

Ordem dos

REVISTA

Médicos

Ano 19 - Nº 35 - Maio 2003

Mensal - 1,60 €

Projectos de trabalho *ualidade*

DOCUMENTO ORIENTADOR

DA FORMAÇÃO EM MEDICINA INTENSIVA

Os Genéricos e os médicos



A comercialização dos medicamentos genéricos em Portugal voltou a suscitar comentários infelizes e desajustados da realidade. Sem motivo aparente, responsáveis da Associação Nacional de Farmácias vieram responsabilizar os médicos pelo que consideram ser uma taxa de penetração relativamente baixa dos novos medicamentos no mercado português.

Será, dizem eles, a resistência dos médicos que está a atrasar o êxito dos genéricos.

Não se entende esta obsessão em atacar os médicos e a sua Ordem sempre que se fala de genéricos. Um hábito antigo, quase doentio e facilmente desmentido pelos factos.

É público que a Ordem dos Médicos defende os genéricos. Não hesitou em lançar uma campanha junto dos médicos no sentido de os prescreverem.

O que pauta os médicos é a defesa da qualidade do produto que prescrevem e desde que ela esteja cientificamente garantida não se coloca nenhuma reserva.

A questão que move alguns é diferente e procuram atalhos para chegar a um fim que lhes interessa.

Os interesses que movem a Ordem dos Médicos e os médicos não são económicos. Move-nos a defesa da qualidade dos genéricos e um direito de que não abdicamos é o da livre prescrição, um acto médico, exclusivamente médico, e, por isso, insubstituível.

Se é a defesa de princípios que incomoda algumas pessoas, esse é um problema delas. Não envolvam os médicos portugueses nem confundam as motivações. Para bom entendedor....



Neste número da Revista publica-se o Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva.

É um documento de extrema importância para os médicos que exercem a sua actividade na área da Medicina Intensiva. Ficam agora claramente definidos os critérios de idoneidade dos serviços e de formação na Sub-especialidade.

S U M Á R I O

Ficha Técnica

3 EDITORIAL

6 INFORMAÇÃO

Sugestão de alteração do Código de Nomenclatura e Valor relativo dos actos Médicos, na área da Cardiologia Pediátrica

- 8 Projectos de trabalho.
O Conselho Nacional para a Qualidade da Ordem dos Médicos e os Colégios de Especialidade

13 LEGISLAÇÃO

Legislação médica publicada durante o mês de Abril 2003

14 DISCIPLINA



Intuito Pedagógico. Com função Pedagógica a Dr^a Maria José Cardoso apresenta processos representativos das dificuldades da vivência diária de médicos e doentes

20 OPINIÃO



Urgência hospitalar, uma proposta de melhoria do Dr. Canaveira Manso

- 22 O Mercado das Bulas opinião do Dr. H. Carmona da Mota

25 DOCUMENTO

Documento orientador da Formação em Medicina Intensiva

39 NOTÍCIAS

42 HISTÓRIA DA HISTÓRIA



O Hospital Real da Luz. Factos históricos narrados pelo Dr. Carlos Vieira Reis

- 44 Da humanização do doente psiquiátrico: o legado histórico, ético e formativo de João Cidade pelo Dr. Nuno Ambrósio Lopes

46 CONTOS

De volta ao Alentejo - Dr^a Leonor Almeida

A Fotografia - Dr. Fernando Chiotte

51 O SEU DINHEIRO

Informação económica

46 LIVROS

REVISTA Ordem dos Médicos

Ano 19 - N° 35 Maio 2003

PROPRIEDADE:



Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda.
Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa

Direcção, Produção e Serviços de Publicidade:

Av. Almirante Reis, 242 - 2° E
1000-057 LISBOA
Tel. 218 437 750
Fax 218 437 751

Director:

J. Germano de Sousa

Directores-Adjuntos:

Miguel Leão
António Reis Marques
Pedro Nunes

Redactores Principais:

Miguel Guimarães,
Rui Nogueira, J. Gil de Moraes

Directora Executiva:

Paula Fortunato

Dep. Editorial:

Miguel Reis

Dep. Comercial:

Helena Pereira

Dep. Financeiro:

Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:

Maria Helena Figueiredo

Capa de: Carlos Rodrigues

Execução gráfica:

Pré-impressão, Impressão e Distribuição:

MULTICOMP - Artes Gráficas, Lda.
R. N° Senhora da Conceição, 12-B
- Casais de Mem-Martins
Tel. 219 213 313
Fax: 219 206 263
multicompag@oninet.pt

Inscrição no ICS: 108374

Depósito Legal: 7421/85

Preço Avulso: 1,6 Euros

Periodicidade: Mensal

Tiragem: 32.000 exemplares
(10 números anuais)

Sugestão de alteração do Código de Nomenclatura e Valor Relativo dos Actos Médicos, na área da Cardiologia Pediátrica

Para harmonização entre as áreas de Cardiologia e Cardiologia Pediátrica do Código de Nomenclatura e Valor Relativo dos Actos Médicos e por não ter sido aplicada à data de Cardiologia Pediátrica a errata proposta pelo Colégio de Cardiologia e aprovada em reunião do CNE em 07 de Março de 1998, o Conselho Directivo do Colégio de Especialidade Cardiologia sugere que sejam consideradas as seguintes alterações:

09 – Serviço Córdio-Vasculares

Técnicas diagnósticas não invasivas (Cardiologia Pediátrica)

CÓDIGO	ACTO MÉDICO	C actual	C corrigido	K actual	K corrigido
09.01.00	Electro e mecanocardiografia				
09.01.05	Prova de esforço máxima ou submáxima em tapete rolante ou cicloergómetro com monitorização electrocardiográfica contínua, sob supervisão médica, com interpretação e relatório	C 75		K 30	K 40
09.01.00.08	Monitorização electrocardiográfica prolongada por método do Holter, com análise de dados em tempo real, gravação contínua e registo intermitente, efectuada sob supervisão médica, com interpretação e relatório	C35	C 40	K 16	
09.01.02	Pressuometria				
09.01.02.01	Registo ambulatório prolongado (24 horas ou mais) da pressão arterial incluindo gravação, análise por “scanning”, interpretação e relatório	C 40	C 80	K 20	
09. 01.03	Ecocardiografia				
09.01.03.02	Idem, associado a Ecocardiografia Doppler, pulsada ou contínua, com análise espectral	C 160	C 190	K 50	
09.01.03.03	Ecocardiografia em tempo real (bidimensional), com ou sem registo em modo-M, transesofágica, com inclusão de posicionamento da sonda, aquisição de imagem, interpretação e relatório	C 190	C 220	K 120	
09.01.03.04	Ecocardiografia em tempo real (bidimensional), com ou sem registo em modo-M, durante repouso e prova de sobrecarga cardiovascular, com teste máximo ou submáximo em tapete rolante, cicloergómetro e/ou sobrecarga farmacológica, incluindo monitorização electrocardiográfica, com interpretação e relatório	C 100	C 240	K 50	
09.01.03.05	Ecocardiografia em tempo real (bidimensional), com registo de imagem, com ou sem registo em modo-M, com estudo Doppler, pulsado ou contínuo, com análise espectral, intra-operatória, estudo completo, com interpretação e relatório	C 100	C 200	K 45	

Projectos de trabalho

A criação do CNQOM acontece com o reconhecimento - por parte do CNE - de que a metodologia da Qualidade tem lugar nos nossos dias pois ajuda-nos a identificar as determinantes da nossa acção enquanto médicos e a sua influência sobre o resultado das nossas intervenções, em que, mesmo uma relação médico-doente já não se resume ao papel de cada um de dois interlocutores, mas é fortemente influenciada por outros da área da Saúde e fora dela, condicionados que somos pelas forças sociais e políticas que nos enquadram

No decurso do Conselho Nacional de Medicina agora decorrido, a 13 e 14 de Fevereiro, ouvimos muitas vezes a palavra Qualidade, ora de modo positivo ora com a carga de dúvida sobre a sua utilidade - nunca de forma neutra. Como qualquer metodologia ou técnica, esta também só será útil quando bem identificados os objectivos a tratar e adequadamente planeados os métodos a seguir.

Temos vivido sob alguma pressão política a ênfase sobre a Qualidade e multiplicam-se experiências: serão as adequadas?

Se o forem, teremos o impacto do sucesso a testemunhar a sua utilidade, se não o forem... serão oportunidades perdidas e a dúvida atrasará a evolução de algo que representa um contributo importante para a explicitação das nossas intervenções individualmente ou a nível de uma organização, quando confrontados com as nossas escolhas.

O caminho da empresarialização na

esfera pública da saúde vai ser feito de dificuldades; se qualquer moeda tem duas faces este momento representa uma oportunidade excelente para aplicarmos a Qualidade na análise e avaliação do nosso dia-a-dia e procurarmos interpretar o impacto desta nova via sobre o almejado desígnio de melhorar a Saúde em Portugal. Há pois uma excelente oportunidade para a OM exercer a autoridade que lhe está conferida na avaliação da Qualidade no exercício da prática médica.

Estão os médicos preocupados e questionam-se, muitos deles insatisfeitos com o seu dia a dia nas organizações onde trabalham. Têm preocupações legítimas e muitos deles, também, estão disponíveis para colaborar em conjunto, para um futuro melhor.

Na sequência da apresentação da Joint Commission International 2001 entre nós foi facultada a avaliação do manual para laboratórios (em fase de teste nessa altura) a um grupo de médicos portugueses da respectiva área. Desse grupo

po nasceu um núcleo oriundo da Anatomia Patológica, Imunohemoterapia e Patologia Clínica e respectivos Colégios - que de forma eficiente, em cerca de 8 horas distribuídas por seis reuniões de trabalho em 6 meses, consensualizou um documento que define os critérios a cumprir para a fase pré-analítica de amostras e que, assim, passam a integrar as boas práticas nas respectivas áreas.

Esse pequeno texto contém um conjunto de indicadores e critérios que sustentam as responsabilidades individuais a cada nível e a rastreabilidade da amostra. O texto está disponível através do Secretariado do CNE a quem o solicitar e participaram na sua elaboração entre outros, Prof. Carlos Lopes, Dr. Carlos Fortes, Prof. Camilo Fernandes, Dr. Carlos Falcão, Dr. Faro Viana, Dr. Samuel Aparício, Dra. Teresa Chabert, Dr. M. Matos Chaves, Dr. J.M. Cabeçadas, Dr. M. João Diniz, Dra. M. Ricardina Matos, Dr. M. Esmeraldina Júnior, Dra. M. Salete

Silva, Dra. Eugénia Vasconcelos, Dra. Fátima Rosado e Dra. Ana Luísa Fragoso.

É muito pouco, dirão alguns.

É muito pouco, concordamos, mas é muito porque de facto representa a capacidade de encontro dos médicos, médicos de diferentes áreas, apoiados pelos respectivos Colégios, mas não pertencentes a eles necessariamente, que disponibilizaram o seu tempo pessoal e o seu esforço para um contributo e um resultado extensivo a todos, constituindo-se como exemplo de explicitação da Qualidade, assumida pela OM e assim cumprindo na prática um referencial que permite arquitectar e demonstrar a auto-regulação da profissão, atributo até agora consignado pela Lei à OM.

Parece-nos ser esse o caminho e, por isso, com o contributo do CNE (que se dirigiu aos Colégios pedindo-lhes um interlocutor para os representar junto do CNQOM), iniciámos um programa de trabalho para cerca de um ano e meio que a seu tempo iremos divulgando e teve início no fim de Março. Do seu desenvolvimento iremos dando conhecimento ao longo do tempo e desde já apelamos à colaboração dos colegas que entendam útil fazê-lo.

Cronograma de actividades

Abordagem inicial a cumprir até ao fim de Junho, pretendendo gerar alguma sintonia entre todos os colégios através da adopção de um pequeno número de indicadores e critérios de forma transversal.

PROPOSTAS

1 - na área do internato de especialidade:

- registo da actividade individual do interno considerando o seu cronograma e grau de cumprimento em cada etapa em termos quantitativos e qualitativos; relação com os objectivos previstos.
- definição da capacidade de comunicação escrita e oral na respectiva alínea de avaliação de modo explícito

2 - na área do exercício médico:

- definição de um fluxograma numa área crítica por parte de cada colégio, que possa identificar-se como boa prática na respectiva área a emitir pelo colégio, familiarizando cada vez mais os pares com a explicitação da qualidade por parte do respectivo órgão de competência.
- em cada processo auditado devem ser evidentes os seguintes indicadores: legibilidade, presença de elementos de diagnóstico/terapêutica, de elementos de continuidade (ex. pessoas de contacto, nota de alta, pedidos a diferentes serviços, etc.).
- em cada serviço auditado deverá ser evidente o cumprimento dum programa de educação contínua ajustado às necessidades desse serviço e independentemente de ter ou não idoneidade formativa.

Sendo propostas muito básicas, do dia-a-dia de quase todos nós, uma vinculação formal irá certamente trazer como vantagem uma postura de maior rigor fundamental para o bom desempenho da profissão, difícil mas apelativa que escolhemos.

Abordagem posterior

A desenvolver no âmbito de cada colégio e das suas necessidades permitindo construir até Novembro 2004 um conjunto de indicadores e critérios mínimos para a definição de boas práticas no seu domínio.

Para qualquer informação contactar - omcne@netcabo.pt ou suzana_parente@yahoo.com

Actualização dos Valores de C e K

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos aprovou, na sua reunião de 18 de Março, os novos valores de C e de K para o ano de 2003. De acordo com a deliberação, a nova tabela dos valores K passa a ser de 2,5 euros (valor mínimo), 6,75 euros (valor médio) e 11 euros (valor máximo), mantendo-se o valor de C em vigor.

MÍNIMO	MÉDIO	MÁXIMO
2,5 Euros	6,75 euros	11 Euros

Prestação de Serviços de Urgência pelos Médicos do Internato Complementar

PROPOSTA DE PORTARIA

As crescentes exigências e responsabilidades postas no exercício das actividades médicas e cirúrgicas especializadas potenciadas pela livre circulação de profissionais na União Europeia, requerem elevados níveis de formação pós-graduada.

Acresce ainda que os novos modelos de organização dos cuidados de saúde se destinam a garantir, de forma crescente, o livre acesso a serviços de elevada qualificação técnica. Esta elevada qualificação implica a existência de uma formação médica contínua durante os internatos complementares devidamente inserida em serviços prestadores de assistência especializada, nos diversos sectores de actividade da acção médica.

O cumprimento daqueles objectivos exige a permanente actualização dos

programas de formação para cada especialidade e que aquela garanta não só de melhores condições de formação durante os internatos complementares como também a valorização dos títulos de qualificação profissional que assegurem aos cidadãos uma confiança crescente em modelos organizativos inovadores.

Assim, sob proposta da Ordem dos Médicos e do Conselho Nacional dos Internatos Médicos:

Ao abrigo do disposto nos artigos 7º, 8º e 15º do Decreto-Lei nº128/92, de 4 de Julho, bem como no 35º do Regulamento dos Internatos Complementares, aprovado pela Portaria 695/95, de 30 de Junho:

I- Nos casos das especialidades em que a prestação de serviço de urgência dessa especialidade esteja previsto nos programas de formação, conforme o definido nas respectivas portarias, os

médicos do internato complementar devem prestar serviço de urgência em regime de presença física, integrados em equipas de urgência da respectiva especialidade, sob orientação, em regime de presença física, de especialista da mesma especialidade.

2- Nos casos das especialidades em que não esteja prevista a prestação de serviço de urgência dessa especialidade nos respectivos programas de formação, os médicos do internato complementar devem cumprir o seu horário de trabalho integrados no funcionamento normal do serviço da respectiva especialidade.

3- No caso do programa de formação da especialidade contemplar a prestação de serviço de urgência durante a frequência de estágios parcelares, conforme o definido na respectiva portaria, aquela prestação deve obedecer às seguintes disposições:

a) Os médicos do internato complementar deverão prestar serviço de urgência integrados nas equipas de urgência das especialidades correspondentes aos estágios parcelares que se encontram a frequentar, sob orientação, em regime de presença física, de especialista dessa especialidade e na instituição onde decorre o referido estágio parcelar.

b) Nos casos em que não existam equipas de urgência organizadas das especialidades correspondentes aos estágios parcelares referidos no número anterior os médicos do internato complementar devem cumprir o respectivo horário de trabalho integrados no funcionamento normal do serviço da especialidade correspondente ao estágio parcelar que se encontram a frequentar, salvo se, de acordo com o respectivo programa de formação, se aplicar o previsto no número I da presente Portaria.

Morte de Criança no Hospital de Guimarães

1 - É função da Ordem dos Médicos defender a ética, a deontologia e a qualificação profissional médicas, a fim de assegurar e fazer respeitar o direito dos utentes a uma medicina qualificada e dar parecer sobre todos os assuntos relacionados com o ensino, com o exercício da medicina e com a organização dos serviços que se ocupem da saúde, sempre que julgue conveniente fazê-lo, junto das entidades oficiais competentes ou quando por estas for consultada

2 - Verifica o CRN da OM que se começa a instalar um clima de dúvida quanto às circunstâncias e responsabilidades que envolvem o falecimento de várias crianças e cujo epicentro geográfico é, aparentemente, o Hospital de Guimarães.

3 - Nos termos das suas competências não pode o CRN ser alheio a uma situação que envolve a vida de doentes ou colaborar com situações de irresponsabilidade, se estas existirem.

Enquanto entidade independente de qualquer tipo de poder, deliberou o CRN anunciar que se encontra disponível para nomear rapidamente uma Comissão Pericial com vista a contribuir para o esclarecimento desta situação. Esta Comissão está por isso à disposição do Ministério da Saúde, do Poder Judicial se este vier a intervir e, sobretudo, das famílias das crianças falecidas.

A todos os familiares destas crianças o CRN dirige singelamente uma palavra de conforto e manifesta as suas sinceras condolências.

Posição do Conselho Regional do Norte

Relativa ao Despacho N° 6640-2003

Publicado na II Série do Diário da República em 3 de Abril de 2003

Delegação de Competências pelo coordenador da sub-região de Saúde do Porto nos Directores dos Centros de Saúde

1 - No dia 3 de Abril de 2003 foi publicado o Despacho N.º 6640/2003 da autoria do Coordenador da Sub-Região de Saúde do Porto, Dr. Miguel Galaghar que entre outras subdelegações de competências comete aos Directores dos Centros de Saúde "autorizar a inscrição e a participação em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação ou outras iniciativas semelhantes realizadas no País, desde que não resultem encargos, remetendo mensalmente à Divisão de Gestão de Recursos Humanos listagem das autorizações".

2 - Esta medida merece o vivo aplauso do CRN da OM visto que permite o real exercício da liberdade de formação dos médicos e reflecte, com toda clareza, que os princípios que o Dr. Miguel Galaghar defendeu e praticou quando membro do CRN continuam a ser defendidos e praticados ainda que no desempenho de outras funções.

3 - Esta medida demonstra como é possível flexibilizar e desburocratizar o funcionamento dos Centros de Saúde sem necessidade de recorrer a pseudogestores iluminados.

4 - Esta medida demonstra porque é o Director de um Centro de Saúde deve ser obrigatoriamente um médico especialista em Medicina Geral e Familiar, ao contrário do que pensa o Senhor Ministro da Saúde.

O CRN da OM apela assim a todos os Coordenadores das Sub-Regiões de Saúde para que adoptem de imediato as mesmas medidas em boa hora tomadas pelo Coordenador da Sub-Região do Porto, Dr. Miguel Galaghar.

Porto, 28 de Abril de 2003

Centro Materno-Infantil do Norte

1 - Nos últimos dias vários Órgãos de Informação noticiaram a presença do Presidente do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia da Ordem dos Médicos em reuniões com dirigentes do Ministério da Saúde a propósito do Centro Materno-Infantil do Norte.

2 - O Conselho Regional do Norte reconhece ao Senhor Ministro da Saúde a possibilidade de convocar médicos que, a título estritamente pessoal forneçam ao Senhor Ministro da Saúde pareceres ou opiniões também estritamente pessoais. Só nessa qualidade pessoal é que, a serem verdadeiras as referidas notícias, o Prof. Dr. Luís Graça poderá ser tido por conselheiro do Senhor Ministro da Saúde.

3 - Consultado o Presidente da

Ordem dos Médicos, informa-se a opinião pública do Porto e do Norte que nem o Conselho Regional do Norte nem o Conselho Nacional Executivo autorizaram o Presidente do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia a emitir quaisquer opiniões relativas ao Centro Materno-Infantil do Norte junto do Ministério da Saúde. Assim, quaisquer opiniões que aquele médico tenha emitido não vinculam a Ordem dos Médicos, que, por isso, se reserva o direito de as invalidar.

4 - Sem prejuízo das iniciativas internas que considere adequadas ao cumprimento dos regulamentos da Ordem dos Médicos, o Conselho Regional do Norte irá designar uma Comissão de Peritos que elabore um relatório fundamentado que permita à Ordem dos Médicos emitir o seu



parecer sobre o Centro Materno-Infantil do Norte. Só após a aprovação deste relatório pelos órgãos executivos da Ordem dos Médicos é que o Senhor Ministro da Saúde poderá arrogar-se o direito de afirmar que obteve a posição da Ordem dos Médicos sobre qualquer matéria relacionada com o Centro Materno-Infantil do Norte.

Porto, 27 de Março de 2003

*O Presidente do Conselho Regional,
Dr. Miguel Leão*

INFORMAÇÃO

Conselho Disciplinar Regional do Norte

Dando cumprimento ao artigo 42º do Decreto-Lei N° 217/94 que determina: “As decisões finais são notificadas ao arguido, aos interessados e ao Presidente da Ordem dos Médicos e publicadas no órgão oficial da Ordem dos Médicos”, a Revista da Ordem dos Médicos publica o seguinte despacho:

Pena Disciplinar de Censura com a Pena Acessória de Publicidade

“DESPACHO

O Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos, na sua sessão de 8 de Outubro de 2001, apreciou a proposta que antecede, elaborada pela Exma. Relatora, e concordando com a respectivo conteúdo, decide aplicar ao Exmo. Senhor Dr. José Augusto Pereira Rodrigues a pena

disciplinar de censura, com a pena acessória de publicidade, no processo disciplinar nº 17/2001, instaurado na sequência de participação do Exmo. Senhor Presidente do Colégio da Especialidade de Gastrenterologia, datada de 19 de Fevereiro de 2001.”

