

ESTATUTO EDITORIAL

No cumprimento das exigências da Lei de Imprensa, importa que se torne público o nosso **estatuto editorial**:

A Revista da Ordem dos Médicos é uma publicação periódica que disponibiliza informação de referência de carácter científico e profissional, sem qualquer dependência de ordem ideológica, política e económica.

A Revista da Ordem dos Médicos apresenta-se como uma publicação de informação especializada, de expansão nacional, com um corpo redactorial supervisionado por especialistas em áreas inerentes aos assuntos desenvolvidos, cujo objectivo fundamental é a divulgação de informação, na área da medicina/saúde, de carácter científico e profissional, nas suas várias vertentes, nomeadamente na vertente ética e disciplinar, pretendendo ser um canal privilegiado de sensibilização e promoção dessas questões.

Assume-se como uma publicação informativa, cuja orientação e objectivos apontam para o respeito pela Constituição da República Portuguesa, pelos princípios deontológicos da imprensa e pela ética jornalística e profissional, não prosseguindo apenas fins comerciais, garantindo o respeito pela boa fé dos leitores, não encobrindo ou deturpando a informação que dirige aos médicos, bem como às várias instituições (hospitais, pedagógicas, científicas profissionais e de solidariedade social) com actividade neste domínio.

A Revista da Ordem dos Médicos apresenta-se como uma ferramenta de informação e formação de todos os profissionais médicos e de quantos se interessam pelas questões do exercício da medicina e pela saúde.

Encarando a saúde e o exercício da medicina como uma das componentes mais relevantes da vida humana, promotora da qualidade de vida, do relacionamento e cooperação entre comunidades, da afirmação de Portugal no mundo e da consolidação de relações entre os po-

vos, a Revista da Ordem dos Médicos procura, nomeadamente, divulgar o trabalho desenvolvido pela Ordem dos Médicos, enquanto estrutura representativa da classe, quer a nível nacional quer no estrangeiro, prestigiando sempre o seu bom nome.

Na prossecução dos seus objectivos de informação e aproximação da comunidade internacional, procurará estabelecer protocolos de cooperação com entidades dos países onde se encontrem comunidades de emigrantes portugueses e com organizações congêneres dos países que compõem a União Europeia e os Países de Língua Oficial Portuguesa.

A Revista da Ordem dos Médicos baseia-se em critérios de rigor, objectividade, honestidade e isenção no tratamento da informação, procura o esclarecimento dos seus leitores e recusa o recurso ao sensacionalismo e outros métodos menos éticos.

A Revista da Ordem dos Médicos compromete-se a respeitar os direitos e deveres que estão inerentes à liberdade de expressão e ao direito de informar.

A Revista da Ordem dos Médicos privilegia, no seu conteúdo, a informação, que possibilite e garanta a expressão e o confronto das diversas correntes de opinião.

A Revista da Ordem dos Médicos diferencia muito claramente os artigos de conteúdo opinativo dos artigos informativos, reservando-se, todavia, o direito de relacionar, interpretar e comentar os factos e acontecimentos do âmbito da profissão médica.

A Revista da Ordem dos Médicos privilegia o diálogo com os leitores e promove a participação dos mesmos e o consequente debate dos principais temas da actualidade profissional, tendo em vista a discussão de questões de interesse geral e a troca de ideias entre aqueles que se preocupam e dedicam à medicina e, consequentemente, à saúde.

A Revista da Ordem dos Médicos reconhecerá, em condições de igualdade e eficácia, o direito de resposta a todas as pessoas (singulares ou colectivas) que se considerem prejudicadas pela publicação de qualquer artigo que possa afectar a sua reputação ou boa imagem.

A Revista da Ordem dos Médicos não é dependente de simples argumentos economicistas nem de mercado.

A Revista da Ordem dos Médicos é escrita e produzida no cumprimento das orientações e princípios definidos neste Estatuto Editorial e pela sua Direcção.

Estatuto Redactorial

Os artigos e trabalhos assinados são da responsabilidade dos respectivos autores. A sua publicação apenas envolve, por parte da Revista, um juízo sobre o interesse informativo dos mesmos, não significando necessariamente concordância com as opiniões neles expostas. Os sumários, notas marginais, anotações e artigos não assinados são da responsabilidade da redacção.

A Revista da Ordem dos Médicos reserva-se o direito de publicar ou não os trabalhos recebidos e de sugerir qualquer alteração que se lhe afigure necessária, por razões de paginação. Depois de aprovados para publicação, os originais já não poderão ser substancialmente modificados.

A reprodução integral ou parcial de qualquer texto, por qualquer meio possível, será punida nos termos da Legislação referente aos direitos de autor. Toda e qualquer reprodução de textos e imagens da Revista da Ordem dos Médicos deverá obter o prévio consentimento deste órgão de informação, representado para o efeito pela sua Direcção.

O Director da Revista da Ordem dos Médicos
Germano de Sousa

S U M Á R I O

3 ESTATUTO EDITORIAL

6 INFORMAÇÃO

Inclui parecer do Conselho Nacional Executivo sobre consulta telefónica e acto médico. Inclui igualmente uma súmula das actividades do Conselho Nacional para a Qualidade da Ordem dos Médicos.

12 ELEIÇÕES

Inclui os discursos de tomada de posse dos Presidentes das três Secções Regionais da Ordem dos Médicos.

26 OPINIÃO

Sub Especialidades Pediátricas – O Caso da Neonatologia
de *Maria Teresa Neto*

28 Plano Nacional para a Hepatite C

de *Rui Tato Marinho*

30 AGENDA

32 ACTUALIDADE

Relação Doente-Médico: um Verdadeiro Encontro com o Outro
Reportagem da conferência «A relação doente-médico» proferida por Jorge Biscaia no âmbito do ciclo de conversas sobre bioética organizado pela Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas.

36 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

Ribeiro Sanches, o Médico dos Czars
por *João-Maria Nabais*

38 Encruzilhada Hipocrática

por *A. Coutinho Miranda*

42 NOTÍCIAS

Inclui informação sobre Pós-Graduação em Acupuntura

43 LEGISLAÇÃO/NOTÍCIAS

Nesta página encontrará um resumo da legislação publicada no mês de Dezembro e algumas notícias da actualidade.

45 CULTURA

Inclui alguns destaques de lançamentos nas áreas musical e literária.

Ficha Técnica

REVISTA **Ordem dos Médicos**

Ano 21 - N.º 53 - Janeiro 2005

PROPRIEDADE:



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

Redacção, Produção e Serviços de Publicidade:
Av. Almirante Reis, 242 - 2.º Esq.º
1000-057 LISBOA
E-mail: celom.omcne@omsul.com
Tel. 218 437 750 - Fax. 218 437 751

Director:
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:
Paula Fortunato
Miguel Reis

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Dep. Financeiro:
Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:
CELOM

Capa de: Carlos Rodrigues

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

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

Tecnologias de informação da Saúde

Parecer sobre tecnologias de informação da saúde aprovado em CNE de 9/11/2004

1ª - A “consulta telefónica” configura um acto médico?

2ª - Em que condições pode a “consulta telefónica” configurar um acto médico?

1ª Questão

Em 13/2/2001, o CNE reunido no Porto entendeu homologar um parecer elaborado pelo Presidente da Ordem dos Médicos no qual se considerava que o atendimento telefónico, sem prévio estabelecimento da relação médico-doente não constituía um acto médico. Tal como então se escrevia “O acto médico decorre sempre da relação directa entre o médico e o doente e compreende como dado principal, a observação directa do doente com recolha de sinais objectivos, para além naturalmente da anamnese e obtenção de elementos complemen-

tares de diagnóstico. Todos estes dados são integrados pelo médico e permitem o diagnóstico e consequentemente a terapêutica. O conjunto destes dados tipifica o acto médico e só quando eles se conjugam se estabelece. Quando esta relação entre o médico e o doente não se dá, toda a estrutura do acto médico deixa de existir”. Ou seja, “uma opinião expressa pelo telefone a propósito de uma descrição de sintomas feitas pelo próprio doente ou por quem o representa, sem prévia observação do doente não corresponde a um acto médico e não envolve responsabilidade civil ou criminal do médico”.

Assim qualquer conselho ou opinião que o médico entenda emitir, nestas circunstâncias pelo telefone ou pela Internet, integra-se nos deveres gerais de auxílio, não configura um acto médico e como tal não é susceptível de honorários.

2ª Questão

No mesmo parecer foi também considerado que o médico, após a primei-

ra consulta presencial e contacto directo com o doente passa a clínico assistente do mesmo. A partir daí a responsabilidade para com o seu doente passa naturalmente a ser total, designadamente no que respeita ao seu acompanhamento e vigilância, mesmo que o faça utilizando o telefone ou a Internet. Assim a chamada telefónica feita pelo médico, para acompanhar e vigiar a evolução do seu doente ou a consulta telefónica realizada pelo doente no sentido de esclarecer dúvidas, acertar a terapêutica, dar conta do evoluir dos seus sintomas ou da sua convalescença, integram-se na continuação do acto médico inicial, são o equivalente a uma segunda consulta e configuram portanto um acto médico. Tal como considera o Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da OM (CNEDM), no seu parecer de Julho de 2003, a consulta telefónica realizada nestas circunstâncias, “em continuidade de cuidados” tem “o mesmo grau de responsabilidade de consulta presencial para o médico que a pratique”.

Ciclo de Conferências Cidadania e construção europeia

Coordenação: Prof. Doutor Viriato Soromenho-Marques

9 de Fevereiro - Prof. Doutor Jorge Miranda

A Constituição da República Portuguesa no horizonte da construção europeia

23 de Fevereiro - Mestre Sérgio Cabo

O Banco Central Europeu e a Moeda Única

9 de Março - Prof. Doutor Guilherme de Oliveira Martins

A Convenção de 2002-2003 e o Debate Constitucional Europeu

23 de Março - Prof. Doutor Manuel José do Carmo Ferreira

A ideia de Europa na Filosofia Contemporânea

6 de Abril - Prof. Doutor Acílio da Silva Estanqueiro Rocha

A ideia de Europa em Ortega Y Gasset

20 de Abril - Prof. Doutor Leonel Ribeiro dos Santos

A ideia de Europa no Pensamento de Kant

4 de Maio - Prof. Doutor António Telo

A Alemanha e a Construção Europeia

18 de Maio - General Pedro Pizarat Correia

Que política de defesa para a Europa?

1 de Junho - Eng.º Carlos Pimenta

A política de ambiente na União Europeia

15 de Junho - Prof. Doutor José Barata-Moura

Um olhar crítico sobre a Europa da Educação e da Cultura

Local: Museu da Presidência da República – Palácio Nacional de Belém, Praça Afonso de Albuquerque, Lisboa;

Contactos: Tel.: 21 361 46 60; Fax: 21 361 47 64; E-mail: museu@presidencia.pt

Apontamentos do Conselho Nacional para a Qualidade da Ordem dos Médicos

...caminante, no hay camino, se hace camino al andar.

Antonio Machado (1875-1938)

Por Susana Parente

Chegando ao fim um ciclo de vida do Conselho Nacional para a Qualidade da Ordem dos Médicos (CNQOM) é oportuno transmitir a todos os colegas a síntese daquilo que foram os princípios orientadores da nossa intervenção junto dos médicos, no seio da OM e de como nos foi possível levá-los à prática. Será de certo modo uma análise e também uma herança.

Assistimos à criação do CNQOM numa altura em que de há muito se falava em Qualidade (Q) no âmbito da Medicina, quando já despontavam experiências nesta área por todo o país, conduzidas de modo mais empírico ou mais científico mas, quando, ainda, definir Qualidade no exercício da Medicina era não um conceito mas um conjunto de imagens que espelhavam diferentes conceitos colhidos de outros contextos e perante os quais

os médicos menos envolvidos nesta área sentiam alguma perplexidade.

Por isso desde logo privilegiámos a informação de carácter geral sobre como identificar Q quando nos debruçamos sobre o exercício da medicina.

Orientámos a nossa acção em pequenos fóruns em Lisboa, Coimbra e Porto onde discutimos assuntos como Q e sistemas da Q, Risco e sua gestão. Foi o momento de promovermos um curso de metodologia da Q de âmbito nacional com a presença de convidados de Maastricht, gente de há muito tempo com experiência acumulada no dia a dia, factor de facilitação num contacto que se pretendeu curto mas efectivo.

Promovemos a estreita ligação da OM aos médicos e defendemos o princípio de que só seremos credíveis quando capazes de demonstrar pela prática que estes princípios que enunciámos conse-

guem induzir mudanças e nesse processo claramente perceber quando podemos gerar melhorias ou quando tal nos está vedado pelo

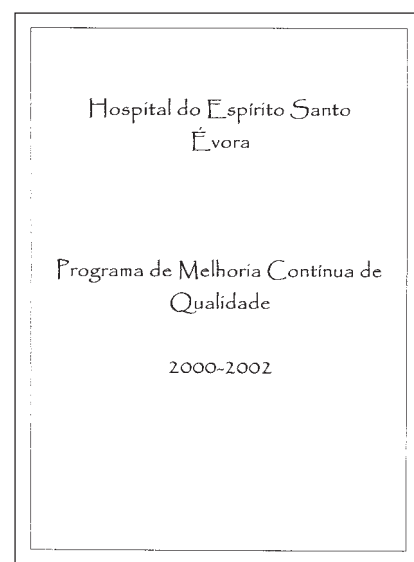


Figura 1

contexto em que estamos inseridos. Através dum protocolo estabelecido entre o CNQOM, a Secção Regional do Sul e o H. do Espírito Santo, em Évora (figura 1), durante dezoito meses acompanhámos vários serviços que de modo voluntário envolveram os seus profissionais num processo simultâneo de aprendizagem através da concepção e execução de projectos de inovação e/ou melhoria de acordo com as necessidades verificadas em cada um dos serviços aderentes.

O resultado daquela intervenção foi apresentado publicamente, no decurso da sua evolução e quando finalizado, em momentos de discussão demonstrativos do grau de responsabilização que cada grupo assumiu e de excelente efeito pedagógico. Participaram grupos tão distintos quanto a cirurgia geral e a pediatria, a imunohemoterapia e a esterilização, controlo de infecção e a neurologia, a patologia



Figura 2



Figura 3

clínica e o bloco operatório.

Obtivemos sucessos mas não podemos esquecer os insucessos e as suas causas porque eles nos ajudaram a compreender quais as limitações que no dia a dia nos assistem.

Decorre ainda um outro protocolo com o H. da Força Aérea (figuras 2 e 3), em Lisboa, tendo como objectivo final a certificação do serviço de ginecologia e obstetrícia, um dos mais recentes daquele hospital. Num hospital em rejuvenescimento representa este trabalho uma nota de afirmação do serviço e representa – ao que sabemos – a primeira relação institucional formal entre um hospital militar e a OM.

Entendemos como fulcral o papel do médico em qualquer processo de avaliação, natural quando falamos de avaliações interpares, mas fulcral quando falamos de organizações de saúde sendo certo que não existem cuidados médicos sem coordenação e responsabilidade médicas, responsáveis em grande parte pelos resultados a obter. Evocamos assim a importância do papel do médico nas avaliações internas e externas (processos de certificação e/ou acreditação) da Qualidade.

Entendemos ser necessário estimular esta vertente da nossa actividade compreendendo que para desempenhar bem esse papel não basta saber medicina...

Com o apoio da Secção Regional do Norte conduzimos um curso de audito-

res técnicos da Q onde forem adquiridos conhecimentos relativos aos diferentes sistemas de Q aplicáveis aos cuidados de saúde e competências relativas ao desenvolvimento prático duma auditoria - 2002 (figuras 4 e 5).

