

O papel das comunidades de práticas na prestação de cuidados de saúde primários

HORÁCIO COVITA*

RESUMO

Hoje já não basta o que sabemos, mas quem nós conhecemos. As redes sociais, as comunidades locais, as comunidades virtuais, as redes de contactos e de influência dentro das organizações marcam e influenciam a cultura e as decisões de forma muito mais eficaz que os organigramas e as estruturas formais das organizações imaginam. Capitalizar as práticas e os saberes que as equipas de profissionais detêm é a proposta de reflexão deste artigo. As Comunidades de Práticas (COPs) podem constituir excelentes oportunidades para «libertar» as competências e saberes escondidos dentro das equipas e colocá-los ao serviço dos Cuidados de Saúde Primários, isto é, dos cidadãos com necessidades de cuidados de saúde.

A APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA E AS COMUNIDADES DE PRÁTICAS DE MÉDICOS

Actualmente colocam-se enormes desafios às equipas que integram os Centros de Saúde, particularmente às *equipas multiprofissionais* que irão concretizar os compromissos assistenciais, a incluir nos planos de acção das USF – Unidades de Saúde Familiar^a. De facto, estamos na presença de uma oportunidade e também de um enorme desafio a estas equipas que irão construir as USF e que terão que mobilizar e utilizar quotidianamente «novas competências^b», diferentes das competências técnicas e profissionais individuais; com destaque para as competências de autonomia e gestão pessoal, negociação e construção de compromissos, responsabilização e partilha duma cultura comum; estas competências demonstram-se a todo o momento e devem ser actualizadas de forma contínua e per-

manente, constituindo a USF e a equipa de trabalho «os espaços naturais» para a sua aprendizagem e amadurecimento. A visão actual das competências aponta para a responsabilização do cidadão, enquanto «gestor do seu portfólio de competências», em constante mutação; as competências, enquanto estratégias de mobilização de saberes para a resolução de situações e para a geração de valor, exigem reflexão e actualizações permanentes e constituem o elemento chave para a construção de perfis profissionais e perfis de educação/formação.

MÉDICOS EM COMUNIDADES DE PRÁTICAS! QUE VANTAGENS?

As Comunidades de Práticas não são uma panaceia para todos os males. São formas de organização humana muito complexas, exigentes, difíceis de implementar e que visam a construção de

a. A este propósito sugere-se a consulta das «Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários», disponível no *site* da MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários em <http://www.mcsp.min-saude.pt>

b. Para aprofundamento desta visão, consultar o *site* Educação e Formação na Comunidade Europeia, em http://europa.eu.int/comm/education/index_en.html.

*Psicólogo Social e das Organizações
Assessor na MCSP
Docente na U. Católica Portuguesa

QUADRO I

MODOS DE APRENDER E CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM

Modos de Aprender	Contextos de Aprendizagem	Padrões Dominantes
Aprender, sendo ensinado (socialização)	Escola, educação institucionalizada fundamentais	Validação social das aprendizagens
Aprender, sendo assistido (modelos de referência)	Local de trabalho, campus virtuais	Desenvolvimento proximal; interacções tutoriais
Aprender, sendo autónomo (construção do <i>self</i>)	Espaços de vida, as comunidades e equipas multiprofissionais das USF, as evidências e narrativas, as práticas em progresso	Reflexividade, pensamento crítico, compromissos <i>inter pares</i> , gestão e decisão perante situações não conhecidas

uma cultura de equipa que coopera, onde a Confiança e a Participação são elementos centrais e não palavras vãs; mais que as condições materiais, as instalações, os equipamentos e as tecnologias, são estas dimensões e competências «escondidas», não explícitas, por isso tácitas e, por vezes, não óbvias, que explicam a sobrevivência e o funcionamento destas Comunidades com níveis de qualidade e satisfação muito superiores, apesar das dificuldades de percurso e mesmo da falta de preparação e experiência das próprias equipas para

lidarem com novas formas de organização e participação; claramente, a lealdade, a confiança, a partilha de responsabilidades, a coesão em torno de lideranças que assentam mais no reconhecimento que no poder e autoridade institucional integram esse capital destas equipas.

