

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 22 – N.º 67 – Abril 2006

PROPRIEDADE:



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

Redacção, Produção

e Serviços de Publicidade:

Av. Almirante Reis, 242 - 2.º Esq.º

1000-057 LISBOA

E-mail: celom.omcne@omsul.com

Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

Director:

Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:

José Moreira da Silva

José Manuel Silva

Isabel Caixeiro

Directora Executiva:

Paula Fortunato

Redactores Principais:

Miguel Guimarães, José Ávila Costa,

João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:

Miguel Reis

Dep. Comercial:

Helena Pereira

Dep. Financeiro:

Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:

CELOM

Impressão:

SOGAPAL, Sociedade Gráfica da Paiã, S.A.

Av.º dos Cavaleiros 35-35A – Carnaxide

Inscrição no ICS: 108374

Depósito Legal: 7421/85

Preço Avulso: 1,6 Euros

Periodicidade: Mensal

Tiragem: 32.000 exemplares

(11 números anuais)

S U M Á R I O

- 4 EDITORIAL**
- 6 EDITORIAL**
Na Ordem do Dia
- 10 ACTUALIDADE**
XII CONGRESSO
NACIONAL DE MEDICINA
- 12 Três décadas do Serviço
Nacional de Saúde**
Onde estamos? Para onde
vamos?
- 16 Ao médico cabe prescrever
com liberdade**
- 20 Novos Modelos de
Organização dos Cuidados
de Saúde Primários**
- 24 Novos Modelos de
Organização: Unidades de
Saúde Familiar**
- 28 A Informatização das
Unidades de Saúde -
Implicações Éticas e
Deontológicas**
- 32 Hospital sem película**
- 34 Papel das tecnologias
ao serviço da Saúde**
- 36 Que perspectivas para a
medicina convencional?**
- 38 Sistemas de Qualidade nas
Unidades de Saúde -
Implicações para os
Médicos**
- 40 Ensino pós-graduado da
Medicina**
- 42 Reorganização dos
Sistemas de Gestão das
Unidades Hospitalares**
- 44 OPINIÃO**
Educação e Saúde no
Século XXXI
(uma viagem a 2034 com
regresso ao presente)
por José Eduardo Torres de
Eckenroth Guimarães
- 50 INFORMAÇÃO**
I Jornadas Nacionais sobre
Doenças Raras
- 52 AGENDA**
- 54 CULTURA**

Fotos da capa de:
António Pinto - Fotografia

Nota da redacção: Os artigos de opinião e outros artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores, não representando qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos.

Tempos

Continuum auspiciosos os tempos. Veremos o que futuro nos reserva. Até agora, de qualquer forma, tem-se cumprido com facilidade os desideratos que movem a actual direcção da Ordem e que se plasmaram nas intenções sucessivamente anunciadas.

Após a aprovação do Regulamento do Internato Médico que de forma clara pela primeira vez atribui, preto no branco, aos médicos as funções de autoregulação na sua formação pós-graduada, chegou a vez de clarificar a prescrição médica.

O novo Estatuto do Medicamento, em grande parte decorrente de obrigações de natureza Comunitária, aproxima-se da sua publicação.

Trata-se de um documento complexo que, por natureza da realidade vigente noutros países e dos poderosíssimos interesses económicos que sempre formatam as decisões comunitárias, tem algumas incongruências.

Por exemplo, a um total arrepio ao bom senso, classifica como medicamento os produtos homeopáticos para logo de seguida os isentar de comprovar a sua eficácia...

Não merece comentários, mas é importante que se diga que fosse qual fosse a vontade do Governo Português ou do INFARMED, tal promulgação nunca seria negociável. Compreendem-se as mais valias de vender água com memória de moléculas que em tempos lá passaram e os investimentos em laboratórios do ramo na França ou na Alemanha.

Mas este documento trazia em si o germe de mais graves disparates. Numa, a todos os títulos inaceitável, versão inicial propunha que os medicamentos fossem identificados pela designação comum internacional (DCI) da sua substância activa, impedindo na prática os médicos de escolher o fabricante ou titular de autorização de introdução no mercado (AIM) da sua confiança.

Numa versão que combatemos com todo o vigor, o médico ficava sem conhecimento por retroacção das acções secundárias do medicamento prescrito, numa perigosíssima roleta russa com a saúde de cada um.

Era uma forma de promover o mercado de genéricos, na opinião de quem o propunha, na prática e como se provou por exemplo em Espanha, uma forma de empurrar os médicos para a prescrição de originais lesando os interesses dos doentes e unicamente aumentando os lucros e as facilidades de gestão de stocks.

Porque aos doentes devemos toda a solidariedade não nos cansámos de demonstrar o erro de tal medida.

Com uma notável compreensão da razão que nos assistia o Sr. Ministro da Saúde foi à sessão de abertura do XII Congresso Nacional de Medicina comunicar ao País que a prescrição é um atributo dos médicos e que aquilo que os médicos prescrevem é inviolável seja por quem for a menos que autorizado pelo próprio.

Menos de um mês depois tive a oportunidade estranha de ver Bob Migliani, um consultor americano da maior importância, defender perante um fórum que reunia os dirigentes da Região Europa da Organização

Mundial da Saúde e os dirigentes das Associações Médicas Europeias, que a reversão da política do medicamento em Portugal era o exemplo de “a powerfull National Medical Association working inside silently”.

Fiquei estupefacto com a caracterização e com a rapidez com que o fenómeno foi lido nos EUA. Não pretendo liderar uma “powerfull National Medical Assotiation”, pretendo ter um diálogo franco e aberto com o Ministro que os meus concidadãos escolheram e com a garantia da lealdade, verdade e transparência, suscitar nos dirigentes do País a confiança nos representantes dos seus médicos para que as decisões sejam as melhores para todos os Portugueses.

O anúncio de S. Exa e a análise do perito fizeram-me, acima de tudo, acreditar mais fortemente na razão que me assistia quando há anos advogava este caminho para a actuação da Ordem e sentir-me grato à maioria dos colegas eleitos com semelhantes ou diferentes programas, que no Conselho Nacional Executivo da Ordem têm interpretado esta estratégia política.

É a mesma estratégia que permitiu corresponder ao apelo da Organização Mundial de Saúde e comemorar em conjunto com os nossos companheiros na ética - Farmacêuticos, Enfermeiros e Médicos Dentistas - o Dia Internacional da Saúde este ano dedicado aos profissionais.

Cada vez estou mais convicto que é juntos, com respeito pelas funções de cada um e arredando completamente a mesquinhez dos interesses politico-partidários, que é possível Governo e Ordens Profissionais da Saúde tomarem as melhores medidas que defendam os Portugueses e o direito constitucional a cuidados de saúde universais, gerais e gratuitos no momento da prestação.

Todos aqueles que ainda sonharem fazer voltar a Ordem ao passado, instrumentalizando-a ao serviço dos seus interesses pessoais ou dos partidos que servem, sabem que nos encontrarão a todos unidos, agora e cada vez mais, certos pela demonstração dos factos, da força da nossa razão.

Os médicos hoje e no futuro, definitivamente, não servirão de escada para o trepar de outros interesses que não os seus.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pedro Nunes', written in a cursive style.



TSF 24

Não era preciso ser um daqueles videntes de anúncio posto e mezinhas herbárias devidamente engarrafadas e vendidas a preço de ouro para saber que iria dar confusão....

Quando se começa a falar de encerrar unidades de Saúde, para mais maternidades, a borrasca é certa. Só quem não compreende as dezenas de anos de carência, as pequenas invejas e competições de campanário, o envolvimento afectivo das heranças e doações pode imaginar que uma qualquer população deixe passar em claro o encerramento do lugar onde se habituou a ver nascer.

Para quem está habituado a ter pouco, qualquer pequena perda toma a dimensão da tragédia. Para quem se habituou a ser enganado com promessas e festanças eleitorais, desconfiar é uma obrigação seja qual for a esmola.

Num contexto que tal vá-se lá dizer a um português dos quatro costados que tem de ir ver nascer os filhos a Espanha, mesmo que nesta época de Europa já não se contrabandeie café e sejam mais baratos os caramelos chineses.

Aceitando-se que a política seja a arte do possível, como alguém recentemente dizia à laia de justificação, não há milagres que valham ao incauto que se meta por tão estreitos caminhos.

É escusado alegar que hoje para nascer há que assegurar uma plataforma técnica adequada e que esta só é possível com investimentos pesados que, como é bom de ver são impossíveis a cada dez quilómetros.

É escusado tentar fazer perceber que uma equipa treinada tem de jogar um suficiente número de jogos sob pena de nos momentos cruciais falhar clamorosamente.

Um país que constrói dois estádios de futebol na mesma avenida de uma mesma cidade não se acanha quando se trata de manter abertas duas maternidades a quinze minutos por auto-estrada.

É uma questão de cultura e a cultura é uma questão de exemplo.

Querer forçar alguém à contenção e simultaneamente gastar sem regra é meio caminho andado para a confusão. A confusão nasce normalmente do sentido de injustiça e este é sempre muito claro para quem o sente. Tanto mais que radica nas áreas da emoção o que dificulta o seu combate por meros exercícios de argumen-

tação e de razão.

Para resolver estes e outros problemas não bastam meia dúzia de dias nem mesmo o tempo de um governo de legislatura. Há que tornar factos, simples ou complexos, em factos banais. Há que ganhar o hábito de decidir com razoabilidade e ser claro nos objectivos e nos meios empregues para tal fim.

Acima de tudo há que não tentar domesticar a realidade à nossa vontade, imaginando ser possível explicar o inexplicável.

Vejamos um exemplo prático da actualidade da Saúde:

Segundo a comunicação social o Governo teria ameaçado baixar a taxa de alcoolémia permitida na condução se os vitivinicultores não se esforçassem por propagandear os malefícios de beber. Como seria de esperar as associações dos mesmos ameaçaram invadir de novo o Terreiro do Paço com tractores e atrelados.

Iniciou-se assim um diálogo de surdos que promete cenas de próximos capítulos.

A questão é complexa quando abordada nesta perspectiva essencialmente económica e de contornos difusos. Aparentemente espera-se dos produtores de vinho que gastem dinheiro numas campanhas de publicidade nos jornais e televisões afim de, em nome da saúde pública, convencer os consumidores a não consumir. Ameaça-se os mesmos de, não o fazendo, se tomarem medidas que com eficácia obtêm os objectivos pretendidos, isto é, forçar os condutores a não beber.

Posto nestes termos a compreensão do problema não me é fácil. Ou bem que as toleradas 0,5 gramas por litro são um perigo para a circulação ou bem que não o são.

Se o são, é negligência do Governo permiti-las, já que seguramente a vida de todos nós é mais importante que as perdas financeiras do sector vitivinícola.

Se o não são, é totalmente abusivo o Governo querer determinar impostos indirectos sobre os agricultores fazendo-os sustentar com publicidade os jornais e televisões.

Em qualquer dos casos o importante seria que alguém com credibilidade técnica nos dissesse a verdade e depois sem qualquer hesitação se agisse em conformidade. Seguramente que sem grande margem para dúvida ou discussão há evidência científica sobre esta matéria.

A mim, ignorante que sou destas coisas da política, pare-



ce-me que com alguns exercícios deste teor se conseguiria dentro de uns anos tomar medidas adequadas sem necessidade de manifestações e estados de alma. É que sob a pressão da rua e debaixo de climas emocionais tomam-se decisões gratificantes para o ego de alguns mas demasiado caras para todos.

Não me parece que seja preciso esclarecer quem, no fim, vai pagar a factura...

TSF 25

Na passada sexta-feira comemorou-se o Dia Mundial da Saúde. É mais um dos múltiplos dias mundiais disto e daquelo outro com que hoje é hábito garantir algumas notícias na agenda da comunicação social e umas reflexões avulsas de preferência politicamente correctas.

Cumpriu-se o calendário com comemorações de manhã por parte do Ministério da Saúde e da parte da tarde numa organização conjunta das quatro Ordens profissionais do Sector - Enfermeiros, Farmacêuticos, Médicos e Médicos Dentistas.

Curiosa foi a constatação de ser a primeira vez que as quatro Ordens se reuniram para uma comemoração de tal teor. Se bem que um facto menor, diz bem do clima até agora vigente de competição corporativa no sentido pequenino do termo e desta habilidade de estar de costas tão característica do viver português.

Está bem de ver que sendo a Saúde uma luta contra a doença e pela melhoria das condições de vida, tudo recomenda a sinergia na acção e nada permite que profissões sinérgicas e de imprescindível complementaridade se enfrentem num tonto jogo do quem é quem.

É óbvio que quando seres humanos partilham o mesmo espaço, neste caso institucional e económico, sempre são de esperar algumas tensões. É preciso perceber quando essas tensões derivam da vontade de fazer melhor e estimular a sua resolução que só pode acontecer num diálogo franco, frontal, de olhos nos olhos entre pessoas que mutuamente se respeitam.

Também é preciso identificar quando tais disputas nascem da mera mesquinhez dos pequenos interesses e aí actuar sem qualquer cedência a pequenos poderes ou influências políticas de campanário.

O segundo aspecto a ressaltar das comemorações deste ano foi em si mesmo o tema escolhido pela Organização Mundial de Saúde.

Propôs a OMS reflectir sobre a carência à escala global

de profissionais de Saúde, a sua importância no tecido social e, em última análise e por via destes, a importância da Saúde nas sociedades actuais.

Num país em que distritos tão importantes como Faro, Ponta Delgada ou Castelo Branco têm o maior empregador no hospital, tais raciocínios deveriam ser evidentes e discutir-se como estimular o investimento ou como dar eficiência às escolhas num equilíbrio entre tecnologias importadas e gestão de recursos humanos disponíveis.

Por estranho que possa parecer não tenho memória de este tema estar na primeira linha da agenda da Saúde.

Em contrapartida, é diário o aparecimento de pseudo "experts" que discorrem longamente sobre a necessidade de cortar despesas com pessoal de modo a ser possível a redução da carga fiscal, aumentando em consequência a competitividade das empresas. Das que pagam impostos presume-se...

Os médicos, únicos que possuem os conhecimentos que permitiriam tomadas de decisão tecnicamente apoiadas, são sistematicamente afastados dos centros de poder, desincentivada a sua reflexão sobre tais matérias e substituídos por peritos da área económica que da Saúde só sabem por umas cartilhas em uso além Atlântico.

A farmacêuticos, enfermeiros e dentistas também ninguém nada pergunta ou mobiliza, como se fosse possível prescindir de saberes específicos testados ao longo de anos em detrimento da pólvora de descoberta recente que tudo vem solucionar ao incauto e ignorante indígena.

Ao pôr a tónica sobre a importância dos profissionais de Saúde, ao alertar alarmada para a sua carência, a Organização Mundial de Saúde, na senda do Relatório sobre a Saúde no Mundo que já em 2003 identificava o impacto desta sobre a economia global e regional, prestou um bom serviço a quem tem da política a ideia generosa da procura das melhores soluções para o bem dos povos.

Resta aguardar para saber que ouvidos esta mensagem atingiu e que impacto teve na prática habitual de discutir política de Saúde. Pode, evidentemente, continuar tudo como é hábito já que há sempre por aí uns gestores disponíveis para dizer que a culpa é sempre dos profissionais, que estes não trabalham e que a solução milagrosa está nos genéricos, na dedicação exclusiva ou na gestão das falsas urgências.

Se não saísse tão cara a ignorância até era divertida...

INFORMAÇÃO



ELEIÇÕES COLÉGIOS DA ESPECIALIDADE

O Conselho Nacional Executivo determinou em reunião de 2 de Maio de 2006 fixar nova data para as eleições de todos os Colégios da Especialidade para os quais não houve apresentação de candidaturas no prazo indicado para o acto eleitoral de 31 de Maio. **Assim, para os Colégios da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardiorádica, Farmacologia Clínica, Hematologia Clínica, Ortopedia, para as Sub-especialidades de Electrofisiologia Cardíaca,**

Hepatologia e para as Competências de Hidrologia Médica e Medicina Farmacêutica deverão ser apresentadas candidaturas até ao próximo dia 25 de Maio, realizando-se o respectivo acto eleitoral no dia 5 de Julho de 2006.