LEGISLAÇÃO

Dr. Hugo Duarte – Consultor Jurídico - S.R.S.

Abril

1ª Série

Decreto Regulamentar Regional nº 16/2003/A, da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma dos Açores, de 1 de Abril

Aprova a orgânica e o quadro de pessoal da Unidade de Saúde de Ilha do Pico. Revoga o Decreto Regulamentar Regional nº 35/2002/A, de 21 de Dezembro.

Decreto Regulamentar Regional nº 17/2003/A, da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma dos Açores, de 1 de Abril

Aprova a orgânica da Unidade de Saúde de Ilha de São Jorge.

Decreto-Lei nº 60/2003, do Ministério da Saúde, de 1 de Abril

Cria a rede de cuidados de saúde primários.

Decreto Legislativo Regional nº 4/2003/M, da Assembleia Legislativa Regional da Região Autónoma da Madeira, de 7 de Abril

Aprova o Estatuto do Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira. Revoga o Decreto Legislativo Regional nº 21/91/M, de 7 de Agosto.

Portaria nº 303/2003, do Ministério das Finanças, de 14 de Abril

Estabelece as linhas de orientação da política salarial para o ano 2003 dos funcionários e agentes da administração central, local e regional, procedendo à actualização das tabelas de ajudas de custo, subsídios de refeição e de viagem e marcha, bem como das pensões a cargo da Caixa Geral de Aposentações.

Portaria nº 330/2003, do Minist. da Ciência e do Ensino Superior, de 22 de Abril

Cria na Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian o curso de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e aprova o respectivo plano de estudos.

Decreto-Lei nº 86/2003, do Ministério das Finanças, de 26 de Abril

Define normas especiais aplicáveis às parcerias público-privadas.

Decreto Regulamentar nº 10/2003, do Ministério da Saúde, de 28 de Abril

Aprova as condições gerais dos procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde.

2ª Série

Portaria nº 484/2003, do Gabinete do Ministro da Saúde, de 15 Abril de 2003

Aprova o Regulamento da Organização interna dos serviços do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

Despacho nº 7330/2003, do Gabinete do Ministro da Saúde, de 18 de Março e publicado em 15 de Abril de 2003

Aprova e define os requisitos a que deve obedecer a forma electrónica do modelo de receita médica.

Despacho conjunto nº 291/2003, dos Ministérios da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde, de 27 de Fevereiro, publicado em 27 de Março

Constitui, no âmbito do grupo de acompanhamento do ensino superior, na área da saúde, instituído pela Resolução do Conselho de Ministro nº 116/2002, de 2 de Outubro, uma comissão técnica para o ensino da enfermagem.

Portaria nº 511/2003, do Ministro da Saúde, de 28 de Abril

Homologa os Regulamentos das Comissões Concelhias de Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Mealhada, Oliveira do Bairro, Ovar, São João da Madeira e Sever do Vouga.

Intuito Pedagógico



Maria José Cardoso

Presidente do Conselho Disciplinar SRN

Ao sermos solicitados a enviar, para publicação na Revista Nacional da Ordem dos Médicos, situações em que foi pedida a actuação do Conselho Disciplinar Regional do Norte, consideramos que o interesse final dessa divulgação é a sua função pedagógica, para a qual, aliás, já tínhamos sido alertados por vários colegas.

Assim sendo, procuraremos apresentar processos representativos das dificuldades da vivência diária de médicos e doentes, esperando que contribuam para o melhor relacionamento mútuo. Ao optarmos por não resumir os processos, limitando-nos a retirar os elementos identificadores, pretendemos dar a conhecer o modo de tramitação, para que, ao verem-se eventualmente confrontados com uma situação de participação disciplinar, os colegas detenham, já, uma pré-orientação.

Em cada um dos casos enviados, substituiremos a identificação numérica do Processo por um título temático, na tentativa de prossecução dos objectivos atrás referidos.

A obrigatoriedade de evitar situações dúbias

1. O presente processo disciplinar foi instaurado ao Senhor Dr. ..., devidamente identificado nos autos, na sequência do recebimento de certidão do processo de averiguações ..., da Sub-Região de Saúde de ..., datado de ...
2. Recebida aquela documentação a análise do processo permitiu apurar os seguintes factos:
 - 2.1. No dia ..., cerca das 21:00 horas, o Senhor Dr. ..., no exercício das suas funções profissionais no Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde de ..., permaneceu a fumar durante os primeiros minutos da consulta que realizou ao menor ... que, por se encontrar doente, ali recorreu acompanhado de seus pais, Senhora D. ... e Senhor
 - 2.2. Ainda no decurso daquela consulta, e depois de ter emitido em nome do citado menor a correspondente receita médica, o médico arguido solicitou aos pais do mesmo que a fossem aviar, sem etiqueta médica, à Farmácia
 - 2.3. Como os pais do doente tivessem manifestado oposição em aviarem a receita na indicada Farmácia, o Senhor Dr. ... reagiu de forma pouco educada e grosseira, dirigindo-lhes as seguintes palavras: "Dá-me a impressão que os senhores não estão muito interessados na saúde do vosso filho, mas sim no dinheiro", e ainda, dirigindo-se ao pai do menor, "Você ia, ia, ia a Lisboa".
3. Destes factos foi o arguido acusado no Despacho de Acusação que, em..., lhe foi enviado através de carta registada com aviso de recepção.
4. Na sequência da acusação que lhe foi formulada, apresentou o arguido a sua defesa escrita, na qual, em resumo, refere o seguinte:
 - 4.1. Embora seja um fumador inveterado, nunca fumou nas consultas. como não fumou na consulta que efectuou ao menor....
 - 4.2. Relativamente à Farmácia..., que é a única existente naquela localidade, e uma vez que era necessário introduzir um antipirético urgente ao doente, que não tinha no Serviço de Urgência, e para evitar uma convulsão febril, disse aos pais da criança para irem à referida Farmácia para bem da criança, pois tinha 39,80 de temperatura.
 - 4.3. No que diz respeito à etiqueta médica, esta mesma foi colocada por si na respectiva receita médica, o que poderia ser comprovado pelo empregado de serviço ..., que também estava a prestar serviço no Hospital.
5. Os factos que integram a acusação resultam claramente provados de toda a prova testemunhal produzida.

6. Por seu lado, a tese defendida pelo arguido na sua defesa não resulta minimamente provada, sendo certo que a única testemunha que indicou - apenas para o facto respeitante à aposição da etiqueta na vinheta - apresenta uma versão totalmente diferente, declarando, nomeadamente que, quando verificou que a receita não tinha etiqueta, solicitou ao médico arguido que a apusesse, ao que este respondeu para os utentes em causa irem avia-la à farmácia de ..., que ele no dia seguinte levava lá a etiqueta.
7. Os factos constantes da Acusação, e aqui dados como provados consubstanciam um comportamento culposos do arguido, violador dos seus deveres deontológicos. nomeadamente os constantes dos art.ºs. 12º e 13º, n.ºs 1 e 2 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos; porém, mesmo que se entenda não serem aplicáveis estas disposições do Código Deontológico o mesmo comportamento constitui infracção ao estatuído nos art.ºs. 65º, 68º, n.º 3, e 70º do Decreto-Lei n.º 40651, aplicáveis por força do disposto no art.º 104º do actual Estatuto da Ordem dos Médicos.
8. Em face do exposto. proponho que o Senhor Dr. ... seja punido com uma pena de advertência.

Os honorários apresentados devem ser justos e sensatos

1. O presente processo disciplinar foi instaurado ao Exmo. Senhor Dr. ..., devidamente identificado nos autos, na sequência do recebimento da documentação anexa ao ofício... de..., do Exmo. Senhor.....
2. Aquele ofício vinha acompanhado dos seguintes documentos:
 - 2.1. Carta datada de..., dirigida ao Exmo. Senhor.... pela Exma. Senhora D..., carta esta que, por sua vez, anexava o seguinte:
 - 2.1.1. Fotocópia de cheque do Banco...;
 - 2.1.2. Discriminação de Comparticipações, emitida pela Companhia de Seguros...;
 - 2.1.3. Memorando da Companhia de Seguros... datado de...
 - 2.1.4. Justificativo de Internamento Hospitalar, emitido pela Companhia de Seguros..., datado de...;
 - 2.1.5. Decomposição de honorários clínicos em internamento privado, emitido pelo...
 - 2.2. Parecer, datado de..., do Exmo. Senhor Coordenador da Comissão Regional do Exercício da Medicina Livre;
3. Recebidos e analisados os indicados documentos, constantes dos autos e aqui dados como integralmente reproduzidos, foram efectuadas as seguintes diligências:
 - 3.1. Em..., foi solicitado ao arguido, Exmo. Senhor Dr..., que se pronunciasse;
 - 3.2. Em..., foi recebida e analisada a resposta do arguido

- e respectivos anexos;
- 3.3. Em ... foram solicitados esclarecimentos ao Exmo. Senhor Coordenador da Comissão Regional do Exercício da Medicina Livre;
- 3.4. Em ... foi solicitado parecer jurídico à Exma. Senhora Consultora Jurídica do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos;
- 3.5. Na mesma data, foi recebido e analisado o parecer jurídico solicitado;
- 3.6. Em ... foram recebidos e analisados os esclarecimentos que haviam sido solicitados ao Exmo. Senhor Coordenador da Comissão Regional do Exercício da Medicina Livre;
- 3.7. Em... foi solicitado parecer ao Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica, quanto ao facto de as formações que motivaram as intervenções cirúrgicas em apreço nos autos poderem ou não ser classificadas como "pequenos papilomas" ou "quistos";
- 3.8. Em... de 1999 foi solicitada ao Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral a classificação por regiões das lesões em questão nos autos;
- 3.9. Em ... foi recebida e analisada a resposta do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral;
- 3.10. Em ... foi recebido e analisado o parecer que havia sido solicitado ao Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica.
4. A análise de todos os elementos constantes dos autos, permitiu, então, apurar os seguintes factos:
- 4.1. No dia ..., o Exmo. Senhor Dr. ..., operou, em regime de clínica privada, a doente Exma. Senhora D.
- 4.2. As intervenções cirúrgicas realizadas a esta doente foram as seguintes:
- 4.2.1. Neoformação da região temporal esquerda;
- 4.2.2. Neoformação da face interna da coxa esquerda;
- 4.2.3. Neoformação da região torácica direita;
- 4.2.4. Neoformação da região mentoniana esquerda;
- 4.2.5. Três neoformações da mama direita;
- 4.2.6. Neoformação da região sub-mentoniana;
- 4.2.7. Neoformação da região pré auricular;
- 4.2.8. Neoformação da região malar direita;
- 4.2.9. Neoformação da face externa da coxa direita;
- 4.2.10. Neoformação da região dorsal direita;
- 4.2.11. Neoformação da região dorsal esquerda.
- 4.3. Por estas intervenções, o Senhor Dr. ... debitou à doente um valor de honorários correspondente a 325K.
- 4.4. A verdade é que, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, o Senhor Dr. ... , não poderia ter debitado um valor de honorários superior ao correspondente a 290K. Com efeito, deverão ser consideradas como debitáveis individualmente as seguintes lesões:
- 4.4.1. Neoformação da região temporal esquerda, Cód. 30.00.00.06, 30K
- 4.4.2. Neoformação da face interna da coxa esquerda, Cód.30.00.00.06, 30K
- 4.4.3. Neoformação da coxa direita, Cód. 30.00.00.06, 30K
- 4.5. Por outro lado, deverão ser consideradas como pertencentes às mesmas regiões e concordantemente debitadas, as seguintes lesões:
- 4.5.1. Tórax: neoformação torácica direita e 3 neoformações da mama direita Cód. 30.00.00.06 30K x 2 = 60K
- 4.5.2. Face: neoformação da região mentoniana esquerda, neoformação da região submentoniana, neoformação da região pré-auricular e neoformação da região malar direita, Cód. 30.00.00.07 40K x 2 = 80K
- 4.5.3. Região torácica: neoformação da região dorsal direita e neoformação da região dorsal esquerda, Cód. 30.00.00.06 30K x 2 = 60K
- 4.6. Resulta do exposto que o Senhor Dr. ... debitou à identificada doente um valor de honorários que excedia em 35K aquele que lhe era permitido.
5. Destes factos foi o arguido acusado no Despacho de Acusação que, em..., lhe foi enviado através de carta registada com aviso de recepção.
6. Na sequência da acusação que lhe foi formulada, apresentou o arguido a sua defesa escrita, na qual alegou o seguinte:
- 6.1. Foi julgado de modo sumário, sentenciado e exposto publicamente, sem ter sido ouvido ou ter havido um qualquer pedido de esclarecimento prévio, considerando que nem os arguidos em processo penal são assim tratados. Para justificar este entendimento, junta cópia do ofício ..., datado de..., enviado pelo Exmo. Senhor ... à Exma. Senhora D..
- 6.2. Tal procedimento foi anticonstitucional, anti-ético, antideontológico e atentatório dos seus mais básicos direitos, devendo o indicado ofício ter sido devidamente analisado pelo Conselho Regional.
- 6.3. O conteúdo do parecer da Comissão Regional do Exercício da Medicina Livre foi completamente reformulado e modificado já "a posteriori" a pedido do Conselho Disciplinar e após o arguido ter sido solicitado, pela primeira vez, a prestar esclarecimentos.
- 6.4. Não se conforma com o entendimento do relator do processo na aplicação do Código de Nomenclatura e Valor Relativo do "K" da Ordem dos Médicos, pois verificam-se:
- 6.4.1. Várias interpretações, conclusões e versões diferentes: 1ª versão, da companhia de seguros (55 K); 2ª versão, correspondente à 1ª versão da Comissão Regional do Exercício da Medicina Livre (110 K); 3ª versão, correspondente à 2ª versão da Comissão Regional do Exercício da Medicina Livre (290 K); 4ª versão, do próprio arguido (325 K).
- 6.4.2. Interpretação subjectiva da Jurista que utilizou vários elementos interpretativos da norma, resultando desse facto que o texto em causa não é susceptível de uma interpretação unívoca. A própria jurista reconhece que "na verdade a técnica da redacção do nº 2 do cod.30-49 não é a mais feliz e revela algumas imperícias em torno da linguagem normativa".
- 6.4.3. Reconhecimento por parte da relatora que a "sintaxe" era "deplorável", dando também a sua interpretação pessoal.

- 6.4.4. Reconhecimento por parte do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos que, apesar de só ser "competente para pareceres de ordem técnica da Especialidade", reconhece que a redacção é confusa e enfatiza "muito embora seja aconselhável a revisão da sintaxe do artigo em referência".
- 6.4.5. Poderá o arguido apresentar tantas outras opiniões de juristas ou médicos que contrariam a interpretação tomada como boa pela relatora.
- 6.4.6. A título meramente exemplificativo, apresenta as interpretações de livros de texto que consideram as diferentes regiões que existem e são assim estudadas e compreendidas.
- 6.5. O arguido apresentou a interpretação que julga correcta, pese as várias outras interpretações.
- 6.6. A doente D. ... não é directamente participante do arguido, muito pelo contrário, mostra-se altamente decepcionada com a actuação da Ordem dos Médicos, não tendo o arguido dado qualquer conhecimento, directo ou indirecto, da existência deste processo.
- 6.7. A Ordem dos Médicos em nada ajudou a doente, pois foi incorrecta a informação que lhe prestou, a qual até ao momento não foi corrigida.
- 6.8. Não houve da sua parte qualquer intenção de prejudicar a doente ou a companhia de seguros e, muito menos, de fazer um "aproveitamento" de honorários, ou poderia ter "adaptado" o código à nossa interpretação, ou ainda realizar as operações em vários tempos.
- 6.9. A doente apresentou a questão à Ordem dos Médicos a conselho do arguido, que considera claramente demonstrativa, não só da sua boa-fé mas situação também de uma correcta interpretação e aplicação do Código de Nomenclatura.
- 6.10. Apoiou totalmente a doente nas suas justas reivindicações, o que considera demonstrativo da sua total boa-fé e noção de que tudo estava correcto.
- 6.11. Sempre pautou toda a sua carreira profissional, de mais de 30 anos, dentro da melhor ética e de uma deontologia rígida - doentes e médicos.
- 6.12. Tem uma ficha de serviços oficiais e privados totalmente limpa, nunca havendo qualquer queixa por parte dos doentes ou de qualquer colega.
- 6.13. Sempre pautou a sua acção nos diversos lugares de direcção que tem ocupado (público e privado) por uma actuação digna, humana, tendo sempre em vista o bem do doente, mas nunca esquecendo os legítimos direitos dos profissionais de saúde.
- 6.14. Durante largos anos prestou serviços na Ordem dos Médicos, que considera de grande empenhamento e sentido de responsabilidade.
- 6.15. Sempre defendeu os doentes, os médicos e a sua Ordem, quer em diversas comissões nacionais, quer em artigos de opinião, quer ainda em conhecidas atitudes públicas.
- 6.16. Conclui que, em face do que expõe:
- 6.16.1. Não deve o Conselho Disciplinar, mesmo entendendo que a interpretação que adoptou será a correcta, aplicar qualquer sanção (mesmo que mínima)
- a uma situação que não é clara, que é susceptível de todas as interpretações que se quiserem adoptar, em que o arguido sempre utilizou boa-fé, contenção de honorários e apoio à doente.
- 6.16.2. Não deve esquecer o trabalho relevante de mais de 30 anos à comunidade médica e aos doentes.
- 6.16.3. Os artigos 6º, nº 2, a 30, al. a) e 81º, nº 1 e 2 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos não são minimamente aplicáveis, o mesmo acontecendo em relação ao artigo 107º do Decreto-Lei nº 40651, de 21 de Junho de 1956.
- 6.16.4. O Estatuto Disciplinar da Ordem dos Médicos preconiza que "o exercício da acção disciplinar de forma transparente e isenta é a garantia que os portugueses exigem para confiar na Ordem dos Médicos. Tal exercício prestigia os médicos e é a sua melhor defesa. A defesa do seu bom nome e autoridade moral."
- 6.16.5. A acção de qualquer Conselho Disciplinar deverá ser fundamentalmente de auditoria, a qual não será obrigatoriamente punitiva, mas sobretudo pedagógica e de orientação.
- 6.16.6. Deverá o processo ser arquivado.
- 6.16.7. Deverá ser reforçado o pedido que formulou ao Senhor Bastonário e ao Colégio da Especialidade de Cirurgia, que junta como doc. 6.
7. A defesa vinha acompanhada dos seguintes documentos:
- 7.1. Ofício n.º..., datado de...de 1999, enviado pelo Exmo. Senhor Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos à Exma. Senhora D.;
- 7.2. Fotocópias de 2 páginas de Sobotta - Atlas de Anatomia I;
- 7.3. Fotocópias de 2 páginas do Nouveau Traité de Technique Chirurgicale;
- 7.4. Carta, datada de..., subscrita pelo arguido e dirigida ao Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos.
8. Não foram arroladas quaisquer testemunhas ou outros documentos de prova, para além dos mencionados no ponto anterior.
9. Quanto ao alegado pelo arguido na sua defesa, entendemos ser de referir o seguinte:
- 9.1. É completamente falso que o arguido tenha sido julgado e condenado sem ter sido ouvido ou ter havido qualquer pedido de esclarecimento prévio.
- 9.1.1. Com efeito, o órgão competente para julgar e condenar o arguido é o Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Como o arguido bem sabe, nenhuma decisão condenatória foi contra ele proferida neste órgão, nomeadamente no âmbito deste Conselho Disciplinar. Por outro lado, o documento que junta com o nº 1 não consubstancia qualquer condenação.
- 9.1.2. Além disso, em... foi-lhe solicitado que se pronunciasse sobre o que entendesse por conveniente sobre o teor dos documentos que fundamentaram a instauração do processo disciplinar, o que fez; por outro

lado, o arguido solicitou a consulta do processo disciplinar, o que lhe foi concedido; finalmente, pediu prorrogação do prazo para apresentar a sua defesa escrita, tendo-lhe sido concedida a mesma, não obstante serem discutíveis os argumentos invocados.

9.2. Quanto à afirmação de que o documento que junta à defesa como documento nº 1 deveria ter sido analisado pelo Conselho Disciplinar, refira-se que a instrução do processo disciplinar é da competência exclusiva do Conselho Disciplinar e do relator nomeado, independentemente das opiniões de terceiros a esse respeito e, muito menos, como é o caso, dos próprios arguidos envolvidos. Sempre se dirá, no entanto, que o arguido tem perfeita consciência da insustentabilidade da sua afirmação, uma vez que, tendo tido acesso à consulta do processo disciplinar, sabe perfeitamente que o documento em causa foi analisado por este Conselho, para além de muitos outros, e que o respectivo conteúdo nem sequer foi tomado em consideração na fundamentação da acusação.

9.3. Assiste ao arguido o direito de não se conformar com o entendimento da relatora, mas daí não resultam quaisquer consequências práticas para além desse inconformismo.

9.4. No concernente às questões levantadas no ponto 3, e respectivas sub-alíneas, da sua defesa, sobre as várias interpretações quanto à aplicação do Código de Nomenclatura e Valor relativo do "K" da Ordem dos Médicos, importa referir:

9.4.1. Como bem demonstra o quadro que incluiu em 3.1. do seu contestatório, as versões apresentadas quanto à interpretação em causa têm em comum o facto de, em todas elas, o valor total de K ser inferior àquele em que o arguido fundamentou os honorários em causa nos presentes autos. Isto é, sendo certa a diversidade das interpretações, não é menos verdade que todas têm em comum uma realidade inofismável: o valor total de K apresentado pelo arguido foi superior ao de qualquer uma delas.

9.4.2. É ainda de notar, a este propósito, que a interpretação adoptada pela signatária foi a que mais se aproximava do valor apresentado pelo arguido, pelo que ainda menos se entendem as críticas deste.