Se olharmos para as actuais equipas que funcionam no regime RRE^c, verda-

c. Regime Remuneratório Experimental dos Médicos da Carreira de Clínica Geral, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio.

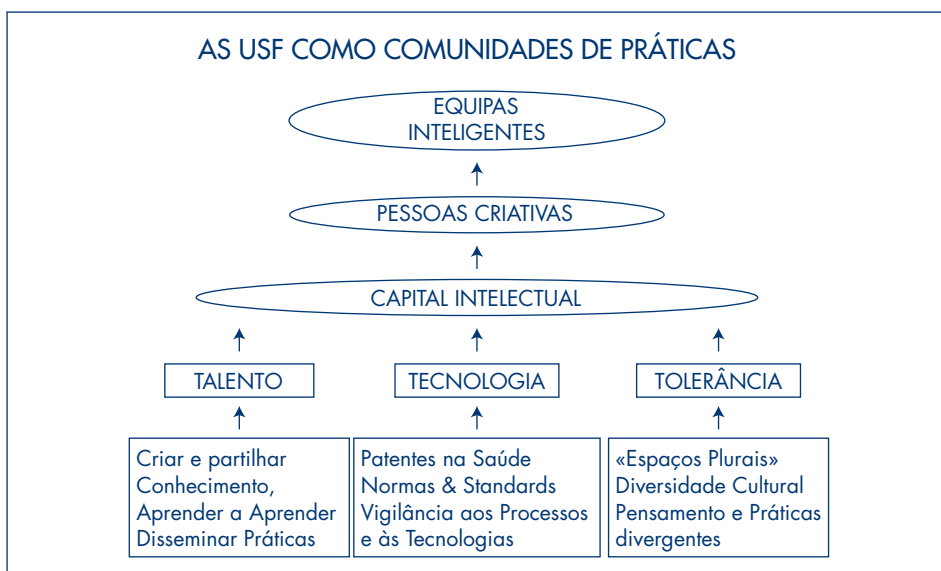


Figura 1. As USF como comunidades de práticas

deiros embriões das futuras USF, assistimos a esforços e iniciativas de construção de Comunidades de Práticas, ancoradas na reflexão crítica sobre o funcionamento da equipa, na procura partilhada de melhores práticas e soluções e sua implementação em comum; estas equipas podem ser consideradas como exemplos e esforços de aproximação às dimensões e competências próximas das reflectidas acima.

Complementarmente são visíveis esforços para a prestação de cuidados de saúde mais ajustados às características das populações e listas de utentes que se querem servir e que integram preocupações e agendas que podem sistematizar-se do seguinte modo:

- Preocupações com o desenvolvimento pessoal dos 3 T – Talento, Tolerância e Tecnologia¹: de facto uma Comunidade de Práticas é composta por uma «equipa inteligente»; cada um dos seus membros e a equipa investem e colocam permanentemente as suas capacidades de resolução de problemas e capacidades inventivas ao serviço da equipa – **Talento**; por outro lado, desenvolvem atitudes e posturas de respeito pela diversidade e pelas diferenças culturais, aceitando «olhares» diferentes sobre os problemas e situações, pois a diversidade ajuda a construir soluções mais robustas e, acima de tudo, soluções que vão ser implementadas por quem as construiu – **Tolerância**; por outro lado ainda, estas equipas demonstram esforços permanentes de melhoria de processos e rotinas, incorporam métodos de trabalho e recursos simplificadores e estão atentas a inovações, procurando incorporar os resultados numa atitude permanente de «vigilância» a inovações a mudanças positivas conseguidas por outras equipas – **Tecnologia**;

- Vantagens da aprendizagem *inter pares*, desencadeada pelos processos de reflexão crítica mediada e facilitada,

pois estas equipas possuem a humildade de aprender também com os «seus iguais», mas com práticas diferentes, reconhecendo-lhes valor e capital intelectual acumulado que pode ser apropriado por outras Equipas e recontextualizado para outros territórios e geografias;

- As oportunidades de inovar as práticas médicas, a partir das (*cooper*) acções contínuas de *benchmark* e «vigilância» a descobertas e mudanças nos contextos (processos, normas, serviços, tecnologias, etc...);

- Os desafios do «estar em rede»² e a aprendizagem ao longo da vida, resultante também da reflexão permanente sobre as próprias práticas.

