

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 21 – N.º 57 – Maio 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:

Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:

José Moreira da Silva
José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:

Paula Fortunato

Redactores Principais:

Miguel Guimarães, José Ávila Costa,
João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:

Miguel Reis

Dep. Comercial:

Helena Pereira

Dep. Financeiro:

Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:

CELOM

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)

S U M Á R I O

4 EDITORIAL

6 ACTUALIDADE

**Investigação Nacional
Premiada**

**10 25 Anos depois,
reconhecimento e saude**

14 INFORMAÇÃO

20 ENTREVISTA

**Não existe uma cultura de
investigação em Portugal**
Adelaide Serra
Fernando Domingos

**26 A educação médica
contínua tem sido
satisfatória mas nem
sempre devidamente
coordenada e avaliada**

A. Poiares Baptista

**30 A investigação é uma das
prioridades da Indústria
Farmacêutica**

Luís Portela

**34 O reconhecimento da
idoneidade científica por
parte da OM é um passo no
sentido de uma maior
transparência**
Gomes Esteves

38 OPINIÃO

**Prescrição exclusiva por
DCI? NÃO!**
De José Manuel Silva

**40 As bases científicas da
Medicina**

De António Vaz Carneiro

**46 Médicos e Indústria de
Medicamentos**

De Daniel Serrão

**50 Reconhecimento de
subespecialidades médicas**

*Da Direcção do Colégio de
Especialidade de Pediatria*

**52 Álcool, estupefacientes e
psicotrópicos – Que
jurisprudência?**

De Jorge Salvador

**54 Acerca da
Pós-Modernidade**

De António José de Barros Veloso

60 NOTÍCIAS

64 CONTOS

67 CULTURA

A Sigla

Estivera eu ainda nos tempos em que escrevia editoriais no Medi.Com e esta seria uma quinzena fácil e de expedita musa inspiradora.

De facto, no mesmo tempo em que a imprensa médica discutia a entrada em funcionamento da CURM, sigla bizarra que ao que parecer designa uma “Comissão para o Uso Racional do Medicamento”, assisti à conferência proferida em Lisboa por um professor, de apelido Litlejohn, representante do NICE (National Institute for Clinical Excelency).

Dizia o conferencista, pleno do conhecido humor britânico desencadeador de discretos sorrisos que perduram por horas de irritação neuronal, que alguns ingleses desde logo apelidaram tão prestigiosa instituição de NASTY (Not Available So Treat Yourself).

Não pude deixar de pensar como a simplicidade lusa ajuda os seus filhos e em vez da forma de antonomias difíceis forma plana a solução com uma mesma sigla CURM (Comissão para o Uso Racionado do Medicamento).

Em tempos de Medi.Com toda a liberdade criativa permitia poder brincar um pouco e tentar o sorriso dos colegas.

A Revista da Ordem (ROM já que estamos em maré de siglas) é coisa mais séria.

Nela deve-se privilegiar a postura formal, um pouco na linha da irritante fotografia que encima este editorial. Em sede da ROM não cabe brincar com as siglas mas sim explicar porque a Ordem decidiu não se fazer representar na dita CURM, pese embora a excelente relação pessoal e a muita consideração que os seus membros, cabendo destacar o seu presidente, merecem a todos nós.

Não se tratou, acreditem, de qualquer birra ou irritação epidérmica. Um dos jornais aventou a hipótese de ser devido a uma incompatibilidade com a palavra Racional do nome da entidade. Convenhamos que sendo de mau tom ter algo contra a racionalidade seria no mínimo manifestação do oposto, isto é da mais imbecil irracionalidade, ser tal motivo que subjazesse a uma recusa de participação.

Esclarece-se assim que uma questão formal mas de todo o significado material nos impede de estar presentes. Esta é, o facto irrelutável de qualquer grupo de peritos que se reuna em torno da necessidade de produzir recomendações de utilização de fármacos, carecer em primeiro e imprescindível lugar de credibilidade.