A colaboração entre a Ordem dos Médicos, Ordem dos Farmacêuticos (OF), Associação Portuguesa de Analistas Clínicos e Associação Portuguesa dos Médicos Patologistas deu lugar a dois cursos específicos para auditores ISO segundo a norma ISO NP 9001-2000 para médicos e farmacêuticos da área laboratorial e que decorreram na OM em Lisboa e na OF, no Porto (2003).

Ainda em Lisboa decorreu uma jornada de trabalho para onde convidámos um número restrito de médicos de todo o país com a finalidade de manipularem o manual da Q específico para laboratórios da Joint Commission International e comentarem o seu conteúdo no contexto português, antes do seu lançamento mundial (2001).

Envolver a OM em processos de avaliação externa através dos seus auditores seria certamente uma forma de responsabilização da OM perante a Sociedade Civil enquanto nos permitiria uma visão detalhada e simultaneamente de conjunto dos sistemas e das organizações em que os médicos trabalham.

Promover a implementação da Q no âmbito da OM implica, naturalmente, trabalhar junto dos seus órgãos técnicos e estimular a explicitação dos seus princípios de Q, suporte básico da aprendizagem e prática médicas e a sua avaliação.

Desde o início das nossas intervenções foi evidente o interesse de um número significativo dos colegas em actividades conjuntas.

Com a colaboração dos colégios de Anatomia Patológica, Imunoterapia e Patologia Clínica definiu-se a estrutura do Processo Pré-Analítico por eles reconhecida.

Iniciámos junto dos colégios um percurso que tem vindo a ser longo e está ainda

longe da definição de princípios básicos por parte de alguns colégios enquanto outros evidenciam de há muito explicitações de qualidade com elevado grau de detalhe, particularmente quando nos debruçamos sobre áreas de maior componente laboratorial, com forte peso do nível de «standardização».

Através de um inquérito foi feito o levantamento inicial da actividade dos colégios (25% taxa de resposta) constatando-se a existência de grande disparidade relativamente à observância de critérios explícitos para a aceitação da idoneidade formativa durante o internato complementar. Também, a forma como é definida essa idoneidade era (e ainda é, em certos contextos) tão rigorosa a ponto de exigir uma auditoria ou tão simplificada que concedida através de uma mera informação escrita.

Quanto à definição de necessidades estruturais e funcionais mínimas para o desempenho duma área de forma autónoma, na grande maioria dos casos ela não está contemplada.

Procurámos nos dois últimos anos envolver os colégios através de encontros onde lhes pedimos que expusessem as suas experiências e actividades na área da Q de modo a poder partilhá-los e nos colocassem questões que pudessem ajudá-los a percorrer esse caminho, se fosse caso disso.

Utilizando como referência o diagrama de Ishikawa propusemos como primeiro passo e como objectivos *major* a criação em devido tempo de uma definição de mínimos de estrutura da Q nos aspectos físicos e funcionais a observar quer para a definição de serviços idóneos para formação no âmbito do internato complementar, quer para a definição da capacidade de exercício autónomo duma especialidade – aspecto este muito pouco trabalhado até agora na maior parte das áreas, como já referimos.

Fomos solicitando a cada colégio a identificação de, pelo menos, um critério e indicador(es) para cada uma daquelas duas áreas.

No encontro mais recente (Dezembro de 2004) alguns aspectos foram consensualizados como referências a seguir por todos:

- necessidade de definição de competências;
- criação de manual de boas práticas em todas as especialidades contemplando os aspectos essenciais relativamente a competências, ambiente de trabalho (incluindo métodos) e uso de dispositivos médicos, de acordo com necessidades específicas.

Adopção de indicadores na área da formação e do exercício autónomo;

- necessidade de implementação de auditorias internas e externas, estas como de excepcional interesse no reconhecimento de idoneidades;
- levar a debate a actual avaliação de internos.

Hoje ainda continua a ser sensível a assimetria de práticas verificada.

É um trabalho sempre por terminar pois as necessidades e dúvidas sucedem-se. Mas é com certeza da maior relevância e, por isso mesmo, tentámos sempre responder às solicitações que nos foram chegando e esperamos ter iniciado um trabalho consistente.

Procurámos também dar a palavra aos médicos.

À cerca de um mês (Dez. 2004) decorreu na Casa do Médico no Porto, um fórum organizado com a colaboração da Secção Regional do Norte onde colegas oriundos de diferentes pontos do país quiseram apresentar as suas actividades em termos de projectos de qualidade, no âmbito da melhoria contínua, da inovação e mesmo de certificação e acreditação.

O diálogo desenvolvido permite-nos afirmar do interesse de momentos desta natureza, como forma de conhecer o que se vai produzindo e compreender quais as dificuldades encontradas e os sucessos obtidos.

A mais valia de todo o nosso trabalho reside certamente na presença de um número crescente de colégios nestes encontros (45% de taxa máxima de presenças) procurando informação que lhes permita evoluir mais rapidamente em sintonia dentro da Ordem dos Médicos.

Tão importante como mencionar um percurso é falar das dificuldades que vamos encontrando.

Solicitações contínuas a médicos já de si muito absorvidos por actividades assistenciais, docentes ou outras são penalizadas porque preteridas em relação a acções mais imediatistas talvez com melhor retribuição qualquer que seja a sua natureza.

Rotações nos órgãos executivos e consultivos da OM com agendamentos diferentes, causam atrasos inevitáveis em opções e decisões que podem pautar-se por importantes e urgentes.

Reafirmamos que os médicos estão preocupados e que estão disponíveis em número significativo para melhorar o seu presente e o seu futuro através da sua intervenção junto da OM.

Ao finalizar esta súpula devemos registar com apreço o esforço de todos aqueles que de perto conosco têm trabalhado e a vontade imensa de grande número de médicos que lutam por uma medicina digna que procure afastar-se de uma prática industrial, olhando pessoas e cuidando-as como peças numa qualquer cadeia de actividade produtiva, mas antes aproximando a sua prática médica dos tão propagados valores dos cuidados médicos personalizados em que o doente



Figura 4

te seja ouvido e seja tranquilizado e seja restabelecida a aliança dos doentes com os MÉDICOS e a MEDICINA na busca do bem estar de que todos somos dignos, médicos e doentes.

Actividades prioritárias no percurso da Q no seio da Ordem continuarão a ser algo fácil de identificar.

Novas abordagens à Q no nosso ambiente e ao papel da OM surgem naturalmente, porque novas necessidades surgem, porque se desenham novas metodologias.

Os médicos e a sua Ordem saberão encontrar o seu caminho.



Figura 5

José Pedro Moreira da Silva



Teve lugar no dia 14 de Janeiro a tomada de posse dos órgãos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. De seguida reproduz-se o discurso do presidente eleito do Conselho Regional do Norte, José Pedro Moreira da Silva.

Aqueles que me conhecem já sabem que sou avesso a discursos pois sou mais um homem de acção e de trabalho, mas tratando-se da minha própria tomada de posse como Presidente deste Conselho Regional não podia, naturalmente, deixar de dizer algumas palavras.

Começava, em primeiro lugar, por cumprimentar a lista concorrente que dis-

putou connosco as eleições para esta Secção Regional, na pessoa do Dr. Carlos Santos, embora ele não esteja aqui presente por motivos de ordem profissional.

Espero poder contar com a sua colaboração e com a de todos os médicos desta Secção Regional, ao nível dos vários Órgãos, Comissões, Colégios da Especialidade, como a nível individual, pois só assim poderemos desempenhar com sucesso as funções para que este Conselho está vocacionado, tendo sempre como objectivo prioritário e fundamental a melhoria da qualidade nos serviços de saúde e, conseqüentemente, a melhoria da assistência a todos os doentes, sem qualquer tipo de discriminação.

Em segundo lugar, gostava de cumprimentar os membros da Ordem dos Médicos que cessaram funções e que deram um contributo notável para o bom funcionamento desta Ordem.

Sim, porque agora está muito em voga dizer-se que a Ordem só serve para receber as quotas dos seus associados!

Porém, aqueles que fazem essa crítica não se apercebem do muito trabalho invisível que é feito por todos nós, Conselho Regional, Conselho Disciplinar, Conselhos Distritais e Membros Consultivos, Colégios de Especialidade e Comissões Técnicas Regionais.

Fazem parte desse trabalho centenas de pareceres de âmbito jurídico e técnico, de nomeações como peritos, de inquéritos no âmbito disciplinar, de opiniões sobre projectos de decretos-lei, um sem número de realizações em prol da cultura, a publicação regular da revista "NORTEMÉDICO", entre outros.

Em terceiro lugar, quero prestar a minha homenagem ao Conselho Disciplinar cessante, que teve um trabalho ciclópico ao inquirir, julgar e pronunciar dezenas, para não dizer centenas, de processos para inquérito e apreciação.

Em quarto lugar, uma palavra de apreço para o meu querido amigo Miguel Leão, que cessa funções como Presidente do Conselho Regional, e que é uma figura incontornável da Ordem dos Médicos, como dizia o Prof. Doutor José Manuel Silva, numa entrevista recente à comunicação social.

Foi com ele que muito aprendemos e, ao contrário do que alguns vaticinam, espero que não tenha morrido "politicamente", para que possamos continuar a contar com ele para os tempos difíceis que se avizinham.

Quero ainda cumprimentar não só os colegas que se candidataram às outras Secções Regionais e que foram eleitos, mas também os que o não foram, pois todos contribuíram para a elevação da campanha e destas eleições.

Finalmente, quero cumprimentar todos os colegas eleitos e nomeados que hoje tomaram posse e que nos vão acompanhar nesta caminhada nos próximos três anos.

Todos nós estamos empenhados em fazer passar a mensagem que defendemos no nosso programa e em trazer para a OM todos os colegas que desejamos sintam esta casa como sua.

Nesta tomada de posse não vos vou massacrar com o programa que delineamos para este triénio, porque foi amplamente divulgado, não só através dos encartes que enviamos, mas também durante a campanha eleitoral nas várias visitas que fomos fazendo a hospitais e centros de saúde, por toda a área da Secção Regional.

O programa foi publicitado, sufragado e é ele que queremos fazer cumprir.

Naquilo que a nós diz respeito, podem contar com a nossa firme determinação. Em matérias que dependerem dos outros Conselhos Regionais e do Conselho Nacional Executivo tudo faremos para defender o programa proposto, procu-

ELEIÇÕES Tomada de posse

Fotos de António Pinto



rando consensos ou maiorias para que os objectivos aí expressos sejam adoptados como política nacional da Ordem dos Médicos.

Gostava, no entanto, de aproveitar esta oportunidade para partilhar convosco outras preocupações.

A primeira diz respeito à necessidade de promover a defesa de uma das principais razões de ser da Ordem, ou seja, uma assistência qualificada aos doentes sem discriminação económica, de raça ou credo religioso.

As novas concepções economicistas, colocadas em prática pelo Ministério da Saúde, tendem claramente a preterir a qualidade e humanidade da assistência, em favor de uma poupança, o que dificilmente se pode admitir.

É certamente importante poupar, combater o desperdício e gerir melhor os dinheiros públicos, mas nunca se deve perder de vista que o importante é humanizar os serviços e prestar os melhores cuidados médicos, independentemente dos custos e da capacidade económica dos doentes, porque a vida humana não tem valor calculável.

Esta tendência vai gerar, inevitavelmente, uma inadmissível desnatação do sistema com evidente prejuízo dos mais necessitados, dos doentes crónicos e dos mais graves.

A minha segunda preocupação, e pude-me aperceber dela, agora durante o meu périplo pela Região Norte, são as condições por vezes precárias e difíceis em que muitos colegas trabalham, não só ao nível de instalações como também de equipamentos.

A Ordem terá que ter uma palavra a dizer sobre esse esquecimento do poder político para com os médicos, mas também para com os doentes, pois alguns dos locais são mesmo indignos.

A minha terceira preocupação é o alheamento dos médicos, em geral, relativamente aos problemas da saúde sendo, como é sabido, que nada poderá ser feito sem o seu contributo. Veja-se, a este propósito, a diminuta participação ocorrida neste acto eleitoral.

Teremos que ter mais Ordem nos locais de trabalho, mais Ordem na formação, mais Ordem no terreno, para o que convoco desde já todos os colegas.

Uma quarta, mas não menos importante, preocupação diz respeito ao sibilino ataque que tem sido feito às Carreiras Médicas, único garante da qualificação, segurança, e preservação da prática, do ensino e do conhecimento médico.

A gravidade desta situação, carreiras ausentes ou fortemente depauperadas, impõe um combate tenaz e frontal, para o qual, meus caros colegas, podem desde já contar com este Conselho Regional.

Preocupa-me também a questão das idoneidades dos serviços. Penso que estas têm sido satisfatoriamente atribuídas pelo meritório esforço dos vários Colégios de Especialidade, mas é preciso ir mais além e lançar as bases para a creditação dos próprios serviços, devendo a OM promover cursos, encontros e colóquios que contribuam para uma melhor qualificação dos médicos e para que haja um saber consensual, na abordagem das patologias específicas, em cada especialidade. Gostaria ainda de salientar que temos de ser nós, os médicos, aproveitando a nossa posição privilegiada na relação médico-doente, a promover uma postura mais rigorosa e humanista junto destes, nas explicações dos actos médicos, nos consentimentos informados, os quais evitarão, com toda a certeza, alguns atritos e conflitos.

Finalmente, e para não vos demorar mais, porque a noite vai longa e todos desejam certamente o justo repouso do fim-de-semana, espero que os meus amigos, os meus pais, irmãos e tios, a minha mulher Alice e os meus filhos Marta, Nuno e Miguel perdoem as minhas ausências, falta de paciência e de tempo que, aliás, vão ter de suportar por mais três anos, em prol da vida associativa que aceitei abraçar, com muito gosto e determinação porque esta nossa causa é justa.

Para terminar peço a todos que nos ajudem a levar este mandato, que agora começa, a bom porto e aceitem as minhas melhores saudações.

José Manuel Monteiro Carvalho e Silva



No dia 12 de Janeiro realizou-se a cerimónia de tomada de posse dos órgãos da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. De seguida reproduz-se o discurso do presidente eleito do Conselho Regional do Centro, José Manuel Monteiro Carvalho e Silva.

Boa noite colegas.

Durante alguns anos preocupámo-nos e, da melhor forma possível, tentámos preparar-nos para colaborar com a Ordem dos Médicos. Mas há algo que nunca nos lembrámos de fazer, que foi elaborar o discurso desta tomada de posse. Perdoem-me, portanto, a menor qualidade deste improviso.

Em primeiro lugar gostaria de cumprimentar o Prof. Germano de Sousa, digníssimo Bastonário da Ordem dos Médicos, o Dr. Pedro Nunes, Bastonário eleito da Ordem dos Médicos, os demais Colegas da mesa, os representantes de outras Ordens Profissionais que hoje nos honraram com a sua presença, o Presidente do Conselho Directivo da Faculdade de Medicina da Beira Interior e todos os demais colegas e amigos aqui presentes.