9.4.3. Quanto às opiniões diversas de outros juristas e médicos, vai uma grande diferença entre o "poder apresentar" e o "apresentar mesmo", sendo certo que o momento processual próprio para o arguido o fazer teria sido aquele em que apresentou a sua defesa.

9.4.4. Relativamente aos documentos que junta com os nºs 2 a 5, trata-se de simples fotocópias de páginas avulsas de publicações técnicas, sem que, relativamente a cada um desses documentos, o arguido justifique os factos que pretende provar em sua defesa.

9.5. Independentemente de o arguido ter aplicado a interpretação que julgou correcta, e muito embora nenhuma prova apresente a esse respeito, a verdade é que, no caso dos autos, a interpretação correcta é aquela que, em função da prova que se produzir, como tal seja considerada pela relatora e pelo Conselho Disciplinar.

9.6. Quanto ao alegado nos nºs 5, 6, 8 e 9 da defesa (supra, nºs. 6.6., 6.7., 6.9. e 6.10.), trata-se de matéria irrelevante para o caso em análise nestes autos e que sai fora da esfera da competência deste Conselho Disciplinar. Sempre se dirá que:

9.6.1. A participação da doente não constituía pressuposto legal e necessário para a instauração do processo disciplinar - Estatuto Disciplinar dos Médicos, artº. 6º;

9.6.2. Não foi junta aos autos nem chegou ao conhecimento do Conselho Disciplinar qualquer manifestação de decepção da doente e, muito menos, qualquer procuração para que o arguido, em seu nome, manifestasse tal estado de espírito;

9.6.3. Será dado conhecimento do desfecho deste processo ao Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, o qual, certamente, informará a Senhora D.

9.7. Quanto ao alegado no nº 7 da defesa (supra, nº 6.8.), importará referir que não são apenas disciplinarmente puníveis os comportamentos praticados com dolo, mas também, como foi o caso, com negligência.

9.8. Finalmente, sendo louváveis todas as referências feitas ao seu passado profissional, não é menos verdade que isso não coloca o arguido a coberto da alçada disciplinar da Ordem dos Médicos, além de que tratar bem os doentes e agir dentro da ética e da deontologia constitui obrigação elementar de qualquer médico.

10. Exorbita claramente das funções deste Conselho Disciplinar a pretensão do arguido de "reforço" do pedido que formulou ao Bastonário da Ordem dos Médicos e ao Colégio da Especialidade de Cirurgia, de que junta cópia (doc. 6), e que, certamente por lapso, tem uma data futura (.....). No entanto, não pode deixar de estranhar-se que, tendo o arguido pertencido, durante... mandatos, à Direcção do Colégio da Especialidade de Cirurgia só agora se preocupe com a redacção em causa.

11. Do exposto resultam integralmente provados os factos imputados ao arguido no despacho de acusação.

12. Tais factos indiciam um comportamento do Senhor Dr. violador dos seus deveres deontológicos, nomeadamente os constantes dos artºs. 6º, nº 2, 13º, al. a), e 81º, nºs 1 e 2, do Código Deontológico da Ordem dos Médicos; porém, mesmo que se entenda serem inaplicáveis estas disposições do Código Deontológico, o mesmo comportamento constitui infracção ao estatuído no artº. 107º do Decreto-Lei nº 40651, de 21 de Junho de 1956, aplicável por força do disposto no artº. 1040 do actual Estatuto da Ordem dos Médicos.

13. Muito embora a infracção em causa seja punível com uma pena de advertência, entendo que, tendo em conta a data em que foi praticada, a mesma se encontra amnistiada por força do disposto na al. c) do artº. 7º da Lei nº 29/99, de 12 de Maio.

14. Em face do exposto, proponho o arquivamento deste processo, por amnistia.

Urgência hospitalar *uma proposta de melhoria*



Canaveira Manso

Chefe de Serviço de Cirurgia Geral
Hospitais da Universidade de Coimbra

É um absurdo e uma forma encapotada de pagar menos aos médicos, que trabalham nos serviços do Estado, utilizar obrigatoriamente 12 horas semanais do seu horário normal, em trabalho no serviço de urgência?!!!



Ora, se o gastam na urgência, não podem depois exigir-lhes que trabalhem na rotina para lá desse horário, sem recurso às horas extraordinárias.

Esta é outra forma camuflada de exploração do trabalho médico, pois estas horas não contam para a reforma, nem em valor, nem em tempo de serviço.

O recurso à hora extraordinária, tem ainda consequências graves, tanto para

o trabalho de rotina, como para a própria urgência.

Realmente, se grande parte do trabalho médico é feito na urgência, o de rotina fica certamente **desfalcado**, sobretudo se, o número de elementos de cada serviço, for insuficiente para as necessidades.

Pelo contrário, se for em excesso, como todos têm de cumprir as tais 12 horas de rotina na urgência, torna-se neces-

sário recorrer à **hipertrofia** das equipas escaladas em cada dia para aquela, de modo a todos as poderem fazer, para **gastar** essas horas, mas depois, quando alguém não pode comparecer, tem de ser **substituído por outro**, pois a “equipa não pode ficar desfalcada” e lá vêm as horas extraordinárias inerentes....

Assim é completamente incontrolável o custo e não há contabilidade ou or-

çamento que resista, por ser em função destas horas extraordinárias, a pagar a quem ultrapasse as 12 horas de rotina semanais obrigatórias e ainda a valores diferentes, conforme o grau e o regime de trabalho.....

De facto, como agora se faz, o médico recebe no fim do mês, sempre o mesmo vencimento, quer tenha ou não realizado as tais 12 horas de Urgência semanal que lhe são impostas. Isto porque, se por doença, congresso ou outra causa, as não puder fazer, não lhe são descontadas no vencimento e outro colega em sua substituição, as terá de fazer. Como este assim vai ultrapassar as 48 horas mensais obrigatórias, irá receber horas extraordinárias, aumentando o gasto ao hospital, que terá de pagar **duas vezes** pelo mesmo serviço!!!

Por todos estes motivos, é fundamental que o trabalho prestado na urgência passe a ser pago e contabilizado de outra forma.

Proponho:

A urgência, seria assegurada por escala, em **turnos de 12 horas**, das 8 às 20 e das 20 às 8.

Nas Especialidades em presença física, o médico ficaria dispensado de comparecer no serviço, na manhã desse dia, se turno diurno, ou na do dia seguinte se turno nocturno. (Isto, se o dia de urgência coincidir com horário de rotina, pois caso coincida com manhã sem trabalho de Rotina ou fim-de-semana, a folga será gozada noutro dia, a determinar com o Director de Serviço).

Passaria a haver um pagamento, de valor **fixo**, por **cada turno**, só variando em função da actividade desempenhada, portanto *igual para todos* independentemente do regime de trabalho, em 35 ou 42 horas e de exclusividade ou não. Isto é, se o médico actuar como cirurgião ou internista, o valor é o mesmo, seja eventual, assistente, assistente graduado ou chefe de serviço.

Este modelo, teria como primeira vantagem, resolver definitivamente a Lei

que iguala o pagamento de horas extraordinária na urgência, mas que nunca entrou em vigor para todos os Hospitais, evitando que, funções idênticas, continuem a ser pagas com valores diferentes.

A função é de cirurgião ou internista e não de chefe de serviço ou graduado, pelo que não se justifica pagar de forma diferente a cada um, para a mesma função.

A segunda vantagem, seria os hospitais passarem a poder gerir os custos das urgências, em função da constituição das equipas, as quais passariam a ser dimensionadas para **serem rentáveis** e não como agora, para **gastar** as tais 12 horas de rotina, ou, para *através de horas extraordinárias, os médicos conseguirem melhores vencimentos mensais*.

Desta forma, o hospital sabia em cada dia, quanto tinha a pagar pela urgência, pois sendo as equipas pré-estabelecidas e sempre com o mesmo número de elementos, seria só somar e multiplicar por 30 ou 365 dias.

Assim passaria a haver mais economia e por serem constantes e pré-conhecidos os gastos, as administrações hospitalares conseguiriam uma melhor gestão e controlo de despesas.

Continuaria a **ser obrigatório** até aos 60 anos, fazer pelo menos *um turno semanal de 12 horas*, que seria pago pelo valor estabelecido, mas se fizesse mais turnos receberia o correspondente. Se por motivo de férias, doença, congresso ou outro os não fizesse, é evidente que nada receberia.

Para tornar mais aliciante e compensador trabalhar na urgência, poderia estabelecer-se que por cada 180 turnos (2160 horas = 90 dias) ou 360 turnos (4320 horas = 180 dias), fosse contabilizado mais um mês de tempo de serviço, para efeitos de reforma.

Só falta definir qual o custo a pagar por turno:

Como cada turno é de 12 horas seguidas e dá direito a folga, se nocturno ou ao fim-de-semana, quando em presença física, não pode ser pago como se fossem 12 horas independentes do horário normal ou extraordinárias.

Cada turno só deve ser pago por um valor equivalente a **6 horas extraordinárias, se em presença física ou a 3 horas, se em prevenção**. Como estas actualmente variam conforme o regime e a categoria profissional, para não continuar a haver diferença, seriam calculadas pelo valor das 42 e pelas de interno de especialidade, e de especialista graduado, portanto teríamos o valor já arredondado de:

- Presença Física:

- Interno de especialidade = 60 €
- Especialista = 150 €

- Prevenção:

- Interno de especialidade = 30 €
- Especialista = 75 €

- **Turno nocturno** será acrescido do valor das horas incómodas, já pago agora, mas *na totalidade*, das 20 às 8 (12 horas)

Nestas condições, o desempenho e funcionamento da urgência passará a ser mais eficaz e rentável, ao permitir criar equipas que realmente trabalhem e que não estão ali, para gastar horas do seu horário normal de rotina.

Também fica mais económico, por poderem ser constituídas por menos elementos e por permitir uma acentuada redução no pagamento de horas extraordinárias, criando despesas fixas e administráveis.

Haja coragem em reconhecer os erros e as situações dúbias em que nós médicos nos temos deixado enredar, com a ilusão de melhorar os vencimentos, não “fazendo ondas”, para continuarmos a poder não cumprir horários, nem sermos responsabilizados pela má produtividade dos serviços.

Crie-se um horário de rotina independente do da urgência e verifique-se a rentabilidade dos serviços, responsabilizando para o efeito os seus directores, se queremos sair do marasmo e das águas turvas em que estamos a trabalhar, para bem dos doentes, da saúde no país e recuperação da honra e do prestígio, que a classe médica antigamente detinha. ●

O mercado das bulas

Lutero queimou a bula do Papa Leão X que concedia indulgências a quem contribuísse para as despesas do Vaticano. Para o reformador, o perdão não se podia comprar; só contava o arrependimento. Cinco séculos depois, vejamos o que o espírito do capitalismo fez da ética protestante.

Colesterol

Como a experiência de séculos mostrou, podem minimizar-se as consequências da aterosclerose com uma vida activa e um regime alimentar saudável. Apenas numa pequena fracção de indivíduos se justificam de forma incontroversa os medicamentos “contra o colesterol”.

Vejamos a mensagem da produtora de um desses medicamentos – uma das maiores empresas farmacêuticas do mundo – numa campanha dirigida ao público¹:

“Não sabemos se você é uma daquelas pessoas que tentam levar uma vida saudável. Se calhar até é. Mas, tenha a certeza, nem sempre isso é o suficiente”. “Atenção! A idade apenas significa que o risco aumenta, o que não quer dizer indivíduos mais novos não se devam preocupar. Pelo contrário”. (<http://www.cholesterolonline.com/>).

“Magro ou activo, novo ou velho, o colesterol pode afectar qualquer um. Mas pode fazer-se alguma coisa; pergunte ao seu médico se um medicamento contra o colesterol como o L..., o mais vendido dos fármacos para baixar o colesterol, lhe poderá ser útil” (<http://www.lipitor.com>).

Depois de se alarmar toda a gente, (“Às vezes, há inimigos invisíveis, que espalham verdadeiras bombas dentro



H. Carmona da Mota

Médico Hospitalar e Docente da FMC

do nosso organismo que, mais cedo ou mais tarde, vão estoirar. Um desses inimigos é o colesterol” (<http://www.cholesterolonline.com/>) falam do papel dos factores de risco – fumo, dieta, exercício e idade (tendo o cuidado de recordar que nada é seguro) para insinuar que há um medicamento que tem tido boa saída.

“O colesterol tem tratamento; consulte o seu médico”².

Na verdade, é de um modo semelhante que alguns alegam tratar a obesidade: – Excesso de peso? para quê a maçada de fazer exercício ou refeições frugais quando basta tomar umas pílulas?

“O excesso de peso tem tratamento – Sibutramina induz saciedade precoce; consulte o seu médico”.

“É maravilhoso pensar que teremos comprimidos que permitirão encher a barriga de gelado às três da manhã sem risco de ficarmos com um peso na consciência”, afirma um director da Pfizer³, justamente a empresa que patrocina a campanha **“Colesterol, cuidado com ele”**.

No futuro será a **Preguiça** Preguiça? Para quê a maçada de levantar cedo?

Mãos sujas? Para quê a maçada de as lavar?

“A preguiça tem tratamento; consulte o seu médico”.

No Sec XVI: – Pecados? O Papa tem soluções; consulte o seu pároco.

No Sec XXI: – Gula? Preguiça? O mercado tem soluções; consulte o seu médico... e não se preocupe com o exorbitante preço das “bulas” porque são comparticipadas.

Estamos a caminho de uma sociedade dependente de drogas e à mercê das suas forças; como cidadãos aceitamos uma vida farmacologizada⁴? como médicos aceitamos que o mal-estar seja remediado? **“A FOBIA SOCIAL PODE SER TRATADA”** (<http://www.wyeth.pt>); não haverá outro remédio?

1. Não fazer promoção pública de medicamentos sujeitos a prescrição médica é uma boa norma, que a prática consagrou e a lei protege. Surpreende-me ver amplamente publicitado em órgãos de comunicação social um medicamento capaz de reduzir os níveis séricos do colesterol e as suas consequências. Surpreende-me também que esta campanha seja patrocinada por sociedades científicas. O cartaz da campanha ostenta uma cabeça humana aparelhada com antolhos, o descarado objectivo de qualquer campanha promocional – só mostrar uma perspectiva.

Temo que, a propósito de uma bem intencionada prevenção, se esteja a promover um medicamento e, consequentemente, os interesses da empresa produtora, sem adequada consideração pelos efeitos colaterais, nomeadamente a relação custo/benefício.

“Às vezes, há inimigos invisíveis, que espalham verdadeiras bombas dentro do nosso organismo que, mais cedo ou mais tarde, vão estoirar. Um desses inimigos é o colesterol” (<http://www.cholesterolonline.com/>). “Às vezes, há mensagens subliminares, que espalham verdadeiras bombas dentro da nossa cabeça que, mais cedo ou mais tarde, vão estoirar”. (<http://www.dolucro.net/>).

2. Da bula microscópica do Sinvastil® “...como adjuvante de terapêuticas não medicamentosa. Só está indicada quando estas, isoladamente, não resultam”.

3. Ricardo Lourenço. Única (Expresso) 22-2-2003

4. “As prateleiras de supermercado começaram a assemelhar-se a farmácias. Os alimentos a parecer medicamentos. Agora, são cada vez mais os alimentos funcionais – aqueles a que foram adicionadas substâncias que se diz serem benéficas para a saúde. Em Espanha, dois em cada três alimentos são funcionais.” (Público, 24 de Fevereiro de 2003)

Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva

**Anexo 1 - Necessidades mínimas dos Serviços
de Medicina Intensiva**

**Anexo 2 - Formação em Medicina Intensiva para
Internos do Internato Complementar**

**Anexo 3 - Condições para Admissão à formação
na Sub-Especialidade de Medicina Intensiva (actual
Ciclo de Estudos Especiais):**

**Anexo 4 - Modelo do formulário de candidatura a
Unidade/Serviço de nível B e C**

**Adenda - Critérios para atribuição de equivalências
ao título de Sub-Especialista de Medicina Intensiva**

Perfil dos Candidatos

CrITÉRIOS de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva

1 - INTRODUÇÃO

De entre os desenvolvimentos mais marcantes da Medicina do Século XX conta-se a capacidade de preservar e recuperar funções vitais em disfunção ou falência. Esse sucesso, fruto dos desenvolvimentos da tecnologia, permitiu reformular por inteiro o conceito e os limites de intervenção da Medicina.

A par do desenvolvimento tecnológico adquiriram-se novos e aprofundados conhecimentos de fisiopatologia e terapêutica que alteraram totalmente a capacidade de diagnóstico e o potencial de tratamento e cura de doenças antes inevitavelmente fatais. Em Portugal também se apreenderam os saberes que criaram a Medicina Intensiva e, há 40 anos, assistimos à criação dos primeiros Serviços de Cuidados Intensivos.

A incorporação dos desenvolvimentos científicos nas estratégias ao Serviço da Medicina e a evolução dos saberes médicos têm transformado os Hospitais centrais e muitos distritais em "Hospitais terciários", destinados a receber e tratar os doentes mais graves. Por essa razão, nos Hospitais Centrais ou funcionando como tal, há cada vez maior necessidade de aumentar a capacidade de internamento em áreas destinadas a tratar doentes críticos.

A rápida evolução de conhecimentos científicos e tecnológicos, obrigou à diferenciação e concentração de peritos capazes de com eles lidar com eficácia e eficiência. A dimensão dos recursos e a complexidade das doenças impuseram com "naturalidade" a diferenciação de profissionais que se treinaram para serem capazes de rentabilizar e hierarquizar a utilização de cada um desses saberes. As potencialidades da Medicina Intensiva e os encargos a ela associados, obriga-

ram a desenvolver novas vertentes do pensamento e formação médicas, designadamente a correcta gestão dos recursos e a ponderação ética, social e científica dos limites de intervenção da medicina intensiva.

A aprovação pelo Ministério da Saúde do Ciclo de Estudos Especiais em Medicina Intensiva (despacho 276/89 de 28/7) foi o primeiro passo no reconhecimento da necessidade de diferenciação na área dos Cuidados Intensivos, garantindo a aprendizagem de técnicas e, sobretudo, de atitudes, gestos e procedimentos que caracterizam a Medicina Intensiva.

No contexto actual, a sua capacidade formativa é contudo limitada, tendo em conta a pressão existente para a abertura de novos Serviços de Medicina Intensiva ou a simples renovação humana daqueles que já se encontram em funcionamento.

Há pois que garantir o presente e precaver o futuro, programando a formação de futuros Intensivistas em Serviços de Medicina Intensiva com idoneidade para o fazerem. Esta constitui de resto, a base deste documento que define parâmetros de idoneidade formativa para os Serviços, assim como critérios de admissão, currículo e avaliação a que serão obrigados os futuros Intensivistas.

Na generalidade dos Serviços de Medicina Intensiva em Portugal, a integração dos Intensivistas nas Carreiras Médicas não está clarificada ou, encontra-se insuficientemente regulamentada o que cria dificuldades na manutenção dos recursos humanos necessários ao funcionamento desses Serviços. Embora esta não seja matéria da competência da Ordem dos Médicos, é importante que sobre ela tenha uma opinião, defendendo Serviços de Medicina Intensiva com identidade própria estrutural e humana, funcionando com Intensivistas a tempo inteiro que livremente possam progredir em carreiras próprias.

2 - DEFINIÇÃO - MEDICINA INTENSIVA

É uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnós-

tico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s).

3 - SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA

A capacidade de promover uma abordagem global, integrada e multidisciplinar do doente é uma qualidade que facilmente se antevê cada vez mais importante num mundo de crescente especialização e fragmentação de conhecimentos. É neste âmbito que a polivalência dos Serviços de Medicina Intensiva se torna o centro da visão integradora na abordagem do doente como um todo não fragmentado.

- Os Serviços de Medicina Intensiva reconhecem-se pela sua identidade, missão e liderança, pelo que devem ter quadros dedicados, constituídos por sub-especialistas creditados em Medicina Intensiva.
- Os Serviços de Medicina Intensiva devem possuir um quadro de médicos próprio, em presença física no Serviço de Medicina Intensiva/Unidade de Cuidados Intensivos (S/UCI), a tempo inteiro que praticam a Medicina Intensiva, assegurando serviço de permanência durante 24 horas/dia.
- Nos Serviços de Medicina Intensiva a relação especialista de Medicina Intensiva número de camas de cuidados intensivos deve ser no mínimo de:

6 Camas	4 Médicos
12 Camas	6 Médicos
20 Camas	8 Médicos

- Os Serviços de Medicina Intensiva assumem a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhes são confiados, designadamente critérios de admissão e alta, bem como a planificação e a hierarquização de tratamentos assim como a definição dos limites de intervenção terapêutica. Sem prejuízo da necessária articulação com o médico assistente e informação da família e profissionais com responsabilidade no tratamento dos doentes e em funções na UCI.

Documento orientador da formação em Medicina Intensiva. Aprovado em Coimbra a 26 de Novembro de 2002 pela Comissão da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva. Homologado pelo Conselho Nacional Executivo de 18 de Fevereiro de 2003

Comissão: Eduardo Almeida (Coordenador), António Carneiro, Cristina Granja, Custódio Fidalgo, Paula Coutinho, Paulo Martins e Rui Moreno

- Nos Serviços de Medicina Intensiva, além de se dominarem as técnicas próprias dos cuidados intensivos, desenvolvem-se metodologias e praticam-se atitudes, gestos e procedimentos, "conformes ao estado da arte" que possibilitam a melhor orientação dos doentes críticos. Por isso, os Serviços de Medicina Intensiva estão equipados com os recursos necessários a concretizar esse fim (referidos no ponto 4).
- Os Serviços de Medicina Intensiva, no que se refere ao reconhecimento para a prática e formação em Medicina Intensiva, são classificados em três níveis:
 - A. Reconhecidos e acreditados para a prática de Medicina Intensiva;
 - B. Reconhecidos e acreditados para a prática, treino e formação em Medicina Intensiva para Internos do Internato Complementar;
 - C. Reconhecidos e acreditados para a prática, treino e formação de Intensivistas, em conformidade com os requisitos delineados neste documento.