Findo este novo período eleitoral, caso não exista apresentação de candidaturas para todos os Colégios da Especialidade, o Conselho Nacional Executivo nomeará as respectivas Direcções para o triénio 2006/2009.

Eleições para os Colégios de Especialidades, Secções de Sub-especialidades e Comissões de Competência 5 de Julho de 2006

**Horário: das 9h00 às 20h00
Local: Secções Regionais da Ordem dos Médicos**

Calendário Eleitoral

2006

Maio 5	Os cadernos eleitorais estarão disponíveis para consulta em cada Secção Regional.
Maio 10	Prazo limite para reclamação dos cadernos eleitorais
Maio 15	Prazo limite para decisão das reclamações
Maio 25	Prazo limite para formalização das candidaturas
Maio 30	Prazo limite para apreciação da regularidade das candidaturas
Junho 23	Prazo limite para envio dos boletins de voto e relação dos candidatos
Julho 5	Constituição das Assembleias Eleitorais (Secções de Voto), acto eleitoral e contagem dos votos a nível regional (A Mesa Eleitoral Nacional funciona na Secção Regional que detém a Presidência do Colégio da Especialidade).
Julho 10	Apuramento final dos resultados a nível nacional.
Julho 17	Prazo limite para impugnação do acto eleitoral.
Julho 24	Prazo limite para decisão de eventuais impugnações.

XII Congresso Nacional de Medicina

Três décadas do Serviço Nacional de Saúde

Onde estamos? Para onde vamos?

Decorreu no Porto, de 23 a 25 de Março, o XII Congresso Nacional de Medicina subordinado ao tema «Três décadas do Serviço Nacional de Saúde. Onde estamos? Para onde vamos?». Desse importante evento damos conta nesta edição, começando pela transcrição dos discursos proferidos na sessão de abertura pelo Bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, e por António Correia de Campos, Ministro da Saúde. Seguem-se as reportagens referentes a alguns momentos do congresso.

«Na presença de S. Ex.^a o Sr. Ministro da Saúde que representa igualmente S. Ex.^a o Sr. Primeiro Ministro, iniciar-se-á dentro de momentos o XII Congresso Nacional de Medicina que abordará a imprescindível problemática do ser e do dever de uma das mais importantes conquistas do Portugal democrático – o Serviço Nacional de Saúde.

Este ano, dado o carácter tão recente da sua tomada de posse e a viagem necessária ontem realizada à República de Cabo Verde, não nos é possível contar com S. Ex.^a o Sr. Presidente da República que não deixará para o ano de honrar os médicos portugueses com a sua insigne presença.

Sendo a Ordem dos Médicos uma Associação Pública cujo papel regulador está claramente consolidado no nosso direito constitucional, é com manifesta honra e alegria que saúdo os ilustres Bastonários das nossas congéneres, membros do Conselho Nacional das Profissões Liberais, em breve Conselho Nacional das Ordens Profissionais. Permitam-me sem melindre que destaque nesta saudação os Bastonários Aranda da Silva, Augusta de Sousa e Orlando Monteiro da Silva. É um

destaque natural já que representam as principais profissões que conosco partilham a responsabilidade ingente de defender a Saúde dos Portugueses.

Une-nos esse dever.

Une-nos a dificuldade de o cumprir quando se manifesta a incompreensão de uma Sociedade que, estranhamente, em vez de se vangloriar das conquistas sociais e do bem estar assegurado, nos critica como agentes da despesa.

Une-nos uma mesma ética. Uma ética humanista que todos, alguma vez, jurámos respeitar. Como médicos, continuadores de Hipócrates somos aparentemente os mais antigos. Desta antiguidade guardamos o nome e a responsabilidade, mas não esquecemos que médicos, farmacêuticos, enfermeiros e dentistas já foram actos diferentes de uma mesma profissão. Se hoje o avanço da ciência, a complexidade da vida social, o limite do tempo humano da existência nos obriga a separar e especializar, não nos faz esquecer a raiz comum de irmãos, a solidariedade na missão, a obrigação de defesa daqueles que se nos confiam. Tais obrigações passam também pela intervenção social que procuraremos que seja cada vez mais concertada, mais comum, procurando a excelência do que nos une e definitivamente descartando por menor o que eventualmente nos separe.

É com este sentir que enquanto Ordem dos Médicos continuaremos a lutar pela publicação de um documento enquadrador do Acto Médico. Um documento que defina não tanto os actos paradigmáticos do trabalho diário dos médicos mas essencialmente o sentido profundo de um Acto de Saúde que dê à sociedade portuguesa o sinal claro do nosso compromisso ético. Do dever de defesa que aos governos caberia mas que no seu olvido nós cumpriremos.

Dever de defesa dos nossos concidadãos que, quando diminuídos pela angústia da doença ou do seu temor; são deixados ao abandono nas garras dos vendedores de ilusões.

A nossa incompreensão continuará a ser absoluta para com o laxismo com que o poder político tem premiado a charlatanice, a vigarice, o atrevimento dos ignorantes bem falantes que, indiferentes ao sofrimento alheio, só reconhecem os seus interesses e dentre estes o mais mesquinho – o dinheiro.

Um Estado protector e solidário que julgávamos haver construído sobre as ruínas dos conflitos mundiais do séc. XX desliza aparentemente, sem glória nem sentido, para um mero administrador de bens alegadamente comuns mas que os caminhos e as travessas da inexorável globalização cada vez mais colocam ao exclusivo serviço de uns quantos.

Como médicos queremos ser os continuadores de um proces-

so que coloca o ser humano no centro. Irredutíveis não cedemos quando estejam em causa valores substantivos, princípios definidores de condutas. Como médicos temos essa obrigação. Como cidadãos e homens livres temos essa meta.

Não o faremos contra ninguém. Obviamente não o faremos contra qualquer governo que os portugueses legitimamente escolham. Fã-lo-emos positivamente pelo testemunho, pela clareza, pela transparência dos nossos comportamentos.

Porque temos esse dever estamos hoje aqui para reflectir sobre o Serviço Nacional de Saúde que sabemos ser o pilar do nosso Sistema de Saúde.

Queremo-lo universal, geral, gratuito no momento da prestação, público enquanto tradução da solidariedade colectiva de um povo que a constrói e não abdica.

Defendemos formas mais eficazes de organizar a prestação, como seja a convenção. Colaboramos com a nossa experiência e apoio

crítico mas empenhado em projectos de grande fôlego como sejam as Unidades de Saúde Familiares, as Unidades Locais de Saúde, os Cuidados Paliativos e Continuados. Esquecemos interesses legítimos de grupo em detrimento dos superiores interesses dos portugueses e da qualidade da Medicina.

Se o fazemos não é só por obrigação estatutária mas sim por uma aguda consciência da importância relativa daquilo que nos move. É essa a nossa grande força. É essa a nossa aparente fraqueza que alguns menos lúcidos julgam poder aproveitar.

Não tem sido esse, felizmente, o caso de V. Ex.^a Sr. Ministro da Saúde. Temos tido da parte de V. Ex.^a uma relação de grande abertura, respeito e compreensão. Sem conflitos inúteis, sem tensões bloqueadoras, sem alimentar páginas de jornais.

Para que tal acontecesse não foram necessárias cedências de qualquer das partes. Não foi necessário encontrar vencidos ou vencedores. Os bons resultados derivaram do diálogo e da boa fé, não implicaram qualquer unanimismo.

Sabe V. Ex.^a que entre os médicos e o Ministro sempre haverá divergências e opiniões legitimamente diferentes. Mais que não seja porque “a Política é a Arte do possível” e “a Medicina é a Arte de transcender as realidades da existência”. São ambas artes nobres, das que mais merecem o empenhamento de uma vida, estão condenadas a entender-se quando exercidas por gente séria.

A excelente relação que tem pautado este primeiro ano do V. e igualmente do nosso mandato já deu importantes frutos, tais como sejam a recente publicação do Regulamento do Internato Médico. Com tranquilidade, sem conflitos espúrios, foi possí-

vel clarificar o papel dos vários actores na formação dos médicos.

Sabemos que o ficamos a dever ao empenhamento de V. Ex.^a e não o esqueceremos. Fica também V. como autor do que sem qualquer pretensiosismo se pode classificar como um dos mais bem organizados e bem concebidos sistemas europeus de formação pós-graduada dos médicos.

Muito falta ainda por fazer. Muitos são os constrangimentos com que nos deparamos, muitos obstáculos à nossa vontade de fazer melhor.

Sabemos das dificuldades financeiras e do mau momento que o país tem atravessado. Às dificuldades conhecidas adicionam-se as específicas do sector:

A importação de tecnologia e o seu custo sempre crescente.

As necessidades imparáveis que só a Saúde consegue gerar porque lida com o bem mais precioso e a terrível angústia da sua perda.

A carência de profissionais que só é possível combater com o empenhamento de muitos anos de políticas consequentes de formação.

Os elevados níveis de resposta já conseguidos e a consequente dificuldade da sua manutenção sem imperdoáveis recuos.

Sabemos das dificuldades mas temos o crédito da obra feita. Se os portugueses usufruem de um dos melhores serviços de Saúde do Mundo devem-no aos profissionais esforçados que diariamente o



constróem.

Se os portugueses obtêm índices de Saúde semelhantes aos dos restantes países da Europa civilizada apesar de serem os que menos gastam com tal desiderato, devem-no aos baixos salários com que os profissionais são remunerados.

Pela nossa parte, por parte dos médicos, não enjeitamos o nosso contributo. Não regatearemos empenhamento mas não toleraremos demagogias. Sabemos qual o nosso crédito e não ignoramos as arestas ainda por limar.

Porque o sabemos estamos orgulhosos da contenção que ajudámos a conseguir no sector do medicamento. Da elevada penetração no mercado dos medicamentos genéricos que conseguimos enquanto repudiávamos com total intransigência qualquer tentativa de interferir na inviolabilidade da receita médica.

Colaboraremos com V. Ex.^a na racionalização, que não racionalismo, da prescrição medicamentosa. Não aceitaremos, contudo, formas ínvias de estimular os médicos a não prescrever o que os doentes necessitem, como sejam contratos que associem os gastos individuais com medicamentos à remuneração.

Para nós é a defesa dos nossos doentes e da dignidade da nossa

XII Congresso Nacional de Medicina

prática que estão em causa. Por eles combateremos sem qualquer cedência. De V. Ex.^a esperamos o significativo sinal que será a alteração do inenarrável impresso em uso no Sistema de Saúde para receitar medicamentos.

Estamos disponíveis para ajudá-lo a combater o desperdício e a fraude.

Nunca nos peça, no entanto, para colaborar em qualquer medida que vise impedir o acesso dos nossos doentes a terapêuticas inovadoras, introduzidas em Portugal nos tempos aceitáveis em termos de União Europeia.

Sr. Ministro,

Temos com V. Ex.^a um ano de leal e frutuoso trabalho que queremos prolongar porque tal será útil para os portugueses. Uma Ordem nova e um Ministro conhecedor dos assuntos podem em pouco tempo fazer muito pelo País.

Pela nossa parte e no cumprimento do mandato que os médicos nos outorgaram de forma clara em Dezembro de 2004, estamos a construir uma instituição eficaz e interventora na sua área específica de acção.

Assumimos não ser um Sindicato ou uma qualquer forma de Associação para defesa de interesses corporativos mesmo que legítimas. Somos como a lei consagra uma Entidade Reguladora da prática médica que cumprirá com intransigência as suas funções.

Não enjaitaremos os incómodos da função nem deixaremos de colaborar com outras Entidades que o ordenamento jurídico português consagre. Neste particular temos procurado encontrar as pontes de diálogo com a recém-criada Entidade Reguladora da Saúde a quem daqui e nesta bela cidade que é a sua sede cumprimentamos.

Exigimos, no entanto, uma completa clarificação das funções que a uns e outros comete.

Nesta e noutras matérias sabemos da imprescindibilidade do nosso contributo pois sabemos que temos saberes que ninguém mais possui. Pô-los-emos ao serviço dos portugueses, mas em nome desses mesmos portugueses, negá-los-emos quando outros valores que não o seu bem estejam em causa.

Não se admirem de igual modo se nos virem defender até às últimas consequências o nosso direito a não ser interpelados por outras entidades que também se pretendem reguladoras. Aquelas entidades que nascidas de derivas neo-liberais e de um muito "sui generis" conceito de democracia que nega a política, querem convencer-nos, após dois mil e seiscentos anos de história que afinal a nossa profissão é um mero comércio que deveria ser regulado unicamente pelas impiedosas leis do mercado.

Meus caros colegas,

Têm na vossa frente uma Ordem nova, unida, com vontade de fazer, onde não há dirigentes de primeira ou de segunda, porque não há médicos de primeira ou de segunda.

Esta Ordem a que me deram a honra de presidir, é já hoje, e sê-lo-á ainda mais no futuro um corpo organizado e eficaz que responde aos desafios que a sociedade portuguesa com a sua

dinâmica diariamente lhe coloca.

É uma Ordem em que se pratica uma ampla democracia interna e em que cada um tem consciência do seu papel e desempenha-o com total dedicação.

Se outra prova fosse necessária, esta excelente organização que o Conselho Regional do Norte presidido pelo Sr. Dr. Moreira da Silva nos oferece neste belo Centro de Congressos que é a melhor instalação que a Ordem possui, aqui estaria para o provar.

Cabe-me agradecer a todos os colegas do Norte e em particular ao dr. António Araújo a quem se deve muito do ignorado trabalho que permitiu que tal fosse possível.

Para o ano este Congresso realizar-se-á na zona Centro e conta desde já com o empenhamento dos colegas do respectivo Conselho Regional.

A partir de hoje teremos um momento anual em que os médicos dirão de sua justiça. Em que as prestigiadas figuras que conosco colaboram na Plataforma de Acompanhamento da Saúde terão oportunidade de fazer o seu balanço. Será também uma oportunidade anual de confrontar ideias, de rever projectos.

Porque a Ordem é de todos os médicos todos representa e a todos solicita. Não será isenta de críticas. Todas as críticas são bem vindas, acolhidas, validadas e tomadas em consideração. Quando feitas de boa fé, na procura de melhores soluções para todos nós, alterarão de imediato os nossos comportamentos. Quando sejam unicamente parte da espuma dos dias, da politiquice para encher páginas de tablóides serão devida e obviamente ignoradas – as próximas eleições terão lugar em Dezembro de 2007.

Até lá cabe-nos a nós, e só a nós, aos que fomos eleitos gerir a Ordem, falar em nome dos médicos.

Até lá cabe-nos aceitar discutir, se a Assembleia da República entender produzi-lo, um novo Estatuto que a tome a Ordem mais coesa, que melhor clarifique as suas funções, que torne mais eficaz a sua acção disciplinar, que reforce o seu poder regulador.

Até lá cabe-nos promover a cooperação com os nossos colegas que em todo o mundo falam português. É nossa prioridade o reforço da Comunidade Médica de Língua Portuguesa. É nossa prioridade promover a troca de experiências e cooperar na mútua formação pós-graduada e continua.

Até lá cabe-nos criticar o Governo quando certos da nossa razão para o poder aplaudir quando convencidos da sua. Não seremos, jamais esta Ordem será um mero pseudo-partido político para o serviço de interesses promocionais ou deleite de alguns. Somos uma organização empenhada na unidade de todos os profissionais de Saúde, para bem dos Portugueses. Sabemos que os médicos têm muito que dar aos seus concidadãos, queremos otimizar a forma como o fazem.

Porque acreditamos nos médicos sentimos ter o direito a que acreditem no nosso empenhamento.

Contem connosco.

Muito obrigado.»

Ao médico cabe prescrever com liberdade

Transcrevemos em seguida a intervenção do Ministro da Saúde, António Correia de Campos, no XII Congresso Nacional de Medicina.

«Desejo saudar a Ordem dos Médicos que reuniu uma plateia tão numerosa e interessada para a realização deste XII Congresso Nacional de Medicina e agradecer o convite que me foi dirigido. Este Congresso tem como especial tema o Serviço Nacional de Saúde. É natural que sejam médicos os primeiros protagonistas do debate sobre os problemas, os anseios e o futuro do Serviço Nacional de Saúde. Este Congresso abrange áreas que a todos preocupam e sobre as quais todos devem ter e manifestar a sua opinião, assim espero e convidamos a participar no debate.