Ao Bastonário e Presidente da Secção Regional do Centro cessantes não posso deixar de saudar particularmente e reconhecer e saudar o máximo empenho e boa vontade com que, durante seis anos, lideraram os respectivos pelouros. Também uma palavra e um cumprimento especial para os colegas da lista B, que peço que me permitam personificar no meu amigo Duarte Nuno Vieira. São normais as críticas que trocámos durante a campanha, pois não partilhávamos exactamente o mesmo projecto, caso contrário seria natural que tivesse existido uma única lista no Centro. Estiveram em confronto duas filosofias diferentes, que nunca sabermos qual a melhor e qual a pior, pois não podem as duas listas concretizá-las em paralelo no terreno. Porém, todos nós estávamos imbuídos de um espírito de máxima dedicação à causa da Ordem e à tentativa de resolução dos graves problemas que actualmente nos afectam. Mas é evidente que, terminadas as eleições, terminaram as críticas, pelo que agora estamos do mesmo lado da barricada e procuraremos, como qualquer um dos eleitos o faria, trabalhar em conjunto com todos para bem da Ordem, para bem da Classe, para bem da saúde em Portugal e para bem dos doentes.

Quero cumprimentar, ainda, a Dra. Isabel Caixeiro, o Dr. José Pedro Moreira da Silva e o meu bom amigo Dr. Miguel Leão.

Nestas saudações envolvo todos os colegas que já assumiram estas ou outras funções na Ordem e que, também eles, lhe dedicaram o melhor do seu esforço, pois a nossa vida profissional é extremamente exigente e, apesar de o fazermos com todo o voluntarismo, nem sempre é fácil conciliar as obrigações e responsabilidades que vamos assumindo ao longo da vida.

Com uma dedicação incondicional, tudo faremos para não desmerecermos o trabalho desenvolvido à frente da Ordem pelos colegas que a têm liderado. Pretendemos mesmo, permitam-nos essa ilusão, fazer mais e melhor, ainda que com a consciência que o melhor é sempre um conceito relativo que depende, em cada momento, do que é possível ser feito, face aos múltiplos interesses e grupos que condicionam a saúde em Portugal. As grandes conquistas da Classe Médica nas duas últimas décadas estão a ser postas em causa e vamos ter de voltar a lutar por elas, por vezes com alguma radicalidade, palavra e comportamento que não nos assusta.

Uma das questões que mais nos preocupa, pelo que representa e pelas suas implicações, é a credibilidade da Classe junto da opinião pública que, ano após ano, vem sendo deliberada e sucessivamente minada e vilipendiada por uma estratégia que visa enfraquecer-nos.

ELEIÇÕES Tomada de posse

Nós sabemos que os Médicos são o espelho da própria sociedade. Naturalmente, não são santos, nem é de exigir que o sejam. Como qualquer cidadão, têm as suas qualidades e os seus defeitos, os seus sonhos e as suas ambições, as suas fragilidades e as suas dificuldades, as suas alegrias e as suas tristezas. Mas, independentemente de tudo, procuram fazer o melhor pelos seus doentes, pois eles próprios, em algum período das suas vidas, também já foram doentes e sabem quão frágil fica alguém quando tem de confiar o seu corpo e a sua vida a um estranho. São estes ingredientes que transformam a relação médico-doente numa inigualável e profundamente gratificante entrega e confiança total do segundo relativamente ao primeiro.

Infelizmente, esta imagem do Médico tem sido distorcida pelos meios políticos e por alguma comunicação social e, curiosamente, como Classe, é posta em causa pela própria população. No entanto, apesar de todos estes escolhos que vamos sentindo pelo caminho, nós vemos, no contacto com os nossos doentes, que ainda somos respeitados. De uma forma talvez menos fácil de encontrar noutras profissões, todos os dias temos a satisfação de fazer alguma coisa por alguém, melhorando o seu estado de saúde física e psíquica, tão agredido pela sociedade agreste em que hoje vivemos, talvez o factor principal para o sucessivo aumento do consumo de ansiolíticos e anti-depressivos.

Neste campo a Ordem dos Médicos tem de trabalhar incansavelmente para recuperar uma posição de máxima credibilidade junto da opinião pública, questão na qual esta-

mos em total consonância com o Bastonário eleito, que pretende que a Ordem seja um referencial de dignidade e de confiança por parte da população. É fundamental para dar mais força à Ordem. Para atingir esse desiderato vai ser necessário desenvolver um trabalho permanente, inteligente e transparente, em que a Classe, entre outros aspectos, vai ter de assumir com humildade algumas das suas limitações e dificuldades, mas sempre demonstrando que se esforça por reduzir ao mínimo o erro por insuficiente formação e que não tolera a negligência. A própria sociedade terá que reconhecer que aonde há um ser humano existe potencial de erro.



Um dos nossos objectivos centrais será o de corresponder aos anseios dos colegas do centro, que querem uma Ordem mais aberta, mais participada e mais preocupada na resolução dos seus problemas e na resposta às suas necessidades. Para isso, vamos cumprir a alínea f do artigo 44 dos estatutos, que determina a eleição de delegados da Ordem em todas as instituições de saúde. Para evitar duplicações fá-lo-emos aonde não trabalharem colegas que façam parte dos actuais corpos directivos agora empossados. Também vamos procurar obter os e-mails e telemóveis de todos os colegas, com o compromisso solene de nunca serem utilizados para fins comerciais ou eleitoralistas. Em plena sociedade da comunicação não faz qualquer sentido que a Ordem não recorra às novas tecnologias para divulgar as suas iniciativas e comunicar rápida e quase gratuitamente com os colegas. Esta tremenda falta de informação é uma das principais razões para a baixa afluência de Médicos às iniciativas técnicas, científicas e culturais da Ordem.

Ainda neste campo, vamos dar indicações para que, na página da Secção Regional do Centro, seja criado um mecanismo de auscultação permanente e informal do sentir da Classe relativamente aos projectos e problemas que, em cada momento, se depararem à Ordem. Apesar de eleitos por larga maioria, não queremos arrogar-nos a exclusividade das decisões sobre questões que a todos irão afectar e que não foram sufragadas no nosso programa.

Nesta linha de comportamento, uma das nossas primeiras iniciativas será a de lançar um inquérito sobre a Casa do Médico, um projecto há muito anos acarinhado pela Secção mas nunca concretizado e relativamente ao qual nunca se procedeu à auscultação da Classe quanto ao figurino a im-



plementar e local a seleccionar. O relativo desafogo financeiro com que herdámos a Secção permitir-nos-á avançar com passos rápidos e seguros no arranque deste ambicioso projecto.

Para não me alongar demasiado, terminaria este curto voo sobre as nossas intenções dizendo que iremos procurar convencer a Ordem a ser mais activa e interventiva na definição da política de saúde a nível nacional. Da política de saúde depende o enquadramento técnico-jurídico do exercício da Medicina. Se não influenciarmos a fonte legislativa, acontecerá o mesmo que com qualquer nascente impura, que inquina todo a caudal que dela brota. Se actuarmos na origem conseguiremos que a produção legislativa esteja mais de acordo com os princípios humanistas da Medicina. Estaremos a defender a Medicina e os doentes de uma forma mais eficaz.

Na verdade, gostaríamos que a Ordem dos Médicos fosse um parceiro verdadeiramente incontornável na definição da política de saúde a nível nacional e que contribuísse para um Consenso Nacional que evitasse que a Saúde continuasse a ser gerida aos solavancos, origem de múltiplos problemas e graves prejuízos. Veja-se o exemplo das PPP, que o partido melhor posicionado para vencer as eleições já afirmou que iria reequacionar, atitude com a qual concordo pessoalmente. No entanto, depois dos grandes investimentos privados que já foram feitos com a perspectiva de 10 concursos para as PPP, apesar da legitimidade que o Estado tem em mudar de política, é natural que os grupos privados vejam defraudadas as suas expectativas e acabem por sofrer alguns danos económicos. Os próprios doentes acabarão por ser os mais atingidos pelos efeitos secundários de uma política de saúde feita aos ziguezagues.

Para a resolução dos problemas da saúde em Portugal é cada vez mais evidente e essencial que exista um Consenso Nacional para a Saúde. Acreditamos que a Ordem dos Médicos deve estar na primeira linha da defesa e promoção desse Consenso, e sempre disponível para uma estreita colaboração com todas as forças vivas da sociedade e com todos os partidos políticos. Por isso, vamos lançar a iniciativa de enviar uma série de quesitos sobre saúde aos partidos políticos e convidá-los para um debate organizado pela Secção Regional do Centro ainda antes das eleições. Onde esperamos ver discutidos, de uma forma positiva e construtiva alguns dos problemas que afectam a Classe, a Saúde e os Doentes, com a consciência de que estes últimos são os que estão numa posição mais fragilizada e, por consequência, aqueles que mais sofrem com os erros e as indefinições de uma política de saúde de curto prazo.

Os quesitos que agora seleccionámos para este primeiro debate são os seguintes:



1. O que pensam sobre a Ordem dos Médicos como um potencial parceiro ou dinamizador de um Consenso Nacional para a Saúde?
2. Achatam necessária a aprovação de uma lei do Acto Médico? Em que moldes?
3. Qual o futuro do SNS como base estruturante de todo o Sistema Nacional de Saúde?
4. Aceitam a realização de auditorias independentes aos vários modelos de gestão da saúde?
5. Que modelos de gestão para os Centros de Saúde? Parcerias, participação das autarquias, privatização, RRE,... aplicação do dec. lei 60/2003?
6. Qual o programa para a área do medicamento [genéricos (efectivo controlo de qualidade), novo modelo de receita, monopólio das farmácias, prescrição por DCI, acesso online aos medicamentos efectivamente disponíveis nas farmácias]?
7. Preconizam o relançamento da Medicina Convencionada?
8. Preocupam-se com o potencial desemprego Médico e o exercício de Medicina indiferenciada?
9. Qual o papel do médico nos vários sistemas organizativos – Contrato individual de trabalho, contrato colectivo trabalho, carreiras, concursos, gestão... ?
10. Para defesa da Saúde Pública e investimento na prevenção considerariam a possibilidade da implementação de campanhas de educação da população para um estilo de vida saudável em colaboração/coordenação com a Ordem dos Médicos?

Para concluir, resta-me reafirmar que estamos disponíveis para colaborar de uma forma séria e honesta com o Bastonário eleito e os restantes elementos do CNE, que temos na Secção Regional do Centro e nos respectivos Distritos Médicos um excelente e coeso conjunto de Colegas de elevada qualidade e determinação, verdadeiramente capazes e com muita vontade de trabalhar em prol do prestígio da Ordem dos Médicos e da dignificação da Classe Médica.

Maria Isabel Agostinho Caixeiro



A Tomada de posse dos órgãos da Secção Regional do Sul teve lugar no dia 11 de Janeiro. Em seguida reproduz-se o discurso da presidente eleita do Conselho Regional do Sul, Maria Isabel Agostinho Caixeiro.

Colegas, Amigos
Ilustres Convidados

Neste momento solene em que perante tantas testemunhas assumimos o compromisso de cumprir as funções para que fomos eleitos, quero deixar expresso o reconhecimento a todos os Colegas que se empenharam nestas eleições. Aos que conseguiram sufragar os seus projectos e aos que não obtiveram apoio suficiente para os seus programas e, em particular, a todos os médicos que exprimiram a sua opinião e vontade através do voto. Estas eleições decorreram em período

do particularmente conturbado para o país e para a prática da Medicina. Neste últimos anos foram introduzidas alterações na organização do Serviço Nacional de Saúde que ameaçam a sua continuidade e a equidade do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Foram feitas mudanças intempestivas, motivadas apenas por factores economicistas, sem atender à finalidade última do Serviço Nacional de Saúde prevista na Constituição e sem ter sido feita a avaliação de experiências em curso (como preconizam os manuais de gestão).

Conhecemos várias Ministras e Ministros de Saúde.

A todos disponibilizámos o nosso conhecimento técnico e a nossa experiência; uns perceberam a bondade dos nossos argumentos, outros convencidos da sua verdade absoluta teimaram nas suas decisões.

Conseguimos evitar danos maiores. Combatemos a burocrática receita médica, impedindo a substituição de prescrição médica.

Combatemos o decreto de gestão dos Centros de Saúde e integramos o grupo de trabalho que procura definir as regras de aplicação.

Conseguimos a publicação do Diploma do Internato Médico, apesar de toda a desinformação, e estaremos firmes pela sua regulamentação adequada.

Temos consciência que estamos a viver um período de instabilidade nacional que se manifesta a todos os níveis.

Não sabemos quem os portugueses vão escolher para governar o país nos próximos quatro anos.

Não conhecemos ainda os programas de governo dos diversos partidos políticos, nem o que preconizam para a Saúde em particular.

Mas temos consciência que os próximos anos vão ser difíceis e exigentes.

Temos consciência que será necessária muita firmeza e ponderação, combatividade e intransigência na defesa dos princípios éticos e técnicos da nossa profissão.

Podem contar com esta Mesa da Assembleia Regional, este Conselho Regional Sul, este Conselho Disciplinar Regional, este Conselho Fiscal Regional. Podem contar com a nossa experiência, o nosso entusiasmo e dedicação. Podem contar comigo, com a minha total disponibilidade e empenho para coordenar com eficácia uma equipa que alia a sabedoria do João Sequeira à juventude do Ricardo Mexia, o conhecimento da Universidade do Raul Mesquita Lima ao espírito cartesiano do Francisco Madaíl, a experiência de medicina privada de Fátima Araújo ao conhecimento da mente humana do António Sampaio, a eloquência do Eduardo Santana à experiência de vida do José Manuel Esteves e, muito em particular, o conhecimento e experiência da área financeira e da gestão da Ordem de Manuela Santos e o conhecimento e experiência da área hospitalar e dos dossiers nacionais e internacionais do João de Deus.

Podem contar connosco!

Podem contar com a nossa vontade de lutar por uma Ordem dos Médicos actuante, unida, independente do poder político, que representa e defende todos os Médicos.

Diz-nos a experiência de muitos anos a trabalhar em Hospitais, Centros de Saúde, consultórios ou clínicas que se pode melhorar a eficácia da organização das unidades de saúde, que é obrigatório evitar o desperdício e que qualquer reforma ou mudança provoca sempre receio e desconfiança.

Sabemos que os recursos não são inesgotáveis e que é mandatário utilizá-los de forma mais eficaz.

Mas também sabemos que não é pos-

ELEIÇÕES Tomada de posse



sível desenvolver reformas sustentadas na Saúde sem os médicos ou contra os médicos .

Sabemos que o desenvolvimento da ciência médica se faz cada vez mais no sentido da multidisciplinidade e do trabalho em equipa com outros profissionais de Saúde, mas com áreas específicas de intervenção.

Sabemos também que o centro da nossa actuação é a saúde dos cidadãos, que acreditam em nós e no nosso conhecimento e capacidade de resolver os problemas de doença, de os aconselhar na defesa da sua saúde e de os apoiar no caminho difícil para uma morte com dignidade.

Não podemos aceitar que se fomente a ideia que médicos e doentes são inimigos, numa confrontação diária de erros e negligências para engrossar o sucesso dos meios de comunicação social.

Os médicos e os cidadãos têm direito a trabalhar e a serem tratados em unidades de saúde seguras, em que existam condições técnicas de acordo com o conhecimento médico actualizado, condições de trabalho adequadas a um exercício médico de qualidade, e uma cultura de prevenção de “acidentes de saúde” que evite acontecimentos lesivos para quem necessita dos cuidados de saúde.

É mandatório criar-se uma cultura de prevenção como já existe noutras áreas, como na Aeronáutica e na Medicina do Trabalho.

Cada acidente/incidente deve ser notificado, analisado e avaliado de modo a evitar que voltem a acontecer casos semelhantes.

Estes “acidentes de saúde” têm que deixar de ser automaticamente encarrados e noticiados como erro médico ou negligência médica na procura de um culpado, mas antes passarem a ser utilizados como ferramentas para um sistema nacional para a melhoria da segurança do doente.