4 - AVALIAÇÃO DA IDONEIDADE

4.1 - Avaliação da idoneidade para a prática de Medicina Intensiva - S/UCI de nível A

A avaliação da idoneidade para a prática de Medicina Intensiva é feita com base no relatório do responsável da Unidade/Serviço enviado anualmente à Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva, sem prejuízo de visita presencial sempre que indicado.

Desse relatório devem constar:

- a) Critérios de gravidade dos doentes internados (APACHE II e/ou SAPS II) e critérios de disfunção de órgãos avaliados de forma regular.
- b) Indicadores de qualidade, traduzindo a eficácia global das manobras terapêuticas que foram realizadas:
 - tempo de internamento no Serviço/Internamento hospitalar;
 - mortalidade no Serviço e no Hospital;
 - relação mortalidade observada/mortalidade prevista ajustada para a gravidade e calculada com pelo menos um modelo de prognóstico geral;

- taxa de re-internamento no Serviço até às 48 horas após a alta do Serviço de Medicina Intensiva;
- tempo médio de ventilação;
- taxa de re-intubações às 48 horas;
- prevalência de infecções nosocomiais
- prevalência de complicações iatrogénicas (pneumotorax, reacções adversas medicamentosas).

5. IDONEIDADE DOS S/UCI PARA A FORMAÇÃO EM MEDICINA INTENSIVA: S/UCI NÍVEL B E C

5.1 - A verificação da idoneidade para a formação bem como a avaliação da qualidade são pareceres técnicos e atributos específicos da Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva, ratificados pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos.

Para este efeito, serão formadas comissões de atribuição de idoneidade, constituída por dois membros nomeados pela Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva e um representante do Conselho Regional da respectiva zona.

5.2 - A avaliação das condições necessárias à classificação dos serviços, no que se refere à idoneidade para a formação, faz-se por visita presencial e periódica.

5.3 - Dessa avaliação resulta um relatório que conclui pela classificação dos serviços, no que se refere à capacidade formativa em Medicina Intensiva em nível B e C.

5.4 - A idoneidade para a formação em Medicina Intensiva é nominal e requerida, pelos Serviços interessados, à Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos. Nos casos em que o plano de formação inclua a colaboração entre serviços, esse facto deve ser fundamentado e descrito, sem prejuízo da identificação formal do serviço requerente da capacidade formativa.

5.5 - O requerimento de candidatura à idoneidade para a formação em Medicina Intensiva tem de conter obrigatoriamente:

a) Dados referentes à Unidade I Serviço:

- estrutura física do S/UCI (área aproximada em m²);
- lotação e número de camas activas
- dados biográficos (tipo de serviço, missão, início de actividade, características do desempenho durante o tempo de actividade, case-mix e evolução do número de internamentos, ...);
- equipamento;
- quadro médico do S/UCI, indicando o número de assistentes, especialização respectiva e carga horária, quadro de enfermagem e outros técnicos.

b) Actividade assistencial:

- patologias do S/UCI, estatísticas (os dados da unidade devem ser apresentados incluindo pelo menos um modelo de prognóstico geral e um índice de carga de trabalho de enfermagem. A avaliação e registo de índices de disfunção/falência múltipla de órgãos é desejável embora não essencial);
- parâmetros de produtividade hospitalar (movimento dos doentes, taxa de ocupação, tempo médio de internamento, resultados, incluindo mortalidade hospitalar na UCI e no Hospital)
- quantificação de técnicas e de procedimentos efectuados na Unidade (anexo I);
- técnicas e exames complementares de diagnóstico efectuados na instituição hospitalar onde se integra a Unidade, especialidades disponíveis na instituição hospitalar em presença física e em chamada (anexo I).

c) Plano de estudos para o período de formação, nos termos definidos nos anexos 2 e 3.

5.6 - A atribuição de idoneidade é válida por cinco anos, findos os quais deve ser de novo requerida à Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva.

A atribuição de idoneidade é requisito necessário para o reconhecimento, pela Ordem dos Médicos, da capacidade formativa em Medicina Intensiva (S/UCI de nível B e C).

5.7 - É condição necessária para a aceitação da candidatura ao reconhecimento da idoneidade para a formação

CrITÉRIOS de Idoneidade e de FormaÇão em Medicina Intensiva

em Medicina Intensiva para os Internatos Complementares - **S/UCI de nível B:**

a) Ser Unidade/Serviço polivalente, com pelo menos 10% de internamentos de casos médicos, cirúrgicos e internamentos por situações urgentes/emergentes;

b) Ter no mínimo dois anos de actividade, demonstrada pela casuística, nos termos do ponto 5.5 - b.;

c) Ter no mínimo 6 camas activas;

d) Ter um número mínimo de 150 admissões por ano;

e) Ter um Intensivista nominal e formalmente designado como responsável pela formação em Medicina Intensiva;

f) Constitui atribuição da Comissão Coordenadora, estabelecer o limite máximo da capacidade formativa, em função da candidatura caso a caso;

g) Apresentar um plano de formação discriminado que assegure o cumprimento do disposto no anexo 2.

5.8 -   condição necessária para a aceitação da candidatura   idoneidade para a formação de Intensivistas - **S/UCI de nível C:**

a) Ser S/UCI polivalente, com pelo menos 15% de internamentos de casos médicos, 15% de internamentos de casos cirúrgicos e 15% de internamentos de casos internamentos por situações urgentes/emergentes. O case-mix deve incluir doentes coronários, traumatizados e neurocr ticos;

b) Ter no mínimo cinco anos de actividade, demonstrada pela casuística, nos termos do ponto 4.5 - b.;

c) Ter no mínimo 8 camas activas;

d) Ter um número mínimo de 200 admissões por ano;

e) Ter um corpo docente nominal e formalmente designado para a formação de Intensivistas, composto por pelo menos cinco Intensivistas, reconhecidos pela Ordem dos Médicos;

f) Apresentar um plano de formação discriminado que assegure o cumprimento do disposto no anexo 3;

g) Os planos de formação devem incluir, sempre que possível, a participação em projectos de investigação.

Os Serviços candidatos   classificação em nível C deverão formalizar a sua can-

didatura incluindo os seguintes parâmetros de desempenho:

- ** ndices de gravidade** dos doentes   internados (tais como SAPS II e APACHE II)

- **estatística oficial** baseada em parâmetros de produtividade:

- n  camas
- n  doentes ventilados
- dias de internamento
- taxa de ocupação
- % de doentes ventilados
- % de infecções nosocomiais

- **capacidade para praticar** as seguintes técnicas, asseguradas pelo Serviço de forma individualizada ou pelos Serviços que subscreveram o plano de formação (devendo existir registos da sua prática regular):

- monitorização contínua de parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos;
- monitorização invasiva hemodinâmica (Swan-Ganz);
- ecocardiografia;
- monitorização cranio-encefálica (medição PIC/SjO2/Doppler craniano);
- broncofibroscopia;
- técnicas de substituição de função renal;
- técnicas de pequena cirurgia (toracotomias   mínima e traqueostomias).

6 - AVALIAÇÃO DOS ESTÁGIOS EM MEDICINA INTENSIVA PARA INTERNOS COMPLEMENTARES

A avaliação final deste período de formação será feita pelo responsável formador (Sub-Especialista em Medicina Intensiva), ratificada pelo Director de Serviço.

A avaliação final dos estágios em Medicina Intensiva dos Internos Complementares rege-se pela norma de classificação estipulada no regulamento dos internatos. No caso da Medicina Intensiva devem ser tidos em conta os parâmetros definidos no anexo 2, enquanto objectivos do estágio.

7 - CANDIDATURA, FORMAÇÃO E TITULAÇÃO NA SUB-ESPECIALIDADE DE MEDICINA INTENSIVA

É requisito necessário para a candidatura   Sub-Especialidade em Medicina Intensiva a titulação como especialista

em área afim. Deste modo serão candidatos   formação em Medicina Intensiva os especialistas de Medicina Interna e especialidades afins, Cirurgia Geral e especialidades afins e Anestesiologia. A formação em Neonatologia e a formação em Medicina Intensiva para Pediatras   aut noma a este documento, sem prejuízo da inclusão no programa de formação em Medicina Intensiva de conhecimentos sobre tratamento de doentes em idade pediátrica.

O candidato ao título de Intensivista pela Ordem dos Médicos tem treino específico e orientado, adquirido em instituição id nea nos termos definidos neste documento, que o habilita a exercer autonomamente a responsabilidade do tratamento integral dos doentes nas Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes.

7.1 - Candidatura   formação de Intensivistas (Sub-Especialidade de Medicina Intensiva)

a) O Ministério da Saúde faz publicar anualmente a lista de vagas para a formação em Medicina Intensiva em conformidade com as necessidades nacionais e com a capacidade formativa definida pela Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos; Para esse efeito esta comissão integra um elemento da Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva.

b) Aos candidatos assiste o direito de se candidatarem aos S/UCI em que estejam interessados;

c) A avaliação   curricular, complementada por entrevista presencial pública e publicitada para clarificação dos dados curriculares;

d) A ordenação de candidatos é feita por cada uma das unidades de nível C, que abrem vagas para a formação de Sub-Especialistas em Medicina Intensiva, em conformidade com os cr terios gerais, nos quais se inclui a apreciação de:

- Tempo e qualidade de desempenho em Medicina Intensiva (período de formação durante o internato complementar)
- Classificações obtidas;
- Adequação da formação do candida-

to ao perfil da S/UCI;

- Concordância entre os trabalhos/linhas de investigação a que o candidato se dedica e os trabalhos/linhas de investigação a que a S/UCI se dedica.

7.2 - Formação de Intensivistas (Sub-Especialidade de Medicina Intensiva)

- O período de formação terá a duração de 2 anos;
- A formação faz-se em tempo completo (42h/semana) num Serviço de Medicina Intensiva ou Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com idoneidade reconhecida pela Ordem dos Médicos para esse fim.
- Durante o tempo de formação o candidato é sujeito a avaliação contínua pelo responsável do serviço.
- Durante o tempo de formação o candidato deve ter um regime jurídico de vínculo à instituição equivalente ao do Internato Complementar, sem prejuízo das regalias (vencimento, contagem de tempo de serviço, garantia de lugar no quadro quando for caso disso) decorrentes do seu lugar na carreira médica.

A formação formal actual dos Intensivistas é assegurada pelo Ciclo de Estudos Especiais de Medicina Intensiva. Os termos do presente documento exigem a revisão da legislação referente ao Ciclo de Estudos Especiais de Medicina Intensiva, nomeadamente no que se refere ao critério de admissão, currículo de formação e avaliação nos termos adiante descritos.

O Programa de Formação incidirá sobre: conhecimentos teóricos, assim como aprendizagem de técnicas e procedimentos que permitam cumprir o curriculum definido no anexo 3:

- identificação e tratamento de situações de emergência
- individualização dos problemas essenciais, assim como estabelecimento de prioridades nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos de situações clínicas complexas
- aplicação dos conceitos fisiopatológicos à realidade prática do doente
- avaliação dos prós e contras de atitudes diagnósticas e terapêuticas
- capacidade para lidar com a complexidade dos problemas psicossociais

que afectam o doente grave e a sua família

- capacidade de trabalho com equipas multidisciplinares
- percepção dos custos dos diversos procedimentos em Medicina Intensiva e da relação custo/benefício.

O formando em Medicina Intensiva tem que adquirir experiência no tratamento de:

- Doenças médico-cirúrgicas com falência de órgãos associada;
- Politrauma;
- Doença coronária aguda;
- Neurocríticos.

Deverá **saber lidar com** os seguintes problemas:

- falência respiratória
- instabilidade hemodinâmica
- agressão neurológica severa
- insuficiência renal aguda
- distúrbios endócrinos ou metabólicos que ponham em risco a vida
- alterações da coagulação
- práticas de prevenção e controlo da infecção
- infecções graves, incluindo a sepsis
- aporte nutricional
- overdose e envenenamentos
- agressão por agentes físicos

7.3 - Avaliação final para a obtenção do título de Sub-Especialista em Medicina Intensiva

São submetidos às provas de avaliação final, os candidatos que tenham obtido aprovação na avaliação contínua de desempenho e de conhecimentos, com classificação igual ou superior a 10 valores (escala de 0 a 20).

7.3.1 - Constituição e designação dos elementos do Júri

Para cada Instituição são constituídos Júris, nomeados pelo Ministério da Saúde, integrando cinco elementos efectivos e dois suplentes, os quais devem estar inscritos no órgão representativo de sub-especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos.

Elementos efectivos:

Presidente - designado pelo Ministério da Saúde, é o Director do Serviço onde se realizam as provas.

Vogal - Designado pelo Ministério da Saúde e pertencente à Instituição.

Vogal - Designado pela Ordem dos Médicos e estranho à Instituição

Vogal - Designado pela Ordem dos Médicos e estranho à Instituição.

Vogal - Designado pela Ordem dos Médicos e estranho à Instituição.

Elementos Suplentes:

Vogal - Designado pelo Ministério da Saúde.

Vogal - Designado pela Ordem dos Médicos e estranho à Instituição.

7.3.2. Provas de avaliação final

É constituída por provas públicas eliminatórias e, inclui, segundo a ordem mencionada as seguintes provas:

Prova Curricular

Apreciação e discussão do Curriculum Vitae

Prova Prática

Observação de um doente, elaboração da história clínica e sua discussão

Prova Teórica

Avaliação da integração ao nível de conhecimentos (prova oral)

No futuro, na tentativa de uniformizar os conhecimentos teóricos adquiridos pelos candidatos nos diversos Serviços de Medicina Intensiva, a prova oral poderá ser substituída por um teste de resposta múltipla.

7.3.3 - Avaliação Final

É aprovado na avaliação final, o candidato que em cada uma das três provas obtenha uma classificação igual ou superior a 10 valores.

A classificação da Avaliação Final resulta das médias aritméticas a partir das classificações obtidas nas provas curricular, prática e teórica.

7.3.4. Classificação Final

Obtem-se expressa na escala de 0 a 20 valores, arredondada às décimas, a partir da fórmula:

(Avaliação do Período de Formação + Avaliação Final) : 2

8 - DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Os critérios de atribuição de equivalências estão regulamentados em documento anexo (Adenda).

Normas Regulamentares

ANEXO 1

Necessidades mínimas dos Serviços de Medicina Intensiva

(E - Essencial; D- Desejável; O - Opcional)

ESPAÇO FÍSICO

- Serviço de Medicina Intensiva, é um espaço autónomo, com pessoal e estrutura próprias individualizadas - E
- Tamanho mínimo de 6 camas - E
- Número mínimo de ventiladores equivalente ao número de camas - E
- Num Serviço aberto, o espaço mínimo por cama é de 20 m² - E
- A observação do doente far-se-á preferencialmente através de uma linha directa de visão entre doente/enfermeiro - E
- Mínimo de 12 tomadas eléctricas por cama - E
- Mínimo de 2 saídas de vácuo por cama - E
- Mínimo de três saídas de oxigénio por cama - E
- Mínimo de duas saídas de ar comprimido por cama - E
- Um ponto de lavagem e desinfeção das mãos por cada três camas com activação/desactivação através do cotovelo e pé - E
- Pode igualmente ser activado/desactivado por célula fotoeléctrica - D
- Secagem das mãos com papel "disposable" - E

MONITORIZAÇÃO

- Sistema de módulos (com "trending" e registo em memória) - E
- Alarmes visíveis e audíveis - E
- Sistemas simultâneos de quatro canais permitindo formas e valores digitais de:
 - ECG - E
 - Pressões arteriais - E PVC - E
 - Módulos de pressão variados (PIC / Swan-Ganz) - E
 - Temperatura - E
 - Oximetria de pulso - E
- Monitorização débito cardíaco - E
- Monitorização contínua de parâmetros ventilatórios - E
- Monitorização adicional
 - Função pulmonar - D
 - Saturação sangue venoso misto - D
 - Detecção de arritmias - D
 - Calorimetria indirecta - O

Registos dos modelos de prognósticos gerais (APACHE II/SAPS II) - pelo menos um deles - E

Registos diários de índice de disfunção/falência múltipla de órgãos (SOFA, ...) - D

RECURSOS HUMANOS

Médicos

- Cobertura nas 24 horas por pessoal qualificado em Medicina Intensiva - E
- Necessários 4 intensivistas por cada 6 camas, 6 para 12 camas e 8 para 20 camas - E
- Acesso fácil a outras especialidades (E):
 - Anestesiologia
 - Cardiologia
 - Cirurgia cardio-torácica
 - Cirurgia Geral
 - Cirurgia vascular
 - Gastroenterologia (endoscopias de urgência)
 - Medicina Interna
 - Microbiologia
 - Nefrologia
 - Neurocirurgia
 - Neurologia
 - Ortopedia
 - Pneumologia
 - Radiologia/Neuro-radiologia

Enfermeiros

- Enfermeiro por cama: no mínimo um enfermeiro por cada duas camas (necessários, no mínimo, 4 enfermeiros por cama para realizarem rotações de serviço) - E
- TISS (carga de trabalho médio por enfermeiro, não deve exceder mais de 45 pontos TISS ou equivalente) - E
- Formação contínua - E

Outros

- Fisioterapeuta por cada 12 camas - E
- Técnicos de radiologia disponíveis 24 horas por dia - E
- Dietista disponível - E
- Uma secretária clínica exclusiva da unidade - E

ANEXO 2

Formação em Medicina Intensiva para Internos do Internato Complementar

(E - Essencial; D- Desejável; O - Opcional)

No final do estágio deve ser capaz de:

Reconhecer, priorizar as necessidades e formular planos de procedimentos quando em presença de patologia variada do foro médico/cirúrgico/traumatológico, designadamente nas seguintes situações:

- a) Prioridades no suporte de vida (A, B, C, D)
- b) Disfunção/falência respiratória, incluindo situações de risco e sua prevenção;
- c) Disfunção/falência cardio-circulatória, incluindo situações de risco e sua prevenção;
- d) Disfunção/falência renal, incluindo situações de risco e sua prevenção;
- e) SIRS/sepsis, nas suas múltiplas formas de apresentação
- f) Abordagem primária, hospitalar e terciária do traumatizado grave
- g) Normas de correcção de desequilíbrios hidro-electrolíticos e ácido-básico, incluindo situações de risco e sua prevenção;
- h) Estratégias de utilização de O₂, prevenção do tromboembolismo venoso, produtos para alimentação entérica e parentérica, medicamentos vasoactivos, anti-infecciosos, derivados do sangue, fluidos de grande volume, expansores plasmáticos e outros tratamentos de uso corrente em Medicina Intensiva

Conhecer os fundamentos teóricos e práticos de diversas técnicas utilizadas em Medicina Intensiva:

- . intubação endotraqueal - E
- . traqueostomias - D
- . colocação de cateteres venosos centrais - E
- . colocação de linhas arteriais - E
- . colocação de drenos torácicos - E
- . colocação de cateteres de Swan-Ganz - E
- . ventilação mecânica - E
- . técnicas de substituição da função renal - E

Formação em suporte avançado de vida (com carácter obrigatório)

Formação em suporte avançado de trauma (com carácter opcional)

ANEXO 3

Condições para Admissão ao período de formação à Sub-Especialidade de Medicina Intensiva (actual Ciclo de Estudos Especiais):

- a) Possuir Especialidade:
 - Medicina Interna e/ou Especialidade afim.
 - Cirurgia Geral e/ou Especialidade afim
 - Anestesiologia
- b) Avaliação do Curriculum Vitae, tendo em conta a experiência e activi-

dades previamente desenvolvidas, particularmente em Serviço/Unidades de Cuidados Intensivos.

Curriculum obrigatório da sub-especialidade da Medicina Intensiva

O Curriculum deve compreender um programa de formação teórica, que engloba a aquisição de conhecimentos da fisiopatologia, diagnóstico e tratamento das seguintes matérias:

Doenças Respiratórias - Conhecimentos sobre o tratamento de situações graves que comprometem a permeabilidade da via aérea, capacidade para identificar e resolver situações de obstrução da via aérea, identificar e resolver situações de paragem respiratória.

➤ Reconhecer e tratar casos de atelectamento pulmonar por:

- inalação de fumo e/ou calor.
- edema pulmonar cardiogénico e ARDS.
- insuficiência respiratória hipercápnica, asma severa.
- traumatismo torácico.
- doenças neuromusculares com compromisso da ventilação.
- pós operatórios de cirurgia do tórax.
- agudização de doenças respiratórias crónicas.
- infeções respiratórias

Doenças Cardiovasculares:

➤ Reconhecer e tratar as diferentes situações de instabilidade hemodinâmica e choque.

➤ Adquirir competência para reanimar situações de paragem cardíaca.

Reconhecer e tratar situações de:

- enfarte agudo do miocárdio ou angina instável
- insuficiência cardíaca severa
- arritmias e perturbações da condução
- cardiomiopatias e miocardites
- doenças valvulares, defeitos septais
- tamponamento, embolia pulmonar
- dissecção da aorta, crise hipertensiva
- doenças vasculares periféricas
- pós operatórios de cirurgia cardiovascular.

Doenças Neurológicas:

➤ Reconhecer e tratar as diferentes causas de comas.

➤ Conhecer a metodologia de diagnóstico das causas de traumatismo craniano e, saber priorizar os tratamentos indicados bem como os procedimentos relativos aos traumatismos vertebro-medulares e situações de pós- operatório de neurocirurgia.

➤ Reconhecer e tratar situações de:

- hipertensão intracraniana
- acidentes vasculares cerebrais, vasospasmo cerebral, meningoencefalite
- doenças neuromusculares agudas (Miastenia e Síndrome de Guillain Barré)
- encefalopatia anóxica
- estados confusionais agudos
- diagnóstico de morte cerebral
- epilepsia (estado de mal)

Doenças Renais - Insuficiência Renal Aguda

Alterações Metabólicas e Nutricionais - Saber diagnosticar e tratar:

- alterações electrolíticas e do equilíbrio ácido-base
- doenças endócrinas incluindo diabetes
- necessidades calóricas e monitorização da nutrição.

Doenças Hematológicas - Saber diagnosticar e tratar casos de:

- coagulação intravascular disseminada e outras alterações da coagulação
- síndromes hemolíticas, anemias agudas e crónicas, doenças autoimunes
- manuseamento apropriado da transfusão de sangue e seus derivados.