Assim, a Inovação nas práticas médicas e, por consequência, a qualidade das equipas integradoras das USF – Unidades de Saúde Familiar constroem-se a partir de atitudes permanentes de «vigilância», «reflexão crítica» e de «disseminação» de práticas e acima de tudo de soluções que funcionam e, por isso, podem poupar enormes investimentos, riscos e tempo a outras equipas confrontadas com desafios semelhantes aos já vividos e ultrapassados positivamente por outras Equipas. Por exemplo, a estratégia de preparação da mudança e substituição do coordenador da equipa da Unidade de Saúde, processo muito sen-

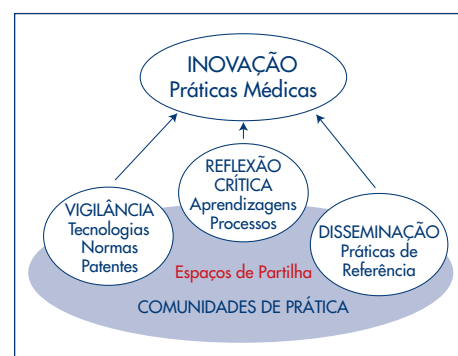


Figura 2. Comunidades de Práticas – Precursoras de Inovação nas Práticas Médicas

sível e com impactos no clima e nos resultados posteriores, pode ser preparado e reflectido com pares, isto é, outros líderes de equipas que vivenciaram processos semelhantes no passado próximo.

AFINAL O QUE SÃO COMUNIDADES DE PRÁTICAS?

As Comunidades de Práticas³ são, de acordo com E. Wenger (2002), equipas de pessoas que partilham uma paixão por qualquer coisa que sabem fazer e que interagem regularmente para aprender a fazê-lo melhor; de facto as Comunidades de Práticas são verdadeiras instituições humanas, vivas, naturais, espontâneas e auto-dirigidas e que existem, provavelmente, desde que o homem desenvolveu «práticas de caça em grupo», não sendo difícil imaginar esses empreendimentos colectivos de elevado risco, assim como as aprendizagens inerentes e os processos de aculturação e integração dos jovens nessas comunidades de práticas.

No contexto dos Cuidados de Saúde Primários propomos uma definição mais ampla e socialmente utilitária das Comunidades de Práticas (COPs); assim, consideramos as COPs verdadeiros «Espaços Humanos» criadores de profissionais experientes e críticos, logo cidadãos, que narram e dão sentido ao Conhecimento, à Aprendizagem e às Competências, e que visam a construção de soluções e a geração de valor, traduzíveis em cuidados de saúde, para as populações que servem.

As dinâmicas de funcionamento de uma COP podem ser caracterizadas sinteticamente do seguinte modo:

1. Prática de negociação, de reflexão, de aprendizagem partilhada,
2. Identidade pessoal enriquecida (estímulo permanente à construção do *self*)⁴,
3. Pertença a uma equipa, cuja cultura é também construída pelo indivíduo,

que procura soluções comuns, de forma coesa e convergente.

PRINCIPAIS ATRIBUTOS DE UMA COMUNIDADE DE PRÁTICAS?

- Concebida para evoluir,
- Abertura ao diálogo interno e externo,
- Níveis diferentes de participação,
- Espaços públicos e privados,
- Focalizada na geração de valor,
- Mix de familiaridade e entusiasmo,
- Dinamismo e ritmo.