Partilhamos da ideia do Bastonário eleito, Dr. Pedro Nunes, de criar um Gabinete do Doente a nível nacional.



Vamos desenvolver o Gabinete do Doente da Secção Regional do Sul e, para isso, contamos também com o empenhamento dos Conselhos Distritais.

Ouvir os doentes, as suas queixas e reclamações permite-nos identificar situações de má prática que podem originar procedimento disciplinar, mas também os mais comuns problemas de má comunicação, mau relacionamento interpessoal ou organização desadequada dos serviços que também podem ser causa de “acidentes de saúde”.

Mas não chega aproximar a Ordem dos cidadãos, importa também aproximar a Ordem dos Médicos e os Médicos da Ordem, para que quando algum Colega disser “A Ordem não faz nada” tenha a consciência pesada de também nada ter feito!

- Para conseguirmos esta aproximação aos Médicos contamos com o empenhamento dos Conselhos Distritais, contamos com: António Pedro Soure no Oeste, Gildásio Martins dos Santos no Algarve, Fátima Rosado da Fonseca em Évora, Manuel França Gomes na Madeira, Eduardo Pacheco nos Açores, José Poças em Setúbal, Vítor Bezerra em Santarém, António Luís Ribeiro em Portalegre, José Carlos Reina em Beja, Alexandre Lourenço em Lisboa-Cidade, Carlos Quaresma na

Grande Lisboa, com todos os Colegas eleitos para os Órgãos Distritais e todos os membros consultivos do Conselho Regional.

Para operacionalizar esta proximidade:

- Vamos realizar reuniões do Conselho Regional com uma calendarização mensal prévia com todos os Conselhos Distritais, antecedida de visita aos Hospitais e Centros de Saúde locais, para um melhor conhecimento das realidades.

- Vamos criar delegados da Ordem nos locais de trabalho, que nos permitam ter conhecimento em tempo real dos problemas que surgem no exercício quotidiano dos médicos.

- Vamos manter e desenvolver a autonomia e correspondente responsabilização dos Conselhos Distritais para a resolução de situações de implicação local, e apoiar, como temos feito, no que formos solicitados.

- Vamos manter e desenvolver os meios de informação e comunicação com os médicos da Secção Regional do Sul através do Medi.com, dando a conhecer e divulgando todas as actividades realizadas, promovendo o debate dos temas de actualidade médica.

- Vamos chamar os Colegas mais novos para participarem na Ordem que é de todos, mantendo a colaboração

com os seus representantes e associações como o Conselho Nacional do Médico Interno e Associação Nacional do Médico Interno, e ouvindo as associações de estudantes de Medicina.

- Vamos continuar a organizar e apoiar eventos culturais de música, cinema, História da Medicina, debates, exposições, etc.

- Vamos desenvolver um Gabinete de Apoio e Defesa do Médico que integre as vertentes de apoio ao médico que está doente e de apoio e defesa do médico vítima de violência ou injustamente acusado. Para isso iremos definir as regras de utilização do Fundo de Defesa do Médico da Secção Regional do Sul, já existente.

- Vamos concretizar o nosso projecto de solidariedade de construção da Casa do Médico do Sul de modo a poder receber e apoiar Colegas sem apoio sócio-familiar que lhes permitam condições de vida com dignidade.

Estamos disponíveis para trabalhar na organização interna que melhore a eficácia dos serviços que prestamos aos médicos.

Estamos disponíveis para trabalhar com todas as organizações médicas pela unidade dos médicos.

Assumimos o compromisso de cumprir o programa sufragado pelo Colegas que nos elegeram.

Estaremos também disponíveis para reunir, criticar, debater políticas, sugerir alterações, negociar legislação com qualquer Ministro de Saúde de qualquer Governo de qualquer partido político que venha a ser escolhido pelos portugueses.

Integrados que estamos na sociedade democrática, o respeito pela escolha dos portugueses deve sobrelevar a nossa própria opinião nessa matéria. Tal não nos impedirá de sermos intransigentes nos princípios éticos e técnicos, sensatos e credíveis porque



independentes.

Para os que já se regozijam pensando que a Ordem vai ficar refém de lutas internas e não vai funcionar, vamos demonstrar que com firmeza, bom senso e respeito mútuo, procurando o que nos une e ultrapassando pormenores que nos possam dividir, levaremos a bom termo o nosso projecto. Vamos demonstrar que a Ordem saberá ser forte, actuante, credível e independente.

Foi este o mandato que nos foi dado pelos Colegas.

É este o mandato que respeitaremos.



Sub Especialidades Pediátricas

o caso da Neonatologia

Um interessantíssimo artigo do Prof. Doutor Coelho Rosa sobre a sub especialidade de Nefrologia Pediátrica, publicado recentemente na Acta Pediátrica Portuguesa (1), teve o mérito de tornar muito claro para mim que, as dificuldades para iniciar efectivamente o ensino das sub especialidades, são provavelmente comuns às várias áreas pediátricas.

Quando, em 1998 (2), tiveram início as negociações para as sub especialidades, a neonatologia portuguesa moderna tinha já 20 anos de idade, era exercida por pediatras que trabalhavam apenas com recém-nascidos (RN), muitos deles em dedicação exclusiva e o grau de competência tinha começado a ser atribuído 8 anos atrás após um período de formação específica – os Ciclos de Estudos Especiais (CEE) ou, por consenso, pelo Ministério da Saúde. Para nós, era uma sub especialidade, ainda que não reconhecida pela Ordem dos Médicos. Os CEE de Neonatologia, pela primeira vez expressos como necessários no relatório da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, em 1989 (3), tiveram início logo em 1990 (4). Os primeiros ciclos tiveram a duração de 6 meses porque, na sequência do processo de reorganização da perinatologia em Portugal, se tornou muito urgente aumentar as equipas dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado e formar equipas nos Hospitais de Apoio Perinatal, com pediatras com competência em Neonatologia. Logo que as maiores carências foram colmatadas foi possível aumentar o tempo de formação para os 12 meses que ainda hoje se mantêm.

Foi portanto com alguma expectativa e muito entusiasmo que aguardámos a sub especialidade. O processo entregue na Ordem dos Médicos incluiu

desde o início o programa de formação, definido para 2 anos, minucioso, discriminado, adaptado do programa proposto pela European Society for Paediatric Research (5, 6), e que ainda hoje está conforme com o da European Society of Neonatology. Como nas outras sub especialidades, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos nomeou um Júri Nacional para admissão por consenso e foi dado um período de 6 meses para entrega de curricula com aquela fina-

A solução destes problemas é muito urgente. Já perdemos muitos anos de formação em neonatologia (...). É urgente formar neonatologistas.

lidade, um processo que se revelaria incompreensivelmente arrastado, com anos de duração mas que, finalmente, foi desbloqueado.

Estou em crer que somos dos países mais adiantados na Europa no que respeita à sub especialização em Neonatologia, como já éramos os primeiros a ter formalmente a competência em Neonatologia. Contudo, parecendo que tudo estava resolvido é aqui que, na realidade, começam a surgir os problemas.

O primeiro diz respeito ao regime de trabalho em que pode ser feita esta aprendizagem uma vez que os 2 anos da sub especialidade só podem ser

cumpridos após obtenção do título de pediatra e, imediatamente após obtenção do título, o pediatra é desvinculado da função pública. É quase certo que o Ministério da Saúde não vai prolongar o tempo de contratação para que se faça essa formação. Contudo, caso seja esta a solução escolhida, é possível encurtar os 2 anos de formação, englobando nela os 6 meses de estágio em neonatologia do internato de pediatria ou até mais, uma vez que o interessado pode escolher estagiar em neonatologia durante os períodos de opção. Esse tempo, programado com essa intenção, pode ser bem aproveitado se a sub especialidade considerar essa hipótese como válida.

Se esta hipótese só pode ser resolvida pelo Ministério da Saúde outra há que só pode ser resolvida pela Ordem dos Médicos/Colégio de Pediatria: incluir este período de sub especialização no internato de pediatria. Seria uma forma elegante de resolver o problema, a solução serviria todas as sub especialidades pediátricas, mas o internato de pediatria teria que ser modificado. Uma das hipóteses era o Internato ter um tronco comum de formação em Pediatria com a duração de 3 anos e, quem quisesse aprofundar a sua formação ou ter uma sub especialidade - neonatologia, nefrologia, infecciologia ou outra - tinha mais 2 anos para o fazer. Os pediatras com 3 anos de formação podiam exercer pediatria nos centros de saúde, hospitais com serviço de pediatria geral ou clínica privada; os pediatras com 5 anos podiam ser pediatras comunitários ou concorrer a hospitais com serviço de pediatria de referência. O sistema tinha a vantagem de formar pediatras em 3 anos, como no passado, tornando possível que todas as crianças tivessem pediatra. Aliás, a necessidade



Maria Teresa Neto

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
Hospital de Dona Estefânia

de aumentar o tempo de formação de 3 para 5 anos, foi precisamente porque as sub especialidades eram tantas e tão diferenciadas que os 3 anos não eram suficientes. Agora, elas seriam retiradas da formação obrigatória e só as faria quem escolhesse essa opção. Contudo, o que se discute é precisamente o contrário: fazer, no início da especialidade, um tronco comum de medicina. Isto significa que, à pediatria, será roubado 1 ano se, dos 5 actuais, 1 for dedicado à medicina do adulto. Se a medida parece muito adequada quando se fala de medicina do adulto o mesmo não acontece com a pediatria. É óbvio que conhecimentos médicos são sempre bem vindos mas tirar tempo de formação em pediatria é um erro. A pediatria é a medicina interna da criança e não é por esta ser mais pequena que demora menos tempo a aprender. Antes pelo contrário, é mais concentrada e mais ampla, tem a genética, o desenvolvimento, o crescimento e muitas outras áreas que não se estudam na idade adulta.

O segundo problema diz respeito à idoneidade dos serviços que vão formar neonatologistas. As características necessárias para uma unidade de saúde ser considerada idónea para esse fim foram definidas no documento inicial, mas quem reconhece a idoneidade? A Ordem dos Médicos? O Colégio de Pediatria? Algum organismo europeu criado para o efeito? Na realidade ainda não está decidido como serão acreditados os centros de formação, nem em Portugal nem na Europa.

Por outro lado, as especificidades são muitas e muito particulares fazendo prever que nenhuma unidade consiga aglutinar todas as características que lhe permitam, isoladamente, ser um centro de formação. Estas dificuldades sugerem que a melhor política será a congregação de unidades para formar um centro, dando assim também resposta a um dos requisitos de que o neonatologista deve ser formado em, pelo menos, 2 hospitais, um dos quais deve ser universitário.

O terceiro problema diz respeito ao

ciclo de estudos especiais de neonatologia. Seria de prever que, uma vez existindo a sub especialidade de neonatologia deixasse de haver este tipo de formação. Não sei se será linear este raciocínio. Os pediatras que forem formados em neonatologia serão aquilo a que chamo os neonatologistas de terceira geração, o verdadeiro internista do recém-nascido (RN), abrangendo todos os âmbitos da patologia peri e neonatal e todos os órgãos, com uma sólida formação clínica, imagiológica, terapêutica, de técnicas invasivas, etc. Não tem sentido que um médico tão especializado, cuja formação tanto custou, seja colocado num local onde, supostamente, não estão os mais doentes dos RN - as unidades de cuidados intensivos neonatais dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado. Mas, nas unidades de cuidados especiais (UCEN) dos Hospitais de Apoio Perinatal, há RN doentes. Sem querer minimizar o trabalho do pediatra, deve entender-se que um RN doente ou um RN ex grande pré-termo em fase de crescimento, será melhor cuidado por quem aprendeu especificamente a fazer isso, com mais treino dos que os 6 meses de neonatologia do internato de pediatria. Essas UCEN devem integrar na sua equipa pelo menos um pediatra com competência em neonatologia. A descentralização, a capacidade de poder enviar para o hospital de origem um RN que já não necessita de cuidados intensivos, tem dado muito bons resultados, mas só tem sido possível porque lá está um pediatra com competência para o cuidar. Daí a necessidade de dar continuidade aos Ciclos de Estudos Especiais de Neonatologia, uma formação mais curta, que continuará a atribuir a competência. Finalmente pergunta-se: a quem compete resolver estes problemas? O poder político, o Ministério da Saúde, nem tem conhecimento deles e portanto não é suposto que os resolva. Suspeita-se mesmo que, conhecendo-os, não esteja interessado em fazê-lo. Mas é com o Ministério da Saúde que as conversações têm que se fazer. A Ordem

dos Médicos parece ser o organismo mais apropriado para sugerir soluções e pressionar decisões. É um parceiro indispensável. Mas há outras entidades, formadas por profissionais que trabalham no campo e conhecem as dificuldades que, na minha opinião, constituem parceiros importantíssimos nas negociações: a Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança e a Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria uma vez que, a ambas, o que interessa mesmo é a saúde do RN.

A solução destes problemas é muito urgente. Já perdemos muitos anos de formação em neonatologia, o núcleo das equipas de muitas UCIN é ainda constituído pelos elementos que as inauguraram há 20 anos, estão velhas e em fase de reforma. É urgente formar neonatologistas. Penso que as quatro entidades aqui referidas devem envidar todos os esforços para que isso se torne uma realidade no mais curto espaço de tempo.

Bibliografia

1. Coelho Rosa F. Nefrologia Pediátrica em Portugal. *Acta Pediatr Port* 2004; 35 (4): 303-5
2. Cuidados de Saúde Materna e Neonatal. Relatório da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, Lisboa, 1989
3. Ordem dos Médicos. Deliberação do Conselho Nacional Executivo de Abril de 1998
4. DR II série, nº 169 de 24/07/1990, pp8188
5. Recommendations for the training of neonatology in Europe. Draft 28.10.96
6. Documentos de trabalho do Conselho Coordenador para a sub especialidade de Neonatologia

Plano Nacional para a Hepatite C

A hepatite C é um importante problema de saúde pública afectando, segundo a Organização Mundial de Saúde, 170 milhões de pessoas ou 3% da população mundial e 1% dos europeus. Estima-se que em Portugal existam cerca de 150.000 indivíduos infectados, 1,5% da população; França tem 1,2% de infectados, Itália 3% e Espanha entre 1,6-2,6%. É uma entidade complexa do ponto de vista médico, individual, familiar, social e epidemiológica. Trata-se de uma doença infecciosa frequente, susceptível de prevenção e de tratamento. O vírus da hepatite C (VHC) é 4 vezes mais frequente e 10 vezes mais infeccioso do que o vírus da SIDA.

A infecção pelo VHC é quase sempre assintomática e de evolução a longo prazo, cujas consequências crónicas como a cirrose hepática ou o cancro primitivo do fígado (carcinoma hepatocelular) podem surgir ao fim de algumas décadas (20 a 40 anos) após a infecção. Existe na actualidade tratamento eficaz, conduzindo à cura definitiva em cerca de 60% dos casos. Os custos envolvidos nas várias fases da doença, têm tendência a crescer, dado que se prevê o aumento do número dos doentes diagnosticados e tratados, bem como do número de casos de cirrose hepática, cancros do fígado e transplantes hepáticos associados ao VHC, como aliás é mencionado no Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010.

Plano Estratégico Nacional?