Tal credibilidade que pode ser obtida com chancela institucional, e nesse aspecto o convite à Ordem não era seguramente um inocente pedido de colaboração e amigável troca de opiniões, tal credibilidade, dizíamos, nasce e afirma-se pela autonomia e independência. Autonomia e Independência, palavras simples mas incompatíveis com sedes no âmbito da entidade regulamentadora do medicamento (INFARMED) e origens em despachos ministeriais de nomeação individual.

Conheço e aprecio o mérito e a ética de inúmeros colegas que trabalham na Indústria farmacêutica. Sei como por vezes é difícil explicar razões médicas a departamentos de marketing. Tal reconhecimento não me impediria de recusar a presença da Ordem numa qualquer Comissão para o Uso do Medicamento que nascesse no seio da Indústria.

Tal como uma das mulheres de César teve amargas razões de queixa, nesta matéria em que se cruzam

interesses dos doentes e interesses económicos, o “parecer” tal como o “ser” são da maior e igual relevância..

Contextualizada que foi a decisão, mais importante era, agora, assumir responsabilidades.

Se a Ordem contesta o enviesamento das nomeações ou dos deveres de função não pode, ela que não existe senão pela defesa da qualidade da Medicina, eximir-se ao ónus do prestar serviço.

Assim e aproveitando um trabalho já em curso e uma proposta de parceria com entidade da maior dignidade, fácil foi ao CNE (Conselho Nacional Executivo) criar um novo Conselho Nacional Consultivo - o Conselho Nacional para a Evidência em Medicina (CNEM). Não se trata, está bom de ver, de qualquer tentativa castradora de reduzir a medicina ao estritamente demonstrável ou impedir a liberdade de Escola e sujeitar todos ao ditame administrativo.

Trata-se de estabelecer recomendações, propor consensos, fabricar, traduzir ou simplesmente publicar textos credíveis que os médicos individualmente possam usar como guias, utilizar como recomendações de uma entidade autónoma credível.

Se a Medicina não pode ser o exercício de autómatos, peças oleadas de máquinas previsíveis geridas por economistas ou activadas por engenheiros, também ao pretender-se científica não pode ser o terreno do aleatório, do “parece-me que”, do “cá p’ra mim talvez”.....

A este grupo que agora irá começar as suas funções espera uma tarefa árdua, a tarefa de se expor aos colegas que com total liberdade validarão a seu trabalho. O êxito do grupo estará no número de vezes que os médicos considerem as sua recomendações adequadas - que as usem na prática do seu dia a dia.

À Ordem, aos seus Colégios, aos restantes órgãos consultivos caberá um esforço comum - validar, produzir, consensualizar.

É seguramente tarefa mais útil e mais importante que derrubar Ministros nas horas vagas ou defender interesses que outros melhor que nós são capazes de defender.



P.S. A Ordem está de luto. Faleceu o nosso colega Dr. Ludgero Pinto Basto.

Se com as suas opções políticas (militante do PCP) só alguns de nós se identificam, com a sua verticalidade de homem, a sua qualidade científica e o dinamismo com que criou a moderna Endocrinologia e Diabetologia em Portugal, todos nós gostaríamos de nos rever.

Até sempre Dr. Ludgero.



Investigação nacional premiada

O Grande Prémio Bial de Medicina distinguiu este ano o trabalho da equipa do investigador espanhol Ignacio Melero na área do cancro. O Prémio de Medicina Clínica foi atribuído a uma dupla de investigadores portugueses, Adelaide Serra e Fernando Domingos, por um estudo sobre litíase renal. Foram ainda atribuídas três menções honrosas.