O tema do Congresso é: *“Três Décadas do Serviço Nacional de Saúde: Onde estamos? Para onde vamos?”*. Gostaria de partilhar convosco a esperança de que estão criadas as condições para reforçarmos e modernizarmos o Serviço Nacional de Saúde em cooperação com os diferentes parceiros do Ministério da Saúde, as principais Ordens, Médicos, Farmacêuticos, Enfermeiros e Médicos Dentistas. Para que a cooperação seja harmoniosa deve construir-se através de um jogo de parcerias, não de territórios. É sobre essa base de cooperação que estamos a renovar o SNS e é sobre esse entendimento que o papel dos médicos será certamente fulcral.

Uma análise prospectiva da Saúde implica colocar várias questões de fundo que devem ser reflectidas não só pela equipa do MS, mas também por todos os parceiros da Saúde a começar pelos médicos, actores naturais no palco quotidiano dos Hospitais e Centros de Saúde:

Que pensam sobre o futuro do SNS? Em que coinci-

dem e em que discordam sobre as preocupações da sociedade relativamente à sustentabilidade de um Serviço Nacional de Saúde universal e geral e tendencialmente gratuito? Em que diverge a visão dos políticos responsáveis pelo desenvolvimento do Sistema Público actual daquele que teremos dentro de vinte ou trinta anos? Haverá continuidade ou mudança no contrato social dos cidadãos com os políticos e os profissionais da Saúde? Haverá espaço para os cuidados convencionados ou haverá as tradicionais relutâncias? Os cidadãos terão acesso aos melhores serviços de Saúde à custa de que renúncias? Haverá paternalismo ou co-responsabilidade? Mais recursos assistenciais, ou maior qualidade de vida e igualdade de oportunidades?

«A experiência recente levou-nos, também, à revisão da substituíbilidade de medicamentos prescritos. Em vez do sistema actual em que a omissão de decisão médica implica a liberdade total de substituição, passaremos para um regime em que a regra será a não-substituição (...). Desta forma se repõem as posições relativas de cada actor do sistema: ao médico cabe prescrever com liberdade.»

Quais são as prioridades do MS?

Sem prejuízo de advogar um quadro de referência mais profundo, penso que urge reforçar e prolongar as várias iniciativas a favor do cidadão que constituem o cerne da agenda política do Governo. São seis as prioridades do Ministério da Saúde, evidentemente não são medidas avulsas, nem pontuais:

1. Iniciou-se um esforço organizado de Programas Nacionais de coordenação nas áreas prioritárias (doenças cardiovasculares, cancro, sida e idosos e cidadãos com dependência) que se traduz em novas orientações para a

prática clínica, para as redes de referência, para distribuição racional dos equipamentos sobretudo uma nova rede de cuidados continuados.

Ressalto o papel dos clínicos gerais ou médicos de família nos Programas Nacionais: concentram as intervenções preventivas clínicas de primeira linha, aplicam as orientações específicas de cada programa, tanto no âmbito das transmissíveis como das crónicas. São eles

que identificam e actuam sobre os indivíduos de maior risco, formulam o diagnóstico precoce da doença estabelecida, tratam e referenciam.

O papel fundamental de todos os médicos é essencial nos ganhos em Saúde: na advocacia pela saúde, na educação para a saúde e na educação do cidadão doente. Permitem mobilizar a sociedade civil e desenvolver estratégias locais de saúde em colaboração com autarquias e outras instituições

2. Uma rede de cuidados de saúde continuados a idosos e dependentes para cobrir a mais grave lacuna na saúde dos portugueses.

3. Estamos a transformar centros de saúde de modelo esforçado, mas esgotado, da segunda geração, em unidades de saúde familiares de geometria, estrutura e titularidades variáveis, ajustadas ao espaço, ao tempo, às necessidades e aos meios;

4. Estamos a lutar pela sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Com o bom desempenho orçamental no 2º semestre de 2005 e o orçamento realista e possível para 2006, recuperámos credibilidade para o SNS. Esforço que pode ser inglório, se à disciplina suceder o desfalecimento ou o relaxamento;

5. A modernização do equipamento social e da sua gestão: a passagem de hospitais SA a EPE, a criação de novas EPE, de entre elas dois grandes hospitais de ensino, a criação de centros hospitalares para ganhar escala ou recuperar vigor e a estima perdidos na fragmentação anterior, de que os Hospitais Cívicos de Lisboa são exemplo; a modernização de centros de saúde e a instalação das novas USF; a prática da contratualização em tempo útil, o controlo da despesa controlável, sobretudo nas terapêuticas, a modernização da gestão intermédia e, finalmente e não menos importante, o recurso generalizado aos sistemas de informação automatizados;

6. Por fim, a melhoria do acesso do cidadão ao bem mais dispendioso do sistema, o medicamento; procurando forçar a acessibilidade nos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM); criando reduções unilaterais de preços na venda ao público, criando tec-

tos de despesa em ambulatório e nos hospitais, e continuando o apoio aos medicamentos genéricos.

A experiência e o sucesso que destas prioridades se vier a colher ajudará a colocar a questão de implementar novas modalidades de intervenção a favor do cidadão, tais como o trabalho domiciliário, os serviços de proximidade, a qualificação das urgências, e tantas outras mais.

A estratégia de Formação do Capital Humano da Saúde Uma das inovações fundamentais do Ministério para concretizar as cinco prioridades consiste na estratégia de valorização e formação do capital humano da Saúde. Estamos a trabalhar com rigor e eficiência para promover a qualidade e a capacidade de todas as profissões, a começar pela profissão médica, tendo como objectivo habilitar o profissional ao exercício autónomo e tec-

nicamente diferenciado na sua área profissional. O que se fez neste primeiro ano de legislatura nesse sentido?

1. Criámos a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde para responder à necessidade de dispor de um serviço que integre e dinamize o desenvolvimento dos recursos humanos e organizacionais da saúde e os processos de modernização sectorial. Cabe à Secretaria-Geral o papel da gestão do pessoal e a coordenação geral do internato médico, sem prejuízo da intervenção de outros serviços centrais, regionais e locais, no âmbito das suas competências.

2. Procedemos a uma nova regulamentação do Internato Médico (portaria n.º 183/2006, de 22 de Fevereiro), pela qual apurámos a metodologia de análise de necessidades para a definição de vagas para cada internato com o objectivo de formar especialistas médicos nas áreas mais carenciadas; o novo modelo baseia-se num processo diferente, mais rigoroso e transparente de atribuição das capacidades formativas das instituições.

2. Procedemos a uma nova regulamentação do Internato Médico (portaria n.º 183/2006, de 22 de Fevereiro), pela qual apurámos a metodologia de análise de necessidades para a definição de vagas para cada internato com o objectivo de formar especialistas médicos nas áreas mais carenciadas; o novo modelo baseia-se num processo diferente, mais rigoroso e transparente de atribuição das capacidades formativas das instituições.

As alterações mais significativas do Regulamento do Internato Médico são as seguintes:

- O reforço de intervenção das ARS e da OM, com competências também reforçadas de coordenação e de auditoria da Secretaria-Geral que suporta a inter-



venção do CNIM – Conselho Nacional de Internato Médico.

- A competência exclusiva da OM na atribuição de idoneidades e capacidades formativas a estabelecimentos de saúde.
- É reconhecida a equivalência dos estágios aos médicos imigrantes para efeitos de candidaturas a internatos. É importante que a equivalência seja atribuída pela OM numa perspectiva de verificação técnica, e não duvidamos de que não será, nem artificialmente permissiva, nem absurdamente restritiva;
- Também os programas de formação dos Internatos são propostos pelos Colégios e homologados pelo MS, excepto se houver omissão.
- A avaliação durante o internato é contínua e passa a ser de natureza formativa em cada estágio do programa (com registo no currículo que é classificado numa das provas da avaliação final). Os internos podem ser excluídos em situações limite de avaliação contínua negativa. Os membros dos júris da avaliação final são indicados pela OM, excepto o orientador do internato de cada finalista; deixa de ser possível repetir indefinidamente a prova de avaliação final;
- As equivalências a estágios dos programas do internato médico passam a ser competência exclusiva da OM;

Com esta regulamentação, fica em muito reforçada a competência técnica e científica da OM, mas sem interferência na gestão dos recursos, que é competência dos organismos do Ministério da Saúde. Para que a articulação entre o Ministério da Saúde e a OM se faça de forma harmoniosa, a OM passou a integrar o CNIM – Conselho Nacional do Internato Médico. O CNIM não perdeu poderes, pelo contrário, passou a ser reconhecido como um verdadeiro conselho junto da SG, com competências para que as relações fluam correctamente.

Outro aspecto importante que decorre deste novo modelo prende-se com a gestão das vagas, que deixa de estar submetida a jogos de influência sobre reunir ou

não capacidades formativas. Podemos afirmar que conseguimos uma separação clara entre as vagas ou candidaturas e capacidade formativa. A regulamentação permitiu esclarecer que a gestão das vagas é competência do MS e não da OM. A gestão das vagas é feita pela Secretaria-Geral em articulação com as ARS, com base no levantamento de necessidades. O levantamento de necessidades é feito de acordo com um modelo que visa harmonizar as taxas de cobertura regional e assim corrigir situações de carências como as que hoje existem em algumas regiões, nomeadamente no Alentejo e no Algarve.

«O decisor último nas terapêuticas é o médico. Se o sistema dele desconfia, dificilmente este poderá ter com o sistema uma relação de completo entendimento mútuo. (...) O sistema confia no prescritor como decisor informado, racional, sensível à relação custo-efectividade de cada acto individual e também disposto a colaborar na economia e sustentabilidade do sistema.»

Inaugurámos assim um novo ciclo de transparência que vai obrigar-nos a todos (MS, OM, CNIM, Estabelecimentos de Saúde) a uma maior exigência e rigor para sermos capazes de dar resposta à dimensão do problema, assegurando todo o potencial formativo, em transparência e sem jogos de força. Todavia, as mudanças no Internato Médico não são senão o início de um processo para a valorização dos recursos humanos do nosso Sistema Nacional de Saúde. Outras ocorrerão em outras profissões

Senhoras e Senhores Doutores

Quero também informar-vos de que o Governo in-

troduzirá no novo Estatuto do Medicamento algumas disposições que visam, não só a actualização de procedimentos face à prescrição de medicamentos por via electrónica, como clarificar o modo e o direito de prescrição e de substituição.

Como é sabido, em cumprimento do programa do Governo, estamos a generalizar a prescrição electrónica. De acordo com o novo Estatuto do Medicamento, esta incluirá obrigatoriamente a denominação comum da substância activa, da marca, do nome do titular de introdução no mercado, da forma farmacêutica, da dosagem e da posologia. O médico prescritor do SNS terá à sua frente um amplo painel de informações que incluem o custo da dose média diária e lhe permitirá escolher a alternativa que lhe pareça mais adequada à sua acção final de decisor de saúde, bem informado das implicações económicas de cada alternativa.

A prescrição manual deve respeitar o atrás disposto, po-

dendo atender às seguintes especificidades:

- Nas substâncias activas com medicamentos genéricos o prescriptor está dispensado da indicação da marca e do titular da autorização de introdução do mercado;
- Nas substâncias activas sem medicamento genérico o prescriptor está dispensado da indicação da denominação comum;

As regras de receita médica destinada à prescrição electrónica, bem como o regime transitório da receita manual de medicamentos, serão naturalmente definidas por portaria do Ministério da Saúde.

A experiência recente levou-nos, também, à revisão da substituíbilidade de medicamentos prescritos. Em vez do sistema actual em que a omissão de decisão médica implica a liberdade total de substituição, passaremos para um regime em que a regra será a não-substituição, a menos que o médico explicitamente a permita. Desta forma se repõem as posições relativas de cada actor do sistema: ao médico cabe prescrever com liberdade, incluindo a de entender a equivalência como valor; nessa circunstância aceitando transferir para o dispensador a escolha do produto.

Muitos estranharão este aperfeiçoamento legislativo, considerando-o influenciado pela indústria e por um conceito excessivamente generoso de liberdade médica. A esses responderemos com dois argumentos: a liberdade médica quando restringida, é sempre substituída pela liberdade de outrem, que não o doente-consumidor. E nada garantiu, na experiência recente, que tal liberdade nova tenha sido usada para ampliar o custo-efectividade da prescrição, ou, ainda menos, os direitos do consumidor. O segundo argumento assenta na mais valia da confiança com responsabilidade, sobre a desconfiança alienante. O decisor último nas terapêuticas é o médico. Se o sistema dele desconfia, dificilmente este pode ter com o sistema uma relação de completo entendimento mútuo. Iremos pela positiva. O sistema confia no prescriptor como decisor informado, racional, sensível à relação custo-efectividade de cada acto individual e também disposto a colaborar na economia e sustentabilidade do sistema. Correremos riscos? Certamente. Contaremos convosco para os minimizar e melhor gerir.

Minhas senhoras e meus senhores, Senhor Bastonário.

Não é este o momento para muitos outros desenvolvimentos importantes que interessam directamente á classe que representa. Quero apenas, brevemente, aludir a alguns deles:

- Às várias iniciativas no âmbito da investigação sobre serviços de saúde.
- À colaboração em curso em torno da Presidência Por-

tuguesa da UE em que a reunião internacional das “Ordens dos Médicos” (liderada pelo Bastonário) e a ter lugar no primeiro semestre de 2007, já figura o tema das Migrações e Saúde para fomentar a sua discussão pelos médicos, sendo as conclusões e recomendações entregues como contributo para os trabalhos da Presidência.

Uma das indeclináveis responsabilidades estratégicas do Ministério da Saúde é a valorização da qualidade e adequação das instituições e seus recursos humanos. O capital humano é o elemento central da estratégia de desenvolvimento de longo prazo. O desenvolvimento do capital humano é essencialmente afeiçoado em campos directamente comandados pelas relações institucionais. A capacitação institucional, como base de mudança para um desenvolvimento de qualidade, merece uma atenção prioritária da nossa governação. As reformas aqui descritas implicam um enorme esforço de reforço institucional da Ordem dos Médicos e dos seus Colégios de Especialidades. Uma responsabilização que porventura não terá nunca existido, nas décadas precedentes. Não pode ser de outro modo. Se tendes poderes de entre público que o Estado em vós delega, tereis que os usar, e usar com sabedoria. Não há poder sem controlo. Desde logo o vosso próprio controlo democrático interno. Depois, se o Estado entender que errou, pode, a todo o tempo, democraticamente, corrigir a mão. O que não podemos é, por mais tempo, prolongar a desconfiança. Cada um no seu nível de responsabilidades, com a transparência a substituir o conluio, a frontalidade a substituir a sibilinidade, com a cidadania e o sentido de interesse público a guiar-nos, a uns e a outros

Só assim conseguiremos influenciar as trajectórias colectivas para a indispensável e sustentável modernização do Serviço Nacional de Saúde.»

Novos Modelos de Organização dos Cuidados de Saúde Primários

Equipa e trabalho de equipa são conceitos essenciais no exercício das profissões da saúde. Foi precisamente sobre essa essencialidade que Manuela Peleteiro, coordenadora da Sub-região de Saúde (SRS) de Lisboa, veio falar no Congresso de Medicina, a propósito dos novos modelos de organização dos cuidados de saúde primários. A sua intervenção centrou-se em dois conceitos: trabalho em equipa e *clinical governance*.

Considerando que os Cuidados de Saúde Primários alteraram a lógica organizacional de trabalho e de gestão, substituindo estruturas autoritárias e rígidas por estruturas participativas e flexíveis, mais próximas da comunidade, Manuela Peleteiro defende que é no trabalho em equipa que está a chave do bom desempenho ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Segundo a definição da OMS, «equipa é um pequeno grupo, baseado na cooperação, e com contacto regular, face a face, que está envolvido numa acção coordenada, e cujos membros contribuem de maneira empenhada, competente e responsável para a realização de actividades concretas».

Mas o que caracteriza uma equipa? Uma equipa caracteriza-se por uma orientação fundamental e primordial para uma tarefa concreta, uma missão, um objectivo bem definido; interesses comuns; um número restrito de pessoas; forte motivação (*a lealdade do indivíduo vai mais facilmente para o grupo do que para a organização*); divisão de trabalho, diferenciação de papéis, de qualificações e de competências e comunicação aberta e multi-direccional. Conforme explicou Manuela Peleteiro, «a ideia-chave no conceito de trabalho de equipa é de relação igualitária, não subordinada, não hierárquica», uma relação que se traduz-se no espírito de equipa.