CONTRIBUTOS PARA UMA NARRATIVA DA CONSTRUÇÃO DE COMUNIDADES DE PRÁTICAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Embora exista a consciência de que as práticas em curso – «dinâmicas de participação dos profissionais» – e que visam a construção e a animação de Comunidades nos CSP ainda se apresentem pouco generalizadas e com um carácter incipiente, sejam elas comunidades de interesses, comunidades de partilha e reflexão, comunidades de aprendizagem, deve ser dado realce a algumas Comunidades existentes, cujo dinamismo é, nalguns casos, digno de realce, pois é explicado e iniciado a partir de «*motivadores*» e «*elementos desencadeadores*» fortemente mobilizadores dos médicos, como sejam as questões da Reforma dos CSP, desafios para a mudança organizacional e implicações nos incentivos, na mobilidade e nas carreiras dos profissionais (caso de algumas comunidades de interesses constituídas por Médicos de MGF, alojadas e suportadas em ambientes WEB, como é o caso das listas de distribuição^d).

No entanto existem outras «proto-co-

d. Por exemplo o yahpoogroups. Ver <http://groups.yahoo.com>

munidades» em situação ainda embrionária, explicável pelo facto de os seus elementos desencadeadores ainda não terem atingido um nível de procura e despertado o interesse que justifique uma intensidade colaborativa elevada, que aglutine interesses e motivações de um número significativo de Médicos; referimo-nos, por exemplo, à consolidação de Redes de Orientadores de Internatos Médicos, nomeadamente as EIO – Equipas Integradas de Orientadores.

Tomando como exemplo de referência as actividades desenvolvidas até ao momento no âmbito da participação na construção e dinamização de Comunidades de Interesse, de Aprendizagem e mesmo Comunidades de Práticas podemos visualizar o itinerário – já percorrido em parte – de construção e reconstrução permanente de redes⁵ e comunidades, umas mais formalizadas que outras, mas onde é visível um acumular de «capital» de interacção, participação, conectividade e comprometimento, que, inequivocamente constituem ingredientes importantes para a sobrevivência e longevidade duma Comunidade.

Vejam-se as fases ou marcos mais significativos deste itinerário de **construção e disseminação (alargamento)** de comunidades e, paralelamente, os vários tipos de comunidades que podem emergir ao longo dos processos, constituindo desafio fundamental a sistematização de estratégias que permitam capitalizar e fazer convergir estas comunidades, que embora tenham como denominador comum o interesse por práticas e conteúdos bem definidos, apresentam, entre outras características, dinâmicas diversificadas, formas de organização e de funcionamento particulares e longevidades variáveis; destaca-se o papel da *comunidade precursora*, enquanto comunidade de «arranque» ou elemento motriz e dinamizador de alargamentos e conectividades com outras comunidades, que poderão associar-se a esta ou virem a funcionar *de per si*.

ITINERÁRIO PARA A CONSTRUÇÃO E DISSEMINAÇÃO DE COMUNIDADES⁶

A Fase de Construção de uma COP

- **Anel nuclear:** comunidade *precursora* – comunidade restrita, durável, estruturada e focalizada em problemas, práticas ou mesmo conteúdos bem determinados; caracteriza-se pela focalização na agenda produtiva, fomentando a produção individualizada e discussão técnica com pares e a coordenação do projecto, demonstrando ainda e de forma habitual uma elevada intensidade colaborativa entre os seus membros; esta primeira comunidade constitui-se como o elemento motriz de todos os desenvolvimentos e alargamentos da Comunidade descritos a seguir; a comunidade precursora poderá ser visualizada, por exemplo, no grupo nuclear que se constitui para instalar uma USF;
- **Anel intermédio:** comunidade de porte intermédio, alargada a partir da *comunidade precursora*, que tem as responsabilidades de dinamização; este anel é constituído por membros que apresentam níveis de colaboração menos intensos, podendo mesmo verificar-se alguma mobilidade e presença efémera; naturalmente a participação destes elementos é menos intensa e surgirá dependente das iniciativas do grupo precursor; podemos visualizar este nível de participação nos profissionais convidados pelo grupo nuclear ou precursor para integrar a equipa multiprofissional de uma USF;
- **Anel externo:** *difuso e de geometria variável* – elementos técnicos com uma cultura «periférica» ao espírito e cultura da COP, mas necessários e desejados pelos restantes membros, pois uma das características das COP revela-se junto destes membros: a tolerância e aceitação de níveis de participação e envolvimento bastante menos intensos; também a participação dos membros deste anel externo pode ser pontual e