A informação é indubitavelmente a forma mais eficaz e rentável em qualquer estratégia de saúde pública. Para minimizar as complicações da hepatite C é necessário desenvolver campanhas de informação dirigidas aos doentes, familiares, pessoal de saúde (médicos, enfermagem, farmacêuticos, entre outros), grupos ditos de risco e à população em geral. É fulcral desmistificar e aliviar o estigma a ela associada (“doença grave”, “pior que a SIDA”, “mortal”, “risco elevado de cancro”, “sem cura”) esclarecendo sobre as formas de prevenção, modo de transmissão e possibilidade de cura efectiva. A hepatite C não é exclusiva dos toxicodependentes: com efeito, cerca de 40% dos novos casos não são utilizadores de drogas injectadas. A par disso, deverão também ser desenvolvidos esforços para avaliar a situação epidemiológica em Portugal, nomeadamente a prevalência nacional para se avaliar o impacto futuro da hepatite C no nosso país. A abordagem da hepatite C seria mais consistente no âmbito de um “Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Hepatite C”.

Qualquer plano estratégico deverá obedecer a três grandes objectivos fundamentais:

- 1 – **INFORMAR** - Desenvolver todos os esforços para aumentar o conhecimento da hepatite C nos indivíduos infectados, profissionais de saúde e população em geral.
- 2 – **PREVENIR** - Reforçar as medidas de prevenção primária e desenvolver estratégias de redução de riscos, para diminuir a transmissão do VHC.
- 3 – **TRATAR** - Melhorar os cuidados médicos a quem tem hepatite C.

Rastreio do VHC

Tratando-se de uma doença praticamente assintomática e não se justificando o rastreio a toda a população, importa promover a detecção dos indivíduos infectados nos grupos ditos de risco.

O objectivo principal do rastreio consiste em identificar a população infectada para minimizar os riscos para os próprios, para a família e para a sociedade em geral. Os grupos de risco a rastrear são:

- Utilizadores de drogas injectadas, nem que tenha sido uma vez na vida, mesmo aqueles que não se considerem toxicodependentes
- Quem tenha efectuado transfusões de sangue antes de 1992 e de factores de coagulação antes de 1987
- Quem tenha recorrido a *piercings*, tatuagens, acupunctura, manicura, podologista, mesoterapia, tratamentos de estética em locais que não seja possível assegurar a segurança do material injectável
- Utilização de seringas de vidro reutilizáveis (muito frequente há alguns anos)
- Indivíduos com transaminases alteradas
- Filhos cujas mães são anti-VHC positivas
- Membros do agregado familiar de doentes com hepatite C
- Pessoal de saúde com história de contaminação accidental
- Indivíduos com múltiplos parceiros sexuais que não utilizem protecção (preservativo)
- Doentes VIH positivos
- Hemodializados, transplantados renais, hemofílicos
- Indivíduos seguidos em consultas de Doenças de Transmissão Sexual
- Eventualmente, imigrantes de países de elevado risco, como é o caso da Moldávia em que a prevalência do VHC poderá atingir cifras na ordem dos 10%

O rastreio deve ser efectuado através do teste imunoenzimático anti-VHC, cujas sensibilidade e especificidade são superiores a 99%.

Dados de outros países indicam que o doente “tipo”, di-



Rui Tato Marinho

Gastroenterologista - Hospital de Santa Maria
Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa

agnosticado de novo, é do sexo masculino e tem entre 30 a 50 anos de idade. A forma de transmissão é a toxicod dependência em 60% dos casos, a via sexual em 15%, transfusões antes de 1992 em 10%, pessoal de saúde em 5%. Em 10% das situações não se identifica o modo de transmissão.

Estima-se que só cerca de um quarto dos infectados estão diagnosticados. A identificação de novos indivíduos anti-VHC positivos através do rastreio dirigido, é uma oportunidade para informar sobre o modo de evitar o agravamento da doença (vacinar contra as hepatites A e B, evitar consumo de álcool, acesso aos cuidados médicos com eventual tratamento) e de reduzir o risco de transmissão a outros. Calcula-se que o número de casos crónicos diagnosticados aumente 3 a 4 vezes nas próximas décadas, o que irá colocar alguns desafios ao Sistema Nacional de Saúde.

Toxicod dependência - Programas de troca de seringas

A hepatite C é praticamente epidémica neste grupo de risco afectando cerca de 70-80% dos toxicod dependentes, variando entre 40-95% consoante os grupos estudados. Relativamente ao problema da toxicod dependência com drogas injectadas (70 a 100 mil de acordo com os dados oficiais) - ainda não resolvido e não controlado na nossa sociedade - importa promover, ampliar e esclarecer a sociedade em geral sobre os programas de redução de riscos (programas de troca de seringas - PTS), procurando que além das farmácias, outras entidades estejam empenhadas na sua aplicação e divulgação. Existe ampla evidência científica que estes programas de troca de seringas são a medida mais eficaz para a redução de riscos para os consumidores e para a própria sociedade, reduzindo-se o número de novos casos de infecção (VHC, SIDA), *overdoses*, infecções locais (abscessos, celulites, etc). Por outro lado, o número de seringas potencialmente contaminadas em circulação ou "perdidas" irá diminuir, reduzindo-se o risco de transmissão das diversas infecções. É fulcral transmitir a este grupo de risco o facto de que o contágio pode ocorrer, além da seringa e da agulha, através do restante material usado no consumo i.e. algodão, colher, carga, água, etc.

Os PTS devem ser estendidos às prisões. Pelo menos metade da população prisional é consumidora de drogas por via intravenosa, fenómeno não exclusivo de Portugal, e cerca de 30% tem hepatite C. Algumas experiências piloto em países europeus (Alemanha, Espanha, Suíça) mostraram-se eficazes na redução dos riscos, constituindo uma oportunidade única para promover o acesso de uma camada de população com muitos problemas pessoais e sociais aos profissionais de saúde (médicos, enfermagem, psicólogos) e, conseqüentemente, a melhores e mais cuidados de saúde.

Plano Nacional Estratégico de Prevenção e Controlo da Hepatite C

Para um "Plano Nacional Estratégico de Prevenção e Controlo da Hepatite C" eficaz e amplo, as autoridades de saúde deverão ocupar um papel central e aglutinador como sejam o Ministério da Saúde, a Direcção-Geral da Saúde e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Alguns países têm desenvolvido recentemente planos nacionais de abordagem da hepatite C como sejam a França (1999), Reino Unido (2002), Brasil (2003), Austrália (1999), Estados Unidos da América (2001 de âmbito nacional e mais recentemente em 12 estados americanos). Os toxicod dependentes deverão ser um alvo estratégico a atingir. Com efeito, os utilizadores de drogas injectadas custam à sociedade, em recursos de saúde, perda de produtividade, acidentes e crime, verbas muito avultadas. Quem se injecta têm um elevado risco de contrair SIDA, bem como as hepatites C, B e A. Por outro lado, depois de infectados com essas doenças, poderão ter um efeito multiplicador, dado que existe um risco real de contaminarem os companheiros de consumo injectável, os parceiros sexuais, os familiares directos e os recém-nascidos, no caso de mães infectadas.

A informação deverá basear-se na desmistificação, tentando retirar o estigma muitas vezes ligado à infecção pelo VHC, transmitindo ideias correctas e actualizadas sobre as formas de transmissão, grupos de risco (toxicod dependentes, indivíduos com múltiplos parceiros sexuais, profissionais de saúde, locais de colocação de piercings, tatuagens, manicures, podologistas, barbearias, tratamentos de estética, etc), conseqüências da doença, sintomatologia, formas de tratamento, factores de agravamento (consumo excessivo de álcool) e modos de prevenção.

Têm que ser elaboradas normas de orientação para os profissionais de saúde (*guidelines*), criada uma linha telefónica grátis não só para estes (por ex. "O que fazer em caso de contaminação acidental?") como também para o público. Deveria ser implementada a divulgação de folhetos, cartazes, *site* na internet, cursos de actualização (médicos, enfermagem, farmacêuticos), campanhas nos órgãos de comunicação social, intervenção na população escolar desde o ensino básico.

O plano estratégico tem que ser pensado e participado pelos vários actores da sociedade com eventual interesse directo na infecção VHC:

Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Instituto Português de Sangue, Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, Instituto da Droga e da Toxicodependência, Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, Sociedades Científicas (Médicos – gastroenterologia, hepatologia, doenças infecciosas, psiquiatria, medicina familiar, saúde pública, nefrologia, pediatria, entre outras), Associações de Doentes (hepatites, transplantados hepáticos, insuficientes renais, ligadas à infecção VIH, hemofílicos), Associação Nacional de Farmácias, Laboratórios da Indústria Farmacêutica, Jornalistas (imprensa, rádio, TV), especialistas de *marketing*, instituições religiosas, militares, Centros de Apoio a Toxicodependentes (CAT), Agências de Comunicação, psicólogos, assistentes sociais, políticos do poder central e poder local, Forças de Segurança, Ministério da Educação para se chegar à população escolar, associações ligadas a barbearia, manicura, podologia, indústria cosmética e de beleza, locais onde se efectue a colocação de piercings, tatuagens, acupunctura e Organizações não Governamentais ligadas à recuperação de toxicodependentes. Nestes grupos pluridisciplinares deverá existir a figura de um “coordenador da hepatite C”. Poderá ser útil a utilização de figuras públicas, não obrigatoriamente toxicodependentes, para ampliar o impacto mediático do plano.

Conclusão

Em conclusão, dada a prevalência mundial (3,0%) e a estimativa nacional (1,5%), a dimensão da infecção nos utilizadores de drogas injectadas (70-80%), o aumento previsível das consequências da infecção crónica pelo VHC (cirrose hepática, carcinoma hepatocelular, necessidade de transplante hepático) e os custos envolvidos na abordagem destes doentes (internamentos, tratamentos com antiviricos, transplante hepático) justifica-se plenamente que as autoridades oficiais de saúde centralizem, elaborem e implementem um **Plano Nacional Estratégico para a Prevenção e Controlo da Hepatite C**. Calcula-se também que com a divulgação da necessidade do rastreio nos grupos de risco o número de infectados diagnosticados aumente significativamente. Dado o estigma frequentemente associado a esta infecção e as consequências pessoais e sociais daí decorrentes, a necessidade de transmitir de uma forma estruturada a informação correcta e actualizada cientificamente aos doentes, profissionais de saúde e à população em geral impõe-se que o plano seja implementado a curto prazo.

AGENDA

1.º Ciclo de Conferências de Saúde do Centro de Estudos Ibéricos – Saúde sem Fronteiras de Maio 2004 a Maio de 2005

(1 conferência por mês)

Local: Sala da Assembleia Municipal – Guarda

Contactos: Telef./Fax.: 271 220 212;

E-mail: cei@cei.pt

22º Encontro Nacional de Clínica Geral 9 a 12 de Março de 2005

Local: Tivoli Marina Hotel

Contactos: Telef.: 217 615 250 Fax.: 271 933 145;

E-mail: apmcg@netcabo.pt

3rd European HIV Drug Resistance Workshop 31 de Março a 2 de Abril de 2005

Local: Atenas, Grécia

Contactos: Telef.: 218 422 700

VI Encontro Coninbrigae Salus Cuidados Articulados

14 e 15 de Abril de 2005

Local: Hotel Tryp - Coimbra

Contactos: Telef.: 239 484 287 Fax.: 239 484 779;

E-mail: apmcg.cb@mail.telepac.pt

EULAR 2005 – European Congress of Rheumatology

8 a 11 Junho de 2005

Local: Viena (Áustria)

Contactos: Viagens Abreu, S.A. - Dept. Congressos;

Tel.: 222043590 - Fax: 222043693

11th World Congress on Pain

21 a 26 de Agosto de 2005

Local: Sydney, Austrália

Contactos: Telef.: 218 422 700

Ecco 13 - The European Cancer Conference 30 de Outubro a 3 de Novembro de 2005

Local: Paris, França

Contactos: congressos@geotur.com

Relação doente-médico: um verdadeiro encontro com o outro

Teve lugar no dia 8 de Novembro de 2004 a conferência «A relação doente-médico», proferida por Jorge Biscaia. Foi mais uma conversa sobre bioética do ciclo organizado pela Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas, aqui representada por Alexandre Santos.

José Luís Archer, em representação de Esperança Pina, director do Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico da FCM – departamento que apoiou a Associação de Estudantes nesta sua iniciativa -, apresentou o orador referindo, entre outras coisas, a facto de Jorge Biscaia ter sido o fundador do Centro de Estudos de Bioética, instituição na qual é presidente da direcção, bem como o facto de ter criado e dirigido a revista «Cadernos de Bioética». Não fossem estes motivos suficientes para explicar a importância da conferência proferida por Jorge Biscaia, José Luís Archer falou igualmente da sua «sen-

sibilidade» enquanto ser humano, o que, sem necessitar de mais requisitos, habilita o orador a falar sobre uma relação tão complexa como é a relação doente-médico, uma relação na qual os sentimentos são com certeza uma parte fundamental.

Começando por referir que todas as relações partem de apelos, da busca de encontros entre duas pessoas, Jorge Biscaia explicou que «não se pode separar na relação doente-médico o apelo daquele da resposta do médico». Em tempos idos, em que apesar do pouco avanço da medicina (em termos do conhecimento da doença, causas, diagnóstico, técnicas, etc.), «o médico era visto como um mágico», «o acompanhamento era feito de palavras e presença» até ao regredir da doença. Hoje, a extraordinária evolução da medicina trouxe vantagens e desvantagens para esta relação nem sempre fácil: «o progresso aumentou a longevidade», mas juntamente com a visão dos médicos como deuses capazes de tudo, que se verifica na actualidade pelo menos ao nível das expectativas dos doentes, e com os «espantosos sucessos reais ou prometidos», o sentido crítico também cresceu, «as pessoas tornaram-se mais exigentes» e qualquer insucesso passou a ser visto imediatamente como sendo culpa do médico, «aumentando a agressividade do doente». Mas, da

parte do médico, este continuou a ter que avaliar os riscos e benefícios que toda a terapêutica implica, os perigos dos exames mais invasivos ainda que mais eficazes, a problemática dos custos muito elevados e nem sempre lógicos perante os reduzidos benefícios que se podem esperar em determinados casos, e continuou a ter que lidar com um grau de incerteza que só pode ser ultrapassado através de opções baseadas em critérios de probabilidades. Uma forma de tentar resolver este novo 'contratempo' numa relação de importância fundamental para o sucesso terapêutico, solução defendida por Jorge Biscaia, é o estabelecimento de uma responsabilidade objectiva para «através de um seguro, ressarcir os danos causados, mesmo que não exista culpa do médico».

Valorização do contacto afectivo

Neste momento, segundo o conferencista, o que se verifica é que o médico se colocou numa «posição de defesa», recorrendo para isso ao consentimento do doente em relação às intervenções e opções terapêuticas. «Mas esse não é um consentimento que represente a participação activa do doente na opção terapêutica», não passando de uma assinatura num papel que faz com que se perca o vínculo de confiança





fundamental na relação aqui em causa. «O paternalismo, resultante da confiança quase ilimitada no médico, é assim substituído por uma assinatura muitas vezes feita à porta da sala de operações». Será esta uma solução menos perniciosa? Poder-se-á considerar que uma relação baseada num falso consentimento esclarecido, numa falsa envolvimento do doente na sua terapêutica, é mais equilibrada que a (desequilibrada) confiança cega que no passado os doentes depositavam no

seu médico? Segundo o presidente da direcção do Centro de Estudos de Bioética, esta evolução teve como consequência a deterioração da relação doente-médico, a qual sofre hoje de uma espécie de anonimato... «Enquanto antigamente o médico de família conhecia os avós, os pais e os filhos e já tinha ido a casa do doente, hoje há um afastamento claro: o médico não é escolhido e as comunicações são feitas de forma fria e impessoal. (...) Perdeu-se o papel do médico enquanto conselheiro. Os profissionais refugiaram-se na técnica/ciência e o doente não é visto como uma pessoa, mas antes como parte de uma estatística.» Explicando a importância do toque afectivo, algo que seria referido por uma das médicas presentes na assistência como «uma aptidão que devia ser ensinada nos cursos de medicina», Jorge Biscaia referiu que «a tentação da técnica é essa: não tocar nas pessoas». Segundo o interlocutor está-se a perder uma óptima possibilidade relacional pois, muitas vezes, «o tempo que se passa com o doente não é valorizado», o que se torna cada vez mais difícil se pensarmos que os médicos são, hoje em dia,

muito pressionados no sentido de terem em conta a necessidade de eficácia económica, existindo mesmo casos em que o tempo de consulta é contado e coarctado por indicação hierárquica superior. Para o orador não existem dúvidas quanto ao caminho a seguir: «por maiores dificuldades – burocráticas, administrativas, técnicas - que o sistema coloque, o médico tem que responder com a sua humanidade, acolhendo o doente e procurando melhorar o seu estado. (...) Temos que ter a capacidade de ver o doente como merecedor da nossa atenção», pois a competência do médico «medir-se-á por parâmetros muito além da sua aptidão técnica». Deverá, como foi referido nesta conversa, existir uma superação da técnica nesta relação entre duas pessoas, em que o contacto afectivo deve ser valorizado («a capacidade relacional corresponde a uma garantia bioética do médico»).