Falando especificamente das equipas de trabalho em Saúde, torna-se essencial definir objectivos comuns, definir papéis e responsabilidades, resolver problemas e conflitos, tomar decisões, comunicar eficazmente, assegu-

Governança clínica nas USF

A governança clínica nas Unidades de Saúde Familiar traduz-se em:

- Auditoria clínica - melhorar a qualidade dos cuidados e reflectir sobre o que se está a fazer bem, se os resultados são os esperados, monitorização de resultados
- Efectividade clínica - A medida do êxito que se obtém. Procedimentos e práticas baseados na melhor evidência disponível, traduzindo-se

em ganhos em saúde.

- Gestão do risco – defesa do cidadão, do profissional e da organização através da prevenção do erro, usando o erro como oportunidade de aprendizagem e analisando os incidentes críticos ou adversos.
- Formação - desenvolvimento profissional contínuo quer a nível individual, quer interdisciplinar ou organizacional.

• Investigação e Desenvolvimento - Investigação clínica, investigação da gestão clínica baseada na evidência e gestão do conhecimento e da informação.

• Abertura – o que se traduz em transparência, estratégia de comunicação, demonstrando o que se faz, como se faz e que resultados se obtêm (nomeadamente através de um relatório de actividades discutido e público)

rar o funcionamento da equipa, identificar a contribuição de outras disciplinas ou sectores, entender e respeitar diferenças, participar no processo de gestão da equipa e na organização, adoptar um comportamento responsável e ético, envolver a comunidade, fazer prova de imaginação e discernimento, valorizar a contribuição do outro.

Porque razão não nos organizamos facilmente em equipa? Os problemas no funcionamento de uma equipa incluem dificuldades no relacionamento entre as pessoas, problemas de liderança, desconhecimento ou não reconhecimento da natureza das funções e do nível de competência uns dos outros. Para que a dinâmica do grupo possa ultrapassar os conflitos que eventualmente surjam, «a equipa tem que saber reflectir e auto criticar-se». No sentido de vir a produzir recomendações nesta



área tão importante, a SRS de Lisboa vai organizar a partir de Maio, em colaboração com o Ministério da Saúde, uma formação sobre trabalho de equipa.

Baseando a segunda parte da sua intervenção na apresentação efectuada por José Luís Biscaia no 23º Encontro Nacional de Clínica Geral, Manuela Peleteiro falou então de governação clínica, referindo ser uma estratégia para (re)conhecimento do papel dos indivíduos e do grupo e melhoria dos cuidados e um compromisso ético de responsabilidade social. «A governação clínica é o enquadramento segundo o qual as organizações de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços, garantindo altos padrões de qualidade através da criação de um ambiente onde a excelência floresça.»

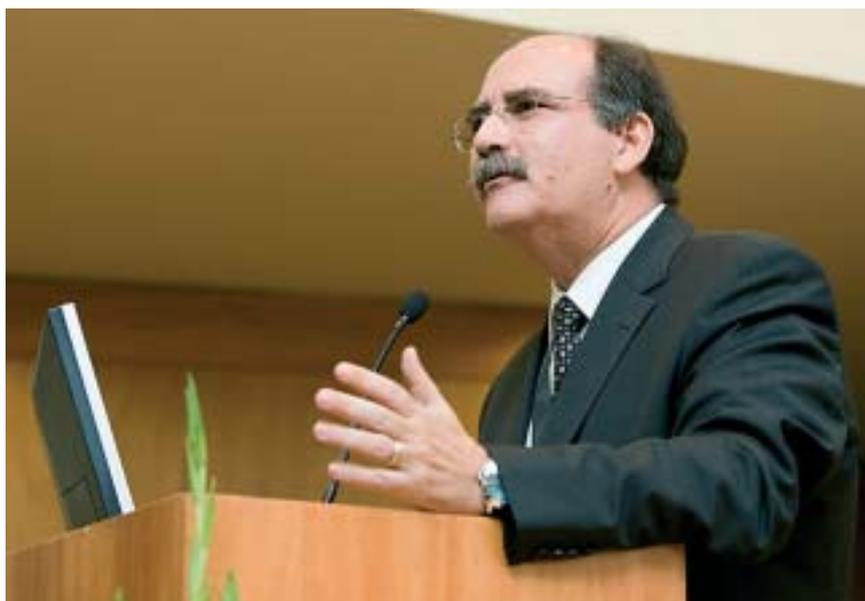
Um modelo de gestão inovador

Alberto Pinto Hespagnol, professor do Departamento de Clínica Geral (CG) da Faculdade de Medicina do Porto (FMP) e médico de família do Centro de Saúde de São João (CSSJ), participou no debate sobre Novos Modelos de Organização dos Cuidados de Saúde Primários, tendo descrito o modelo que se aplica no centro onde trabalha. O CS de São João tem uma gestão partilhada pela ARS Norte e pelo Departamento de CG da FMP. Apresentando custos médios inferiores aos dos restantes CS da Sub-região de Saúde do Porto, o CSSJ prima pela gestão desburocratizada, pela organização e pela monitorização da qualidade e rege-se por uma retribuição por capitação ponderada com ligação à produção, possui incentivos à prescrição racional e implementa a valorização da investigação. A prestação no CS é baseada na responsabilidade individual de cada médico pela sua lista de utentes e na responsabilidade colectiva pela totalidade da população do Centro de Saúde, em trabalho de equipa. Pinto Hespagnol considera que o CSSJ se enquadra no nível 5 (o mais elevado) das unidades de saúde familiar.

Fotos de António Pinto - Fotografia

Novos Modelos de Organização: Unidades de Saúde Familiar

Luís Pisco, presidente da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, falou neste congresso sobre as novas formas de prestação da Medicina Familiar e as reformas dos sistemas de saúde que estão a acontecer na generalidade dos países europeus. Esta procura de novas formas de garantir e prestar cuidados de saúde, «tendo em conta as mudanças demográficas, os avanços médicos, a economia da saúde e as necessidades e expectativas dos doentes» baseia-se na evidência científica a nível internacional que indica que «os sistemas de saúde baseados em cuidados primários efectivos, com Médicos de Família altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com maior efectividade, tanto em termos de custos como em termos clínicos, em comparação com os sistemas com uma fraca orientação para os cuidados primários». Para que esta mudança seja possível é necessário um maior investimento na Medicina Geral e Familiar «para permitir que os sistemas de saúde cumpram o seu potencial em benefício dos doentes», investimento esse que «tem a ver não só com recursos humanos e infra-estruturas, mas também com educação, formação, investigação e melhoria contínua da qualidade».



Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

Considerando que a finalidade de qualquer sistema de saúde é responder às necessidades de saúde da população e que se «deve procurar manter princípios de equidade e solidariedade, de molde a que todos os grupos populacionais possam partilhar igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem estar».

Luís Pisco referiu pontos do Programa do XVII Governo Constitucional relativos aos Cuidados de Saúde Primários que reflectem precisamente esse objectivo, nomeadamente a reestruturação dos Centros de Saúde através da criação de Unidades de Saúde Familiar, reforço e desenvolvimento em cada Centro de Saúde de um conjunto de serviços de apoio comum às USF (saúde oral, saúde mental, consultorias



especializadas, incluindo a participação de especialistas do hospital de referência, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação), reforço dos incentivos e da formação dos médicos de família, atrain-

do jovens candidatos. «A criação das USF e o modelo adoptado para a sua organização interna, pelo seu carácter inovatório e pelo grau de confiança que pressupõe, pode significar uma profunda transformação

Unidades de Saúde Familiar

Candidatura - No essencial, os documentos mais relevantes são: o Plano de Acção, o Regulamento Interno e a Carta da Qualidade

Plano de acção - No Plano de acção pode dizer-se que se identificam as obrigações dos profissionais que integram a USF perante os CA/CS, a saber, por exemplo: O compromisso assistencial, os horários de funcionamento, sistema de atendimento dos utentes, as regras da intersubstituição, a articulação com outras unidades funcionais e eventuais serviços adicionais.

Regulamento Interno - No Regulamento Interno estabelecem-se as regras de disciplina e organização de trabalho que vinculam todos os profissionais entre si. Trata-se do “acordo” que deve ser formalizado na

medida em que deve ser do conhecimento do CA/CS.

Carta de Qualidade - A Carta de Qualidade para a USF deve ser elaborada em função dos benefícios e serviços prestados aos utentes, das suas garantias, do modo de actuar deles perante os serviços e é um dos documentos essenciais para a credibilização de cada USF.

Circuito de Candidatura - Formulário on-line (em www.mcsp.min-saude.pt); Apreciação na ARS pela Equipa Regional de Apoio e Agência – Parecer em 30 dias; Depois do parecer – ARS tem 15 dias – despacho.

Candidatura aceite – A USF deve iniciar funções num prazo máximo de 60 dias.



no paradigma, até hoje adoptado, das relações entre os Médicos e os Centros de Saúde, dum lado, e entre os Médicos e os utentes, do outro lado.

No entanto, a sensibilidade que se extrai destes textos, é que a verdadeira revolução se coloca nas relações entre médicos, enfermeiros e administrativos, a quem se exige uma cultura de cooperação, colaboração, entreajuda, solidariedade, confiança, reciprocidade e transparência, o que exige uma mudança de atitude e de cultura relacional que, a nossa ver, é o grande desafio desta inovação organizatória.»

Os principais objectivos da reforma dos Cuidados de Saúde Primários são melhorar a acessibilidade, Aumentar a satisfação de Profissionais e Utilizadores, Melhorar a Qualidade e a Continuidade de Cuidados e Melhorar a eficiência. O presidente da Unidade de Missão referiu igualmente as principais características desta reforma como sendo:

- Adesão voluntária de Profissionais e Utilizadores
- Trabalho em Equipa Multiprofissional
- Flexibilidade organizativa e de gestão.
- Obrigatoriedade de Sistema de Informação
- Regime remuneratório sensível ao desempenho
- Regime de incentivos
- Contratualização e Avaliação

A Reforma dos cuidados de saúde primários passa assim pela reconfiguração e autonomia dos Centros de Saúde, pela Implementação de Unidades de Saúde Familiar, pela Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública, pela implementação de Unidades Locais de Saúde, pelo desenvolvimento dos recursos humanos e do Sistema de Informação, pela mudança e desenvolvimento de competências.

Fotos de António Pinto - Fotografia

Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Criada na dependência directa do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), tem a natureza de estrutura de missão «para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar», tendo como funções:

- # coordenar e apoiar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das unidades de saúde familiares, bem como dos demais aspectos de reconfiguração dos centros de saúde, desempenhando um papel de provedoria das iniciativas dos profissionais;
- # desempenhar funções de natureza avaliadora, reguladora de conflitos e de apoio efectivo às candidaturas das unidades de saúde familiares;
- # elaborar o regulamento interno tipo dos centros de saúde reconfigurados
- # propor, em articulação com a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, a orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, a formação contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho e à qualidade, a aplicar nas unidades de saúde familiar;
- # propor, nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de Centros de Saúde e unidades de saúde familiar;

Missão das USF

Conforme explicou Luís Pisco, «a USF tem por missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por ela abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sócio-familiares dos utentes. Esta responsabilidade focaliza-se de modo especial num grupo de cidadãos que, em geral, varia entre 4.000 e 14.000 utentes. Estes limites são apenas indicativos, podendo ser ultrapassados em função de circunstâncias geodemográficas ou dos recursos disponíveis» e obedecem aos seguintes princípios: pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas; autonomia organizativa funcional e técnica; contratualização de uma carteira básica de serviços; sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade; A organização das USF's, deverá permitir que, até ao final de 2006, pelo menos 2 milhões de utentes possam usufruir deste tipo de cobertura de cuidados de saúde.

A Informatização das Unidades de Saúde - Implicações Éticas e Deontológicas

«À excepção do Hospital dos SAMS – que gere a informação através de um processo clínico informatizado – todos os hospitais possuem uma ficha clínica em suporte de papel da qual consta a história clínica do doente» - foi com referência a esta frase retirada do Relatório de Auditoria ao tratamento de Informação de Saúde nos Hospitais, da CNPD que Faustino Ferreira, um dos palestrantes do tema **A Informatização das Unidades de Saúde - Implicações Éticas e Deontológicas**, iniciou a sua intervenção em que falou sobre a experiência dos SAMS-SBSI e da evolução do registo clínico electrónico.

Na sua intervenção, Faustino Ferreira, presidente da Mesa da Assembleia Regional do Sul da Ordem dos Médicos, salientou as «profundas alterações na forma como guardamos e gerimos a informação que recolhemos junto dos nossos doentes, fundamental para o conhecimento do seu processo de vida e de doença, mas também para o avanço dos conhecimentos científico da Medicina» e a urgência de efectuar uma reflexão «sobre as implicações éticas e deontológicas do tratamento informático dos dados clínicos». Reflectindo sobre a evolução da forma de organizar o registo clínico, desde que iniciou a sua carreira, altura em que «cada internamento dava origem a um processo que era arquivado num sitio esconso», e em que passou as tardes do seu primeiro ano de internato a reorganizar o arquivo e a constituir uma primeira base de dados de doentes com internamento no serviço em que se encontrava, a qual viria posteriormente a ser informatizada com um computador doado pela Gulbenkian, Faustino Ferreira referiu como abraçou sem hesitações o desafio de ir para os SAMS «experimentar organizar de novo um departamento de Medicina em moldes totalmente inovadores e completamente informatizado, integrando à partida todas as principais especialidades da área da Medicina».

Os SAMS – SBSI são um **Sub-sistema de saúde** com 125.000 beneficiários, um Hospital de agudos com 110 camas, um centro clínico, cinco postos periféricos e quinze postos regionais, tudo **ligado em rede**. **Sendo que muitas tarefas administrativas eram já informatizadas, em 1994 o hospital SAMS arranca completamente informatizado. Tal só foi possível dada a «particular abertura dos bancários para a informatização dos seus serviços de saúde, devido à sua consciência do que se ganha em eficiência, segurança e que se pode poupar em recursos humanos».** O sistema informático do SAMS não comporta soluções «individualizadas», «a aplicação serve todos os departamentos, unidades e serviços e todos estão interligados». Tendo em conta que as prescrições clínicas originam não só actos clínicos (realização de exames, análises, administração de fármacos, prescrição de dietas, actos de enfermagem, etc.) mas também actos administrativos (facturação) – marcação de consultas, emissão de facturas, relatórios etc. as funções clínica e administrativa estão interligadas mas são independentes; existe uma separação clara entre o acesso às funções clínica e administrativa. Apesar da aplicação informática



utilizada permitir um ampla série de registos e relatórios (englobando o Registo de dados clínicos, de actos médicos e cirúrgicos, a requisição de exames, relatório de exames complementares e de alta, prescrição de terapêutica, registo de actos de enfermagem), o Registo clínico electrónico não tem uma adesão uniforme: no departamento de medicina, por exemplo, não existe processo em papel médico nem de enfermagem, enquanto que nos cuidados intensivos – porque a actual aplicação não facilita os mapas de registo de enfermagem habituais nos Cuidados Intensivos - ainda são usados.

As dificuldades actuais irão resolver-se em breve pois todo o sistema informático dos SAMS está em transição e já se encontra em curso a implementação de uma nova aplicação - a HealthTreak -, que em Portugal tem como parceiro a IBM. Pretende-se com a entrada em funcionamento desta nova solução informática «entender a utilização no hospital aos sectores que não usam ou que usam pouco bem como a sua introdução no ambulatório onde se prevê que todas as consultas passem a ter registo electrónico em vez da velha ficha em papel». A plataforma em causa tem claras vantagens pois foi desenhada de raiz para o Sector de Saúde, permite protocolos e Informação Clínica integrados ao longo de todo o processo de Gestão Clínica e um Elevado nível de Flexibilidade e Segurança.