Doenças Infecciosas

- Saber reconhecer e tratar os quadros de sepsis nas suas várias formas de apresentação
- Infeções graves causadas por microrganismos de origem comunitária

ria e nosocomial, bem como saber o que fazer com infeções por germes não banais

➤ Conhecer e aplicar a metodologia de prevenção da infeção nosocomial

➤ Conhecer as regras da boa prática na utilização de terapêutica antimicrobiana e imunoterapia.

➤ Conceitos de sepsis, SIRS e falência multiorgânica (definição, diagnóstico e terapêutica específica antibiótica e imunológica, assim como terapêutica adjuvante das falências orgânicas instaladas)

Doenças Gastrointestinais:

- doenças inflamatórias intestinais
- pancreatite
- insuficiência hepática aguda e crónica
- prevenção e tratamento da hemorragia digestiva aguda. Peritonite
- enfarte mesentérico
- perfuração de viscera
- oclusão intestinal
- traumatismo abdominal
- pós operatórios de cirurgia abdominal.

Doenças Obstétricas:

- Toxémia
- embolia amniótica
- eclâmpsia
- HELLP síndrome
- hemorragia.

Acidentes do meio ambiente:

- Queimaduras
- hipo e hipertermia
- afogamento
- electrocussão
- radiações
- atingimento por agentes químicos
- mordeduras de animais.

Toxicologia Envenenamento

- Intoxicações agudas
- reacções medicamentosas adversas e
- anafilaxia.

Outras Matérias:

- Adquirir e reconhecer a importância de ter noções de Farmacologia, farmacocinética e interações medicamentosas.
- Conhecer os princípios de tratamento da dor e a metodologia de prescrição dos medicamentos com propriedades analgésicas bem como os relativos à sedação, inflamação e agentes anti-inflamatórios.
- Doenças sistémicas.
- Reconhecer a importância e significado da colheita de órgãos para transplante, bem como a metodologia de
- manutenção do dador de órgãos para transplante.

APTIDÕES TÉCNICAS

O Intensivista deve ser capaz de executar as técnicas a seguir descritas, sendo facultativo, mas desejável, a realização de outras que figurarão como "desejáveis".

Foro Respiratório

- Assegurar a permeabilidade da via aérea, incluindo entubação oro e nasotraqueal, cricotirotomia de emergência e traqueostomia. Utilização de máscara laríngea.
- Aspiração das vias aéreas.
- Regulação dos diferentes ventiladores nos diversos tipos ventilatórios. Utilização de PEEP.
- Regulação da concentração de O₂ conforme as diferentes patologias.
- Uso da ventilação por máscara de forma manual ou aplicando os vários modos ventilatórios disponíveis.

Normas Regulamentares

- Domínio das técnicas de desmame do ventilador.
- Colocação de drenos torácicos.
- Colheita e interpretação de gases de sangue arterial e venoso misto.
- Domínio da fisiologia das trocas gasosas e da mecânica respiratória.

Desejável - realização de broncofibroscopias terapêuticas e de entubações traqueais sob broncofibroscopia.

Foro Cardiovascular

- Colocação de cateteres venosos centrais e periféricos (diferentes vias de acessos), cateterização da artéria pulmonar, cateterização arterial, medição e interpretação de variáveis hemodinâmicas directas e calculadas. Implementação de suporte cardiovascular.
- Terapêutica antiarrítmica e trombólise.
- Pericardiocentese.
- Colocação de pace maker temporário.
- Treino creditado em Suporte Avançado de Vida. Cardioversão eléctrica.

Foro Neurológico

- Interpretação básica da TAC cerebral, monitorização da pressão intracraniana.

Desejável - Medição da saturação venosa jugular e conhecimentos na interpretação de Doppler cerebral.

Monitorização EEG.

Foro Metabólico

- Implementação de fluidoterapia endovenosa,
- nutrição entérica e parentérica.

Foro Hematológico

- Correção da hemostase e das perturbações da coagulação, interpretação do perfil da coagulação, implementação da trombólise.

Desejável - Plasmaferese.

Foro Renal

- Técnicas de suporte renal extracorporeal contínuas ou intermitentes.

Foro Gastrointestinal

- Colocação de balão de tamponamento gástrico e/ou esofágico.
- Colocação de sondas duodenais.

Foro Toxicológico

- Contacto com as intoxicações mais frequentes, tanto medicamentosas quanto com pesticidas.
- Intoxicações pelo monóxido de carbono, nitritos. Ingestão de ácidos e bases. Inalação tóxica de gases.

Desejável - Técnicas de purificação de sangue, oxigenação hiperbárica.

Foro Geral

- Consciência da importância da relação pessoal e humana no trabalho em equipa e da articulação do trabalho intra e inter institucional, treinando especificamente o desenvolvimento destas variáveis.
- Administração e custos.
- Controlo da qualidade: determinação de índices de gravidade e prognóstico.
- Integração na investigação clínica.
- Conhecer os princípios éticos e legais com que se defronta o exercício da Medicina Intensiva.

ANEXO 4

Modelo do formulário de candidatura a Unidade/ Serviço de nível B e C**Modelo do formulário de candidatura a S/UCI de nível C****ESPAÇO FÍSICO**

Unidade/Serviço de Medicina Intensiva (*dados gerais*)

Data do início de actividade ____/____/____

Área da Enfermaria ____m²

Área da UCI/Serviço ____m²

É um espaço autónomo? sim ☐ não ☐

Lotação da Unidade/Serviço - número de camas ____
nº de camas activas ____

RECURSOS HUMANOS**Médicos**

Estrutura e quadro de pessoal próprio na Unidade/Serviço sim ☐
não ☐

Director/Responsável da UCI com Sub-Especialidade de Medicina Intensiva sim ☐ não ☐

quadro médico (*Sub-Especialistas em Medicina Intensiva*) assegurando serviço permanência 24 h? sim ☐ não ☐

Descrição das características do pessoal médico da Unidade / Serviço
Médicos do S/UCI - nome: _____
Especialidade base: _____
Intensivista? _____
Tempo dedicado ao S/UCI >90%: _____
Horário de 42h/semana: _____
Outras tarefas institucionais fora do S/UCI: _____
Carreira docente. Se sim especificar: _____

Acesso fácil a outras especialidades

Anestesiologia	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐
Cardiologia	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐
Cirurgia Geral	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐
Cirurgia cardio-torácico	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐
Cirurgia vascular	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐
Gastroenterologia (endoscópias de urgência)	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐
Medicina Interna	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐
Microbiologia	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐
Nefrologia	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐
Neurocirurgia	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐
Neurologia	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐
Ortopedia	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐
Radiologia / Neuro-radiologia	sim (24h ☐ <24h ☐)	não ☐

Enfermeiros

Nº enfermeiros por cama ____

Técnicos

Nº de fisioterapeutas por cama ____

Dietista/Nutricionista sim ☐ não ☐

Bibliografia

1. Minimal requirements for intensive care departments (ESICM Task Force). Int Care Med 23: 226-232, 1997
2. Continuous quality improvement in the ICU: general guidelines (ESICM task Force) Int Care Med 23: 125-127, 1997
3. Guidelines for a training program in intensive care medicine (ESICM/ESPIC) Int Care Med 22: 166-172, 1996
4. Guidelines for the utilization of intensive care units Int Care Med 20: 163-164, 1994
5. Intensive care training specialty status in Europe: International comparisons (ESICM Task Force on Educational Issues) Int Care Med 24: 372-377, 1998
6. Guidelines for advanced training for physicians in critical care (American College of Critical Care of the Society of Critical Care Medicine) Crit Care Med 25: 1601-1607, 1997

Técnico de radiologia disponível 24 horas ☐ sim ☐ não ☐

Monitorização

Nº de camas equipadas com ventiladores _____
 Quantos ventiladores permitem a monitorização contínua de parâmetros ventilatórios _____
 Nº camas equipadas com monitores _____
 Quantos monitores têm capacidade para medição contínua de:
 ECG _____
 Pressões arteriais _____
 PVC _____
 Módulos de pressão variados (PIC / Swan-Ganz „) _____
 Oximetria de pulso _____
 Capacidade de monitorização hemodinâmica contínua (Swan - Ganz) ☐ sim ☐ não ☐
 Capacidade para monitorização cranioencefálica (PIC/SjO2/Doppler craniano) ☐ sim ☐ não ☐
 Prática regular de: traqueostomias, toracostomias, drenos pericárdicos, ... ☐ sim ☐ não ☐
 Quantas camas têm capacidade para suporte renal? _____

Têm aparelhos para substituição contínua da função renal? ☐ sim ☐ não ☐
 Têm broncofibroscópio próprio? ☐ sim ☐ não ☐
 Têm acesso à broncofibroscopia 24 h/dia? ☐ sim ☐ não ☐
 Têm ecocardiógrafo próprio? ☐ sim ☐ não ☐
 Têm acesso à ecocardiografia 24 h/dia? ☐ sim ☐ não ☐
 Têm ecocardiógrafo trans-esofágico próprio? ☐ sim ☐ não ☐
 Têm acesso à endoscopia 24 h/dia? ☐ sim ☐ não ☐
 Têm acesso à ecografia 24 h/dia? ☐ sim ☐ não ☐
 Têm acesso à TAC 24 h/dia? ☐ sim ☐ não ☐

Actividade assistencial (referente ao último ano de actividade):

Nº doentes observados
 médicos (%) _____
 cirúrgicos (%) _____
 traumatizados (%) _____
 coronários (%) _____

APACHE II/SAPS II do Serviço _____

SOFA _____

TISS _____

Taxa de ocupação _____

Tempo médio de internamento _____

Mortalidade do Serviço/Mortalidade Hospitalar _____

Nº camas/nº doentes ventilados _____

(%) de doentes ventilados _____

(%) doentes ventilados mais de 48 h _____

(%) de infecções nosocomiais _____

O Serviço que pretenda fazer formação em Medicina Intensiva, deve apresentar um plano de estudos teóricos para o período de formação (de acordo com o currículo obrigatório) que se possível abrangerá a área de investigação.

Avaliação de qualidade (a realizar anualmente pelos Serviços reconhecidos como idóneos para a formação).

APACHE II/SAPS II

SOFA

Tempo de internamento no Serviço/Tempo de internamento Hospitalar

Taxa de re-intubação no Serviço até às 48 h após-alta

Tempo médio de ventilação

Taxa de re-intubações às 48 h

Incidência de infecções nosocomiais

Incidência de complicações iatrogénicas

Modelo do formulário de candidatura a S/UCI de nível B

ESPAÇO FÍSICO

Unidade/Serviço de Medicina Intensiva (dados gerais)

Data do início de actividade ____/____/____

Área da Enfermaria ____m2

Área da UCI/Serviço ____m2

É um espaço autónomo? ☐ sim ☐ não ☐

Lotação da Unidade/Serviço - número de camas _____

nº de camas activas _____

RECURSOS HUMANOS

Médicos

Estrutura e quadro de pessoal próprio, dedicados ao S/UCI

☐ sim ☐ não ☐

Director/Responsável da UCI com Sub-Especialidade de Medicina Intensiva ☐ sim ☐ não ☐

Responsável pela formação em Medicina Intensiva com Sub-Especialidade de Medicina Intensiva ☐ sim ☐ não ☐

Quadro médico (Sub-Especialistas em Medicina Intensiva) assegurando serviço permanência 24 h? ☐ sim ☐ não ☐

Descrição das características do pessoal médico da Unidade / Serviço

Médicos do S/UCI - nome: _____

Especialidade base: _____

Intensivista? _____

Tempo dedicado ao S/UCI >90%: _____

Horário de 42h/semana: _____

Outras tarefas institucionais fora do S/UCI: _____

Carreira docente. Se sim especificar: _____

Enfermeiros

Nº enfermeiros por cama _____

Técnicos

Nº de fisioterapeutas por cama _____

Dietista/Nutricionista ☐ sim ☐ não ☐

Técnico de radiologia disponível 24 horas ☐ sim ☐ não ☐

Monitorização

Nº de camas equipadas com ventiladores _____

Quantos ventiladores permitem a monitorização contínua de parâmetros ventilatórios _____

Nº camas equipadas com monitores _____

Quantos monitores têm capacidade para medição contínua de:

ECG _____

Pressões arteriais _____

PVC _____

Módulos de pressão variados (PIC / Swan-Ganz „) _____

Oximetria de pulso _____

Capacidade de monitorização hemodinâmica contínua (Swan - Ganz) ☐ sim ☐ não ☐

Capacidade para monitorização cranioencefálica (PIC/SjOz/Doppler craniano) ☐ sim ☐ não ☐

Quantas camas têm capacidade para suporte renal? _____

Normas Regulamentares

Actividade assistencial (referente ao último ano de actividade):

Nº doentes observados
 médicos (%) _____
 cirúrgicos (%) _____
 traumatizados (%) _____
 coronários (%) _____
 APACHE II/SAPS II do Serviço _____
 SOFA _____
 TISS _____
 Taxa de ocupação _____
 Tempo médio de internamento _____
 Mortalidade do Serviço/Mortalidade Hospitalar _____
 Nº camas/nº doentes ventilados _____
 (%) de doentes ventilados _____
 (%) doentes ventilados mais de 48 H _____
 (%) de infecções nosocomiais _____

ADENDA

Critérios para atribuição do título de Sub-Especialista em Medicina Intensiva pela Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

Este documento pretende regulamentar os critérios de avaliação para admissão por consenso à Sub-Especialidade de Medicina Intensiva, descrevendo o perfil dos candidatos e a forma de apresentação das candidaturas. Estará em vigor até que o documento elaborado pela Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade em Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos entre em pleno funcionamento.

Perfil dos Candidatos

1 - Esta modalidade de candidatura só se aplica a quem adquiriu formação e trabalha em Serviços do nível "C":

Possuir formação em Medicina Intensiva/UCI, realizada em Serviços de nível "C", em conformidade com a lista de Serviços definida pela Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos, nos termos do Documento sobre Formação em Medicina Intensiva elaborado pela dita Comissão.

Trabalhar de forma contínua, dedicando pelo menos 75% da sua actividade médica, ao Serviço de Medicina Intensiva Polivalente de nível "C" há pelo menos 3 anos.

A prestação de serviços médicos por escala, mesmo com carácter de regularidade, não se encontra abrangida por este ponto.

Das candidaturas deverão constar:

- currículum vitae sumário
- documento comprovativo da formação em Serviço de nível "C" (anexo I) confirmado pelo Director de Serviço e pela Secretária do Hospital correspondente.
- documento oficial comprovando trabalho contínuo e regular em Serviço de Medicina Intensiva de nível "C" nos últimos 3 anos.

2 – Possuir o Ciclo de Estudos Especiais em Medicina Intensiva. Das candidaturas deverão constar:

- currículum vitae sumário
- documento oficial, passado pela secretaria do Hospital, comprovando a obtenção do Ciclo de Estudos Especiais em Medicina Intensiva.

3 – Trabalhar de forma continuada, dedicando pelo menos 75% da sua actividade médica durante os últimos 3 anos, em Serviço de Medicina Intensiva/UCI Polivalente de nível "C", reconhecido pela Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos e possuir o Diploma da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos.

Das candidaturas deverão constar:

- currículum vitae sumário
- diploma Europeu em Cuidados Intensivos

- documento oficial comprovativo de trabalho contínuo e regular em Serviço de Medicina Intensiva Polivalente de nível "C" há pelo menos 3 anos.

4 - Médico oriundo de qualquer País da Comunidade Europeia, ou de qualquer País com os quais a Comunidade Europeia tenha acordos especiais, que possua formação em Medicina Intensiva devidamente comprovada (Especialidade em Medicina Intensiva, Diploma Europeu em Cuidados Intensivos) e que trabalhe há pelo menos 3 anos em Serviço de Medicina Intensiva Polivalente. Das candidaturas deverão constar:

- currículum vitae sumário
- diploma de licenciatura em Medicina
- diploma da atribuição do grau de especialista em Medicina Intensiva ou Diploma Europeu em Cuidados Intensivos
- documento oficial comprovando trabalho contínuo e regular, preenchendo pelo menos 75% da sua actividade médica, em Serviço idóneo de Medicina Intensiva Polivalente.

Os documentos oficiais deverão ser traduzidos para português e confirmados pelo departamento jurídico da Ordem dos Médicos.

5 - Todos aqueles que não reunirem as condições antes expostas, mas que se pretendam inscrever na Sub-Especialidade de Medicina Intensiva, poder-se-ão candidatar desde que cumpram os seguintes critérios:

- Possuir uma Especialidade afim, nos termos definidos no ponto 7 do documento aplicável da Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos.
- Tenham prática de Medicina Intensiva de pelo menos 3 anos, comprovada e continuada em Serviço de Medicina Intensiva/UCI de nível "C".
- Sejam aprovados no exame final de avaliação em Medicina Intensiva nos termos do ponto 7.3 do documento de formação em Medicina Intensiva aprovado pela Comissão Coordenadora da Sub-Especialidade em Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos.

SIDA: um novo problema no tratamento da doença

O Director Geral da ONUSIDA, Peter Piot, reconhece que Portugal é um dos países europeus com maiores níveis de infecção pelo VIH/SIDA, com aproximadamente 20 mil pessoas infectadas. Estudos realizados recentemente indicam que há ainda um longo caminho a percorrer. A resistência aos medicamentos contra o VIH é um dos obstáculos com que os investigadores se deparam. De acordo com um estudo publicado no The New England Journal of Medicine, a percentagem de novos indivíduos infectados com o VIH, que possuem uma estirpe do vírus resistente pelo menos a um medicamento antirretroviral (que impede que o vírus se reproduza), está a aumentar. Os investigadores analisaram 377 indivíduos e descobriram que enquanto entre 1995 e 1998 apenas 3,4% dos indivíduos estavam infectados com uma estirpe do vírus resistente à medicação, esse número subiu para 12,4% em 1999, tendo aumentado actualmente para mais de 20%. Em todo o mundo o número de infectados aproxima-se dos 40 milhões, 95% dos quais vivem nos países em vias de desenvolvimento. Até 2020 este número poderá ascender aos 70 milhões. A batalha contra esta doença tem agora duas frentes: a do combate à progressão da doença e a de contornar a resistência dos vírus aos medicamentos actualmente disponíveis. Para informações mais detalhadas sobre este assunto poderá consultar o site: www.vihiv.com



Programa de fornecimento de medicamento anti-VIH

Acabam de ser tornados públicos os pormenores do Programa de Acesso que permitirá aos países de África e de outras partes do mundo, classificados como "menos desenvolvidos" pelas Nações Unidas (num total de 68 países), obter praticamente ao custo de produção um medicamento para o tratamento da infecção pelo VIH, o tenofovir disoproxil fumarato. Este programa está a ser desenvolvido pela Gilead Sciences que também está a participar no estudo DART - Development of Anti-retroviral Therapies, um ensaio clínico de 3000 doentes, patrocinado pelo Medical Research Council do Reino Unido que começou no início deste ano no Uganda e no Zimbabwe.

Prémio para terapia combinada para Hepatite C

A terapia combinada de peginterferão alfa 2-b e ribavirina foi distinguida em Espanha com o Prémio Fundamed-El Global (prémio atribuído pelo jornal espanhol El Global e pela Fundação Fundamed, uma instituição sem fins lucrativos) por apresentar o "melhor perfil farmacoeconómico" entre as inovações terapêuticas. A atribuição do prémio baseou-se num trabalho de análise económica que demonstrou que esta terapia ajustada ao peso corporal apresenta a melhor relação custo eficácia em comparação com diferentes tratamentos médicos para outras doenças graves. O estudo que está na base da atribuição deste prémio foi realizado por Maria Buti e Rafael Esteban, do Departamento de Hepatologia do Hospital Vall d'Hebron, em Barcelona. Para Maria Buti os resultados foram bastante conclusivos: "em doentes que alcançaram uma resposta virológica sustentada, a opção terapêutica de 48 semanas com peginterferão alfa 2-b e ribavirina, com uma taxa de adesão bastante positiva, demonstrou ter uma relação custo/eficácia muito mais favorável que outros tratamentos".

Ajudar a Acreditar

A Acreditar - Associação de Pais e Amigos das Crianças com Cancro vai contar com o apoio da TNT Portugal, uma empresa de distribuição, logística e Correio Internacional, numa campanha, que durará até Agosto, que tem por objectivo angariar fundos para equipamento de um quarto da residência daquela instituição situada em Lisboa, junto ao IPO. Trata-se de uma infraestrutura essencial ao apoio que a Acreditar dá aos seus associados, minorando as despesas de quem tem, constantemente, que se deslocar a Lisboa.

O que é que os portugueses sabem sobre genéricos?

Numa apresentação à imprensa sobre o futuro do mercado de genéricos a nível nacional levada a cabo pela Ratiopharm foram apresentados elementos de um estudo que prova que a população portuguesa ainda não tem muita informação sobre estes medicamentos. Conforme se pode verificar pelas respostas dadas e que são apresentadas no quadro ao lado, o único elemento que as pessoas fixaram bem foi a questão do preço dos medicamentos genéricos, mas quando se fala de qualidade o desconhecimento é grande...

SÃO MAIS BARATOS	69%
FAZEM O MESMO EFEITO	33%
MEDICAMENTOS SEM MARCA	21%
TÊM A MESMA QUALIDADE QUE OS OUTROS	6%
TÊM A MESMA COMPOSIÇÃO - PRINCÍPIO ACTIVO	6%
SÓ O QUE OUVI NA COMUNICAÇÃO SOCIAL	4%
NÃO SABE NADA	4%
SÃO COMPARTICIPADOS PELO ESTADO	1%
NÃO HÁ VENDA NO MERCADO	1%
OUTRAS RESPOSTAS	4%
NÃO SABE - NÃO RESPONDE	6%

Fonte: Ratiopharm

Pneumonia Atípica

Uma circular da Direcção-Geral de Saúde definiu uma rede hospitalar nacional de "triagem e/ou internamento de casos suspeitos de pneumonia atípica". Para a DGS há dois cenários: o primeiro prevê a existência até 13 casos simultâneos de internamento e o segundo quando se verificar um número superior. Na primeira situação, a rede prevê como unidades de triagem os hospitais de Matosinhos, Guimarães, Braga, Vila Real, S. João, Santa Maria, S. Francisco Xavier, Pulido Valente, Almada, Setúbal, Faro e Curry Cabral. Se for necessário recorrer ao segundo cenário, a circular da DGS define que todos os "hospitais referidos na rede de referenciação hospitalar de infecciologia" sejam utilizados para triagem, sendo os referidos no primeiro cenário para internamento, com o hospital de S. Francisco Xavier substituído pelo Egas Moniz.