A investigação sobre cancro, liderada por Ignacio Melero, da Universidade de Navarra, foi a obra vencedora do “Grande Prémio Bial de Medicina”, no valor de 150 mil euros. “Intratumoral injection of dendritic cells Engineered to secrete interleukin-12 by recombinant adenovirus in patients with metastatic gastrointestinal carcinomas”, o trabalho vencedor, é baseado na pesquisa de uma resposta imunitária capaz de eliminar lesões tumorais. Um ensaio clínico em 17

pacientes com cancros digestivos avançados (fígado, pâncreas e cólon) e sem quaisquer alternativas em termos de tratamento convencional (quimioterapia e radioterapia) permitiu verificar, do ponto de vista biológico, alterações pró- inflamatórias no tumor, bem como um aumento da resposta imunitária.

Com o “Prémio Bial de Medicina Clínica” foram distinguidos os investigadores Adelaide Serra e Fernando Domingos pelo estudo “Avaliação nefrológica de uma população com litíase cálcica idiopática recorrente - experiência de sete anos de Consulta de Nefrolitíase do Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Maria”. Este estudo, que se prolongou por mais de 7 anos, tinha como objectivo analisar as causas da litíase cálcica idiopática recorrente, qual o tipo de acompanhamento médico efectuado aos doentes que sofrem dessa patologia e a influência das alterações da dieta na incidência desta doença. As conclusões do estudo – publicado na edição de Janeiro de 2004 da revista Acta Médica Portuguesa (Vol. 17: 27-34) – apontam para a inexistência de um estudo médico destes doentes, para a falta de validade científica de algumas das recomendações efectuadas e para a possibilidade de, através de um estudo metabólico e dietético adequado, efectuar um controlo médico da litíase.

A problemática das células-mãe e da sua importância para a medicina regenerativa, trabalho coordenado pelo investigador espanhol Romero Alvira, da Faculdade de Medicina da Universidade de Saragoça, a obra «Desenvolvimento de liposomas com afinidade para áreas miocárdicas isquémicas», de um grupo de trabalho liderado por Alexandre Antunes do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Coimbra e «Antiagregação plaquetária no ambulatório», trabalho da autoria de Fernando Mota Tavares, fundador da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Santo André, em Leiria, foram as três obras distinguidas pelo júri com menções honrosas.



25 anos depois, reconhecimento e saudade

Decorridos 25 anos sobre a data de licenciatura do curso de medicina de 1973-1979 da Universidade do Porto, os médicos finalistas nesse ano realizaram um conjunto de iniciativas para celebrar a efeméride, que culminou com a colocação de uma placa de mármore evocativa desta data, no Bar da Faculdade. Numa pequena, mas simbólica cerimónia foi descerrada a placa, com versos do nosso colega Dr. Pedro Cantista, tendo na ocasião o Dr. Miguel Miranda tido a oportunidade de se dirigir aos presentes com um sentido discurso. Temos o prazer de vos deixar uma fotografia da placa comemorativa e o discurso da ocasião:

«Ex.mo Senhor Presidente do Conselho Directivo da Faculdade de Medicina do Porto
Ilustres colegas
Minhas Senhoras e meus Senhores

Chegava ao ocaso o vetusto ano de 1973, quando por esta casa adentro irrompeu uma plêiade de noviços, com-

posta de mancebos e debutantes. Eles mais ou menos hirsutos, elas mais ou menos esquálidas.

Esta mole humana, oriunda dos liceus da cidade e das províncias, constituía o curso de Medicina que se haveria de formar um hexénio depois.

Por convenção, referimos a 1979, o ano de formatura, quando celebramos os 25 anos do curso, mas em boa verdade foi há mais de trinta anos que aqui chegámos.