Atitude dos Médicos

Sem que atribua a diversidade de atitudes face à informatização a qualquer outro factor se não a própria atitude pessoal de cada médico, Faustino Ferreira considera que a adesão ao RCE «é variada e condicionada por múltiplos factores, entre os quais a facilidade de utilização da aplicação, o investimento inicial em formação, a clareza de objectivo na sua implementação, a disponibilidade em tempo dos médicos para a aprendizagem, etc. No entanto, a atitude dos Médicos é muito importante e se, na maioria dos casos, é facilitadora noutros as resistências são muitas». A resistência é inversamente proporcional à prática de registo de dados clínicos, isto é, «os colegas que menos escrevem/registam são aqueles que maior resistência fazem ao RCE». O presidente da Mesa da Assembleia Regional do Sul da OM salientou que «a Ordem deverá ter uma palavra na creditação/validação dos suportes electrónicos de Registo clínico,

da qualidade dos programas e na avaliação da qualidade dos mesmos. Parece-me que seria muito útil a Ordem pronunciar-se sobre o cumprimento do estipulado no art.º 77 nomeadamente quando à obrigatoriedade da prescrição e registo clínico em suporte electrónico quando for esse o meio usado na instituição em que trabalha. Devemos ser pedagógicos mas firmes.»

Segurança e segredo profissional

A questão do segredo profissional coloca-se inevitavelmente, mas a opinião deste palestrante é peremptória: «a informatização pode reforçar a segurança nomeadamente nas instituições em que os registos em papel passam por dezenas de mãos. Quanto menos pessoas tiverem, sem necessitar, acesso aos dados menor risco de quebra da confidencialidade. A responsabilidade no futuro será certamente partilhada pelo Parlamento, Ministério da Saúde e pela CNPD os quais deverão criar as regras para o armazenamento de dados e verificar regularmente o seu cumprimento». Sendo essas as implicações éticas e deontológicas mais acentuadas do uso da informática, as questões de segurança, Faustino Ferreira considera que «não há nada completamente seguro ou inviolável», mas que, com o registo informático, «temos mais garantias pois o risco de violação da confidencialidade do papel é enorme ao andar de mão em mão quer no próprio arquivo quer sempre que sai do arquivo». Naturalmente que os níveis de segurança têm que ser definidos conforme a categoria profissional e o serviço: enquanto os médicos do hospital têm acesso ao dados do doente internado e podem introduzir novos dados (registos clínicos e prescrições), os médicos assistentes podem ter acesso à informação relativa a doentes seus quando internados mas não podem modificar dados relativos ao internamento; os enfermeiros têm um nível de acesso específico e também diferenciado em função do seu posto de trabalho e categoria (supervisor, chefe ou subchefe, enfermeiro), etc. Esta definição de níveis de acesso em que para cada pessoa há um acesso específico e consentâneo com a sua profissão e 'papel' no processo clínico é uma das formas mais eficazes de protecção dos dados e, consequentemente, do sigilo médico.

Vantagens do registo clínico electrónico

- Processo clínico único sempre acessível
- Melhor qualidade dos registos (sempre legível e arrumado)
- Maior grau de segurança
- Automatização de tarefas administrativas
- Base de dados para apoio à decisão clínica
- Alertas
- Parametrisação de “baterias” de requisições/prescrições mais frequentes
- Utilização de dados para estudos clínicos de forma anónima

Hospital sem película

Rosa Cruz, directora do Serviço de Radiologia do Hospital do Divino Espírito Santo, interveio nesta temática referindo-se especificamente à questão da utilização de métodos informáticos no serviço que dirige, analisando o sistema em diferentes vertentes: Equipamentos médicos de produção/captação de imagem, Armazenamento, gestão e distribuição de imagem e Gestão do Serviço de Radiologia.

Esta interlocutora referiu como principais vantagens da informatização, no que se refere à inscrição electrónica de utentes nomeadamente o agendamento automático, a Criação de listas de trabalho em cada sala, uma melhor distribuição dos recursos disponíveis, uma melhor prestação de cuidados de saúde

Em termos de distribuição de imagem no Serviço de Imagiologia, foi salientado que este sistema permite que não existam esquecimentos, que o exame esteja disponível na sala de consulta, tudo isto traduzindo-se numa maior eficiência do serviço de imagiologia e do hospital, e numa redução de custos. A maior vantagem da Digitalização é a qualidade da imagem e exames, a que se junta a disponibilidade permanente dos mesmos, podendo ser vistos em qualquer ponto do Hospital. Como foi explicado, as funcionalidades de manipulação de imagens que os meios informáticos disponibilizam, no seu conjunto, habilitam o médico a dispor de comparação imediata com exames anteriores e a múltiplas opções de análise dos mesmos.

Naturalmente que este sistema não é isento de desvantagens, das quais foram referidas o elevado custo do equipamento, a tendência para um menor diálogo entre clínicos e radiologistas, o risco de má utilização (falta de passwords individuais), a falta de hierarquização nos procedimentos e a necessidade de adaptação da prática clínica à informática e vice-versa.

Rosa Cruz conclui, referindo que «para além dos equipamentos, da preparação dos recursos humanos e do software, é essencial uma definição precisa e concreta dos processos de trabalho e das funcionalidades pretendidas, para que a informática possa automatizar determinadas tarefas e procedimentos, de acordo com as necessidades clínicas.

A informática deve salvaguardar e respeitar o acto médico, e o utente, sendo para isso fundamental o uso de passwords de acesso, individualizadas e hierarquizadas».

Vantagens gerais

Eficiência do Serviço de Imagiologia e do hospital, o que se traduz em:

- Maior, melhor e mais rápida aquisição de imagem, com menor dose de radiação
- Melhor aproveitamento dos recursos existentes
- Maior fluxo de trabalho – aumento da produtividade
- Mais rápido atendimento do utente
- Distribuição electrónica da informação interna e externamente
- Arquivo de imagens mais eficiente:
 - mantém a qualidade original
 - fácil acesso
 - não há perda de exames
 - guardadas num espaço mínimo
- Redução de custos (eliminação de películas, químicos e revelação)

Vantagens para o clínico

- Acesso mais fácil e rápido aos exames
- A mesma imagem pode estar simultaneamente em sítios diferentes
- Imagens e relatórios disponíveis em conjunto
- Diagnóstico mais rápido
- Tratamento mais rápido - redução do período de hospitalização

Vantagens para o radiologista

- Possibilidade de otimizar e fazer o pós-processamento das imagens digitais nas estações de diagnóstico
- Rápido acesso aos exames anteriores e seus relatórios, para estudo comparativo
- Diagnóstico mais rápido e preciso

Vantagens para o utente

- Atendimento mais rápido
- Não precisa repetir exames, pois o sistema é mais flexível na recuperação dos mesmos
- Não há perda de exames

Papel das tecnologias ao serviço da Saúde

Numa apresentação que se centrou no papel das tecnologias ao serviço da saúde, Amadeu Guerra, Relator da Comissão Nacional de Protecção de Dados, focou essencialmente os seguintes aspectos relacionados com os cartões de saúde, as redes hospitalares, o dossier clínico informatizado, o acesso on line à informação de saúde, a telemedicina e as regras de segurança: utilização de password, identificação através de sistemas biométricos, encriptação de dados e registo de transacções.

Sendo que a informação que se encontra em ficheiros informatizados pode, quando utilizada indevidamente, comprometer a dignidade, o exercício das liberdades públicas e a intimidade da vida privada, Amadeu Guerra salientou a importância da protecção da privacidade e da confidencialidade da informação de saúde, nomeadamente no que se refere à utilização de dados para investigação científica e comuni-

cação de dados a terceiros (Companhias de Seguros, Polícias, tribunais, familiares em caso de falecimento, aos parceiros – HIV, escolas – crianças com HIV).

A legislação aplicável inclui a Lei 67/98, de 26 de Outubro – Lei da Protecção de Dados (LPD) - que estatui no seu artigo 2º que o tratamento de dados pessoais deve “processar-se de forma transparente e no estrito res-

peito pela reserva da vida privada, bem como pelos direitos, liberdades e garantias fundamentais”. A LPD aplica-se ao tratamento de dados pessoais por meios total ou parcialmente automatizados, bem como ao tratamento por meios não automatizados contidos em ficheiros manuais ou a estes destinados (art. 4.º n.º 1).

Sendo os dados de saúde considerados pela lei como «dados sensíveis», mercedores de especial protecção, protecção essa que, como foi explicado, corresponde à especial exigência de preservação da confiança entre o doente e os profissionais de saúde.

Quando falamos da relação de confiança entre médico e doente, pensamos necessariamente no segredo médico, um dever de segredo profissional que «determina a proibição de revelar factos ou acontecimentos de que se teve conhecimento ou que foram confiados em razão e no exercício de uma actividade profissional». O segredo médico «abrange os factos que tenham chegado ao conhecimento do médico no exercício da sua actividade, ou por causa dela quando sejam revelados pelo doente ou por terceiro a seu pedido ou quando o médico deles se tenha apercebido ou lhe tenham sido comunicados por outro médico». Conforme explicou Amadeu Guerra, o conceito tradicional de sigilo médico «relativizou-se» pois «assume-se como um ‘segredo partilhado’» visto que «o diagnóstico e a prestação de cuidados de saúde é feita em equipa» e há a possibilidade de partilhar a informação clínica (ainda que a mesma deva ser feita «na estrita medida do necessário à prestação de cuidados de saúde»). A circulação de informação deverá, assim, obedecer a um princípio de «confidência necessária».



O processo clínico e a consulta do mesmo

Regulado pela Lei 12/2005, de 26 de Janeiro, o processo clínico tem algumas especificidades que devem ser respeitadas. A informação médica é inscrita no processo clínico pelo médico que tenha assistido a pessoa, mas poderá ser inscrita em suporte informatizado por outro profissional, igualmente sujeito ao dever de sigilo, desde que sob a supervisão do médico. Esta inserção deve ser feita no âmbito das competências específicas de cada profissão e dentro do respeito pelas respectivas normas deontológicas. A consulta do processo clínico só pode ser feita por médico incumbido da realização de prestações de saúde, a favor da pessoa a que respeita, ou sob a supervisão daquele, por outro profissional de saúde obrigado a sigilo e na medida do estritamente necessário à realização das mesmas.

Nesta apresentação foi ainda analisado o relatório da Comissão Nacional de Protecção de Dados realizado junto dos hospitais e cujos principais resultados apresentámos na nossa edição de Novembro de 2005.

Algumas medidas de segurança

Existem algumas medidas que diminuem os riscos da informatização. A saber:

- Assegurar a protecção física – Acesso às instalações;
- Impedir o acesso a pessoa não autorizada (passwords, controlo de acessos, utilização de sistemas biométricos);
- Assegurar a separação lógica entre dados de identificação e dados de saúde;
- Tomar medidas contra a perda ou destruição de dados (cópias de backup).

Vantagens da informatização

Apesar dos riscos da informatização, existem inegáveis vantagens, quer para o médico, quer para o doente e que se traduzem, nomeadamente, em novos mecanismos de organização dos serviços.

Vantagens para o médico

- Uma ferramenta útil de trabalho;
- Capacidade de armazenamento de dados muito além das capacidades da memória humana;
- Suporte de rápida acessibilidade, que evita os inconvenientes dos suportes em papel;
- Permite o armazenamento de informação de natureza variada (texto, imagem, análises);
- Permite o reforço da confiden-

cialidade e o estabelecimento de níveis de acesso diferenciados;

- Facilita a prestação de cuidados e a troca de pontos de vista entre profissionais de saúde.

Vantagens para o paciente

- Materializa uma maior segurança no plano da relação médico-doente;
- É vantajosa a disponibilidade imediata da informação a seu respeito;
- Facilita a circulação da informação e evita a realização de exames desnecessários;
- Pode permitir a prestação de cuidados, com acesso à informação, independentemente do lugar onde o paciente se encontra.



Fotos de António Pinto - Fotografia

Que perspectivas para a medicina convencional?

«Uma das mais importantes conquistas da nossa civilização, foi o reconhecimento dos Direitos Humanos. Não são porém exclusivos do Homem “são” e tornam-se ainda mais importantes para o Homem “doente”, limitado na sua capacidade de defesa e da qual o Médico deve ser o principal garante. Nesta solidariedade Médico/Doente reside a essência da verdadeira Medicina.»

foi com a referência à “Declaração Universal dos Direitos do Homem” que António Gentil Martins, ex-Bastónario da OM (1978-1986), iniciou a sua intervenção sobre medicina convencional, explicando que a mesma «não diz que a Medicina tem de ser, tendencialmente, gratuita».

Realçando que os custos da saúde irão crescer, no futuro, devido a 4 grandes factores: envelhecimento da população, avanços na tecnologia e medicamentos, maior acessibilidade e universalidade, maior informação e exigência das Pessoas.

No entender de Gentil Martins, o Sistema de Saúde «para ser viável e eficaz, tem de ser um sistema misto, que aproveite todas as potencialidades instaladas, e em que o Estado e a iniciativa Privada (seja ela de indole lucrativa ou de simples

solidariedade social), coexistam e se complementem».

O ex-bastónario da OM atribui à Medicina Convencionada os seguintes méritos: liberdade de escolha, o facto de ser personalizada e com continuidade de cuidados, ser organizada e garantir a cobertura total do país, ser acessível seja qual for a capacidade económica, reduzindo o aparelho burocrático com custos controlados, melhor custo/benefício, qualidade e satisfação. Quanto à remuneração, realça o ser correspondente ao mérito profissional (humano e técnico), à qualidade (tipo de actos médicos praticados) e à quantidade do esforço produzido e ao trabalho efectivamente realizado. Este sistema não é naturalmente isento de inconvenientes, os quais foram também referidos por Gentil Martins como sendo a necessidade de controlo (idealmente informático), de estatísticas fiáveis e «sobretudo, vontade política para mudar mesmo».

«A Medicina Convencionada, com li-



Fotos de António Pinto - Fotografia

vre escolha de prestador, (seja ele médico ou instituição), integrada num sistema misto (Estado, convencionados, solidariedade social, iniciativa privada), promovendo a colaboração de todos os que trabalham para a saúde das pessoas e das comunidades em que estão inseridas, seria, quanto a nós o melhor sistema; garantiria o máximo de liberdade com o máximo de responsabilidade».

Sobre a existência no futuro de dinheiro para dar cuidados de Saúde, Gentil Martins é peremptório: «é uma opção política e não médica o 'racionar' a saúde. Os cuidados (preventivos, curativos, de reabilitação, continuados e simplesmente paliativos) custam dinheiro e haverá que obtê-lo, isto independentemente do sistema usado (livre, estatal ou convencionado), se necessário aumentando a contribuição de cada um ou aceitando, conscientemente, as inerentes limitações. A saúde não

pode ser encarada apenas com uma visão economicista e desumanizada, mas também não se faz só com o 'coração'. É necessário conjugar as duas coisas equilibradamente».

O debate sobre medicina convencionada contou com a participação, além de Gentil Martins, de José Sil-

va Henriques, Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar e Nélcio Mendonça, ex-Secretário Regional dos Assuntos Sociais e da Saúde da Região Autónoma da Madeira, tendo sido moderado por Filipe Caseiro Alves, professor da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Quem adere à Medicina Convencionada?

«Nos países em que ela existe, adere a grande maioria dos médicos e das instituições (Alemanha, França, Bélgica, etc.). Ela não elimina a medicina privada, que se mantém como um direito de médicos e doentes, se bem que só usada por uma minoria com maiores recursos económicos. Mas a medicina convencionada, caracterizada pela livre escolha dos doentes, eleva o nível geral dos cuidados que, da medicina despersonalizada e por turnos dos médicos funcionários (trabalhadores da Saúde), passa a uma medicina personalizada, dinâmica, com continuidade. Fica assim a maioria dos médicos ao serviço da grande maioria da população e ninguém deixa de ter o médico que escolher», especificou Gentil Martins.

Sistemas de Qualidade nas Unidades de Saúde - Implicações para os Médicos

Margarida Amil, do departamento de transplantação do Hospital de Santo António, convidada a falar sobre as implicações para os médicos da implementação de sistemas de qualidade nas unidades de saúde, apontou como principal reacção a «rejeição». Talvez por isso, quando se fala do investimento inicial que é necessário efectuar, Margaridal Amil salienta, mais do que o investimento económico, a necessidade de empenho pessoal dos profissionais.