Centro de Hemodiálise na Covilhã

Dentro de um ano a Covilhã vai ter um Centro de hemodiálise. O projecto de construção foi já entregue na Câmara Municipal e de acordo com o nefrologista Ernesto Rocha, o futuro Centro permitirá acabar com o drama de dezenas de doentes, que actualmente são obrigados a deslocar-se a Mangualde e a Abrantes. O Centro vai ter capacidade para receber 74 doentes e poderá posteriormente ser ampliado de forma a aumentar a capacidade para 120 pessoas. O custo do Centro, um projecto privado, está estimado em dois milhões e meio de euros e as obras deverão estar concluídas no Verão do próximo ano.

Comissão Nacional de Luta Contra a Sida

O médico Fernando Ventura deixa em Junho a Coordenação da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS). Em funções desde Abril de

2000, o Dr. Fernando Ventura prorrogou por dois meses o seu mandato de modo a que a sua substituição não tivesse lugar durante a presidência portuguesa da Agência das Nações Unidas contra a Sida. De acordo com o Ministério da Saúde, a estrutura da CNLCS vai ser reformulada "quer nos objectivos, quer na Direcção"

Cancro da mama

A diminuição da mortalidade na ilha da Madeira provocada pelo cancro da mama está directamente relacionada com o sistema de rastreio introduzido em 1999 na Região e foi apontado como um "exemplo a seguir" nas Jornadas Médicas Altânticas, que decorreram na Horta. O cancro da mama foi o tema central desta reunião, que juntou dezenas de médicos dos Açores, Madeira, Canárias e Cabo Verde.

Cancro da próstata

A pouca disponibilidade dos homens para o rastreio do cancro da próstata tem sido um dos principais obstáculos para o diagnóstico atempado da doença. Apesar deste cenário, há sinais que revelam alguma mudança de comportamentos. Em Lisboa, no Hospital do Desterro, cerca de 4000 mil homens acorreram já ao rastreio gratuito em funcionamento há três anos. Recorde-se que o cancro da próstata afecta três em cada cem homens portugueses.

Hospital de Dia

Entrou em funcionamento o novo edifício do Hospital Joaquim Urbano destinado a doentes que necessitem de internamentos inferiores a 24 horas. Este Hospital de Dia, especializado em doenças infecto-contagiosas, pode acolher até duas dezenas de pessoas, um número que segundo o Director, é "suficiente para as necessidades" do hospital.

Centro Materno-Infantil do Norte

O Governo alterou a localização do Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN). A construção da nova unidade será em terrenos do Ministério da Saúde, localizados junto ao Hospital de S. João. O novo CMIN estava para ser construído junto à maternidade Júlio Dinis, mas o Ministro da Saúde justificou a alteração com uma redução nos custos em cerca de 60 milhões de euros e com base nos pareceres da Direcção Geral de Saúde e dos Colégios de Obstetrícia e Pediatria da Ordem dos Médicos

Serviços Ambulatórios em Portimão

Já estão a funcionar no antigo hospital de Portimão os novos serviços ambulatórios. A remodelação do edifício custou cerca de 500 mil euros. O secretário de Estado da Saúde, Carlos Martins, garantiu que num período inferior a dois anos estará a funcionar no mesmo edifício o futuro Centro de Saúde "que vai certamente melhorar a prestação de cuidados de saúde na região".

Mulheres e Homens

Elas vivem mais tempo, mas queixam-se mais do que eles. Esta é uma das conclusões do estudo publicado por duas investigadoras da Universidade Aberta do Porto. "A saúde das Mulheres em Portugal" conclui que há mais saúde entre o sexo feminino e que a taxa de mortalidade, em todas as faixas etárias, é menor nas mulheres do que nos homens. Curiosamente, e apesar de melhor saúde e mais anos de vida, são as mulheres quem mais se queixa e são também elas quem consome mais medicamentos.

HISTÓRIAS da HISTÓRIA

por Carlos Vieira Reis

O Hospital Real da Luz



A história que hoje vos conto, refere um desses factos históricos de que, não se sabe por que razão, quase ninguém fala ou conhece. Vou contá-la de uma forma aligeirada e resumida, poucas que são as fontes que se podem consultar, sobre o chamado Hospital Real da Luz ou Hospital Real dos Prazeres.

Neste momento, grande parte dos leitores se terá perguntado que raio de hospital será este e muito espantados ficarão se eu lhes disser que se trata de um hospital construído de raiz, não aproveitando qualquer convento, como era hábito, e que o edifício desse hospital ainda hoje existe e em magnífico estado de conservação.



O Hospital de Nossa Senhora da Luz ou de Nossa Senhora dos Prazeres, padroeira do Hospital da Luz, foi mandado construir pela Infanta D. Maria, filha do rei D. Manuel e de sua segunda mulher, D. Leonor, no lugar da Luz, em terreno próximo do já então existente convento e igreja da Luz, dos frades da Ordem de Cristo. O local teria sido escolhido pela grande afluência deromeiros e enfermos devotos daquela santa, por se encontrar muito próximo da capital e ser considerado com bons ares e salubre.

No seu testamento de 1577, a Infanta D. Maria diz que “o hospital se edifique com hos rendimentos de dous contos de juro, de que ho doto”. Mais dizia que deveria ser feito um estatuto ou regimento, semelhante ao que sua tia D. Leonor tinha feito para o Hospital Termal de Nossa Senhora do Pópulo, nas Caldas da Rainha e que esse regimento seria firmado por sua mão e no seu impedimento pelo seu confessor, o Padre Francisco Foreiro que o viria realmente a assinar em 3 de Abril de 1618, por falecimento prematuro da Infanta. O hospital foi inaugurado a 23 de Abril de 1618.

E desta forma nasceu um hospital lindíssimo com apenas 63 camas, desti-

nadas a doentes que não tivessem doenças incuráveis ou contagiosas. Contava com um quadro de pessoal correspondente à sua dimensão: um médico, um cirurgião sangrador, enfermeiros, outro pessoal hospitalar e para o tratamento da alma, um capelão. O edifício foi construído com grandeza, com planta em cruz latina, com rés do chão e andar nobre, com um claustro na parte central e no centro uma grande cisterna, com capacidade superior a 500 metros cúbicos. No pavimento térreo ficavam a cozinha, a botica e outras dependências.

As enfermarias situavam-se no andar superior, havendo um quarto separado, destinado a fidalgos pobres ou pessoas de qualidade que ali se fossem tratar. Encontrei uma referência que diz que um dos tais fidalgos que nesse quarto teriam estado internados, foi o Dr. André de Moraes Sarmento, Juiz dos Pleitos da Coroa e da Fazenda Real, transmontano e natural de uma vila próxima da cidade em que nasci e de quem existem muitos descendentes, alguns meus amigos, que por ali e outras partes continuam a levantar bem alto o nome de honrada família. O Dr. Moraes Sarmento terá feito o seu testamento neste Hospital, em 14 de

Novembro de 1690, como consta nas Memórias Arqueológicas e Históricas do Distrito de Bragança.

O edifício do hospital é imponente e digno, mas sóbrio e existem dúvidas sobre quem teria sido o arquitecto. Uns apontam o nome de Jerónimo de Ruão, que parece ter estado ligado apenas à fase inicial da obra, tendo posteriormente sido seu responsável, Baltazar Álvares, arquitecto de Sua Majestade e dos Mestrados das Ordens Militares, Cavaleiro do Hábito de Cristo e que pelo Livro de Contas e Despesas do século XVII, se sabe ter sido Mestre das Obras do Hospital Real da Luz, em 1610. O tipo de arquitectura aponta para que tenha sido Baltazar Álvares o arquitecto do Hospital. A capela de nave única, muito do seu gosto, é um facto que aponta nesse sentido. De cada lado do altar desta capela, abrem-se duas largas portas que comunicavam com as enfermarias, permitindo desse modo que os doentes assistissem e participassem no culto, tal como a Infanta D. Maria tinha mandado inscrever no seu testamento. Esta comunicação das enfermarias e da capela, é semelhante ao que se passava no Hospital Real de Todos os Santos. No altar mor do Mosteiro há figuras

HISTÓRIAS da HISTÓRIA

simbólicas pouco usuais e deslocadas em relação ao tradicional nos altares mores. Nele se podem ver representações da Astronomia e da Medicina. Também no Mosteiro dos Jerónimos aparecem algumas destas imagens, o que provavelmente se ficou a dever a Jerónimo de Ruão que trabalhou nos dois Mosteiros. No livro 2726 da Biblioteca do Exército existe o testamento da Infanta D. Maria e, junto, o Regimento deste Hospital Real Militar da Luz.

Gustavo Matos Sequeira no seu livro “O Carmo e a Trindade”, diz que os Padres da Ordem de Cristo, depois do terramoto, destelharam o Hospital da Luz “a título de ficar mais leve em atenção a outro terramoto”, mas parece-me que terá sido para venderem as telhas a preços exagerados, pela falta que delas havia e porque a procura era grande.

No Arquivo Histórico Militar existem os 4º, 5º e 8º Livros de Despesas deste Hospital, de Julho de 1796 a Fevereiro de 1797, de Março de 1797 a Novembro de 1798 e de Fevereiro de 1801 a Fevereiro de 1802, e o 1º Livro de Receitas, referentes ao período de 1 de Julho de 1792 a 10 de Setembro de 1802.

De 26 de Abril de 1790 a 18 de Novembro de 1791, foram tratados pelo Médico da Enfermaria Militar estabelecida no Hospital de Nossa Senhora dos Prazeres, no sítio da Luz, António da Costa Pinheiro, 147 enfermos e mais 12 do Campo da Porcalhota. Tiveram alta 111, morreram 22 e ficaram 26. Num documento existente este médico pretende ordenado competente à natureza do seu exercício. Como se vê por este documento, também era conhecido por Enfermaria Militar, embora documentos oficiais lhe chamem Hospital Real Militar da Luz. Este médico conseguiu o pagamento dos serviços, e passou a habitar numas “casas” daquele Hospital, por causa das quais fez mais dois requerimentos solicitando obras e reparações. Mas, o Procurador Fiscal entendeu que não tinha direito às obras e até recebia um soldo avultado em relação ao que fazia, embora estivesse encarregado das “visitas da manhã e da tarde”.

Como Cirurgião, ali trabalhava em 1791, Manoel da Silva Paulino de Figueiredo, por 120 réis a visita, o que perfazia 87\$000 por ano, sem obrigação de sangrar e deitar bixas, o que se pagava à parte, e que por Alvará de 20 de Março de 1792 passou a receber 100\$000 por ano, mas então com a obrigação das visitas da manhã e de tarde e tudo o que fôsse preciso aos doentes de Cirurgia - sangrar, tirar dentes, deitar bixas e vesicatórios - sempre que lhe for determinado. Na Resolução Régia de 6 de Julho de 1792, “a respeito de ser indispensável haver no Hospital Real Militar da Luz, um Capelão que tenha a seu cargo toda a assistência espiritual dos enfermos que ali vão convalescer”, Sua Majestade resolveu “em consulta da Junta dos Três Estados, participada em Aviso de 23 de Fevereiro de 1790, que os Militares enfermos de queixas do Peito, que se achassem no Hospital Real Militar de S. João de Deus desta cidade, fossem transferidos para o sítio da Luz”.

Em 6 de Novembro de 1793, tem-se notícia de um conflito estabelecido entre um médico do Hospital e o Deputado para os Hospitais, D. José de Noronha, que proibiu o médico de receber honorários pelos atestados que passava e sendo desobedecido, o levou a representar à Junta dos Três Estados. O médico argumentava que estava dentro do Direito Divino e Humano e “assim todos procediam e o salário que tinha era para tratar os doentes, os atestados tiravam-lhe tempo para a clínica exterior, justo era que lhes pagassem”. A Junta entendeu que tendo o médico Alvará Régio devia este caso ser representado a El-Rei e entretanto continuaria a receber os atestados, que, aliás, era o mesmo que o Escrivão fazia

para os óbitos.

Em 26 de Dezembro de 1809, o Cirurgião-Mór participa a D. Miguel Pereira Forjaz que o Hospital Real Militar da Luz não merece esse nome, pois “não serve actualmente para doentes mas para acomodação de tropas”. Na relação das pessoas empregadas no Hospital Real de Nossa Senhora dos Prazeres do sítio da Luz, de 1813, constam um médico, um cirurgião sangrador, um boticário, um enfermeiro, uma cozinheira, um mozo de porta e uma lavadeira. O que é curioso nesta relação é verificar que quer o médico, quer o cirurgião, recebiam menos que o enfermeiro, a cozinheira e o mozo da porta e apenas mais do que a lavadeira. Provavelmente porque tinham um horário de part time. O boticário não recebia qualquer vencimento, mas apenas os lucros da venda dos produtos da sua botica.

Mais curiosas ainda são as anotações ou comentários feitos pelo Provedor Domingos Monteiro de Albuquerque Amaral ou Francisco Furtado de Mendonça, sobre os préstimos e merecimentos de cada um destes empregados. Do médico dizia que apesar de não ser de primeira qualidade, também não era dos piores, de bons costumes, mas pouco tratável. Do cirurgião, dizia que era “mao omem, dado ao vinho e mao cirurgião. O boticário era um bom boticário e bom omem”. Todos eles habitavam em dependências cedidas pelo hospital, mas em simples quartos.

E deve ter sido esta a última relação dos empregados do Hospital Real de Nossa Senhora dos Prazeres, no sítio da Luz, pois em 1814, no ano seguinte, portanto, já se publicava a planta topográfica do chamado Colégio Militar que, entretanto, ocupara as instalações do antigo hospital que se manteve em funcionamento de 1618 a 1814.



Da humanização do doente psiquiátrico: *O legado histórico, ético e formativo de João Cidade*



Nuno Ambrósio Lopes
Médico de Saúde Pública

João Cidade (1495-1550) nasceu em Montemor-o-Novo, no seio de uma família humilde.

Aos oito anos de idade, fugiu de casa, tendo ido para Espanha, país que despertara a sua curiosidade pelo que ouvira contar. Chegou a Oropesa, na província de Toledo, onde foi acolhido na casa de um lavrador. Trabalhou como pastor de gado até aos 27 anos, idade em que partiu para os Pirinéus, como soldado, para combater os franceses que cercavam Fuenterrabia. Aos 32 anos, voltou a Oropesa e a pastorear durante quatro anos.

Em 1531, alistado nos exércitos de Carlos V, lutou contra os turcos que ameaçavam Viena de Áustria, tendo conhecido a Hungria, a Alemanha e a Holanda. Regressando a Espanha, desembarcou na Corunha, visitou Santiago de Compostela, conservando na memória as atenções e o acolhimento aí prestados aos peregrinos, e voltou a Portugal. Tomando conhecimento da morte dos pais, voltou a Espanha por Ayamonte, guardou novamente gado, desta vez em Sevilha, após o que foi trabalhar para Ceuta na reconstrução da respectiva Fortaleza. Alguns meses depois, regressou à Península Ibérica, desembarcando em Gibraltar, onde se dedicou à venda ambulante de livros e estampas religiosas, actividade que o levou até Granada.

Chegando à cidade em 1536, instalou a sua tenda como vendedor de livros na Porta de Elvira, vivendo em condições de extrema pobreza. Ainda assim,

ficou conhecido pela sua permanente disponibilidade, prestando auxílio a quem dele precisasse, mesmo que, para tal, fosse preciso privar-se do estritamente necessário para sobreviver.

A 20 de Janeiro de 1537, dia do mártir São Sebastião, assiste a um sermão do seu futuro conselheiro e mentor, Frei João de Ávila, e fica de tal modo impressionado que decide mudar radicalmente o rumo da sua vida. Começa, então, a dedicar-se por completo aos desamparados: pobres, doentes, velhos e crianças. No contexto da sua exaltação religiosa, percorre ruas e praças de Granada, acusando-se dos seus pecados - a fuga de casa dos pais na infância -, penitenciando-se duramente e pedindo misericórdia. Tomado por louco, é escarnecido pelos populares e injuriado e apedrejado pelos miúdos. É, nesta altura, internado no Hospital Real, onde conhece as condições em que decorria o tratamento dos

doentes, sofrendo na pele os maus tratos e castigos que, à época, se aplicavam aos alienados, nomeadamente açoites e espancamentos para expulsar os "espíritos malignos" dos "possessos do demónio" que, muitas vezes, eram confinados, durante anos, em cubículos, sendo agrilhoados, despidos, deitados em palha, sem qualquer limpeza, ar ou luz, alimentados a pão e água e votados ao abandono. Por vezes, eram mesmo impedidos de dormir para o demónio não poder ter descanso e mais depressa os largar.

Assim que começou a melhorar, o português experimentou uma grande felicidade ao constatar que o deixavam ajudar a cuidar dos outros doentes, colaborando com os enfermeiros.

Quatro meses após o seu internamento, João Cidade teve alta, após o que continuou a exercer, com impressionante dedicação e sob a orientação do seu director espiritual, a caridade,

servindo e ajudando quer os doentes do Hospital Real, quer os doentes e desprotegidos que encontrava nas ruas e bairros degradados de Granada - viúvas, órfãos, velhos. Não se limitava a ajudar financeiramente estes últimos. Procurava sempre confortar e educar, esforçando-se por lhes encontrar trabalho e, no caso das crianças abandonadas, mães adoptivas.

Decidindo criar um hospital para abrigar tantos doentes e necessitados quantos pudesse, inicia uma longa peregrinação ao Mosteiro de Guadalupe, para pedir protecção à Virgem e colher ensinamentos junto dos frades enfermeiros do hospital anexo ao Mosteiro. Ao regressar a Granada, alugou uma casa na Calle de Lucena (1539) e nela instalou o seu hospital, que rapidamente ficou cheio, pelo que, em 1547, se viu obrigado a transferi-lo para um espaço maior na Cuesta de Gomez.

Cidade, no seu hospital, pôs em prática algumas medidas muito simples, mas, ao mesmo tempo, muito importantes, tais como:

- Separou os doentes por diferentes salas, consoante a natureza das suas doenças (doentes febricitantes/ cirúrgicos/ mentais/ leprosos e tinosos/ ulcerados/ paralíticos);
- Criou uma dependência para recém-nascidos, frequentemente abandonados à porta do hospital;
- A cada doente atribuiu uma cama individual, limpa e cuidada, ao lado da qual eram colocados os seus pertences pessoais;
- Tratou da alimentação e limpeza dos doentes - à chegada à enfermaria, eram prestados cuidados higiénicos, sendo os doentes lavados, penteados e vestidos;
- Em caso de doença médica ou cirúrgica associada, tomou providências para que os remédios (prescritos pelos médicos e fornecidos pelos boticários) ou o tratamento das feridas (pelos cirurgiões) não fosse esquecidos;
- Procurou administrar simultaneamente o tratamento do corpo e da alma;

Considerava loucos como doentes e não como criminosos ou possessos,

procurando curá-los através da doçura, consideração e paciência.

Após cuidar dos doentes, com afecto, simpatia e dedicação, esforçando-se por resolver as suas dificuldades e carências, pedia esmola, durante a noite, pelas ruas, recolhendo, por vezes, novos doentes, chegando a transportá-los às costas quando não podiam caminhar. Tendo conquistado admiração e respeito pelos seus actos, conseguiu reunir um pequeno grupo de colaboradores dedicados, assegurando, assim, a continuidade da sua obra e dando origem à Ordem Hospitaleira (ou dos Hospitaleiros), fundada em 1571.

Faleceu em Granada, a 8 de Março de 1550.

Foi beatificado em 1630 e canonizado em 1691. São João de Deus foi proclamado padroeiro dos enfermeiros pelo Papa Pio XI, em 1930. É festejado a 8 de Março.

Não podendo ser considerado o criador da assistência hospitalar, Cidade foi, todavia, pioneiro de uma perspectiva assistencial que corresponde, na sua forma empírica, aos actuais conceitos em saúde e “psicoterapia institucional”. Dotado de um extraordinário sentido prático e destacando-se pelos seus impulsos humanísticos e pela sua identificação com os desfavorecidos, foi inovador tanto na organização assistencial quanto na atitude para com os assistidos.

A sua total dedicação à solidariedade e ao sofrimento alheio fizeram igualmente dele um verdadeiro pioneiro social. A sua sensibilização para a recuperação de marginalizados, há quase cinco séculos, não pode deixar de nos impressionar e de nos obrigar a pensar na sua pertinência e actualidade e actualidade, com o número crescente de toxicodependentes e de seropositivos para o vírus da imunodeficiência humana.

O contributo de Cidade foi enorme. Tentou proporcionar o melhor nível de saúde ao maior número de pessoas. Percebeu e valorizou o significado para a recuperação do doente do manter íntegro o sentimento de si próprio. Criou a noção de equipa, mobilizando os vários profissionais de saúde da época,

num esboço da interdisciplinaridade que caracteriza o nosso momento histórico. Foi de tal maneira inovador que o cientista italiano César Lombroso o considerou como “verdadeiro criador do Hospital moderno”.

Numa época em que o conhecimento da história natural da doença - e nomeadamente da doença mental - e os meios de diagnóstico, tratamento e reabilitação eram muito pobres, em que não se falava sequer de direitos do cidadão - e muito menos do doente mental -, em que os recursos financeiros e tecnológicos eram ainda muito incipientes ou mesmo inexistentes, a intervenção presciente de João Cidade foi decisiva, constituindo um marco ímpar e um modelo a seguir de vontade e comportamento.

O seu protagonismo histórico, ético e formativo é tão mais importante quanto imbuído da sua humildade e da sua consciência da incerteza e do carácter de falibilidade de qualquer opção que se tome e siga.