efêmera, caracterizando-se por participações especializadas e de resposta a necessidades pontuais; podemos visualizar este nível de participação nos profissionais de saúde convidados a integrar a USF, assegurando serviços da carteira adicional ou serviços técnicos pontuais e esporádicos; no entanto, não deverá ser desvalorizado o papel destes membros, já que podem acrescentar enorme valor à qualidade da carteira de serviços prestados pela equipa. A importância dos membros que integram o anel periférico é também constatada pelo valor dos olhares mais «externos» e mais distantes, mas também mais descomprometidos e, por vezes, mais próximos das necessidades dos «clientes» e dos potenciais parceiros; também a articulação com outras unidades pode ser favorecida por estes profissionais, atendendo ao seu perfil de colaboradores, por exemplo, com outras unidades de saúde ou mesmo com outras redes prestadoras de cuidados, nomeadamente redes sociais.

A Fase de Disseminação e Alargamento de uma COP – As Redes de Comunidades

- **Eventos de divulgação:** dirigidos a outras comunidades técnicas, visa a construção de redes de comunidades, como por exemplo, a Rede de USF, constituindo-se como um espaço vocacionado para a partilha de experiências, práticas e dos resultados, decorrentes da implantação dos projectos e planos de acção; poderão concertar-se iniciativas de partilha de recursos escassos, desenhar acções que exigem escala, como, por exemplo, programas de desenvolvimento de competências, processos de reconhecimento de adquiridos, negociação e cooperação em programas de educação/formação pré e pós-graduada, entre outras iniciativas;
- **Acções de apropriação de práticas:** em articulação com redes e parcerias, nomeadamente com a Rede de USF, por

exemplo, poderão ser estruturadas acções de apropriação de práticas em progresso, assim como podem realizar-se operações de *benchmarking* e *benchmarking learning*, materializadas, por exemplo, através de estágios que favorecerão a apropriação de acções e *skills* específicos do plano assistencial, a aprendizagem de determinados gestos ou técnicas, ou mesmo o domínio de programas de *coaching* de internos.

- **Comunidade virtual:** comunidade de facilitação e apoio à Rede de USF, suportada num ambiente de comunicação *on-line*, podendo constituir espaço privilegiado de partilha de bases de conhecimento e reportórios de práticas bem sucedidas nos Cuidados de Saúde Primários; estes espaços de conhecimento disponibilizados em modo virtual exigem uma atenção particular às competências de facilitação, mediação e aconselhamento, assim como às competências de gestão e validação da qualidade de conteúdos, não esquecendo também as capacidades de mobilização dos membros das Comunidades para tarefas de aprendizagem cooperativa num ambiente mediado por tecnologias.

COMO PODEM EVOLUIR AS COMUNIDADES DE PRÁTICAS NOS CSP?

Os processos de construção e instalação de COPs em contextos organizacionais e culturais muito diversificados, constituindo os CSP em geral e as USF em particular um observatório excepcional, permitem a identificação de padrões comportamentais comuns, podendo ajudar a tipificar estádios de desenvolvimento semelhantes a qualquer COP e, por outro lado, permitem sinalizar padrões distintivos destes territórios, que devem ser considerados por todas as equipas precursoras de COPs, como são, em certa medida, as equipas nucleares que irão instalar USF.