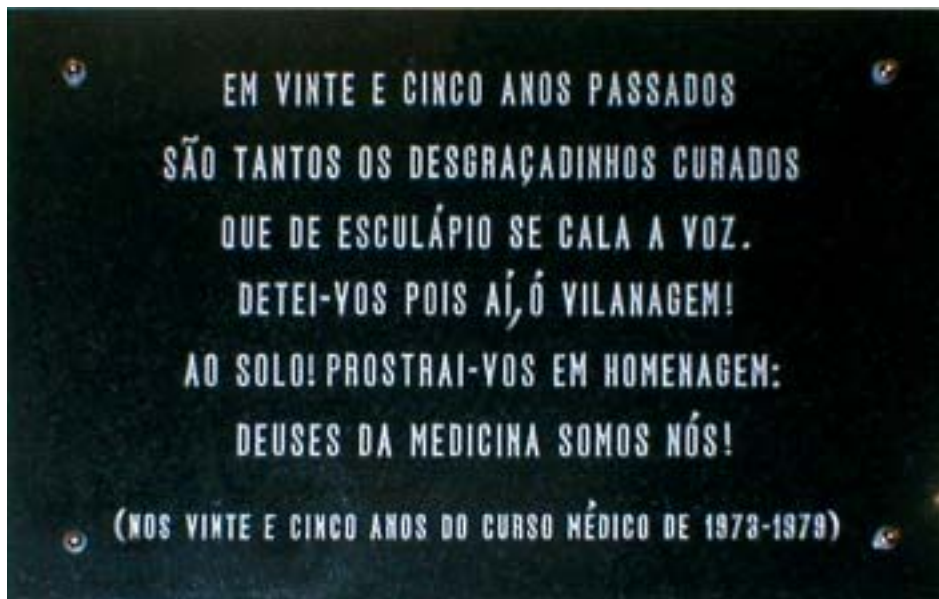
Nesta casa nos formámos, como profissionais e como pessoas. É com profunda emoção que voltamos a percorrer os mesmos lugares que povoam o nosso imaginário. A Biblioteca, o Teatro Anatómico, o Bar do Zero Dois, o Anfiteatro Norte, a Associação de Estudantes, os corredores fundos onde nos perdíamos, ou nos encontrávamos. À sombra lenta dos medronheiros dos jardins sorvemos ciência e amores, destilámos paixões científicas e das outras, sonhámos com a carreira futura, com felicidade que tecíamos nas entretelas da vida.

Vivemos a revolução de Abril de 1974 no primeiro ano do curso.

Tão velinhos que nós somos, ainda somos do tempo da polícia na faculdade. A revolução irrompeu nas nossas vidas com a força abrupta de um maremoto. Tempos convulsos esses, de excessos, de rupturas. A Faculdade não andou melhor nem pior que o país, sofreu do mesmo excesso de sonho e de voluntarismo. De um conjunto septado de anacoretas, os alunos foram erigidos do dia para a noite em fatores de critérios didáticos de ensino, de avaliação. A seguir à tempestade, veio a bonança do bom senso, retomamos aos carris da probidade, da consequência, da eficácia.

Olhando para trás, vemos que esses tempos de incerteza talvez foram virtuosos, nos fizeram crescer e enriquecer como profissionais e como homens e mulheres. Tivemos o privilégio de atravessar uma revolução na adolescência, viver esse período de vertiginoso direito ao sonho sem consequências negativas, importando apenas os aspectos positivos que essa transformação social e cultural produziu na formação da nossa personalidade. No nosso imaginário, fica gravada a eterna magia das efervescentes RGA's, dos comícios espontâneos com discurso inflamado de cima das mesas do bar, onde muitos de nós tirocinaram, criando consciência política e social. Todos estes sobressaltos, não nos fizeram perder o norte.

Entusiastas da profissão médica, chegámos a 1979 em número de cerca de seiscentos. Um dos maiores cursos formados nesta casa. Pelo caminho tinham ficado algumas centenas, pois à entrada seríamos cerca de mil. Estes resistentes, que não foram dizimados na luta contra os cartapácios, o Disco do teste de Neurologia, a gincana da



prova de Anatomia Topográfica, os tratos de polé das orais, os eflúvios de formol empalando-nos os pulmões, o lançamento do fígado no fim das autópsias do Instituto de Medicina Legal, as visitas ao Conde Ferreira sem certeza de regresso, estes últimos moicanos ou abencerragens, chegaram extenuados mas felizes ao fim do curso. Ao recebermos o famigerado canudo, pelo qual tínhamos suado as estopinhas durante seis longos anos, tivemos a perfeita consciência que aquele momento era um ponto de partida e não de chegada. Partimos para aventura do Internato Geral (na altura chamado de Policlínica) espalhados por todo o país como profetas ou arautos de uma verdade científica qualquer. Sendo um curso grande, era também um grande curso, pontificando entre nós gente de grande qualidade humana e científica. As-