Um processo de implementação de um sistema de qualidade constrói-se necessariamente após uma reflexão sobre o que se faz e como se faz, qual o papel e responsabilidades de cada interveniente e qual a missão e os objectivos da unidade de saúde. Para uma boa definição de normas é preciso determinar como e o que avaliar. Um indicador que é referido por Margarida Amil como sendo potencialmente aplicável é a taxa de readmissões (o 1º internamento implica a continuação de cuidados que condicione um 2º internamento? O doente estava clinicamente estável na alta? *A alta foi precoce? O tratamento incompleto? Há problemas de organização institucional? Dificuldades no agendamento?*). Outros indicadores de qualidade são a avaliação da qualidade de atendimento, a actividade de ensino e formação, a actividade organizativa interna e externa, a actividade científica e de investigação, o grau de satisfação dos utentes, etc.

Perante a avaliação que seja efectuada, conforme foi explicado pela palestrante, é essencial que se implementem medidas de correcção.

Ainda relativamente a esta temática, David Saunders do King's Fund fez uma introdução histórica aos Sistemas de Qualidade nas Unidades de Saúde em Portugal, clarificando a definição de qualidade como sendo o «cumprimento de uma norma, standard, orientação, protocolo» **Referindo que** «a missão de um hospital ou outra unidade de saúde é fornecer cuidados de saúde de qualidade, que satisfaçam as necessidades dos doentes e utentes», David Saunders explicou que existindo desde há muitos anos sistemas de qualidade, tendo em Portugal começado a surgir nos anos 90, o que «falta frequentemente é a abordagem holística à organização», isto é, um **sistemas de acreditação prevê** «ligar elementos já existentes, mas frequentemente soltos». David Saunders apresentou alguns dados que demonstram que a acreditação não é um processo novo em Portugal: a acreditação pelo Health Quality Service para hospitais teve início em 1999 e há cerca de 20 Hospitais no processo, a acreditação pela Joint Commission International para hospitais começou em 2004 e há cerca de 15 hospitais no processo e a acreditação pelo Health Quality Service para cuidados primários, teve início em 2004. O palestrante referiu ainda outras iniciativas importantes na área da qualidade como projectos de melhoria continua com apoio do Instituto Juran e o International Quality Indicator Project de 2001.

Do debate que se seguiu às apresentações, moderado por Torres da Costa, presidente do Conselho Nacional para a Qualidade da Ordem dos Médicos, conclui-se que de uma forma generalizada, é consensual que a OM deverá ter um papel preponderante em incentivar os médicos a participarem no processo de implementação de sistemas de qualidade nas unidades de saúde.



Fotos de António Pinto - Fotografia

Ensino pós-graduado da Medicina

Num debate moderado por António Bensabat Rendas, director da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, discutiram-se perspectivas sobre o ensino pós-graduado da medicina.

João Morais, do Serviço de Cardiologia do Hospital Santo André, começou a sua intervenção definindo o âmbito do ensino pós-graduado da Medicina como destinando-se a «fornecer ao médico competência técnico-profissional numa área específica», áreas específicas essas que tradicionalmente representam as especialidades, «pelo que o ensino pós-graduado visa, no essencial, a formação de Médicos Especialistas». Em seu entender, os princípios-base do ensino pós-graduado são: rigor, competência, avaliação e controlo de qualidade, tendo salientado o facto do ensino médico pré e pós-graduado ter que se «basear sempre no doente e nunca na doença». O objectivo do ensino pós-graduado da medicina é permitir ao médico «adquirir treino e consequente competência para uma prática independente e de qualidade». Considerando que os vários intervenientes que participam no processo de ensino são determinantes para o resultado final (desde o médico em formação, ao Serviço que o acolhe, não esquecendo o papel do orientador e dos organismos que supervisi-

onam), João Morais explica que ao candidato e ao orientador se exige exactamente o mesmo empenho, determinação, objectivos, iniciativa, colaboração, aplicação e dedicação pois «o candidato será sempre a imagem do seu orientador», enquanto que ao serviço que o acolhe exige-se organização, planificação, objectivos, rigor, qualidade, numa palavra, idoneidade.

Conforme especificou, à OM compete a definição das especialidades, o estabelecimento do programa de formação de cada área, a revisão de 5 em 5 anos dos programas de formação, o reconhecimento da idoneidade dos serviços, o mapa de idoneidades e capacidades formativas, a realização da prova de comunicação, a avaliação final de saída do Internato e a indicação de cinco médicos para o CNIM.

Nos nossos dias «a formação pós-graduada não estará completa se ao interno não for dada a oportunidade de colaboração na actividade científica do Serviço», quer através de participação em estudos clínicos, revisão de casuística, avaliação de resultados, etc.

Realçando que o interno «não é mais um no conjunto dos elementos do serviço, não existe para fazer o que outros não fazem e não é o substituto de todos», João Morais considera essencial que o Interno seja estimulado e orientado a escrever e publicar em revistas da sua área profissional, a aprender os princípios básicos da estatística aplicada à medicina, a aprender a manejar bases de dados e a manejar as novas tecnologias.

José António Pereira Silva, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, falou na sua intervenção sobre o futuro da formação médica Pré e Pós-graduada, preconizando a adequação da formação pré-graduada aos requisitos do internato complementar e a adequação do exame aos parâmetros em causa. Criticando fortemente o método de selecção para o internato complementar por incluir um exame exclusivamente factual, sem qualquer espaço ao raciocínio clínico, com uma limitação artificial de matéria e da bibliografia, com excessivo e inadequado detalhe, e ignorando competências e percurso, Pereira Silva realçou pela negativa o facto de 1 em 100 perguntas valerem mais do que: quarenta cadeiras, 60 a 80 exames, seis anos de trabalho e a avaliação por muitos professores. As soluções apresentadas por este palestrante implicariam a adequação dos objectivos da formação pré-graduada à formação complementar; que o exame de acesso fosse adequado aos objectivos da formação pré-graduada; que a nota de Curso devesse ter mais peso na nota de candidatura e que as notas de curso fossem ponderadas a nível nacional.



Fotos de António Pinto - Fotografia

Reorganização dos Sistemas de Gestão das Unidades Hospitalares

Álvaro Santos Almeida, presidente da Entidade Reguladora da Saúde participou na sessão sobre Reorganização dos Sistemas de Gestão das Unidades Hospitalares. Como Objectivos da Reorganização, o presidente da ERS referiu o «aumento da eficiência na gestão de recursos» e a «introdução de rigor orçamental para conter crescimento acentuado dos custos do sector». Segundo Álvaro Santos Almeida a reorganização terá como resultados «o aumento da produtividade, com reconhecimento do desempenho e do mérito, o aumento da capacidade de adaptação à envolvente externa

Uma maior eficiência organizativa, com consciência do trade-off entre benefícios e custos de gestão, a promoção de hábitos e formas de responsabilização e uma maior eficiência na utilização dos recursos em saúde». Mas este não é um processo isento de riscos. O próprio palestrante elencou-os da seguinte forma:

- os novos modelos de gestão e de financiamento induzem diferentes incentivos nos prestadores;
- os objectivos de gestão não abrangem todos os valores e princípios relevantes na prestação de cuidados de saúde
- a gestão empresarial potencia desvios ao interesse público, ao focalizar-se nos objectivos de rentabilidade e sustentabilidade financeira
- pressão sobre os profissionais para seguir os objectivos dos gestores, em detrimento de outros valores
- risco da avaliação do desempenho ser focada na eficiência de aplicação de recursos em detrimento de critérios clínicos
- redução dos incentivos à introdução de novas tecnologias ou práticas inovadoras
- Possibilidade de transferência da responsabilidade pelo incumprimento dos objectivos contratados para os profissionais

Durante esta sessão, Álvaro Santos Almeida falou ainda do papel do Regulador Independente, nomeadamente no processo de reorganização da gestão, papel que passa pela «monitorização sistemática do movimento de doentes e dos serviços prestados nas entidades prestadoras de serviços de saúde, a fim de prevenir e detectar situações de selecção de riscos e indução da procura, por proporcionar ao público um conhecimento simplificado, transparente, e objectivo (através de ratings) sobre a qualidade dos serviços que poderão obter nas diversas entidades prestadoras, a arbitragem de conflitos de interesses entre prestadores e financiador e a arbitragem de conflitos entre gestão e profissionais de saúde, garantindo que estes têm todas as condições para prosseguirem a defesa do interesse dos doentes.

Nova abordagem da Gestão Hospitalar

Fernando Araújo, vogal da ARS Norte, participou nesta sessão, tendo efectuado uma apresentação sobre contratualização e transparência, centrando a sua abordagem nas Entidades Públicas Empresariais (EPE). Sobre as



Fotos de António Pinto - Fotografia

EPEs foi referida a existência de uma efectiva cultura de gestão empresarial ‘hospitalar’, um conjunto de valores e princípios estruturais que enquadram a actividade do hospital – gestão por objectivos, níveis de qualidade e resultados económico-financeiros, em que se coloca o cidadão no centro do sistema, incentivando a meritocracia e a produtividade em detrimento da antiguidade.

Uma definição clara de objectivos (resultados de produção e de qualidade), a monitorização e acompanhamento do desempenho, a retirada de consequências da avaliação e o controlo da excessiva orientação para a componente económica e financeira e encarando-a como instrumento para a efectividade da prestação de cuidados em saúde, são alguns dos aspectos citados que caracterizam as EPEs.

A Empresarialização como motor de mudança foi referida por Fernando Araújo como sendo uma «condição necessária mas não suficiente para resolver os problemas nos hospitais» pois «não é suficiente a simples mudança de estatuto, para mudar a cultura da organização». Todo este processo baseia-se numa «maior autonomia de gestão, mais responsabilização e maior exigência».

Desafios

Fernando Araújo referiu durante a sua apresentação, diversos desafios que se colocam neste momento, nomeadamente nos seguintes níveis:

- Estabelecimento de uma rede de cuidados em saúde
- Requalificação dos hospitais
- Articulação inter-hospitalar e com os Centros de Saúde
- Avaliação da Contratualização baseada nas necessidades
- Controlo do crescimento da despesa
- Política de Investimentos e incentivos
- Sistemas de Informação
- Instituir o processo clínico único electrónico
- Expansão da rede de telemedicina
- Concluir a informatização de todos os postos de trabalho médicos/enfermagem
- Contabilidade analítica por departamento/serviço
- Alocação dos custos por doente (sub-sistemas, seguradoras)

Um elenco de desafios, longo ainda que incompleto, mas que refere algumas das áreas que têm que ser desenvolvidas ou aprofundadas, segundo o palestrante.

O projecto “A Saúde na Era da Informação”

O Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-ISCTE) encontra-se neste momento a desenvolver, sob coordenação científica de Gustavo Cardoso, Maria do Carmo Gomes e Rita Espanha, um estudo sobre o acesso e utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC) na área da saúde.

Este projecto intitula-se *A Saúde na Era da Informação* e é apoiado pelo Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano da Fundação Calouste Gulbenkian. Tem contemplado como um dos objectivos fundamentais a análise da apropriação das TIC pelos médicos no contexto da sociedade em rede em Portugal. E neste âmbito será desenvolvido um inquérito por questionário aos membros da Ordem dos Médicos.

A análise do processo de transição da sociedade portuguesa para a sociedade em rede foi igualmente alvo de análise num outro estudo entretanto terminado e cujos resultados se encontram no livro *A Sociedade em Rede em Portugal*, publicado em 2005, pela Campo das Letras, da autoria de Gustavo Cardoso, António Firmino da Costa, Cristina Palma Conceição e Maria do Carmo Gomes, contando ainda com um prefácio de João Caraça e um capítulo inicial de Manuel Castells. Alguns resultados podem tam-

bém ser consultados em http://cies.iscte.pt/linhas/linha2/sociedade_rede/index.jsp.

Tal como aconteceu com este último estudo, a presente pesquisa será desenvolvida em estreita colaboração com a Universitat Obierta de Catalunya, através de um projecto comparativo. Ou seja, neste momento está também em desenvolvimento na Catalunha, sob coordenação do Prof. Manuel Castells, um estudo com objectivos semelhantes em que vai replicada a aplicação do questionário concebido para Portugal. É objectivo desta análise comparativa, num primeiro momento, o confronto dos resultados alcançados através do inquérito aos médicos portugueses com os que se vierem a obter junto dos médicos catalães. E num segundo momento poder alargar o âmbito comparativo com a inclusão de outros países que tenham interesse em obter dados sobre esta problemática.

Em Dezembro de 2006, contamos ter já a análise dos dados concluída e os resultados do inquérito aos membros da Ordem dos Médicos serão disponibilizados quer no site do CIES na internet quer no da Ordem dos Médicos.

A equipa de investigação

Educação e Saúde no Século XXI (uma viagem a 2034 com regresso ao presente)

José Eduardo Torres de Eckenroth Guimarães

O Prof. Carlos Saraiva teve a amabilidade – e a amizade – de me convidar para falar aqui sobre um tema para o qual não serei concerteza a pessoa mais indicada: “Educação e Saúde no século XXI”. Porque isto de falar sobre o Futuro requer faculdades e atributos que eu não tenho. Em primeiro lugar, o de adivinho ou o de profeta. Num mundo em frenética transformação, em que tudo muda mais em 10 anos do que no séc. XIX em 80 ou 100 ou, do que no 1º milénio, em 800 ou 1000 anos, já é difícil acompanhar o passo das mutações quanto mais prever as que lhe sobrevirão. Se tivesse dotes de adivinho, provavelmente estaria a ganhar a vida de outra maneira. E para profeta faltam-me as barbas, o ascetismo e a comunicação directa com o Além. Em segundo lugar, porque para pensar o futuro, quanto mais passado se tiver, melhor, e há sem dúvida quem o tenha qualitativamente muito superior ao meu. Porque esta coisa de ver para além da nossa própria vida exige argamassar conceitos, depois de triturar ideias feitas, de sobressaltar interrogações numa insónia febril de dúvidas, de as suscitar à prova experimental do tempo e da vida e do próprio desgaste e decepção de nós próprios. Isto é, deixar entranhar-se em nós o desassossego que permita desconfiar das sensações mais imediatas e das prosaicas certezas que diariamente nos são servidas, digerir a angústia do incerto e partir enfim para o sonho...

O Sonho!... A primeira questão que se pode pôr em relação ao futuro é precisamente esta: sonho ou pesadelo?

Vivemos num mundo perturbado pelas pulsões mais estranhas e mais sangrentas, pelas mais intoleráveis intolerâncias étnicas, raciais, religiosas, culturais. Devo confessar com alguma vergonha e muita angústia que a idade e alguma desilusão – e principalmente a verificação das nossas limitações – fez esmorecer uma boa parte do meu optimismo, que julgava inquebrantável, na evolução da espécie humana, optimismo esse com raízes naquela fulgurância verde, naive e terrível da juventude que futura a imortalidade nas asas de Ícaro.

O individualismo levado aos limites, esta sôfrega busca de dinheiro e de bens materiais, frequentemente desrespeitando a ética dos valores convencionais e relacionais pode levar-nos até ao desrespeito de nós próprios. Por outro lado, o Homem, ao construir, invocando as mais justas e louváveis das razões, destruiu provavelmente mais do que era sensato e razoável fazer. E alterou gravemente o equilíbrio ecológico, com ameaça da nossa própria extinção. Já

estaremos porventura a sofrer a revolta do planeta: furações, inundações, alterações climáticas. Até nós, médicos, podemos ser acusados desse pecado, embora pela mais nobre e humanitária das causas, a de salvar vidas humanas. Ao actuarmos com antibióticos sobre essa imensa parte da Natureza que é a dos microrganismos, revertemos em grande quinhão a selecção natural de humanos pelos microbianos em selecção natural da microvida pelos humanos. Por isso, acontece agora este paradoxo de termos cada vez mais microrganismos fortes, sobreviventes, aristocráticos a infestar e a apoderar-se de corpos cansados e doentes.

E assim dando largas a algum pessimismo, ou cepticismo, ou dúvida angustiante em relação aos tempos que nos hão-de sobrevir, permito-me respigar aqui algumas partes de uma charla ou ficção que fiz na comemoração dos 180 anos da Faculdade de Medicina do Porto, há um ano: uma viagem até 2034.