Factor igualmente citado como fundamental na relação doente-médico foi o segredo profissional pois o respeito pelo valor da intimidade e da privacidade do doente é a pedra basilar da confiança que este deposita no profissional de medicina. Ainda que a autonomia tenha naturalmente limitações deverá ser respeitada, devendo efectuar-se uma explicação «com bom senso», «sempre numa atitude de respeito e defendendo a dignidade do doente». «Temos que ouvir, observar e explicar».

Referindo a necessidade do médico ter consciência da sua própria vulnerabilidade e capacidade para aceitar o fracasso (caso contrário poderá originar-se uma situação de obstinação terapêutica, igualmente nociva), Jorge Biscaia concluiu explicando que o profissional deverá estar disponível para participar no sofrimento do outro, «participar, com compaixão, mantendo um certo afastamento», proporcionando aquilo que definiu como «um verdadeiro encontro com o outro».



Ribeiro Sanches, o Médico dos Czares

Nasci a 7 de Março de 1699 na vila fronteiriça de Penamacor – Beira Alta, e o meu nome de baptismo é António Nunes Ribeiro Sanches.

A minha família é de sangue judaico – os meus pais Simão Nunes e Ana Nunes Ribeiro são abastados comerciantes da região, cristãos-novos descendentes de outro grande médico Francisco Sanches (1551-1623).

Como era habitual nesta época, os filhos da grande família judaica optavam ou pela Arte Médica ou de Boticário, ocupando nós por isso mesmo, a maior parte dos cargos por direito próprio, nestas artes.

Assim, era vulgar sermos considerados pelos vizinhos cristãos-velhos de acordo com a história da Humanidade, como renegados e feiticeiros, detentores de sortilégios com poderes quase demoníacos. O ambiente da terra beirã, coberta de montanhas, frio, neve e ainda pouco habitada, dava azo a lendas, querenças e demais fantasias; no tempo do nosso leitor chamar-me-iam um homem da interioridade. Talvez para este comportamento ancestral de desconfiança e despeito, contribuisse a proverbial prosperidade económica dos judeus sefarditas, sempre fruto de uma luta e persistência familiar prolongada, de gerações, aliada a qualidades de trabalho e resistência pouco habituais nesta velha terra lusitana, antiga de seiscentos anos.

Portugal, já nesta altura a viver acima das suas riquezas e haveres (como parece continuar a ser uma característica endémica nos trezentos anos seguintes) e sem fazer nada para se cuidar, devido à sua índole ociosa, passadista do antigo Império, agora quase falido, vai-se tornar cada vez mais uma sociedade fechada, ensimesmada, mesquinha, invejosa, sendo um dos sinais o seu fanatismo, a que a Inquisição deste tempo (famosa policia religiosa ultracatólica) pela sua intolerância religiosa perseguia, enclausurava e mandava queimar qualquer homem ou mulher que fugisse às normas do costume, baseadas estas na tradicional doutrina católica com profundas raízes conservadoras e antijudaica.

Uma vida errante

A minha débil constituição física aliada a um perfil hipocondríaco, não irá alterar a dedicação ao estudo e à descoberta devido em parte ao meu espírito curioso, apesar dos caprichos dos tempos e do Homem.

Ainda com doze anos, já sabia música,

lia fluentemente castelhano, latim e todos os livros que me vinham parar à mão, tais como os de Plutarco e Montaigne, razão segundo uns devido à minha inteligência superior e elevado espírito de observação.

Devido à pressão familiar do lado paterno, com um tio jurisconsulto, versado em leis, vou ainda cedo para Coimbra para me inscrever no curso de Direito, em 1716.

Aqui, mais uma vez, insatisfeito com o meio (ao fazer uma “reflexão muito profunda acerca da decadência da universidade”) e o estudo aborrecido das leis e da filosofia “aprender a nossa filosofia era pior que não a aprender”, que me provocam efeitos indesejáveis e outros distúrbios funcionais, moléstias estas acentuadas pelo esforço em excesso dedicado ao estudo, exs. enxaquecas, desmaios, dores de estômago...

Entre 1717-18, para tentar perceber o que se passava comigo, vencendo a minha insegurança interior, começo a ler tudo o que me vem parar às mãos, incluindo livros médicos. Nestes pareço ter encontrado algum conforto espiritual para os meus males, um deles em especial – os *Aforismos de Hipócrates*, que pela forte ligação entre a ciência prática e a filosofia especulativa vai mudar em definitivo, o meu rumo profissional, assim como perder a noiva, minha prima, mais o seu belo dote de judia.

O ambiente era muito pouco disciplinado o que aliado ao estado de rebeldia latente dos alunos perante o ensino (que me desgostava sobremaneira), mais o meu frágil estado físico (*organismo débil e enfermizo*), vai-me facilitar a transferência, a meu pedido, para Salamanca, no ano seguinte.

Recebo, por isso facilmente o grau de doutor em Medicina, pela Universidade de Salamanca em 1722.

Em todas as épocas da nossa história, homens nos mais variados campos da ciência, de modo mais sentido na Medicina, trocaram a terra de origem por um País estrangeiro onde pudessem exercer a sua profissão com outra sabedoria e paz de espírito. As grandes escolas da Península Ibérica limitavam-se a transmitir o saber dos textos antigos, cuja autoridade não era questionada, votando o ensino e a prática médica, a uma paralisante inércia.

Para Ribeiro Sanches, jovem médico, acabado de regressar, o País não oferecia grandes perspectivas, *isolado e malquisto por judeu na sua pátria*.

Já em Portugal, apesar da intolerância e preconceitos do meio, instalo-me temporariamente em Benavente – aí reparo que as águas estagnadas são a causa de febres e outros morbos que as pessoas de Salvaterra manifestavam de modo intermitente.

Em 1726, por denúncias feitas à Inquisição por um familiar, pela prática do judaísmo sou obrigado a exilar-me à pressa, partindo pela calada da noite, num barco ancorado em Lisboa.

Após breves passagens por Génova, Montpellier, Londres





João-Maria Nabais

Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria Médica

(onde dou aulas e exerço medicina) e Bordéus, chego a Leiden, na Holanda, onde assisto às aulas do célebre professor Boherhaave, considerado o maior docente de medicina do seu tempo. Ai torno-me um dos seus discípulos dilectos mais distintos.

Na Europa, sopram já os ventos do Iluminismo (os filósofos que difundiam o novo espírito do século julgavam-se promotores da luz e do conhecimento, sendo, por isso, chamados de iluministas) movimento que vinha ganhando expressão nos escritos de Locke, Montesquieu, Voltaire e outros.

Em 1731, sob a sua recomendação parto para Rússia. Ai exerço importantes cargos como médico dos exércitos imperiais, e depois do Corpo Imperial dos Cadetes de São Petersburgo (colégio reservado à mais alta aristocracia russa), tendo por último sido nomeado médico da czarina Ana Ivanovna. Ao mesmo tempo correspondo-me com os melhores espíritos europeus da época.

A longa permanência na Rússia e o contacto com os seus diferentes povos e raças, permitem-me fazer importantes observações etnológicas que comunico a Buffon, que o refere no 3º Volume da sua *História Natural*.

Em 1747, de regresso a Paris, sou recebido por Frederico o Grande da Prússia. É-me depois atribuída uma tença por Catarina II da Rússia de quem fui médico. Aqui na cidade das Luzes acabo os meus dias, a 14 de Outubro de 1783.

Obra

As luzes da razão humana, adquiridas pela observação da Natureza e pelo livre exercício, irrompiam no obscurantismo secular do pensamento preliminar, cristalizado pelos dogmas da escolástica.

A obra de Ribeiro Sanches, no seu humanismo iluminista, em muitos aspectos pioneira e reformadora, é enorme, repartindo-se por diversos domínios, como a etnologia, a medicina, a educação, a arte ou a ética, beneficiando do carácter internacional do ensino universitário da época.

A Medicina foi um campo onde os judeus, não só em Portugal, mas em todo o mundo, se tornaram célebres. Ribeiro Sanches, sendo um nome grande da história da medicina universal, levou uma vida de recolhimento e estudo.

Na medicina, onde se distinguiu na venereologia, escreveu a pedido de D'Alembert e Diderot para a *Enciclopédia*. Manteve relações científicas e de amizade com os grandes vultos da ciência do tempo. Publicou, neste domínio, obras, como o *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos, Observações sobre as Doenças Venéreas*, etc.

As bases da reforma do ensino médico em Portugal foram o objecto do seu *Método para Aprender a Estudar Medicina*, escrito a pedido do Governo de Lisboa. No seu projecto, Sanches vai mais longe do que Verney:

- Amplia o conjunto dos saberes exigidos aos candidatos ao curso de medicina;
- Sugere a criação de um colégio dedicado ao ensino das ciências médicas;
- Propõe a construção de um hospital escolar, dotado de um número suficiente de camas, completado pelo teatro anatómico, o jardim botânico, o laboratório e a botica;

- Galeno e Hipócrates seriam substituídos pelo eclectismo da medicina de Boherhaave;
- A profissão médica seria unificada, com a integração da cirurgia no ensino universitário.

Sobre a educação, ética, política, ou mesmo na filosofia, é vasta a sua obra, revelando-se um convicto defensor do Iluminismo Científico e um reformador: *Cartas sobre a Educação da Mocidade* (1760) é uma das mais importantes da bibliografia pedagógica do século XVIII, a favor da laicização do ensino e da sociedade em geral, a par da espiritualização da acção da Igreja.

Considerado por muitos como um verdadeiro enciclopedista (médico, filósofo, pedagogo, historiador, etc.), escreve largas dezenas de manuscritos, dos quais apenas nove foram publicados em vida.

O seu nome está na primeira fila dos grandes mestres do pensamento europeu da sua época, em confronto com um País retrógrado, beato, paralisado pela inércia e arreigado à vanglória do passado.

Era o progresso contra a rotina preguiçosa, a justiça contra o erro, a civilização contra a falta de cultura, a razão contra a inverdade.

Cena final

Ribeiro Sanches é o grande pioneiro da saúde pública, sendo considerado o primeiro higienista, que permanece contemporâneo pelo alcance da sua visão esclarecida e pela força das convicções. As suas ideias foram aplicadas nas reformas pombalinas da Educação e Medicina.

Manteve bons vínculos a instituições da cultura internacional muito importantes da Europa, como seja ser correspondente da Academia Internacional de Paris. Era membro da Sociedade Real de Londres e membro da Academia de S. Petersburgo. Defendeu relações científicas com os restantes elementos do grupo da Enciclopédia que muito contribuiu para o desencadear da Revolução Francesa.

Recordo que em 1999 se passaram trezentos anos sobre o nascimento deste reformador da medicina e do ensino, que foi apenas, um dos maiores vultos da ciência e da medicina do século XVIII e continua tão pouco conhecido entre nós.

Principais livros

- A dissertation on the origin of the venereal disease (Londres, 1751);
- *Tratado de Conservação de Saúde dos Povos* (Paris, 1756);
- *Cartas sobre a Educação da Mocidade* (Paris, 1760);
- *Fundamentos da Sociedade Cristã e Política* (1760);
- *Método para aprender a Estudar a Medicina* (Paris, 1763);
- Mémoire sur les bains de vapeur de Russie, considérés pour la conservation de la santé et pour la guérison de plusieurs maladies, (Paris, 1779);
- Observations sur les maladies vénériennes (*a título póstumo, por iniciativa do seu amigo Andry*); (Paris, 1785)
- *Maneira de Alimentar e Criar os Enjeitados no Hospital de Moscovo*;
- *Tratado das Paixões da Alma*

Encruzilhada hipocrática

Hipócrates nasceu em Cós (c. 460AC), pequena ilha junto à costa turca, então costa da Caria, em frente de Halicarnasso. A formação médica terá sido influenciada por Pitágoras que considerava o universo e também o corpo humano regulados dentro da harmonia dos números; por Demócrito que via o mundo, e também o corpo humano constituídos por átomos com tendência a agrupar-se a outros com a mesma dimensão, deixando entre eles os poros; por Empédocles que admitia já os quatro humores e elaborou alguns princípios como a produção de calor interior em processos internos como a digestão; função de arrefecimento da respiração; função nutritiva do fígado que produz o sangue que alimenta o corpo.

Com Hipócrates a Medicina libertou-se da magia, as causas e manifestações das doenças passaram a ser consideradas fenómenos naturais submetidos a leis; e a profissão médica passou a dispor de um código

de conduta.

Revisitar Hipócrates numa perspectiva clínica talvez possa ser formulada a partir das seguintes questões, sempre que possível contrastadas com a actualidade.

Que avanço resultou da medicina hipocrática?

A nova forma de medicina alicerçava-se na observação “desarmada” e sem nada de parecido com os recursos que o micrótomo e o microscópio trouxeram ao séc. XIX ou a nanotecnologia com as suas estruturas com menos de 100 nanómetros, trouxe ao séc. XX.

A clínica hipocrática exercia-se em espaço próprio, a Asclepiade, era uma medicina de cabeceira e fundamentava-se no exame disciplinado de sintomas e sinais ou anamnese e exame clínico. Manifestar interesse, olhar, falar, ouvir e palpar permitiam ainda captar a confiança do doente, outro item im-

portante da medicina hipocrática. Dos dados obtidos partia-se para um diagnóstico, tratamento e prognóstico muito incipientes. Alguns dos aforismos hipocráticos reflectiam o cuidado com o prognóstico, em regra maus, tais como o fígado grande e duro, as urinas escuras nos doentes febris, o tipo de respiração em doentes terminais ou a facies hipocrática. Conhecer o prognóstico permitia ao médico antecipar o evoluir da doença e justificar a confiança dos doentes e familiares nos seus conhecimentos (ver figura).

Na actualidade é um imperativo ético que ao doente e à família não se deve omitir a verdade. Há uns trinta anos talvez existisse num certo número de médicos seniores alguma reserva relativa à verdade em situações delicadas ou de extrema gravidade, que poderiam mesmo justificar o recurso à “mentira piedosa”.

