias 17 e 18 de Junho de 1994, no Hotel Ipanema Porto, o Simpósio "Epidemiologia na Prática Clínica".

Este encontro científico tem como objectivo proporcionar a todos os mé-

dicos em exercício clínico, a discussão e actualização de conceitos epidemiológicos na prática clínica no que respeita a doenças víricas, bacterianas e crónicas, entre outros temas. Qualquer esclarecimento deve ser solicitado ao secretariado:

Dr. Carlos Vaz
Serviço de Higiene e Epidemiologia
da Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Prof. Hernâni Monteiro,
400 PORTO
Tel. (02) 550 11 11/36/86,
ext. 1532).