E porquê 2034? Porque é uma data cómoda, suficiente-mente distante para, por exemplo, eu, muito provavelmente, já não estar vivo e, portanto, não estar emocionalmente envolvido, de forma directa, com o que lá ocorrer, mas não tão distante que qualquer exercício de futurologia possa parecer ridículo e absurdo. Porque, embora não seja um Júlio Verne ou um da Vinci para prever os avanços tecnológicos que aí vêm e que já hoje se sucedem num turbilhão de vertigem, posso – com larga margem de erro, é certo – seguir algumas tendências da dinâmica social, da evolução política e económica e do comportamento geo-estratégico para tentar exercitar a minha imaginação sobre como poderão vir a situar-se os homens e os médicos de amanhã, o que serão e o que poderão sentir. **E 2034, ainda, porque é cinquenta anos depois de 1984**, o ano terrível e maldito de Orwell ...

Não será, por exemplo, descabido prever que em 2034 os quadros médios e superiores se reformam, ou são reformados, aos 50 anos. Se já hoje muitas vezes o são ! E que a esperança média de vida se situe nos 90-95 anos. Daqui resulta um longo período de vida não produtiva de 40-45 anos. À primeira vista, pode parecer agradável que o comum dos mortais usufrua de um longo período de lazer, após uma fase intensa de vida activa. Mas não é bem essa a realidade: em 2034, ele é reformado compulsivamente pelo seu empregador, porque outros mais novos conseguem produzir mais, melhor e mais barato; e na profissão liberal, é difícil a um homem ou mulher de 50 anos competir com um impulsivo jovem de 20, acabado de sair da Universida-

de. Por outro lado, reforma não é bem termo que se aplique a esta situação de inactividade, porque de facto não há pensões de reforma tal como hoje as concebemos: os fundos públicos da segurança social foram, como se previa, exauridos por uma relação cada vez mais desproporcionada entre os ditos “reformados” e a população activa. Isto é, cada um terá de viver esses anos com o que tiver aforrado durante o período de vida activa; ou buscar outra profissão mais modesta na ambição e nos ganhos. Por exemplo, em 2034, vamos encontrar médicos e cientistas com algum renome 10 ou 15 anos antes, a servir de “stewards” em congressos médicos ou empregados como secretários em firmas ligadas à profissão.

O prolongamento da expectativa de vida obteve-se não só pelos espantosos progressos da Ciência Médica no cancro e nas doenças degenerativas, mas sobretudo pelo estilo de vida saudável da população: o tabaco e o álcool são rigorosamente interditos, estando as prisões cheias de infractores apanhados em flagrante delito ou simplesmente com o produto proibido na sua posse. Equipas de zelotas dos bons e higiénicos costumes percorrem as ruas em caça de pecaminosos consumidores.

Todo o profissional que se preze – e que queira ser bem visto – deve fazer pelo menos 2 horas de *jogging* pela manhã e 2 horas de ginásio quando acabar a sua jornada de 14 horas; só que agora não se pode fazer *jogging* ao ar livre por causa da exposição aos raios solares. Aliás, de dia, só se pode circular em espaços fechados: a poluição originada pelos combustíveis fósseis – que entretanto já não são usados desde 2032 – aumentou de tal forma o buraco de ozono que tornou insuportável sair para o exterior em pleno dia. Mas foram criados grandes espaços interiores com todo o tipo de comodidades e divertimentos: praias, pistas de ski, simulacros de montanhas e glaciares, mesmo ilhas exóticas, aumentando o acesso de todos aos bens da Natureza que até aí eram apenas usufruto de alguns. Numa tarde, pode descer-se o glaciar da Aiguille du Midi e mergulhar na Barreira de Coral – tudo dentro de um enorme centro comercial e em ambiente climatizado.

Em 2034, não se dorme – não é preciso – basta ligarmos o cérebro a um aparelho para recuperarmos, em poucos minutos, dessa necessidade antes fisiológica; obviamente, sem sono, não há sonho, o que é saudável porque o sonho foi sempre fonte de grandes problemas para a Humanidade – revoluções, guerras, inquietação, paixão e outros sentimentos lamentáveis; os alimentos de origem animal desapareceram porque é inaceitável nos dias que correm sacrificar animais para estimular a gula e a lascívia dos humanos; e o sexo é uma prática proscrita nos escalões altos da sociedade por ser fonte de doenças físicas e mentais, mas essencialmente porque é pecado – o sexo serve para a procriação e, em 2034, procria-se sem recorrer ao sexo – e porque distrai um profissional da sua verdadeira missão que é a de contribuir para a criação de riqueza, sua, do seu empregador e do país.

A vida humana continua a ser gerada pela conjugação de um espermatozóide e de um óvulo, mas a fertilização é feita *in vitro* e a vida fetal decorre em incubadoras dotadas de placentas artificiais, como Huxley previa há quase 1 século. É desencorajada toda a relação de paternidade ou maternidade. O Estado encarrega-se de toda a educação do novo ser, do infantário à Universidade: a educação na família tradicional introduzia frequentemente disfuncionalidade e fomentava a aquisição dos mais variados vícios que prejudicavam a habituação dos jovens às tarefas para que estavam predestinados. Antes, no tempo da família tradicional, era habitual os jovens que enchiam as Universidades terem comportamentos desviantes, como beberem mistelas alcoólicas que eles próprios destilavam, beijarem-se nos parques ou até envolverem-se em actividade sexual.

Então, pode perguntar-se: **o que move os humanos em 2034?** A ambição, o poder e o medo. A luta pelo poder é imensamente potenciada pela energia sexual armazenada e desviada para esse fim. As mulheres deixaram de ter a maternidade como desígnio e são agora em tudo iguais aos homens. E ambos têm um pavor horrível de cair numa situação de marginalidade, na Infra-Humanidade que vive nos escaninhos indizíveis do submundo em que nenhum ser normal quer pensar, ou admitir sequer que existem: as galerias dos metros das grandes cidades, as entradas dos grandes armazéns, envoltos em caixas de cartão. Para os cidadãos de 2034, esta é uma situação que não existe, que não se verbaliza, que está aprisionada no sétimo andar do cérebro, lá nas antípodas da consciência. Mas que existe, existe: todos os dias são removidas dezenas de cadáveres pelas brigadas de desinfecção. Só que quem produz não tem que se preocupar... enquanto for capaz de produzir.

Em 2034, vamos encontrar os meus personagens que são especialistas numa forma de mieloma múltiplo, a daqueles doentes que têm alterações de um gene situado no braço longo do cromossoma 11. Sabem tudo sobre esta forma particular da doença e continuam a investigar de modo a melhor controlar a situação. O mieloma múltiplo, como todas as outras espécies de doença oncológica, não mata – transformou-se numa doença crónica. A doença foi controlada com um sem número de tratamentos biológicos que têm como objectivo combater as suas manifestações e melhorar a qualidade de vida. Hoje em dia, gasta-se mais em medicamentos do que com a alimentação ou o vestuário, mas estamos prestes a realizar uma das mais antigas aspirações da Humanidade: a imortalidade.

Charles, Theresa e Andrea sabem pouco de outras formas de mieloma e nada acerca de outras doenças. Mas também não precisam. Actualmente, a Medicina está tão organizada que quando alguém se sente doente – ou se tem alguma alteração no curso de um dos múltiplos *check ups* que tem de fazer – nem sequer é visto por um médico. Senta-se em frente a um computador e segue o algoritmo que lhe é apresentado até chegar ao diagnós-

tico, que obviamente envolve uma série de exames, todos eles não invasivos, que pode fazer deslocando-se ao centro geral de diagnóstico. O computador fornece-lhe de imediato também o prognóstico e um plano terapêutico. O tratamento é-lhe aplicado por uma equipa de enfermeiros, biólogos, assistentes clínicos. O que faz o médico, então? Coordena e dirige esta equipa e faz ensaios clínicos, múltiplos ensaios clínicos. Propõe novas formas de tratamento e vigia os efeitos secundários.

Por seu lado, a Cirurgia – a pouca cirurgia que ainda é necessária em 2034 – é executada por robots em cujo sistema informático foram introduzidas as respectivas coordenadas na forma de uma multidão de sinais clínicos, analíticos, imagiológicos...

As doenças do séc. XXI são a iatrogenia e as infecções. A iatrogenia porque, por cada tratamento que se cria, aparecem novos efeitos secundários; as infecções, porque os microrganismos continuam a jogar ao gato e ao rato com os humanos, mudando, dissimulando-se, inventando novas formas de vida... **E também a solidão, o medo, a impotência.** Em 2034, não se morre de cancro nem de doenças cardíaco-vasculares, morre-se de angústia, de tédio, de ausência de afecto.

Ao lado da Medicina convencional, cresceu clandestinamente uma **Medicina underground**. Em entradas soturnas de becos escuros das grandes cidades há alguns ditos médicos – falsos médicos, charlatães, é claro – que pretensamente vêem e tratam doentes. Não estão autorizados legalmente a exercer Medicina porque nunca frequentaram nenhuma Escola Médica: dizem ter adquirido os conhecimentos por transmissão de geração em geração e entre eles existem alguns que se licenciaram nos primeiros anos do século, mas que foram atirados para a marginalidade por não terem aguentado o ritmo competitivo da Medicina hodierna. Apesar de proibidos, são tolerados pelo Poder porque tratam os pobres e miseráveis que não dispõem de dinheiro nem de seguro de doença. São pobres como eles, mas paradoxalmente parecem felizes – **há até quem já os tenha visto sorrir.** Não curam praticamente doença nenhuma, até porque não têm acesso a fármacos e aos meios de tratamento da Medicina moderna, mas ouvem os doentes. Dispensam-lhes atenção, interrogam-nos, conversam com eles, acompanham-nos no sofrimento, tentam dissipar-lhes a angústia e o medo da morte. Por isso, alarmantemente se vêem cada vez mais elementos da Sociedade civilizada a recorrer a esta espécie de curandeiros. Intrigante, não é?

Esta é uma visão terrivelmente pessimista, demencial até, do mundo daqui a uns escassos 30 anos. Se a transmito é mais como aviso do que como prenúncio. Porque todos estamos a tempo de evitar uma sociedade alucinada e sem nexos como a que acabo de descrever.

Todos concordarão que não é este o Mundo que desejamos para 2034, para nós ou para os nossos filhos. Mas os

sinais estão aí tão próximos, que não os podemos ignorar... Pessoalmente, não acredito que o Mundo venha a evoluir nesse sentido. Não acredito, em primeiro lugar, porque acredito no Homem. E na Mulher. Acredito que a ambição, o poder, o dinheiro e a cobiça nunca se venham a sobrepor ao amor, ao afecto e à paixão. Creio no amor carnal ou imaterial e na paixão sem limites. Porque, *malgré tout*, acredito na tolerância e no bom senso e no triunfo da Humanidade sobre a máquina infernal que a Sociedade por vezes gera. A Humanidade tende sempre para, de ajuste em ajuste, como um pêndulo, chegar ao caminho correcto.

Tudo na Natureza é equilíbrio: terra e água, dia e noite, Yin e Yang, masculino/feminino, Eros e Tanathos... A Natureza é calma e magnânima e tem a sabedoria das coisas perfeitas e acabadas. O desequilíbrio gera quase sempre a catástrofe, chame-se tsunami ou guerra, tempestade ou terrorismo.

Mas, posto isto, o que serão os médicos de amanhã? Qual será o futuro da Medicina? O médico desaparecerá ou será transformado numa espécie de assistente social ou de interface entre o doente e as máquinas?

Estou convencido de que muito dependerá da relação que o médico tiver com a Medicina e com tudo que o rodeia.

Não quero que, em 2034, se tenha de escolher entre ser médico convencional ou médico *underground*. À Medicina não pode faltar o progresso científico, mas os médicos desaparecerão como profissão se lhes faltar o contacto humano, a compaixão.

Em primeiro lugar, acabemos mentalmente com esta ideia vã e pueril de perseguirmos, a todo o custo, a imortalidade, essa quimera, miragem, pote de ouro no fim do arco-íris. A ilusão de Imortalidade decorre directamente do poder – ainda limitado, é certo – que o Homem foi adquirindo de domar a Natureza. Esse poder conferiu-lhe a sensação utópica – que vem de séculos esquecidos – de conseguir dominar a morte, evitá-la. E hoje, qualquer ser humano, pobre ou rico, não aspira a nada menos do que a ser imortal. E fica extremamente perplexo e indignado quando a Morte, seja ela catastrófica ou resultado de um processo natural, lhe rouba alguém próximo ou o ameaça a si. Porque os progressos da Ciência e toda uma parafernália de divulgação mediática lhe alimentam a ilusão de que a Imortalidade está ali ao virar da esquina.

Ora isto, meus amigos, é uma perversão da Medicina, pelo menos da Medicina construída sobre as fundações hipocráticas. Medicina é, antes de tudo, evitar a doença, preveni-la. É obviamente tratá-la, com os meios indiscutivelmente poderosos – mas ainda insuficientes – que temos hoje. Mas é também – e se calhar essa é a missão mais nobre da Medicina – minorar a dor de quem sofre e, em última análise, ajudá-lo a ultrapassar o tenebroso

umbral dessa passagem última com o máximo de paz, de dignidade e de bem estar. Não estou a falar de eutanásia, o que quero dizer é que não devemos praticar distanásia, isto é, não prosseguir tratamentos fúteis e inúteis que só prolongam a dor física e moral de quem sofre, a troco de alguns dias, de algumas horas.

Não quer isto dizer, como é óbvio, que não se tente cada vez mais e melhor para curar e palear os nossos doentes. Tem sido a missão mais nobre do Homem, a atitude que mais o tem distinguido, ao longo dos séculos: **puxar as fronteiras do conhecimento para lá dos limites da sua época.** O saber pode ser arquivado num disco e manipulado a partir daí; mas para ser adquirido necessita de ser questionado – e a questão nasce da dúvida e a dúvida nasce do afecto. Entrar no cerne do desconhecido e do inexplicado é um acto tumultuoso. Pôr a questão requer curiosidade e imaginação criadora e estou certo que a imaginação, essa virtude imaterial feita de sonho e de ânsia e de paixão e de todas as coisas fátuas e combustíveis que nos consomem, será o último atributo que o Homem cederá ao computador.

Em segundo lugar, é necessário compreender qual é a essência de ser médico. Foi e é, mas cada vez será menos, o saber e a experiência. Actualmente, qualquer pessoa pode ir à Internet e cercar-se de um conjunto de noções fundamentais sobre uma doença. E as atitudes clínicas estão cada vez mais padronizadas. É óbvio que o clínico é ainda hoje determinante na avaliação da doença e no seu seguimento. Mas é provável que, a prazo, seja relegado para um lugar menor pela automatização do diagnóstico e da proposta terapêutica – embora eu esteja convencido que há-de haver sempre momentos em que é preciso ser de carne e osso para, **perante aquela pessoa**, assumir o risco e o ónus de falhar.

Nós sempre fomos os juizes da vida e da morte dos nossos doentes. É esse poder oculto que pretensamente nos liga ao sobrenatural, é essa nossa intimidade com a morte – a quem subtraímos temporariamente os nossos doentes – que nos torna inexpugnáveis aos seus olhos, e respeitados, e venerados. Não é o prognóstico frio, que esse pode também ser visto na Net, mas a “reassurance” ou o conforto, aquilo que qualquer homem tem de ouvir de outro homem e não do computador. Por alguma razão, o médico e o padre são as pessoas mais respeitadas da aldeia. É a sua relação com a morte, com o antes e com o depois e com a sua dignidade. É a necessidade de ter alguém em quem se possa descarregar esta infinita raiva de ter de ser e de deixar de ser. É ter alguém com quem se possa partilhar o medo e a angústia, os terrores íntimos e esta tão fria e ao mesmo tempo febril sensação de acabarmos.

Se assim formos, ou continuarmos a ser, a Medicina é uma profissão que não vai acabar.