De facto, os objectivos essenciais duma Comunidade, respectivos planos e agendas de trabalho, assim como os centros de interesse e práticas dominantes podem ajudar a caracterizar o tipo de Comunidade ou mesmo o estágio de desenvolvimento em que se encontra, o que pressupõe estratégias de gestão, animação e facilitação diferentes.

Tentando caracterizar as Comunidades a partir das finalidades e actividades essenciais programadas para um determinado momento ou período, constatamos que uma Comunidade se afirma como um espaço de realização onde os membros têm oportunidade de desenvolver actividades *produtivas, de aprendizagem e de inovação*.

Analisando as Comunidades a partir daquelas actividades fundamentais podemos caracterizá-las do seguinte modo:

1. **Comunidade produtiva:** trata-se de uma comunidade focalizada na produção de resultados, por exemplo, na concretização do plano de acção de uma USF – Unidade de Saúde Familiar, que corporiza um determinado plano assistencial, assumido por uma equipa pres-

tadora de cuidados de saúde (*comunidade precursora*);

2. **Comunidade aprendente:** uma Comunidade pode assumir-se como espaço natural de troca e reflexão de experiências, práticas e lições aprendidas, na sequência da aplicação, no terreno, do respectivo plano de acção; as actividades de implicação e envolvimento da Rede de USF na preparação e realização de iniciativas de apropriação⁷ e recontextualização crítica dos planos de acção e das estratégias de implementação da carteira básica de serviços, assim como do modelo organizacional negociado, constituem práticas e experiências passíveis de disseminação inter pares, assim como soluções mais específicas, como serão, p. ex., as soluções na construção de horários realizadas pelos RRE; a preparação das substituições de lideranças...

• **Comunidade inovadora:** quando uma Equipa prestadora de cuidados de saúde primários é percebida pelas outras Unidades e pelos utentes como uma Equipa de referência e local onde existem oportunidades de contacto com práticas de excelência e, por outro lado, os indicadores de desempenho organi-



Figura 3. A construção de conhecimento na USF.

zacional demonstram que as metas de prestação de cuidados foram superadas e as expectativas dos utentes também foram superadas, considera-se estar na presença de equipas que apresentam práticas e experiências que correspondem a efectivos «saltos» qualitativos no desempenho de outros parceiros e pares; estaremos, nestes casos, na presença de uma Comunidade que terá alcançado um elevado nível de maturidade e organização.

De facto, as COPs apresentam benefícios vários para os profissionais de saúde e perfilam-se como verdadeiros canais de facilitação da inovação e da aprendizagem, pois podem garantir, por um lado, apoios directos à disseminação de soluções e práticas bem sucedidas das USF e, por outro lado, podem desenvolver uma Comunidade virtual de partilha de recursos, práticas e iniciativas na Rede de USF, contribuindo activamente para o reforço da competitividade, cidadania e desenvolvimento dos profissionais que integram a Equipa⁸.

ALGUMAS LIÇÕES JÁ APRENDIDAS OU FACTORES CRÍTICOS NA SOBREVIVÊNCIA DAS COMUNIDADES

A partir da breve experiência acumulada, destacam-se três pilares básicos, estruturados em torno de competências e actividades precisas, e a partir dos quais pode ser construída uma estratégia e plano de dinamização das Comunidades de Práticas nos CSP:

- **Confiança:** que passos dar para a *activação* de uma comunidade? (exigências e factores críticos a considerar na implementação de uma Comunidade: dimensões relacionais e motivacionais, credibilidade dos profissionais, especialmente do plano assistencial, animação/facilitação da equipa, fiabilidade e acessibilidade tecnológica);
- **Compromisso:** que suporte humano

está disponível e apoia efectivamente os membros? Que estratégias e planos de ANIMAÇÃO, FACILITAÇÃO E MEDIAÇÃO da comunidade? A liderança da COP constitui uma dimensão crítica para a sua longevidade e notoriedade.

- **Valor:** na realidade o que se ganha em ser Membro desta Comunidade? Que *serviços e funcionalidades* fundamentais implementar em cada comunidade? Quais as razões que levarão um profissional de saúde a optar por determinada equipa?