sim, temos a honra de ver colegas nossos colocados em lugares do maior destaque, quer na actividade clínica nas suas mais diversas áreas, no ensino da Medicina, nos quadros da Faculdade, na investigação, como até nas mais diversas áreas da arte, da cultura e do pensamento. Esta colheita de 1979 produziu tão bons frutos que é legítimo considerar que o mérito poderá ter estado não só na semente, mas em muito no alfofre onde germinou. É a este alfofre que retomamos hoje. Pétrea é a nossa vontade de reconhecer este mérito de influência, pétrea é a nossa homenagem em placa, a esta Faculdade onde nos formamos como Médicos, e como pessoas. E é aqui, neste local de culto que sempre foi o bar da Faculdade, local de todos encontros e tertúlias, que depositamos o nosso testemunho de

reconhecimento e de saudade por todos os tempos bons que aqui passamos. A todos quantos contribuíram para a nossa formação, desde professores, assistentes, monitores, funcionários, o curso de Medicina de 1979 presta sentida homenagem e agradece profundamente o porfiado esforço de aturarem a nossa irreverência. Queira. Sr. Presidente do Conselho Directivo da Faculdade de Medicina, ser o fiel depositário da nossa eterna gratidão a esta casa, à qual estamos ligados pelo cordão umbilical da arte médica que abraçamos, e das memórias agudas pelos bons tempos aqui passados. Na sua pessoa, abraçamos todos os que foram importantes para este nosso percurso. A todos vós, muito, muito obrigado.

Alfredo Albuquerque

Regulamento da Avaliação da Formação

A multiplicidade e a diversificação de eventos médicos, a multiplicidade de entidades públicas ou privadas que os promovem, a variabilidade dos programas propostos e aplicados, na sua maioria designadas como acções de formação, tornam indispensável o estabelecimento pela Ordem dos Médicos de um conjunto de regras de avaliação que permitam conferir-lhes o patrocínio oficial.

Nesse sentido, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos criou o Conselho Nacional para Avaliação da Formação que se regerá pelas normas seguintes:

1º

O Conselho Nacional para Avaliação da Formação é constituído por um Coordenador e seis elementos, todos obrigatoriamente médicos.

2º

Compete ao Conselho Nacional Executivo nomear os elementos do Conselho Nacional para Avaliação da Formação, sendo dois por cada Secção Regional e o Coordenador de entre o número de médicos inscritos na Ordem dos Médicos e no uso de todos os seus direitos.

3º

Compete ao Conselho Nacional para Avaliação da Formação a elaboração dos critérios e regulamento de avaliação, ouvidos os Colégios de Especialidade, cuja aprovação compete ao Conselho Nacional Executivo.

4º

Compete ainda ao Conselho Nacional para Avaliação da Formação uma função consultiva e de observação dos eventos de formação médica.

5º

Para efeitos do presente regulamento, consideram-se passíveis de avaliação as reuniões médicas nacionais e internacionais da mais variada natureza, designadamente, congressos, simpósios, jornadas e cursos, promovidas por instituições ou entidades orgânicas de ensino, assistência e de investigação na área da saúde, públicas ou privadas, por sociedades científicas reconhecidas ou por instituições não médicas que desenvolvam actividades com interesse na saúde, desde que obrigatoriamente:

1. Tenham actividades científicas com uma

duração mínima de três horas diárias.

2. Quando as actividades científicas se desenvolverem por vários dias, tenham uma duração máxima de quatro dias e um mínimo total de doze horas.