Na Grécia hipocrática, uma boa parte dos médicos exercia de modo

Antioco (recostado no leito) adoecer com uma forma grave de melancolia com vários meses de duração. O rei Seleuco, à direita, recorre ao médico Erasistratus, à esquerda que palpa o pulso do enfermo, constata a sua aceleração sempre que a madrastra Berenice, vestida de branco e acanhada, se aproxima, o que não sucede com as outras senhoras. Erasistratus informa o rei que Antioco está apaixonado pela madrastra, em risco de morte e propõe, relutante, que o rei se separe de Berenice e permita que ela se case com Antioco. De notar que o acto médico de Erasistratus tem de forma incipiente os 4 estádios clássicos da decisão médica descritas por Hipócrates.

Reprodução da tela de Jaques Louis David. Aprendeu pintura como bolsheiro em Itália, foi depois e em 1789 revolucionário e amigo de Robespierre, a seguir pintor de Napoleão e por último exilado em Bruxelas onde, então com c. de 70 anos se entregou à pintura inspirada em histórias famosas da antiguidade.

SABER HIPOCRÁTICO E UMA HISTÓRIA FAMOSA



itinerante, deslocava-se de terra em terra e instalava-se no mercado onde atendia os doentes à vista do público. Poder informar o doente com rapidez sobre o mal e do que iria suceder a seguir era marca de sucesso. É de assinalar que os escritos médicos gregos não eram normas, como as dos egípcios e caldeus, mas relatos especulativos, talvez para facilitar ao médico argumentar junto do público que assistia à consulta. Os médicos itinerantes não possuíam estudos mas estavam prevenidos sobre a importância de detalhes como orientação das localidades, domínio dos ventos se voltados para poente, origem da água que bebiam ou presença de regiões pantanosas.

Quanto à etiologia e o diagnóstico, recordo um caso de febre prolongada, surgida no pós-operatório de uma situação obstétrica. O perfil da temperatura revelou uma febre terçã, tal como a terá descrito Hipócrates e que acabaria por cumprir os critérios de malária pós transfusional. Hoje o diagnóstico é um dado preliminar indispensável, no mínimo recomendável, que veio trazer à própria rotina clínica uma precisão, rapidez e importância inconcebíveis há poucos anos. Tal sucede por exemplo nos diagnósticos genético intra-uterino ou anatómicos da tomografia computadorizada e ressonância magnética.

Havia já alguma correspondência entre o pensamento e a acção, a teoria e a prática?

A anatomia de superfície resultava de um raciocínio por analogia ao que se passava no animal e correspondia ao conhecimento empírico obtido em animais sacrificados num intento mágico ou necessidade alimentar como se reflecte no velho dito português “se queres conhecer o teu corpo, mata o teu porco”. Ao tempo havia relutância em examinar o cadáver do homem – **cara data ai vermi**. Também se possuía algum conheci-

mento sistematizado sobre a evolução das feridas que deviam permanecer limpas e secas e a liade já descrevera 147 casos de ferimentos por armas de guerra; conheciam-se regras essenciais do tratamento das fracturas (imobilização, alinhamento e movimentos precoces); tinha-se a ideia da importância do que entra no organismo (alimento) e do que dele sai (excreção); admitia-se a mudança gradual dos alimentos no processo, tal como na cozedura ao fogo; existia alguma quimera do que seria o desenvolvimento fetal a partir do ovo embrionado da galinha. É de realçar que o desporto e a guerra teriam contribuído para o bom tratamento de fracturas e feridas de modo a recuperar o guerreiro ou atleta bem e depressa. Era também preocupante para os gregos assegurar a boa forma física, ou *fitness*, como se diz hoje.

O exame do sangue coagulado teria permitido elaborar uma teoria a partir de quatro zonas: a mais escura ou bilis negra; a amarelada sobrenadante ou bilis amarela; a matéria de topo ou fleuma; e o próprio sangue. Admitia-se que os quatro humores mantinham-se em equilíbrio ou isonomia no saudável e em desequilíbrio com o excesso de um deles na doença. Esta teoria disponibilizava uma explicação engenhosa da doença a que não faltava algum requinte quando foi enrique-



A. Coutinho de Miranda

Antigo Chefe de Serviço e Director Clínico do Hospital Curry Cabral

cida com as quatro estações e as quatro qualidades que as definem: o calor, o frio, a humidade e a secura (ver esquema).

A fleuma aumentava nas afecções respiratórias do Inverno; a bilis amarela caracterizava as diarreias e os vómitos; o sangue já era considerado um atributo vital, mas a sua remoção poderia ter interesse semelhante ao que sucedia com a menstruação e a epistaxis; a bilis negra podia aparecer nas excreções e no vômito.

Não sendo removidos, o excedente dos humores determinava uma evolução da doença em três fases: a inicial ou acridade, a de estado ou de cozedura e a de solução. Em termos actuais uma entidade como a bronquite pode evoluir por fases – irritativa e exudativa inicial, produtiva a seguir e resolutive por último. Esta sequência é característica e pode incluir uma quarta fase cicatricial e crónica. Hoje a inflamação é um fenómeno extremamente complexo, em redescobrimento permanente nas suas componentes celular, exudativa, imunoló-

SABER HIPOCRÁTICO E TEORIA DOS “4” HUMORES

HIPÓCRATES				
Humores	Sangue	Bilis amarela	Bilis negra	Fleuma
Estações do Ano	Primavera	Verão	Otono	Inverno
Tempo	Quente/Húmido	Quente/Seco	Frio/Seco	Frio/Húmido
Idades do Homem	Adolescente	Jovem	Adulto	Idoso
Órgão	Coração	Fígado	Rins	Cérebro
GALENO				
Elementos Natureza	Ar	Fogo	Terra	Água
Gostos e cores	Vermelho/doce	Amarelo/amarg	Negro/ácido	Branco/salgado
Tipos de febre	Contínua	Terçã	Quartã	Quotidiana
Momentos do dia	Manhã	Meio dia	Entardecer	Anoitecer
Temperamentos	Calmo	Exuberante	Obstinado	Ocioso
ESCOLÁSTICA				
Apóstolos	S. Marcos	S. Paulo	S. João	S. Pedro
Planetas	Júpiter	Marte	Saturno	Lua
Comportamento	Lídio	Frigio	Mixolídio	Dório
Temperamento	Sanguíneo	Colérico	Melancólico	Fleumático
Zodiaco	Gêmeos	Virgem	Sagitário	Peixes
	Touro	Leão	Escorpião	Aquário
	Carneiro	Cancer	Balança	Capricórnio

Adaptado de J. Longrigg, 1997

HISTÓRIAS da HISTÓRIA

gica, genética e molecular; explica muito do que se passa na doença e na cura e fornece pistas para novos diagnósticos e medicamentos.

Quanto à Práxis, Hipócrates definia diálogo singular médico doente de um ponto de vista «triangular» (doente, doença e médico), e a doença como resultado de um desequilíbrio das leis da natureza a que o doente reage como um todo, mesmo “para tratar um olho, devemos tratar a cabeça e todo o organismo”. É interessante o ponto de vista da OMS ao considerar a saúde “um estado de perfeito bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou deficiências físicas”. O enunciado é recordado para o contrastar com o enunciado hipocrático curto, simples e directo ao insistir na harmonia do homem dentro de si próprio e na natureza. A definição da OMS é um pouco longa, talvez um pouco condicionada e pode criar problemas de ansiedade ao doente, dificuldades ao médico e uma maior medicalização, quando o primeiro exige “afinal já estou bom ou ainda estou doente?”. A atitude actual considera a saúde mais como um conceito do que uma definição. Hipócrates também já se teria apercebido das limitações profissionais profissionais no mais peregrino dos seus aforismos “a vida é breve e a arte é longa; a oportunidade é pas-

sageira, a experiência arriscada, o julgamento difícil”.

Ainda persistiam vestígios mitológicos na medicina hipocrática?

É conhecido que o “Juramento de Hipócrates” consagra na sua forma de 1771 uma invocação mitológica introdutória nos termos seguintes “Juro por Apolo o médico, por Esculapio, por Higeia e Panaceia que acato este juramento e que o procurei cumprir com todas as minhas forças físicas e intelectuais.”

A invocação apoia-se num antagonismo entre duas atitudes inconciliáveis ao começar com um apelo místico de poderes ocultos e terminar com uma promessa da inteligência. Alguns detalhes parecem vir ao encontro desta interpretação, como se depreende dos eventos de cariz mitológico, fantástico e irreal que influenciavam a vida e a saúde dos primeiros gregos (ver caixa I).

O duplo castigo de Apolo e Asclépio poderia justificar a estratégia do juramento como garante de Hipócrates em não interferir na ordem estabelecida, nem participar nas intrigas que a animavam. Também a reter da história a ascensão de Asclépio ao Olimpo depois de uma participação

mitológica inicial menos feliz e a divisão da medicina nos seus dois ramos tradicionais.

É também um apontamento histórico que muitos dos seus personagens se apropriem de algumas qualidades de outros intervenientes com a maior das sem cerimónias o que Asclépio ilustra quando os romanos atribuíram as suas qualidades a Esculápio, seu equivalente mitológico. Aliás a fama de Asclépio já beneficiara da do Egípcio Imhotep que vivera nos anos 2600 AC e cujas qualidades e instrumentos cirúrgicos são celebrados nas colunas e paredes do Templo de Kom-ombo como o “primeiro e maior médico, o primeiro e maior filósofo e o primeiro e maior construtor de pirâmides”.

A própria “Teoria dos 4 humores” também ressentiria a influência mitológica. Eram 4 os filhos de Zeus (Hermes, Apolo, Artemiza e Dionísio), 4 os cavalos que puxavam o carro de Apolo e 4 o número das suas filhas. Era ainda 4, o número que representava a cobra, ainda hoje símbolo da medicina, e então o símbolo do equilíbrio e harmonia bem como da acção medicamentosa; tudo afinal virtudes que a cobra captava da intimidade da terra, seu habitat natural, e que justificava a sua indicação como alimento valioso (ver caixa II).

I - MITOLOGIA E MEDICINA HIPOCRÁTICA

- Certo dia Apolo, deus da Medicina, encontrou a princesa Coronis por quem de imediato se apaixonou e com quem viveu uma história de amor. A princesa omitiu o encontro e a gravidez resultante e manteve a data de casamento antes apazada com o príncipe Ictis da Arcádia. Apolo, ciumento e com a cooperação de Artemiza, fulminou Ictis com uma seta implacável.
- Apolo conseguiu retirar o filho antes da mãe Coronis ser incinerada na pira funerária, a quem chamou Asclépio, e foi entregue aos cuidados de Pelion e do centauro Chirug, responsáveis pela sua educação na arte de curar. Asclépio iria tornar-se muito eficiente e capaz de ressuscitar os mortos o que diminuiu, como se diria hoje a “produtividade” de Hades que apresentou queixa junto de Zeus

pela falta de três mortos. A queixa desencadeou a ira de Zeus que fulminou Asclépio com o seu raio. Apolo vingou-se de Zeus fulminando os três ciclopes fabricantes das setas de Zeus. O desentendimento dos deuses terminou com Apolo condenado e destinado a viver como um simples mortal nos sete anos seguintes.

- Asclépio iria ser ressuscitado e ascender a deus do Olimpo. Casou-se com Epione de quem teve dois filhos, Podalírio e Machaon que se notabilizaram na guerra de Tróia como médicos. Tiveram ainda quatro filhas, duas das quais responsáveis por dois dos principais sectores da medicina: Higeia que se ocupava da higiene e prevenia a doença e Panaceia que se dedicava ao seu tratamento e cura.

Existiam já critérios de “ciência” na teoria hipocrática?

Apesar da contribuição da medicina hipocrática, as suas possibilidades começaram a esgotar-se com o correr do tempo. A simetria dos «quatro» tinha perdido a simplicidade inicial, os vários aditamentos de Galeno e dos escolásticos tinham aumentado a sua complexidade e os meios terapêuticos cada vez mais enérgicos e para resultados cada vez mais duvidosos com os “*clisterium donare, postea seignare, ensuite purgare*”. Nos fins do séc. XVII a medicina de cabeceira atingia o seu nadir e as quatro comédias de Molière (incluindo o célebre “Malade Imaginaire”) mostravam uma Medicina bloqueada. A Medicina só ascenderia ao plano científico a partir do Renascimento vindo a ganhar o rumo actual com o francês Claude Bernard (1813 – 1878). As suas quatro principais contribuições marcam o nascer da fisiologia e são a identificação dos nervos vaso motores; os efeitos do curare na placa motriz; a descoberta da função glicogénica hepática; o estudo do suco pancreático. A sua obra mais importante foi a “Introdução ao estudo da Medicina experimental” onde descreve as suas experiências; propõe a ciência experimental (a que a medicina pertence) com quatro estádios: observação, hipótese, experiência, conclusão; e define a constância do meio interior ou homeostasia como “equilíbrio estável entre elementos interdependentes assegurado por mecanismos fisiológicos”; exemplificável com os limites estreitos de variação de certos valores clínicos e laboratoriais como o pH do sangue, a tensão arterial ou a temperatura entre outros.

Circunscrever a Medicina dentro do rigor da ciência não reduz as suas virtualidades?

É conhecido existir na medicina algum desajustamento entre a Ciên-

II - O NÚMERO 4 E A MODERNIDADE

O número 4 (como de resto cada um dos outros números) continua a deter hoje um significado mágico situado no limiar da ciência mas dela não fazendo parte. Esse sentido mágico é também linguístico e invade os mais diversos territórios do conhecimento, conforme mostram alguns exemplos. Uns recordam a magia do vulgar baralho de cartas com os 4 naipes e os 4 Reis (Carlos Magno, David, Alexandre o Grande e César). Outros de natureza histórica como o quarto estado, ou seja o publico que frequenta a galeria dos parlamentos e em especial os jorna-

listas. Outros de natureza física como a quarta dimensão de Einstein e os 4 cantos do mundo identificados hoje com 4 zonas do planeta com vários milhares de milhas quadradas com características geodésicas comuns e uma força de gravidade superior ao resto do planeta; outro exemplo da física que tanto modificou a vida das pessoas são os 4 tempos do motor de explosão. Outros de natureza política como as 4 liberdades proclamadas pelo Presidente Roosevelt em 1941: liberdades de falar e de expressão, de crença religiosa, combate à pobreza e combate ao medo.

cia relacionada com o conhecimento, a tecnologia e aspectos afins e a Praxis que adopta o raciocínio científico, valoriza o senso clínico, aprende com a experiência e não esquece os princípios éticos entre outros.

Dos preceitos da Práxis definidos no Juramento muitos são actuais e transcendentos. Uns relacionam-se com a própria vida privada do médico que deve dar precedência à vida profissional para benefício dos doentes. Outros defendem a privacidade dos doentes para tudo o que “ver ou ouvir... no exercício da minha profissão ou fora dela e que não convenha ser divulgado guardarei silêncio”. Ainda um último proclama que, mesmo instado, “não darei droga mortífera nem a aconselharei”.

São também profundas outras modificações transcendentos e do quotidiano, onde se revêem o médico com pouca satisfação, o doente com muita insatisfação e Hipócrates com muita perplexidade. É o que se enuncia a seguir no estilo “triangular” tão apreciado pelo Pai da Medicina.

A insatisfação do doente tem várias causas que o conduzem, em boa justiça, a exigir maior rapidez de aten-

dimento, melhores condições assistenciais, mais efectiva privacidade, melhor informação, maior segurança, ser participante na decisão clínica, consentimento esclarecido, exigência de uma segunda opinião, recusa de tratamento, morrer com dignidade, processar o seu médico bem como as instituições de saúde e seus responsáveis.

A pouca satisfação do médico é resultado da interactividade complexa, por vezes espúria entre os avanços da ciência, burocracia excessiva, custos crescentes, desautorização das hierarquias, estatização das chefias, entre outras variáveis.