As circunstâncias actuais serão diferentes, por certo, mas as importantes repercussões do seu trabalho não perderam actualidade. Pelo contrário, advogo que são mais pertinentes que nunca num planeta caracterizado cada vez mais pelas desigualdades sociais e económicas, pela discriminação e pelas tensões sociais - reflectindo-se estas, notória e obrigatoriamente, na relação médico-doente.

Face ao legado de João Cidade para a história, valores e formação em saúde pública, em Portugal e no mundo, termino com três questões, a pensar nas gerações futuras que, porventura, indagarão acerca do nosso próprio contributo: que história estamos a construir, por que valores nos estamos a orientar e que formação estamos a oferecer?

Referências bibliográficas

- Flores, A e Amaral, M. (1950) Progressos da Assistência Psiquiátrica Devidos à Obra de São João de Deus. Lisboa: editora desconhecida.
- Fonseca, A (1955): S. João de Deus e a Prática Humanista. Hospitalidade, Ano 60, N°236/237, Jul-Dez, 1996.
- Sousa, A (1996) Curso de História da Medicina - das origens aos fins do século XVI, 2ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

De volta ao Alentejo



Leonor Almeida

O médico ainda confuso sob o efeito do cansaço de 16 horas de voo, do jet lag, dos pensamentos atribulados a alta velocidade que chegavam em catadupa recordações antigas, cumplicidades, recordações de um passado a conta gotas, meio sonâmbulo com uma malita de bagagem na mão, acabara de tomar um táxi no aeroporto de Lisboa.

- Para o Alentejo, por favor, disse determinado - Alvito, sabe onde é? Baixo Alentejo, no distrito de Beja.

O motorista admirou-se com a proposta de viagem tão longa. Fazia aquelas empreitadas para o tio para arranjar umas massas e o mais longe que tinha ido havia sido Setúbal.

Consultou o seu cifrão mental aguardou uns segundos, fez o seu preço, pensou: já me lixaste, hoje era o dia do encontro com a Susana às 15 h no café Di Roma e depois com sorte engenho, e arte para o apartamento dela na Graça. O que me custou para a convencer raio, e logo agora um trabalho daqueles onde podia ganhar

uns bons cobres a juntar à magra mesada, cedida a contragosto pelo pai funcionário da Carris, que lhe pagava a faculdade sempre a queixar-se...

Mas trabalho é trabalho e não podia desperdiçar aquela oportunidade aceitando a empreitada. Através do retrovisor olhou o passageiro, o homem parecia-lhe cansado, de tom verde azeitona, olheiras até ao chão, no olhar distendido a precisar de um bom banho de entusiasmo.

Durante a primeira hora nem um som, mantinha os olhos fechados. Quem o olhasse de repente pensaria estar perante um morto vivo, um cadáver ambulante de feira popular na casa do terror, um híbrido afectivo a desejar por um lado a emoção de uma viagem obrigatória imperiosa com uma determinação estranha e, por outro, um corpo estafado a necessitar de um sono anestésico reparador.

De repente o médico desperta dos seus pensamentos e percebe ao que viera quando reconhece a paisagem amarelada salpicada de papoilas vermelhas

dispersas nas longas extensões de terreno uniforme verde amarelado preenchido por girassóis de cabeças levantadas como que a cumprimentá-lo. Vieram-lhe em relâmpago imagens de alguns anos antes e sobreposta aos mesmos campos pejados de pontinhos vermelhos, vê a figura de um homem, grotesco, de tom vermelho com um rinófima orgulhoso e acentuado na ponta de um nariz proeminente, uns vasinhos muito finos cor púrpura dispersos nas maçãs do rosto, com um cabelo muito ruivo e despenteado, com umas mãos muito sardentas, com um olhar muito doce, muito verde e saudoso do desconhecido.

Falavam de filosofia, Sartre, Platão, Aristóteles, Heraclito, falavam da imortalidade, do ser e do devir, do que fomos e do que representamos no planeta. Estas questões eram colocadas num fervilhar permanente por um cérebro ávido de saber e paradoxalmente brilhante mesmo quando o seu tempo era passado em cima do tractor. Era um autodidata modesto e curioso que

perante a incredulidade e incompreensão dos seus pares se refugiara na bebida desde cedo.

O Dr. Aníbal Cipriano por um feliz acaso, segundo dizia, tinha-o descoberto numa consulta a que recorrera por um processo gástrico complicado no Centro de saúde onde o médico fazia o serviço médico à periferia obrigatório.

Queixava-se de um aumento desproporcional do abdómen como se estivesse grávido, se calhar por causa da angústia que engolia como ar. E assim fora inchando, inchando, cada vez mais angustiado, prestes a dar à luz uma criança com uma psicose maníaco depressiva, ironizando sobre a sua doença com o médico, e fizeram-se análises, estudos e promessas que não voltaria a beber.

E passaram a encontrar-se no café para longas conversas, discussões prolongadas na casa do médico, longos passeios nos campos carregados de girassóis alternando com papoilas, para profundos debates filosóficos.

Estava de regresso ao passado trazendo uma pasta com uma inscrição em letra bold: Gestão dos Recursos Humanos. Era a sua nova tarefa de regresso ao continente europeu. A Ásia deixava de ser extensão do seu país pequeno à beira mar plantado, a praça do Real Senado perto da qual vivera estava enterrada na China Continente

tal e o dossier que trazia em mão seria tudo o que restava de dois anos de intensa actividade médica e reorganização afectivo-emocional.

De regresso a Lisboa resolve começar por gerir a sua má relação com o passado, e assim principiara seguindo uma hierarquia de afectos pelo doente mais extraordinário e brilhante que alguma vez contactara nos seus variados anos de prática clínica.

Para se iniciar na nova etapa de organizador de saúde tinha de resolver previamente aquela questão deixada em suspenso, ter partido sem se despedir do seu doente e amigo... partiria apressadamente, nem se despedira de ninguém, atravessava mais uma derrota afectiva onde investira com intensidade e como a oportunidade de progressão na carreira surgira por milagre caída de pára-quedas pensara em si em primeiro, em segundo e terceiro lugares e orientara as suas energias para o novo projecto além fronteiras. Não se viam havia dois anos, antes da partida os já raros encontros foram escasseando, já em Lisboa encontraram-se somente duas vezes. Sabia-o permanentemente embriagado nos últimos meses antes da partida para Macau arrastando-se pelos campos do Alentejo com papoilas e girassóis como um sonâmbulo lutando por vezes freneticamente contra os insectos como um D. Quixote enfurecido, ficando outras

tantas parado, estático como um espantalho onde os pássaros debicavam sem cerimónia.

Esta imagem construída pelo médico aparecia-lhe com insistência nos últimos seis meses como um incómodo mau, um desconforto cuja amnésia da distância não conseguia diluir. E por isso a sua primeira visita depois de aterrar no aeroporto de Lisboa foi para o Joaquim Albardeiro, que o aguardava de certeza no café da terra ou na pradaria com papoilas.

E de morto vivo o passageiro passou a conversador eloquente deixando cheio de curiosidade o motorista de táxi que de bom grado gostaria de conhecer o resultado da novela.

Soube nessa tarde pelo dono do café "O Cantinho Alentejano" que o Joaquim adormecera num campo de girassóis ali perto havia apenas dois meses. Entre os papéis que trazia na pasta de executivo de pele castanha destacava-se um envelope em papel de arroz onde estava inscrito Na área de ARSLVT, produção, inovação, imagem, e dentro dele um postal de Macau escrito 4 meses antes e que por falta de tempo se esquecera de enviar para o Alvito, com a seguinte frase "Se eu não morresse nunca e eternamente procurasse e conseguisse a perfeição das coisas". Deixou-o no campo de girassóis e voltou para a capital nessa mesma tarde.



A Fotografia



Fernando Chiotte



Ali estava António, especado, em frente ao aquário que divide a sala do pequeno apartamento mais ou menos a meio. Do lado da varanda, voltada para o Tejo e construída saliente sobre o beiral do telheiro do penúltimo andar, num arremedo de sala, uma zona de estar, arejada e quase aprazível, embora os dois pequenos sofás amarelo camelo que quase a encham, estejam já bem estafados, de lado quase completamente riçados até ao casco de madeira de pinho pelo Bolinha, o gato rafeiro que sempre ali afiou gulosamente as unhas até Outubro do ano passado, altura em que se finou. A um canto, em frente dos sofás, sobre uma mesa escura de pinho, um televisor que raramente funciona.

Lembrava-se do dia chuvoso e frio em que, voltando da redacção do jornal e mesmo a chegar a casa da Luísa, tinha recolhido o Bolinha na rua, quando, ele, abandonado, pequenino e escanzelado, miava debaixo do motor ainda quente de um carro que aí devia ter estacionado não havia ainda muito tempo, como se implorasse protecção.

Revivia o olhar ternurento e espantado de Luísa quando ao abrir-lhe a porta o

viu com aquele assustado gatinho de pelo cinzento malhado de branco, encharcado até aos ossinhos, anichado como um bicho-de-conta no calor dos seus braços.

Com um esgar de dor António parecia reviver o dia em que o encontrara morto num canto esconso da minúscula cozinha, como se para morrer, o Bolinha, tivesse decidido esconder-se e, sozinho, passar por esse momento atroz.

Entre o aquário e a porta de entrada, uma espécie de acanhada sala de refeições, de configuração trapezoidal, com uma velha mesa holandesa de abas encostada a uma das paredes, pejada de papéis e jornais já lidos, numa confrangedora desordem e três velhíssimas cadeiras de palhinha meia destruída também pelas garras do Bolinha e que Jean Claude comprara num armazém de ferro velho para os lados da Estrela.

Nas paredes, coladas com fita adesiva contra a calíça a querer soltar-se, algumas fotografias amarelecidas e uma outra, bem maior, também já meio desbotada, de António, da Luísa, do Jorge Ferrão, da Clarisse, do Alberto Barreto

e de mais dois rapazolas de que António mal se recordava, feita na escadaria da faculdade de letras, numa tarde do Verão de mil novecentos e setenta, depois do fim da época de exames do final de curso.

Penduradas, quase coladas à porta da entrada, duas serigrafias de um pintor amigo, emolduradas modestamente, misturam-se com um enorme poster de Che Guevara.

António, cabeça encostada ao vidro do aquário, nervoso, com um angustiante confrangimento no peito a estrangulá-lo, quase a impedi-lo de respirar, apertava na mão esquerda a chave do apartamento e entre os dedos esguios da direita rodava inquieto a pequena caixa arredondada de cartão contendo a comida daqueles pequeninos peixes, semelhante a pequeníssimas partículas multicolores de mica.

Tinha voltado hoje, como todos os dias, desde que eles tinham partido para França.

Tinha-lhes prometido que viria alimentar aqueles seus pequeninos peixes tropicais de escamas coloridas de azul ultramarino, amarelo vivo e escarlate.

Aturdido, olhava através do vidro à procura da imagem de Luísa, tornada grande e distorcida pelas leis da óptica, trespassada pelo passear dos peixes num passar de vaivém quase virtual, como num bailado sereno, quando ela os vinha ver com o seu olhar míope e António, enternecido, a olhava através do vidro do lado oposto.

Luísa falava com o Simão, com o Fraldinha e com o Filósofo e eles, beijando o vidro, pareciam compreendê-la abrindo felizes as suas caudas vaporosas e translúcidas numa fibrilhação de asa de borboleta ou cauda de pavão cortejando a fêmea.

Mas Luísa não estava mais ali. Não voltaria. Nunca mais. Nem o Jean Claude. Os olhos mareados como se os tivesse mergulhado no aquário. No peito uma dor profunda, lancinante.

Recordava o dia em que Luísa rompeu com o Manuel, a resignação com que lhe aturara a ressaca e a esperança que alimentara de ver chegada a sua hora de talvez poder ser amado finalmente por aquela mulher que era todo o seu mundo.

Depois, fora de novo a rejeição e o desespero.

Mesmo assim, António continuara a amá-la ainda com paixão e ela, fingindo ignorar esse amor, fizera-lhe outra vez sentir que não poderia nunca ser mais do que a sua melhor amiga.

António, mesmo assim, continuara a devotar-lhe um afecto intenso e calado, sofrido.

Para Luísa, Jean Claude era o seu grande e definitivo amor.

Tinham-no conhecido naquela tarde de um sábado do fim de Junho de mil novecentos e setenta e quatro, no passeio fronteiriço à velha estação do Rossio, em plena alucinação revolucionária, a caminho de um comício na Praça do Comércio.

António revivia como numa sessão de cinema de reprise aqueles momentos em que Jean Claude, carregando ao ombro um complicado equipamento fotográfico e empunhando uma velha Hasselblad, travando-lhes o passo aparecera em frente a eles, acompanhado por uma jovem mulher de cabelos rui-

vos, cortados curtos, de andar arrapazado, com um autocolante vermelho bem legível especado na blusa azul que vestia, sobre a zona do seio esquerdo, anunciando-a como fazendo parte da imprensa, com ele a gesticular e a insistir em fazer-lhes algumas fotografias.

Logo a seguir recordava-se de o ouvir, como que a sibilar nuns ouis inspirosopradados, a entrecortar o seu palavreado de um francês tipicamente parisiense e apontando a sua companheira, pedir para que lhe concedessem a ela uma entrevista de rua.

Depois de conseguir as primeiras fotografias, recapitulava como Jean Claude se apresentara de forma tão convincente como repórter fotográfico, acrescentando, que Marie Joseph -, assim se chamava a sua companheira - era jornalista de uma coluna política importante de uma revista francesa de esquerda.

Entre as várias fotografias que lhes fez, uma fora muito especial, com António a encostar a cabeça à de Luísa, e ela, de punho esquerdo erguido e cerrado e a mão direita a fazer um V de vitória entre o dedo indicador e o mediano. Jean Claude colou-se a eles e como que hipnotizado, não mais os largou.

Depois ele e Luísa apaixonaram-se e António, de novo viu ruir a sua esperança.

Jean Claude mandou a revista às urtigas e nem sequer devolveu os negativos.

Marie Joseph partiu sozinha.

Desde então estiveram sempre juntos e felizes naquele pequeno apartamento de um último andar na Lapa, onde Luísa sempre vivera desde que começara a trabalhar e por onde, sem pedir licença, entra a imagem grandiosa do Tejo.

Seis meses volvidos, e sem se saber porquê, sem dar a António uma explicação, mesmo que fosse lacónica ou até menos verdadeira, de um momento para o outro, Luísa e Jean Claude tinham decidido partir para Paris, mentindo, no entanto, dizendo-lhe que lá passariam algum tempo, mas que voltariam em breve.

Tinham passado já mais de oito dias desde que tinham deixado Lisboa e deles nem um sinal!

António sentia o arrepio do pressentimento forte de que pelo menos Luísa não voltaria mais e sabia bem o sofrimento que a sua ausência física lhe provocaria.

Depois voltava um assomo de esperança vaga e perguntava-se:

- E o apartamento? O que faria? Talvez fosse verdade que Luísa voltaria em breve! Que outra explicação para aquela partida sem Luísa lhe deixar a mais breve indicação do que fazer com a casa e toda aquela tralha.

Jean Claude poderia ficar! Fora para o seu país. Que ficasse! Era-lhe indiferente!

Mas Luísa! Amava-a ainda tão apaixonadamente, mesmo sentindo a dor imensa de ser sempre um rejeitado.

Se ao menos lhe pudesse dizer que iria cumprir o prometido, que não abandonaria os seus pequeninos peixes tropicais!

E a angústia de novo voltava.

O apartamento? O que faria com ele? Aborto, indiferente a tudo, muito abatido, António, deixando o corpo afundar-se pesadamente num dos velhos sofás amarelos experimentava a sensação dolorosa que o mundo lhe desabava sobre os ombros e sentia que só lhe restavam: o Simão, o Fraldinha, o filósofo - eles precisam dele e das pequenitas escamas como mica que flu tuavam à superfície e que hoje, como desde o dia em que eles partiram, estáticos, como se a morte os tivesse atingido, olhando António, fixamente, bocas coladas ao vidro grosso do aquário, parecia terem resolvido não comer, talvez adivinhando o abandono que sobre todos se abatera -, e aquela fotografia que o Jean Claude lhes fizera naquela tarde de Junho de 1974 e que desde aí ciosamente guardava na carteira, com a Luísa, linda de morrer, o olhar brilhando de esperança na consolidação de uma liberdade tão dolorosamente reconquistada e um sorriso de felicidade a fazer o V da vitória, que se desvaneceria no torpor do poder que embriaga o homem político.



Indicadores da Bolsa

Principais Índices Mundiais

(até 14 de Maio)	Fecho	(*)	Var. desde 1 Jan. 2003
Eurostoxx 50	2296	-14.65%	-4.6%
PSI 20	5630	-8.92%	-3.3%
IBEX 35	6395	-2.76%	5.9%
CAC 40	2963	-14.54%	-3.3%
DAX 30	2937	-16.21%	1.5%
FTSE 100	3987	-8.30%	1.2%
DOW JONES	8727	-4.19%	4.6%
NASDAQ	1541	0.42%	15.4%
NIKKEI 225	8190	-7.07%	-4.5%
BOVESPA	13.320	0.05%	18.2%
PETRÓLEO	27.8	5.88%	0.8%
EUR/USD	1.155	4.03%	10.0%

(*) 1º Trim. de 2003

Atenções de volta aos indicadores económicos

→ O Euro continua a valorizar-se contra o Dólar, suportado pela manutenção das taxas do BCE, a par da ausência de sinais de recuperação nos EUA.

→ Eurostoxx 50 após ter registado uma forte valorização de 30%, dos 1847 pontos (mínimo de 12 de Março) até aos 2400 pontos, tem encontrado alguma resistência em ultrapassar este nível. O mesmo se passa com o DAX e o CAC40 em relação aos 3000 pontos.

→ Aproximamo-nos do final do período de apresentação dos resultados do 1º Trim., pelo que a atenção dos investidores volta a focar-se nos indicadores económicos, que caso desiludam, poderá pôr em causa a recuperação do mercado.

→ A nível sectorial continuamos a preferir a banca, farmacêuticas e o retalho alimentar, preferindo reduzir a exposição a transportadoras aéreas, TMT's químicas e seguradoras. Dentro dos diversos mercados europeus, continuamos a preferir o DAX a curto prazo.

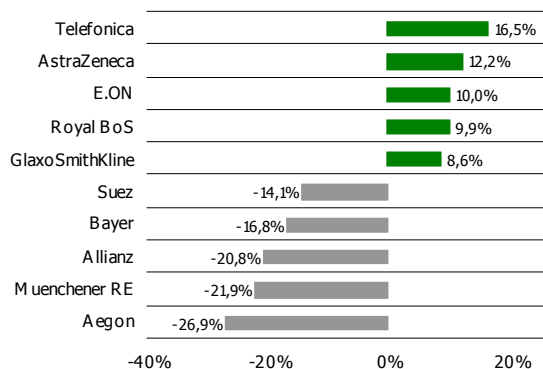
O Mercado Bolsista

Agora que a guerra no Iraque terminou e a crise provocada pelo surto de síndrome respiratória aguda severa (SARS) parece mostrar sinais de contenção, o enfoque volta a centrar-se nas variáveis fundamentais da economia. Acreditamos que o índices europeus deverão continuar a beneficiar da correcção do preço do petróleo, do fim da guerra e da melhorias nas perspectivas de crescimento da economia norte-americana, essencialmente a partir de 2004. Apesar da UEM ainda enfrenta alguns obstáculos estruturais que dificultam a recuperação económica, este cenário já é bem conhecido, pelo que acreditamos que está descontado nos preços das acções.

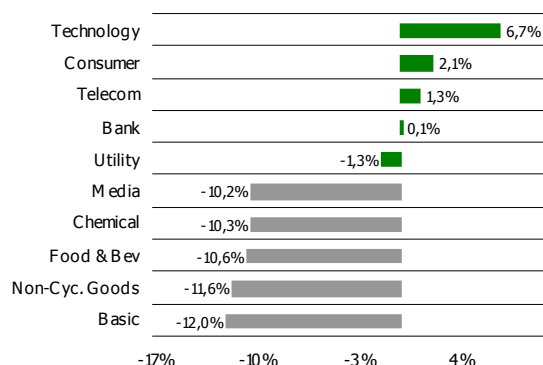
A evolução do preço do petróleo também assinala algum optimismo. O preço do crude, que desde o início do ano tem observado uma correlação negativa com a evolução dos principais índices norte-americanos, regista uma queda de cerca de 20% desde o início da guerra. A manutenção dos actuais níveis constituem por si um sinal positivo adicional para o mercado accionista.

Dentro dos diversos mercados europeus, continuamos a preferir o DAX a curto prazo, que poderá continuar a beneficiar das suas actuais características (high risk, high beta). Não obstante alguns dos seus problemas estruturais, a economia alemã tem vindo a beneficiar de algumas medidas para corrigir das fortes perdas que registava este ano, designadamente alterações na legislação laboral e cortes na Segurança Social. Em termos de alocação sectorial, reiteramos a nossa preferência sobre a banca dadas as suas características defensivas; perspectiva de queda para as provisões para crédito de cobrança duvidosa, dados pelo próprio sector; aumento da inclinação da curva das yields deverá reflectir-se positivamente na margem financeira dos bancos; e dividend yield atractivo. Os sectores farmacêutico e o retalho alimentar também se mantêm entre os nossos preferidos, dado não estarem tão dependentes do ciclo económico. Pelo contrário, devemos reduzir a exposição a transportadoras aéreas, TMT's químicas e seguradoras. Em termos geográficos, preferimos os mercados espanhol, italiano, francês e inglês, em detrimento do suíço, irlandês e alemão.