Porto, 26 de Janeiro de 2006

I JORNADAS NACIONAIS SOBRE DOENÇAS RARAS

“Doenças Raras de A a Z”

Auditório da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

PROGRAMA PROVISÓRIO

Terça-feira, 23 de Maio de 2006

08.00 – 08.30H – Abertura do Secretariado

08.30 – 08.45H – Abertura dos Trabalhos e apresentação dos Oradores

Dr.^a Marina Caldas

08.45 – 09.00H – *Boas vindas*

- Presidente da Câmara Municipal de Lisboa
- Presidente da Direcção da Raríssimas
- Presidente do Conselho Científico
- Dr. Manuel Correia – Conselho Directivo da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

09.00 – 10.00H – “Plano de Acção para Doenças Raras em Portugal”

Moderador – Dr. Luís Nunes

- Dr. Correia de Campos – Ministro da Saúde (a confirmar)
- Dr. José Robalo – Sub-Director Geral da Saúde

• Paula Brito e Costa – Presidente da Direcção da Raríssimas

• Dr. José Pedro Vieira – Conselho Científico da Raríssimas

• Dr.^a Margarida Reis Lima – Instituto de Genética Médica

10.00 – 10.45H – “Diagnóstico das Doenças Raras – Realidade e Atitude”

Moderadora – Dr.^a Eulália Calado

• Dr.^a Mercês Maciel – Centro de Saúde da Ilha do Pico

• Hospital Distrital de Vila Real – a designar

• Dr. Isabel Cordeiro – Hospital Santa Maria

• Dr.^a Márcia Martins – Instituto de Genética Médica

• Dr. Luís Nunes – Hospital D. Estefânia

10.45 – 11.00H – *Debate*

11.00 – 11.15H – Pausa para café

11.15 – 12.15H – “Medicamentos Órfãos. O que são? Como obter? Qual a Participação?”

Moderadora – Dr.^a Marina Caldas

• Dr.^a Ana Maria Santos Silva – Direcção Geral de Saúde (a confirmar)

• Dr. Luís Francisco Simões de Moura – Presidente da Comissão Nacional para a Hormona de Crescimento (a confirmar)

• Paula Brito e Costa – Raríssimas

• Dr. Vasco Maria – Presidente do Infarmed (a confirmar)

• Centro Nacional Coordenador de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Lisossomiais – a designar

• Dr.^a Isabel Saraiva – Apifarma (a confirmar)

12.15 – 13.30H – “Informação especializada sobre Doenças Raras: Bases de Dados e Registos de doentes”

Moderadora – Dr.^a Margarida Reis Lima

• Dr. Daniel Virella – Unidade de Vigilância Pediátrica, Sociedade Portuguesa de Pediatria

• Dr.^a Eulália Calado – Raríssimas/ Hospital D. Estefânia

• Eurordis

• Dr. Daniel Osório – Orphanet

13.30 – 14.30H – *Pausa para Almoço*

14.30 – 15.15H – “A propósito de: Cromossomopatias”

Moderadora – Dra. Teresa Kay – Hospital D. Estefânia

• Turner – Dr.^a Isabel Cordeiro – Hospital Santa Maria

• Wolf-Hirschhorn – Dr. Ângelo Selicorni – Hospital Pediátrico de Milão

• Smith-Magenis – Dr.^a Cristina Dias – Instituto de Genética Médica

• Cri du chat – a designar

15.15 – 16.00H – “A propósito de: Síndromes Dismórficas”

Moderador – Dr.^a Margarida Reis Lima – Instituto de Genética Médica

• Cornélia de Lange – Dr. Ângelo Selicorni – Hospital Pediátrico de Milão

• Kabuki – Dr. Teresa Lourenço – Hospital D. Estefânia

• Alstrom – a designar

• Costello – Dr.^a Ana Berta Sousa – Hospital Santa Maria

16.00 – 16.15H – *Pausa para café*

16.15 – 17.00H – “A propósito de: Doenças Neurocutâneas”

Moderador – Dr.^a Eulália Calado

• Neurofibromatose – Dr.^a Isabel Cordeiro

• Naevus – Dr. José Pedro Vieira – Hospital D. Estefânia

• Voght-Koyanagai-Harada – Dr.^a Luísa Santos – Instituto Gama Pinto

• Esclerose Tuberosa – Dr. Olavo Gonçalves – Hospital Pediátrico de Coimbra

17.00 – 17.45H – “A propósito de: Doenças Neurogenéticas”

Moderador – Dr. António Levy (Hospital Sta. Maria)

• Spina Bífida – Dr.^a Eulália Calado - Hospital D. Estefânia

• Machado-Joseph – Dr.^a Teresa Kay - Hospital D. Estefânia

• Rett – Dr.^a Teresa Temudo – Hospital de Sto. António

• X-Frágil – Dra. Ana Medeira – Hospital Santa Maria

17.45 – 18.15H – *Debate*

20.00H – Jantar Social (local a designar)

Quarta-feira, 24 de Maio de 2006

08.30 – 09.00H – Abertura do Secretariado

09.00 – 10.30H – “Genética Médica em Portugal”

Moderador – Dr. Luís Nunes

• Dr. Pedro Nunes – Bastonário da Ordem dos

Médicos

• Presidente da Sociedade Portuguesa de Genética Humana – a designar

• Presidente do Colégio da Especialidade de Genética – a designar

• Dr.^a Maximina Pinto – Instituto de Genética Médica

10.30 – 10.45H – *Debate*

10.45 – 11.00H – Pausa para café

11.00 – 12.30 – “A Genética das Doenças Raras – Do diagnóstico clínico ao diagnóstico laboratorial”

Moderadora – Dr.^a Salomé Almeida

• Dr.^a Margarida Reis Lima – Instituto de Genética Médica

• Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – a designar

• Dr. João Lavinha – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

• Dr.^a Purificação Tavares – Centro de Genética Clínica (a confirmar)

12.30 – 13.00H – *Debate*

13.00 – 14.30H – *Pausa para Almoço*

14.30 – 15.15H – “A propósito de: Doenças Ósseas”

Moderador – a designar

• Displasias ósseas: registo – a designar

• Pfeiffer – Dr. Guimarães Ferreira – Hospital Santa Maria

• Acondroplasia/hipocondroplasia – Dr. Miguel Rocha – Instituto de Genética Médica

• Osteogénese imperfeita: tratamento – Dr. Cassiano Neves – Hospital Santa Maria

15.15 – 16.00H – “A propósito de: Doenças do Lisossoma”

Moderador – Dr. Bessa de Almeida – Hospital Santa Maria

• Gaucher – Dr.^a Ana Fortuna – Instituto de Genética Médica

• Pompe – Dr.^a Elisa Leão Teles – Hospital São João

• MPSI – Dr.^a Ermelinda Martins – Hospital Pediátrico D. Maria Pia

• Fabry – Dr. Carlos Soares – Hospital Distrital Viseu

16.00 – 16.15H – *Pausa para café*

16.15 – 17.00H – “A propósito de: Doenças Sistémicas e Hematológicas”

Moderador – Dra. Isabel Gaspar

• Lúpus – Dr. Rui Bajanca (Hospital Distrital de Setúbal) e Dra. Cândida Silva (Instituto Português de Reumatologia)

• Hemofílias – Dr.^a Andreia Teixeira – Hospital D. Estefânia

• Talassemias – Dr.^a Letícia Ribeiro – Hospitais da Universidade de Coimbra

• Bernard Soulier – Dr.^a Andreia Teixeira – Hospital D. Estefânia

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS - 2006

EVENTO: 11th International Congress on Oral Cancer
LOCAL: Grado – Italia
DATA: 14 a 17 de Maio

EVENTO: Leonard EURACT Course for Trainers in Family Medicine
LOCAL: Caldas de Monchique
DATA: 17 a 21 de Maio
ORGANIZAÇÃO: WWW.euract.org

EVENTO: XXV Congresso Português do Clínico Geral
LOCAL: Gare Maritima de Alcantara
DATA: 18 a 20 de Maio
ORGANIZAÇÃO: Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 358 43 80; Email: dmcongressos@mail.telepac.pt

EVENTO: I Curso de Introdução à Comunicação e Metodologia Científica
LOCAL: Porto
DATA: 20 e 21 de Maio / 30 de Junho a 1 de Julho / 30 de setembro a 1 de Outubro
ORGANIZAÇÃO: Serviço de Anestesiologia dos HUC; Tel: 239-400617; E-mail: jviana@huc.min-saude.pt

EVENTO: XIX Curso de Pós Graduação em Prática Clínica da Diabetes
LOCAL: Auditório da UACS - Lisboa
DATA: 24 a 26 de Maio
ORGANIZAÇÃO: Clínica de Diabetes e Nutrição; Tel: 21 – 795 70 27; email: need@sapo.pt

EVENTO: Heart Failure 2006
LOCAL: Helsíquia
DATA: 17 a 20 de Junho
ORGANIZAÇÃO: www.esccardio.org/hfa

EVENTO: Ciclo de Estudos do Internato Médico
LOCAL: Hospital de Dona Estefânia
DATA: Junho e Outubro
ORGANIZAÇÃO: Direcção do Inter. Médico – HDE; Tel: 21 – 312 67 84; Email: internato@hdestefani.min-saude.pt

EVENTO: IOF World Congress On Osteoporosis
LOCAL: Toronto
DATA: 2 a 6 de Junho
ORGANIZAÇÃO: Bio-Saúde; Tel: 21-722 61 10; Fax: 21 – 722 61 19

EVENTO: 42nd ASCO Annual Meeting
LOCAL: Atlanta
DATA: 2 a 6 de Junho

EVENTO: 17th Annual National Conference on High on Risk & Critical Care Obstetrics
LOCAL: Las Vegas
DATA: 4 a 7 de Junho
ORGANIZAÇÃO: Bio-Saúde; Tel: 21-722 61 10; Fax: 21 – 722 61 19

EVENTO: Congress International “healthy Buildings 2006
LOCAL: Lisboa
DATA: 4 a 8 de Junho
ORGANIZAÇÃO: IDMEC – Polo FEUP; Tel: 22 – 508 17 63; Email: hb2006@fe.up.pt

EVENTO: IX Congreso Nacional de la Asociacion Espanola para el Estudio de la Menopausa (AEEM) ey Seccion de Menopausa de la Segó
LOCAL: SANTIAGO de Compostela
DATA: 7 a 10 de Junho
ORGANIZAÇÃO: Bio-Saúde; Tel: 21-722 61 10; Fax: 21 – 722 61 19

EVENTO: World Psychiatric Association
LOCAL: Istanbul
DATA: 12 a 16 de Junho
ORGANIZAÇÃO: Bio-Saúde; Tel: 21-722 61 10; Fax: 21 – 722 61 19

EVENTO: 11th Congress of the European Hematology Association
LOCAL: Amesterdão
DATA: 15 a 18 de Junho
ORGANIZAÇÃO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: 14th Congress for Bronchology and Bronchoesophagology
LOCAL: Buenos Aires
DATA: 25 a 28 de Junho
ORGANIZAÇÃO: Bio-Saúde; Tel: 21-722 61 10; Fax: 21 – 722 61 19

EVENTO: UICC World Cancer Congress
LOCAL: Washington
DATA: 8 a 12 de Julho
ORGANIZAÇÃO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: 13th World Conference on

Tobacco or Health
LOCAL: Washington
DATA: 12 a 15 de Julho
ORGANIZAÇÃO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: World Transplant Congress 2006
LOCAL: Boston
DATA: 22 a 27 de Julho
ORGANIZAÇÃO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: World congress of Cardiology
LOCAL: Barcelona
DATA: 2 a 6 Setembro

EVENTO: 3th World Congress on Quality in Clinical Practice
LOCAL: Tessalónica – Grécia
DATA: 28 Setembro a 1 de Outubro
ORGANIZAÇÃO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: XVIII Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetricia
LOCAL: Kuala Lumpur
DATA: 5 a 10 de Novembro
ORGANIZAÇÃO: Bio-Saúde; Tel: 21-722 61 10; Fax: 21 – 722 61 19

EVENTO: 28TH Congress of the Société Internationale d’Urologie (SIU 2006)
LOCAL: Cape Town
DATA: 12 a 16 de Novembro
ORGANIZAÇÃO: Bio-Saúde; Tel: 21-722 61 10; Fax: 21 – 722 61 19

EVENTO: Jornada Internacional Multidisciplinar de Medicina Interna, Medicina Geral, Nefrologia e Urologia
LOCAL: Buenos Aires
DATA: 21 a 23 de Novembro
ORGANIZAÇÃO: Associação médica de Cooperação Lusófona e Iberoamericana; Email: dmcongressos@mail.telepac.pt

EVENTO: 5TH International Congress on Autoimmunity
LOCAL: Sorrento – Italia
DATA: 29 de Novembro a 3 de Dezembro
ORGANIZAÇÃO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55



Musical

Sexta-Feira 13

Está em exibição na Toyotabox (Docas de Alcântara) Sexta-Feira 13 - o musical dos Xutos & Pontapés. Um espectáculo que retrata a juventude nua e crua, através

do percurso de quatro amigos, quatro histórias que se cruzam. A amizade, os sonhos, angústias e amores de uma geração com música dos Xutos&Pontapés, incluindo os seguintes temas: Sexta-Feira 13, A Minha Casinha, Chuva Dissolvente, A Minha Aventura Homossexual com o General Custer, Sou Bom, Vida Malvada, Para Ti Maria, Barcos Gregos, Não Sou o Único, Se Me Amas, Mãe, Remar, Conta-me Histórias, À Minha Maneira, Circo de Feras, Manhã Submersa, Pequeninina, Homem do Leme, Mundo ao Contrário, Morte Lenta, Pêndulo, Para Sempre, Chuva Dissolvente e Contentores.



Forever Tango

O Auditório dos Oceanos vai receber o espectáculo de tango por excelência da Broadway: multi-premiado, Forever Tango bate recordes de audiência onde se apresenta. A mais sensual tradição argentina, de ritmos discretos e inquietantes, é dançada por bailarinos que, a cada movimento, sublimam o drama, cultura e modo de vida de toda uma nação. Forever Tango conta com uma orquestra onde violinos, violas, violoncelo, piano, teclas e baixo fazem conjunto com bandonéons, o instrumento típico do Tango que, derivado da concertina, existe há mais de um século.

Na voz, Carlos Morel reúne todo o romantismo de quem tem um sonho, de quem escapa da dura realidade quotidiana através da magia da arte. Em homenagem a Carlos Gardel, o maior cantor argentino de sempre, Morel canta "El Dia Que Me Quieras", um dos mais populares tangos dos anos 30. Para ver, ouvir e apreciar, no Auditório dos Oceanos, no Casino Lisboa, até dia 21 de Maio.



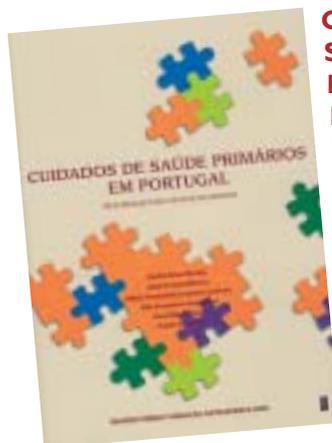
Teatro

Avalanche

Vera Cruz, produtora de moda da Revista Fashion Victim, e Branca

Swarovski (proprietária da mesma) escolhem os Alpes Suíços para a produção de moda da colecção de biquínis e fatos-de-banho da próxima estação. O Comandante Alexandre de Noronha e o seu jovem co-piloto, Pepe Andrade, aproveitam um "stop" de 2 dias para praticar ski. Os 4 chegam de madrugada ao Nostress Hotel, onde apenas a recepcionista, Gina Maria, os espera. Uma inesperada avalanche torna-os prisioneiros e cúmplices nos equívocos que Gina Maria, convencida de que os seus hóspedes são 4 perigosos traficantes de droga, consegue engendrar. Com Ana Bola, Bruno Nogueira, Maria Rueff, Maria Vieira e Miguel Guilherme num nevão de gargalhadas em cena no Teatro Villaret.

Livros



CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Vários autores
Padrões Culturais Editora



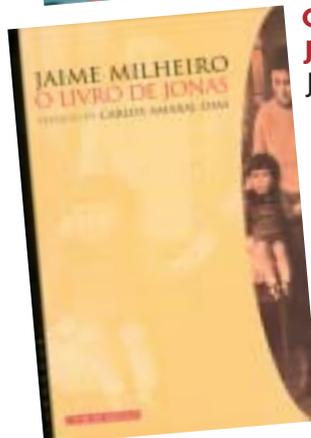
O TERCEIRO TÚNEL

Armando Moreno
Medilivro



Ó MAR DE TÚRBIDAS VAGAS

Henrique Teixeira de Sousa
Plátano Editora



O LIVRO DE JONAS

Jaime Milheiro
Fim de Século