Da reflexão em curso tem vindo a emergir e a serem detectados um conjunto de actividades e competências que, em momentos específicos, devem estar presentes e disponíveis, de forma a estarem garantidos padrões mínimos de qualidade, tendo em vista a satisfação e fidelização dos membros da Comunidade:

- **desenhar e preparar a exploração da Comunidade – as funcionalidades e a tecnologia:** a partir das questões-chave que deverão integrar o roteiro da COP cabe a cada equipa precursora especificar um caderno de encargos; deverá detalhar objectivos, principais características dos membros-alvo, plano de acção com funcionalidades/serviços a implementar a 1 ano, eventuais propostas de trabalho (agenda pública), estratégias de envolvimento dos membros/utilizadores e padrões de qualidade a implementar; o caderno de encargos detalha ainda as responsabilidades e actividades dos facilitadores e moderadores das Comunidades, tanto de *FrontOffice* – actividades «visíveis» de interacção com os membros, como de *BackOffice* – preparação e disponibilização de funcionalidades e de conteúdos, entre outros a especificar;
- **activar e implementar uma Comunidade:** estratégia, objectivos, clientes e utilizadores, formas de gestão e organização, funcionalidades e serviços e plano de acção;
- **moderar e facilitar a participação:**

actividades importantes para a mobilização dos membros e reforço da afiliação e pertença, destacando-se:

- a **mediação** das interações e da comunicação,
- a **coordenação, a construção de compromissos e a responsabilização** dos membros por planos, agendas e tarefas,
- a **facilitação** de aprendizagens e partilha de conhecimentos.

EM CONCLUSÃO

O desafio permanente que pode ser lançado aos profissionais de saúde, particularmente aos médicos, consiste em avaliarem e considerarem as COPs não como um fim em si mesmas, mas antes como «estratégias e metodologias» poderosas que podem favorecer a realização dos planos de acção que materializam os compromissos assistenciais assumidos pelas Equipas dos CS e, particularmente, pelas equipas das USF junto das populações que servem e considerarem ainda as COPs como oportunidades de crescimento pessoal sustentável e de consolidação de equipas verdadeiramente «inteligentes», capazes de prestarem serviços inovadores e de qualidade irrepreensível⁹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Florida R, Gates G. Technology and tolerance: the importance of diversity to high-

technology growth. June 2001 – The Brookings Institution, Survey Series. Disponível em: URL: <http://www.brook.edu/dybdocroot/es/urban/techtol.pdf> [Acedido em 10/02/2006].

2. Garvin DA. Learning in action: a guide to putting the learning organization to work. Boston: Harvard Business School Press; 2000.

3. Wenger E, McDermott R, Snyder MW. Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge. Boston: Harvard Business School Press; 2002.

4. Senge PM, Scharme CO, Jaworski J, Flowers BS. Presence: an exploration of profound change in people, organizations, and society. Cambridge, MA: Society for Organizational Learning; 2005.

5. Rodrigues AJ, Neves A, Gonçalves DA, Correia MF, Rebelo G, Almeida PP, et al. A liderança e a competitividade. Inovação Organizacional 2004; 2: 7-36.

6. Cross R, Parker A. The hidden power of social networks: understanding how work really gets done in organizations. Boston: Harvard Business School Press; 2004.

7. Dixon N. Common knowledge: how companies thrive by sharing what they know. Boston: Harvard Business School Press; 2000.

8. Davenport T, Prusak L. Working knowledge: how organizations manage what they know. Boston: Harvard Business School Press; 1998.

9. Krogh G, Ichijo K, Nonaka I. Enabling Knowledge Creation : How to Unlock the Mystery of Tacit Knowledge and Release the Power of Innovation. Oxford: Oxford University Press; 2000.

Endereço para correspondência

Horácio Covita
Rua Prof. Alfredo de Sousa, 5 – 2º Esq.
1600-188 Lisboa
E-mail: horacio.covita@sapo.pt