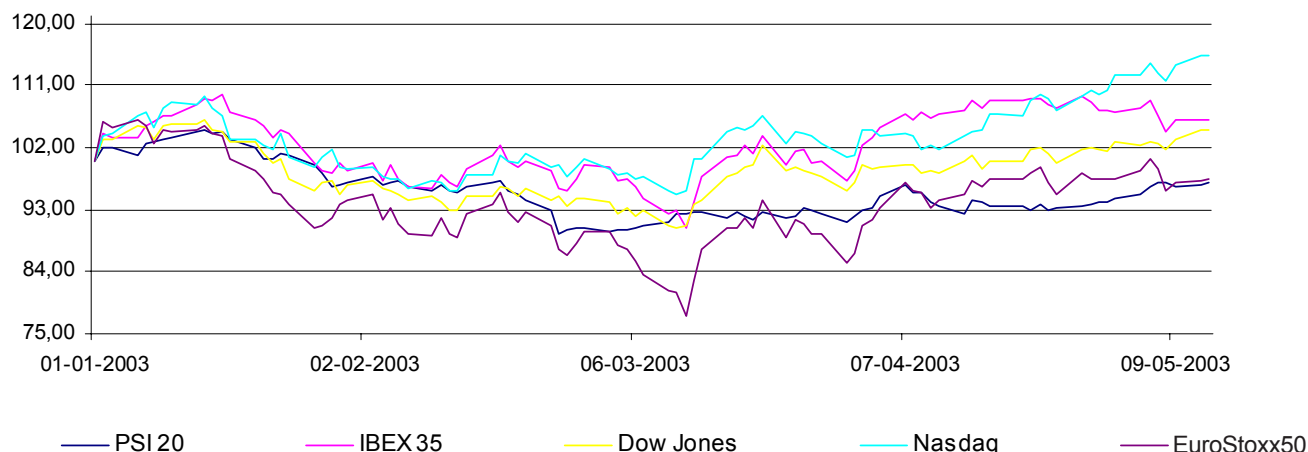
DJ Stoxx 50 - Acções do Ano



DJ Stoxx 600 - Sectores do Ano



Valorizações Bolsistas



breves

Preço dos combustíveis vai baixar...

Se o preço do petróleo continuar a baixar e o dólar mantiver a tendência de desvalorização o preço dos combustíveis vai baixar, afirmou a ministra de Estado e das Finanças, Manuela Ferreira Leite. Se efectivamente baixar o preço dos combustíveis, essa poderá ser uma boa notícia para quem até agora utilizava os transportes públicos: é que a titular da pasta das Finanças admite a hipótese de introduzir uma fórmula selectiva na atribuição dos passes sociais, consoante os rendimentos auferidos: os passes sociais dos transportes públicos poderão sair mais caros aos titulares de rendimentos mais elevados. Esta possível selectividade justifica-se, segundo Manuela Ferreira Leite, em virtude do desfasamento existente entre os preços dos passes sociais das transportadoras públicas e os custos que suportam anualmente.

Combater a estagnação económica

Numa conferência organizada no final de Maio pelo Partido Comunista Português, em que participaram os economistas João Ferreira do Amaral, Manuela Silva, Octávio Teixeira e o secretário-geral da CGTP Manuel Carvalho da Silva, conclui-se que a estagnação económica no nosso país poderá transformar-se numa recessão prolongada porque existem causas estruturais para este estado de coisas. A conferência, intitulada "medidas necessárias para combater a estagnação económica", teve lugar no Parlamento e dela saíram várias sugestões para, a curto-prazo, evitar o agravamento da situação económica do nosso país, entre as quais se destaca a necessidade de não manter o objectivo do défice orçamental, até porque o próprio Pacto de Estabilidade e Crescimento admite maiores défices em caso de recessão.

Economia americana em recuperação?

Nos últimos 12 meses, o dólar teve uma queda de 20 por cento em relação ao euro, o que tem, naturalmente, contribuído para a valorização da moeda única europeia. No entanto, recentemente, o secretário americano do Tesouro, John Snow, mostrou-se confiante na progressão da economia dos Estados Unidos da América, pelo menos por comparação com o ano de 2002. John Snow sugeriu mesmo que no segundo semestre deste ano a economia americana dará sinais de crescimento. Após um crescimento de apenas 0,4 por cento no primeiro trimestre, John Snow considera que estão reunidas as condições para uma boa recuperação já no segundo trimestre.

O presidente da Reserva Federal norte-americana, Alan Greenspan, também está optimista e afirmou, perante uma comissão de Economia do Congresso, que a economia americana tem capacidade para crescer a um ritmo mais acentuado.


BCP Investimento

BANCO COMERCIAL PORTUGUÊS DE INVESTIMENTO, SA

Beetle Cabriolet

O regresso do Carocha



É um clássico da história do automóvel. Sessenta anos depois do seu nascimento, a Volkswagen volta a procurar no seu modelo mais famoso argumentos para conquistar um segmento de mercado com um peso crescente na indústria automóvel. Depois do lançamento de Beetle convencional, a marca alemã colocou no mercado a versão Cabriolet, exactamente 44 anos depois do nascimento do primeiro VW Carocha descapotável.

Desde 1980 que nenhuma geração de Carochas conhecia uma versão cabriolet, mas os responsáveis da VW acreditam no êxito do novo carro, que chegou ao mercado português com o sol dos primeiros dias da Primavera de 2003.

As linhas do novo carro respeitam o modelo que serviu de base e na carroçaria são poucas as diferenças, excepto que se trata de um cabriolet de linhas bem características. Referiram-se os cuidados particulares

dispensados à segurança dos ocupantes, onde se destaca um sistema de protecção automático em caso de capotamento. Quanto ao equipamento,

tudo o que um condutor exigente espera encontrar num carro de qualidade: ABS, airbag para condutor e acompanhante, airbags laterais e capota eléctrica.

No segundo semestre de ano os interessados terão à disposição o Beetle Cabriolet equipa com um motor TDI, mas para já as escolhas são motores de 1390 cc e 75 cavalos de potência e de 1595 cc e 101 cavalos. Os preços são de 24 300 euros para o modelo 1400 e de 27 432 para o 1600.

Audi 4 Cabriolet

Seguindo os passos dos grandes construtores, também a Audi voltou a lançar um descapotável. E como há receitas que convém repetir, pegou no novo A 4, aproveitou o motor de 1.8, com turbo compressor, capaz de debitar quase 170 cavalos de

potência e espera agora que o mercado lhe permita repetir os êxitos alcançados com as versões anteriores.

Ao volante do novo Audi, a principais melhorais observam-se a nível da estabilidade, da redução dos ruídos quando se viaja com a capota fechada,

melhor resposta do motor, mais eficácia no sistema de travagem e uma melhoria geral dos equipamentos de série.

Além do ABS, o Audi 4 Cabrio dispõe de ar condicionado automático, estofos em pele, controlo de tracção, "airbags" laterais e para condutor e passageiro, sensores de estacionamento e sistema eléctrico para fecho e abertura da capota.

Para os amantes das velocidades, o construtor aponta os 226 quilómetros por hora como limite. O motor, com 1781 cc, é capaz de debitar uma potência de 163 cavalos. Quanto à aceleração, necessita de 9,4 segundos para atingir os 100 km/h.

Quanto ao preço é de 44.500 euros.



Mercedes CLK Cabriolet

Chegaram a Portugal os novos Mercedes CLK Cabriolet. São cinco versões para gostos e bolsas diferentes, mas em todas elas estão presentes as melhores características que a marca alemã tem para oferecer. Segurança, potência e conforto.

Para os que primazia à potência, a nova geração CLK está disponível com cinco, são cinco motores, que debitam entre os "modestos" 170 cavalos até aos impressionantes 367 e no seu segmento é o único que apresenta dois modelos (CLK 500 e CLK AMG equipados com motores de oito cilindros).

Além dos novos motores, os novos cabrio da Mercedes cresceram preciosos centímetros, uma pequena diferença com vantagens, principalmente para os ocupantes, que viajam no banco de trás do veículo e na mala, agora com capacidade para 390 litros.



Quanto à segurança, há também novidades e mantém-se como emblema dos CLK, nomeadamente através dos aperfeiçoamentos introduzidos no sistema de protecção caso o carro seja atirado para situações mais difíceis ou ameace capotar. A nível dos interiores, o CLK conheceu também novidades, com um tablier mais sofisticado, a que se juntam alguns luxos, como a climatização individual, sensores de chuva e iluminação com activação automática mantendo-se a qualidade

dos materiais e a boa posição para o condutor.

Para muitos o principal defeito do carro pode mesmo ser o preço. O mais barato ronda os 60 mil euros. O que até pode nem ser muito, se tivermos em conta o mesmo veículo pode ser um cabrio ou um carro utilitário. A escolha é do condutor e está ao alcance de um simples botão. A experiência do fabricante e a tecnologia fazem o resto em escassos 20 segundos.

Toyota MR2 1.8 Cabriolet

Com novos atributos, a Toyota voltou a investir no MR2. É um carro de linhas agressivas com características muito particulares que fazem dele um descapotável diferente. Lançado nos finais de 2002, o renovado MR2 procura consolidar uma posição já conquistada no segmento dos "pequenos" cabriolet. A estrutura base mantém-se, mas houve importantes melhorias na carroçaria, com alterações no pára-choques e um novo conjunto de ópticas que lhe conferem um ar mais moderno.

Com apenas dois lugares, o MR2 recebeu também melhorias no interior, onde a qualidade continua a marcar a diferença e onde não faltam todas as comodidades, como ar condicionado,

sensores de estacionamento, sistema de navegação e rádio leitor de CDs. No equipamento de série não falta também o ABS com EBD, controlo de tracção, direcção assistida, controlo de

estabilidade e duplo airbag. O motor tem 1794 cc, com uma potência de 140 cavalos e capaz de atingir os 210 quilómetros por hora. O preço ronda 34 781 Euros.

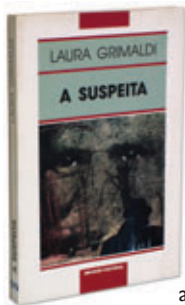




Kazuo Ishiguro:
"Um Artista do Mundo Transitório"

Livro Aberto

Kazuo Ishiguro nasceu em Nova Iorque em 1954 e foi para Inglaterra em 1960. Tendo ganhado o prémio Whitbread Book of the Year com este romance, veio a ser contemplado em 1989 com o Booker Prize, um dos mais conceituados prémios literários britânicos. Um Artista do Mundo Transitório é uma obra requintada e subtil, visão retrospectiva de uma vida onde se confrontam com delicada lucidez e a integridade, a arte e a política, o passado e o presente.



Laura Grimaldi:
"A Suspeita"

Difusão Cultural

Os indícios acumulavam-se, um a um, cimentando a suspeita, ampliando-a, dando-lhe consistência, enquanto os massacres se sucediam: jovens casais eram barbaramente assassinados e mutilados por um criminoso implacável que atacava, e locais ermos, nas noites de lua nova... Aquela pavorosa interrogação dilacerava-a: seria o seu próprio filho o assassino que espalhava o horror e a morte na região? Todos os indícios pareciam confirmar inexoravelmente a sua obsessiva suspeita...



Paulo Coelho:
"O Demónio e a Senhorita Prym"
Pergaminho

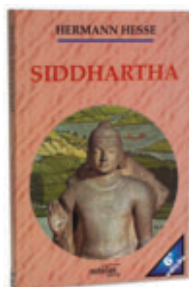
A descoberta de que o bem e o mal coexistem em todas as pessoas leva por vezes a conflitos internos difíceis de resolver. Este livro de Paulo Coelho fala-nos precisamente dessa luta interna que todos nós travamos perante as mais diversas tentações, e da tomada de consciência de que a diferença entre um santo e um pecador passa apenas pelas opções que se tomam na vida. A população de uma pequena aldeia de pessoas honestas e trabalhadoras é confrontada com uma estranha proposta de um forasteiro: cometer um crime para ganhar uma quantidade de ouro que os tornaria ricos por várias gerações. Quais serão as motivações de uma tal proposta? Como reagirão aquelas pessoas que, até esse momento, nunca na vida tinham pensado em cometer um crime? Paulo Coelho leva-nos à descoberta da resposta a estas perguntas, num percurso onde o bem e o mal estão sempre presentes.



Dóris Graça Dias:
"As Casas"

João Azevedo

É um texto de enganadora simplicidade, este *As Casas*. Escrito assim, mezza voce, quase se assemelha a um álbum de recordações que reencontramos, com surpresa: nem uma fotografia dele se desprende, com o correr dos anos. Mas o texto é outra coisa, de tal forma a exigente convocação da memória contribui para cerzir uma topografia rigorosa, feita de janelas e recantos, de salas e varandas, de corredores e objectos, um labirinto construído por dentro, com a minúcia de um desenho de arquitectura, simultaneamente verosímil e imaterial. *As Casas* não se limitam a assinalar um percurso; elas são o próprio percurso, cuja sinalização se vai fazendo por nomeação de lugares, falas, lágrimas e murmúrios - e risos, também risos, porque esses, felizmente, ecoam por dentro da tessitura quase musical desta pequena peça de câmara dada por Dóris Graça Dias ao júri de um prémio literário. Mas regressa essa ideia de simplicidade, com que se faz a literatura deste livro, e é enganadora, porque uma vida (ou diversas) se recorta, com invulgar equilíbrio e delicadeza, por detrás desta grafia minuciosa, desta espécie de caligrafia que se vai alinhando, quase inventariando, as próprias vozes que as casas foram, quando foram eco da nossa voz. E, uma após outra, como a vida, mas apenas dependentes da lógica textual que instauram, elas se vão desdobrando umas das outras, a da primeira infância, a dos avós, a de África, e nenhuma conta a sua história, porque essa história é apenas sentida como coisa que elas nos fazem dizer. A teia torna-se, assim, densíssima sem impenetrabilidade, mas deixando perceber que há segredos para lá dos segredos que elas nos entregaram. E que "os lugares que foram nossos também valem quando deixarem de nos pertencer". Porque nos pertencem na nossa memória deles. Até à última gota. Até à última letra.



Hermann Hesse:
"Siddhartha"

Notícias

Filho de um brâmane, desde cedo Siddhartha se destacou pela sua inteligência, aponto de familiares e amigos lhe augurarem um futuro brilhante. Ele, no entanto, temendo pela salvação, parte, acompanhado pelo amigo Govinda, entretanto "refugiado junto do sábio Buda", ao encontro da paz espiritual. Neste deambular, cruza-se com a bela Kamala, com quem se "entrega à vida dos sentidos" até ao momento de buscar na cidade, a experiência

"indispensável à paz" e "unidade do universo". Um encontro com o barqueiro Vasudeva, há-de, no entanto, de o levar até à floresta, onde, finalmente, apreende "a unidade e harmonia de toda as coisas".



David Malouf:
"Conversas em Curlew Creek"

Quetzal

Corre o ano de 1827, numa remota cabana nos planaltos da Nova Gales do sul, dois estranhos passam a noite a conversar. Um, Carney, um irlandês analfabeto, ex-condenado e bandoleiro, vai ser enforcado ao amanhecer. O outro, Adair, é oficial da polícia encarregado de supervisionar o enforcamento. À medida que a noite decorre, os dois partilham recordações e descobrem estranhas ligações nas suas vidas. Fora da cabana, os homens de Adair esperam o romper da manhã. Carney interroga-se sobre os acasos do nascimento e da sorte que o levaram àquela situação. Adair recorda a Irlanda da sua juventude e a arrogante e volúvel Virgília, filha de um proprietário da vizinhança. O que terá trazido Adair até à Austrália? E porque razão será Carney tão importante para o seu futuro?

David Malouf é internacionalmente reconhecido como um dos melhores escritores australianos. Entre os seus romances - dos quais *Conversas em Curlew Creek* foi o primeiro a ser publicado em Portugal - contam-se *Johnno*, *An Imaginary Life*, *Harland's Half Acre* e *The Great World*, que recebeu o Commonwealth Writer's Prize e o Prix Femina Étranger em 1991. *Remembering Babylon*, de 1993, foi selecionado para o Booker Prize e foi galardoado com o primeiro IMPAC Dublin Literary Award.



Luís Sepúlveda:
"Diário de um Killer Sentimental"

Asa

Com *Diário de um Killer Sentimental*, Jacaré e Hot Line - três novelas que foram previamente publicadas em folhetim nos jornais "El Mundo" e "El País" e que aqui se agrupam sob a forma de livro - Luís Sepúlveda regressa ao género policial, que já havia abordado com sucesso em *Nome de Toureiro*. Escritor multifacetado, que domina com igual mestria o romance de recorte clássico, o relato de viagens ou o conto infantil, Sepúlveda encontra no chamado género "negro" a veículo ideal para, simultaneamente, dar guarida à sua inesgotável veia de contador de histórias e à sua preocupação pelos condicionismos sociais.



Antônio Tabucchi:
"Pequenos Equívocos Sem Importância"
DIFEL

Uma Toscana secreta e enfeitada, villas em Forte dei Marmi, uma gare na Riviera, uma Lisboa baudelairiana, um rali de carros antigos, um perseguidor implacável com ar distinto num comboio de Bombaim para Madrastra. Numa primeira leitura, os contos de Tabucchi podem aparecer como aventuras existenciais e retratos de viajantes irônicos e desesperados. Mas a aparente sintonia entre a realidade e ficção transforma-se de súbito em perturbação e mal-estar. Como oblíquos "contos filosóficos", as histórias de Tabucchi reduzem-se a uma reflexão em torno do acaso e da escolha, a uma tentativa para olhar por entre os interstícios que sulcam a tecitura da existência.

Nas páginas de Tabucchi, existe uma inquietação metafísica que evoca Piero della Francesca, Chirico e Pirandello. Mas este escritor, que gosta das personagens excêntricas e das vidas falhadas, adensa os seus enigmas com uma estranha luminosidade: as suas "teias" policiais são a busca de um investigador que não procura respostas, mas uma mensagem, um sinal, uma aparição.



Paulo Coelho:
"O Alquimista"
Pergaminho

O Alquimista relata as aventuras de Santiago, um jovem pastor andaluz, que um dia abandona o seu rebanho para ir em busca de uma quimera: realizar o seu destino e cumprir a sua lenda pessoal. Numa viagem através do deserto, Santiago descobrirá a sua forma de alquimia, de aprender a ouvir a voz do coração e a ver além do que os olhos nos dão a ver, encontrando um sentido profundo para a sua vida.

"Cada homem na face da Terra tem um tesouro que está esperando por ele", disse o seu coração. "Nós, os corações, costumamos falar pouco destes tesouros, porque os homens já não querem mais encontrá-los. Só falamos deles às crianças. Depois deixamos que a vida encaminhe cada um em direcção aos seu destino. Mas, infelizmente, poucos seguem o caminho que lhes está traçado, e que é o caminho da Lenda Pessoal e da felicidade. A maioria acha o mundo uma coisa ameaçadora. (...) Então nós, corações, vamos falando cada vez mais baixo, mas não nos calamos nunca. E torcemos para que as nossas palavras não sejam ouvidas: não queremos que os homens sofram,

porque não seguiram os seus corações."

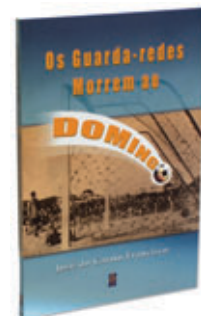
Alfredo Bryce Echenique:
"Guia Triste de Paris"
Teorema

"Guias práticos há-os, bons e maus, mas que eu saiba não existem guias tristes, e muito menos de Paris." - Alfredo Bryce Echenique.



Abolir a fronteira que separa a realidade da ficção foi, desde sempre, uma das mais caras aspirações do ser humano. A magia e a literatura conseguiram-no, mas poucos privilegiados conseguem exercê-las com suficiente autoridade e, no nosso tempo, ninguém o faz de forma tão divertida e comovedora como Alfredo Bryce Echenique. Guia Triste de Paris é uma excelente amostra do seu reconhecido talento para recriar o mundo. Utilizando materiais de ambos os lados dessa fronteira, Bryce Echenique oferece-nos catorze histórias nas quais suprime calmamente as barreiras entre o que foi e o que poderia ou deveria ter sido. Uma operação que realiza com toda a naturalidade, pois, como ele próprio confessa, costuma deixar a fantasia "entrar e circular livremente por onde lhe der na sua real gana, em qualquer circunstância e momento, inclusivamente a dormir".

José do Carmo Francisco:



"Os Guarda-Redes Morrem ao Domingo"
Padrões Culturais

Este livro, que se pode traduzir numa ode ao futebol, é composto por onze contos, onze poemas e onze crónicas. Mas o futebol que se descobre nestas páginas não é o futebol daqueles que têm "os

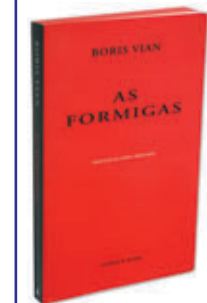
olhos sujos pelo dinheiro", porque esses não o podem compreender, nem apreciar, porque não compreendem nem apreciam os valores mais importantes, como é muito bem demonstrado no conto "Os cinco segundos mais demorados da minha vida". Este é um livro que só pode ser compreendido por quem ama o futebol como o autor o ama, ou por quem, mesmo não gostando de futebol, queira descobrir e conhecer histórias do tempo em que o futebol merecia ser amado, histórias de um tempo e de um lugar onde se juntava "a paixão pelo clube, a fé na vitória e a herança dos que vieram antes de nós e não podíamos desiludir...". Muito mais do que um livro sobre futebol, este Os Guarda-Redes Morrem ao Domingo é um livro sobre pessoas que merecem

ser lembradas, sobre a honra e a dedicação, sobre o sofrimento e as injustiças, não da vida mas dos homens. "Eu gostava do jogo pelo jogo, pelo prazer, pelo usufruto da indecisão, pelo gosto da vitória. Para mim o futebol era uma festa, afastei-me quando o senti perto de ser apenas um modo de vida." - recordar os momentos em que o futebol era uma festa, pelo menos para jogadores e adeptos, é verdadeiramente emocionante. E, ao passear ao longo destas páginas, não raras vezes poderá sentir o mesmo "peso negativo da angústia e do sofrimento", convertido num nó na garganta, que sentiram as personagens reais destes contos e destes poemas.

Outras sugestões



António Coimbra de Matos:
"Mais Amor Menos Doença"
- a psicossomática revisitada"
Climepsi



Boris Vian:
"As Formigas"
Assírio & Alvim



Florbela Espanca:
"Sonetos"
Ulisseia



Michael Tolkien:
"O Vencedor"
Edições 70



Nicholas Sparks:
"Um Momento Inesquecível"
Presença