Onde os médicos melhor se revêem é no legado espectacular que vão deixando na melhoria geral dos parâmetros de saúde a todos os níveis designadamente maior esperança de vida, melhor qualidade de vida, apreciável decréscimo da incidência e morbidade de muitas doenças, e da mortalidade.

Hipócrates não deixaria certamente de concluir que tudo se resolveria com uma responsabilidade médica valorizada na sua especificidade e regulada por jurisprudência própria.

CURSO DE ACUPUNCTURA

Universidade do Porto

- ✓ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS)
- ✓ Universidade de Santiago de Compostela - Master de Acupunctura
- ✓ Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura (SPMA)
- ✓ Ordem dos Médicos da Corunha - Secção de Acupunctores - Espanha
- ✓ Ordem dos Médicos

3.º Curso de Pós-Graduação em Acupunctura

A criação da Competência Médica em Acupunctura pela Ordem dos Médicos em 14 de Maio de 2002 justifica a instituição desta pós-graduação. São objectivos deste curso promover e desenvolver os conhecimentos de Acupunctura na vertente assistencial e de investigação clínica. O programa baseia-se no modelo de curso de pós-graduação aprovado pela Ordem dos Médicos para acesso a Competência.

Destinatários: Licenciados em Medicina inscritos na Ordem dos Médicos

Candidaturas: 2 de Maio a 13 de Junho de 2005

Curriculum com um máximo de três páginas

Seleção de candidatos: 14 a 21 de Junho

Inscrições: 1 a 22 de Setembro de 2005

Propinas: 2400 euros

Número de vagas: 25

Duração: 300 horas

Horários: 6.ª feira, sábado e domingo

Local: Pós Graduações do ICBAS - Pólo das Taipas

Calendário lectivo: início a 7 de Outubro de 2005

Informações e Inscrições:

Secretaria de alunos do ICBAS

Largo Abel Salazar nº 2

4099-003 Porto

Tel.: 222 062 211

Fax.: 222 062 232

NOTÍCIAS

Insuficiência cardíaca crónica

A AstraZeneca completou o Procedimento de Reconhecimento Mútuo Europeu que avaliou o uso terapêutico do candesartan cilexetil, um antagonista selectivo do receptor da angiotensina, no tratamento de insuficiência cardíaca crónica que com a nova indicação poderá ser considerado como terapêutica adicional eficaz nos doentes já submetidos a um largo espectro de fármacos, como inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) e bloqueadores beta, podendo igualmente ser administrado como uma alternativa a inibidores da ECA, quando estes não são tolerados.

Ensaio ibérico de hipertensão

O grupo Bial promoveu uma reunião de apresentação dos resultados do primeiro ensaio ibérico de hipertensão. Especialistas de várias áreas assistiram a este evento em que se debateram, entre outras questões, os factores de risco e em que se discutiu o estudo IMISH – Iberian Multicentre Imidapril Study on Hypertension, um ensaio clínico que avaliou a eficácia e a tolerabilidade de imidapril versus candesartan e que envolveu 144 doentes com hipertensão ligeira e moderada, distribuídos por 12 centros médicos ibéricos.

Reduzir riscos de fractura

Dados apresentados na 26ª reunião anual da *American Society For Bone and Mineral Research* demonstram que a teriparatida previne o risco de fractura óssea, independentemente da capacidade de renovação óssea de cada doente. Esta análise avaliou a relação entre os marcadores bioquímicos basais e a capacidade da teriparatida de reduzir a ocorrência de fracturas. O ensaio clínico incluiu 1.637 mulheres com osteoporose e mostrou que as doentes com valores basais de BSAP, PINP, NTX e DPD mais elevados tinham um risco aumentado de novas fracturas. A teriparatida reduziu significativamente esse risco.



1.ª Série - Dezembro

Decreto-Lei n.º 223/2004, de 2004-12-03

Ministério da Saúde

Altera o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro

Portaria n.º 1457-A/2004, de 2004-12-06

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

Aprova o quadro de pessoal da Entidade Reguladora da Saúde

Portaria n.º 1471/2004, de 2004-12-21

Ministérios das Actividades Económicas e do Trabalho e da Saúde

Estabelece os princípios e regras a que deve obedecer a dimensão das embalagens dos medicamentos susceptíveis de comparticipação pelo Estado no respectivo preço

Portaria n.º 1474/2004, de 2004-12-21

Ministério da Saúde

Define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Es-

tado no preço dos medicamentos

Portaria n.º 1486/2004, de 2004-12-24

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

Autoriza o conselho de administração da Administração Regional de Saúde do Norte a aceitar a adesão da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia do Bom Jesus de Matosinhos ao contrato de convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise

Portaria n.º 1487/2004, de 2004-12-24

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

Autoriza o conselho de administração da Administração Regional de Saúde do Norte a aceitar a adesão da TECSAM - Tecnologia e Serviços Médicos, Lda., Centro de Hemodiálise de Vila Real, ao contrato de convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise

Portaria n.º 1499/2004, de 2004-12-28

Ministério da Saúde

Aprova o programa de formação do ano comum

2.ª Série - Dezembro

Despacho n.º 24988/2004, de 03.12

Gabinete do Ministro

Delegação de competências no Secretário de Estado e no Secretário de Estado-Adjunto

Despacho n.º 27 271/2004, de 30.12

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Subdelegação, com a faculdade de subdelegar, nos conselhos de administração dos hospitais de poderes necessários para a prática de diversos actos, com efeitos reportados a 21 de Julho de 2004

Despacho n.º 27 272/2004, de 30.12

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Subdelegação nos conselhos de administração das administrações regionais de saúde de poderes necessários para a prática de diversos actos.

NOTÍCIAS

Prémio de Investigação em Oncologia

A Sociedade Portuguesa de Oncologia anunciou a criação do Prémio de Investigação em Oncologia, com o patrocínio do Grupo sanofi-aventis. O objectivo do Prémio é incentivar o espírito de investigação nacional na área de oncologia, sendo que os trabalhos poderão ser entregues até ao dia 31 de Maio de 2005, ficando habilitados a um Prémio no valor de 15 mil euros. O trabalho vencedor será publicado, sob a autorização do autor, na revista "Oncology Today".

Obstipação crónica

Os resultados de uma revisão independente de toda a evidência relativa à incidência, prevalência e tratamento da obstipação, publicada no *American Journal of Gastroenterology*, esclarecem muitos dos mitos relacionados com a obstipação crónica, incluindo o uso de laxantes: especialistas de renome referem que os laxantes devem ser recomendados precocemente no tratamento da obstipação crónica. Entre muitos outros factos, o artigo «Myths and Misconceptions About Chronic Constipation» refere que as reivindicações de que os laxantes de contacto provocam lesão no cólon são expressas com base em experiências mal documentadas e não foram confirmadas, que qualquer perturbação electrolítica teoricamente possível, decorrente da utilização de um la-

xante de contacto, pode ser minimizada por uma escolha adequada do fármaco e da dose e que o desenvolvimento de um nível de tolerância aos laxantes é raro na maioria dos utilizadores.

Cancro do cólon

A Roche Farmacêutica pediu aprovação adicional na Europa e nos Estados Unidos para o capecitabine, destinado a tratar doentes com cancro do cólon após cirurgia (tratamento adjuvante). A submissão deste pedido às autoridades regulatórias é baseada nos resultados do estudo X-ACT (*Xeloda in Adjuvant Colon Cancer Therapy*) que demonstraram que capecitabine, uma quimioterapia oral, pode substituir o regime intravenoso de 5-FU/LV, habitualmente utilizado. O estudo global envolveu cerca de dois mil doentes e foi apresentado pela primeira vez na conferência da Sociedade Americana de Oncologia (ASCO). O estudo demonstrou que o capecitabine reduz em 14% o risco de reaparecimento dos tumores após cirurgia. O capecitabine também proporcionou a poupança de recursos médicos em comparação com a quimioterapia intravenosa (em média, um doente precisou apenas de oito visitas ao hospital, em comparação com aproximadamente trinta quando o tratamento é feito com quimioterapia intravenosa).



LUZ CASAL
Sencilla Alegria

“Sencilla Alegria” é um “som real, livre de artifícios ou programações electrónicas”. “Un Nuevo Dia Brillará” é o tema de apresentação do 10º álbum de estúdio de Luz que conta ainda com as participações de Rui Veloso (Mi Memoria) Henri Salvador, Pablo Novoa, Pablo Guerrero, Olivier Durand ou Jerry Gonzalez. De destacar neste trabalho a música *Negra sombra*, tema principal da banda sonora de *Mar Adentro*. *Negra Sombra* foi gravada anteriormente por Carlos Núñez com Luz Casal.



JOE COCKER
Heart & Soul

Joe Cocker, é sem dúvida uma das maiores e mais singulares vozes no panorama musical mundial, com uma inigualável capacidade para interpretar e cantar músicas que já ouvimos noutras vozes, como se fosse a primeira vez que as ouvíssemos. *Heart & Soul*, é o seu novo disco onde, se destacam brilhantes interpretações de temas que ao longo dos anos têm marcado várias gerações. O natural gosto musical de Joe Cocker, é demonstrado em doze belíssimas canções que ganham uma nova dimensão na sua voz única.

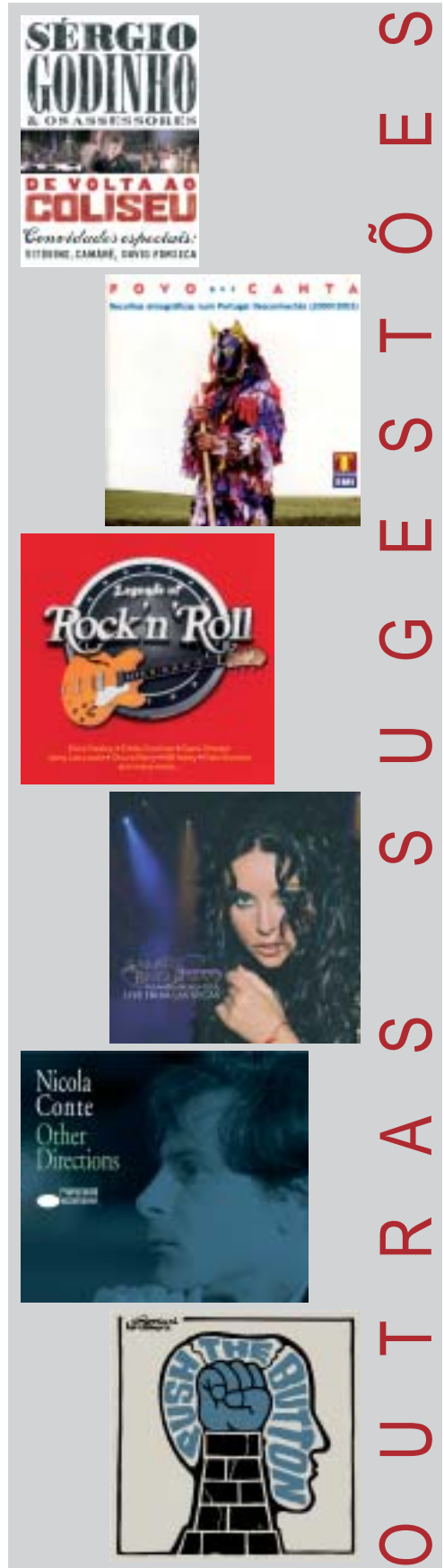


NAT KING COLE
The World Of Nat King Cole

Em Fevereiro de 2005, completam-se 40 anos sobre o desaparecimento de Nat King Cole. Alguns lançamentos reavivam a memória dum grande nome da música norte americana. Uma compilação de 28 clássicos de um dos primeiros artistas da Capitol Records que, pela forma como abraçou as diferentes culturas do globo interpretando versões em espanhol, italiano, francês, alemão ou japonês, alcançou um sucesso à escala mundial sem precedentes, pautado pelo seu registo gracioso e descontraído.

JORGE PALMA
Norte

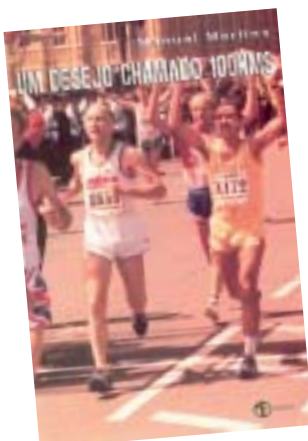
Produzido, gravado e misturado por Mário Barreiros, “Norte” é o segundo trabalho de originais que Jorge Palma edita nos últimos 15 anos. Apresenta 13 temas, a que juntam duas “faixas escondidas com rabo de fora” como Jorge Palma gosta de as nomear, em que as letras são da responsabilidade do próprio à excepção de dois temas com letras de Carlos Tê (“Valsa de um Homem Carente” e “Demónios Interiores”) e uma outra com poema de Al Berto (“Acordar Tarde”).



S
E
Ö
S
T
E
S
U
G
E
S
T
O
U
T
R
A
S

Critérios em ECG para Clínicos Gerais

Guia prático destinado a estudantes de medicina, a internos e clínicos gerais que tenham que realizar e interpretar o ECG. Realizado com o apoio da AstraZeneca. Contacto do autor: davidfernandesluis@hotmail.com



Recontar a Tradição



Ao contrário do que se pensa, é fácil encontrar um presente de aniversário

para uma criança exigente. A oferta de livros infantis é imensa e, mesmo no meio de toda a parafernália, há sempre uma obra-prima desconhecida por entre a multidão de obras que nos habituaram a ler.

Ao procurar um título para oferecer, acabei apresentado a “*Sua Majestade, O Príncipe*”. – Publicações Dom Quixote. Com magníficas ilustrações de Júlio Vazeler, “*Sua Majestade, O Príncipe*”, de Bruno Santos, é uma estranha e fabulosa viagem a novas formas de contar, a novos modos de abordar antiquíssimos universos infantis, misturando-os com o quotidiano normal de uma criança do nosso século. Esta mistura torna atraente a leitura. A criança reconhece pontos de contacto com os Universos criados pelo livro e os seus mais actuais mundos quotidianos. A simbiose é clara e motivadora. A criança lerá histórias com sabor antigo e simultaneamente reconhecerá objectos unicamente produto do seu século.

Esta mistura é saudável e abre a porta a uma motivação para a leitura, corrigindo perdas que as crianças sofreram ao ter sido eliminado do imaginário literário a fantasia e o sonho, a invenção e o “maravilhoso”.

Apelando a valores como a amizade, fidelidade, camaradagem e esperança, o livro contribui para uma visão mais humana e mais humanizada de novas tecnologias e descreve, metaforicamente, o crescimento saudável de uma personagem que acaba por nos cativar desde o início.

Presente ideal! Fica-se à espera da segunda aventura.

José Pereira Ramos
(Director do Centro de Saúde de Amarante)

Unidade de Tuberculose: Cinco anos de actividade no Hospital Pulido Valente 1999 - 2004

O livro «Unidade de Tuberculose: Cinco anos de actividade no Hospital Pulido Valente 1999 – 2004» surgiu de uma parceria entre o Departamento de Pneumologia – Serviço de Infecção Respiratória do Hospital Pulido Valente, S.A. e o grupo Bial, e visa assinalar os cinco anos daquela Unidade de Tratamento de Doentes com TB. A apresentação teve lugar na sede da Ordem dos Médicos e foi presidida por Jaime Pina (director do Serviço de Infecção Respiratória). Esta obra pretende fazer um balanço da actividade da Unidade e, simultaneamente, divulgar metodologias de trabalho inovadoras na abordagem destes doentes, na sua maioria também infectados pelo VIH.