6º

Sempre que se pretenda a realização de eventos de diferente duração estes devem ser avaliados caso a caso pelo Conselho Nacional Executivo ouvido o Conselho Nacional para Avaliação da Formação.

7º

Os cursos de formação técnica e/ou prática que precedam ou sigam o evento principal são avaliados separadamente.

8º

A entidade organizadora deve requerer ao Conselho Nacional Executivo o pedido de avaliação com antecedência não inferior a três meses relativamente ao início do evento.

9º

1. Do requerimento devem constar obrigatoriamente os seguintes elementos:

- a)** Designação;
- b)** Datas e local;
- c)** Entidade organizadora;
- d)** Composição da Comissão Organizadora, com a indicação dos nomes e instituições de origem;
- e)** Composição da Comissão Científica, com a indicação dos nomes, títulos ou graus profissionais e vínculos institucionais;
- f)** Programa, respectivo horário científico e seus objectivos;
- g)** Prelectores, com a indicação dos títulos ou graus profissionais e vínculos institucionais;
- h)** Patrocínios científicos;
- i)** Apoios financeiros e/ou comerciais;
- j)** Revelação de eventuais conflitos de interesses.

2. O requerente poderá juntar outros elementos que julgar necessários, nomeadamente indicações curriculares, avaliação ou não dos docentes e/ou dos discentes, controlo ou não das presenças, justificação do local do evento.

10º

O não cumprimento integral do disposto nos art. 8º e 9º determina o indeferimento liminar do pedido de avaliação.

11º

A alteração do programa científico já avaliado, se não devidamente justificada, pode determinar a anulação pelo Conselho Na-

cional Executivo da avaliação concedida, ouvido o Conselho Nacional para Avaliação da Formação.

A decisão de anulação, devidamente fundamentada, deve ser comunicada à entidade organizadora e publicada no Boletim da Ordem dos Médicos.

12º

A avaliação atribuída é válida apenas para o evento em causa, não produzindo efeito para realizações posteriores, ainda que de conteúdo semelhante.

13º

São critérios obrigatórios de avaliação:

- a)** a finalidade do evento;
- b)** a credibilidade do programa;
- c)** a qualificação dos prelectores.

14º

Não são elementos de avaliação e nem podem constituir elementos de valorização os programas de actividades social ou outras não científicas, incluídos ou associados ao programa científico do evento.

15º

A decisão do Conselho Nacional Executivo é comunicada no prazo máximo de trinta dias após a data de recepção do pedido e publicada na Revista da Ordem dos Médicos.

16º

A entidade organizadora pode divulgar nos documentos informativos relacionados com o evento a atribuição da avaliação.

17º

O Conselho Nacional para Avaliação da Formação poderá solicitar à Comissão Científica do evento já realizado as informações que achar convenientes para uma melhor apreciação do desenrolar do mesmo.

18º

Não será concedido patrocínio científico a eventos em que os palestrantes e assistentes sejam maioritariamente portugueses e tenham lugar fora do território nacional.

§ único: poderão excepcionar esta regra eventos que contribuam manifestamente para a divulgação da cultura médica nacional e resultem de acordos com entidades oficiais de países da Comunidade Médica de Língua Portuguesa.

Aprovado em CNE de 15 de Março.

Sub-especialidade em Medicina Materno-Fetal

Extracto de Acta da Reunião do Conselho Nacional Executivo de 15.03.2005

“Critérios de admissão por consenso e curriculum tipo da Sub-especialidade em Medicina Materno-Fetal. Foi aprovada a proposta do Colégio de Ginecologia/Obstetrícia, conforme se transcreve:

“Critérios para atribuição do título de Sub-especialista por consenso

1. Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia
2. Exercer as funções de Especialista / Assistente de Ginecologia e Obstetrícia num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, há pelo menos 5 anos.
3. Responsável/Coordenador de Sectores, Unidades Funcionais ou Serviços na área da Medicina Materno-Fetal, tais como:
 - 3.1 Medicina Fetal / Diagnóstico Pré-Natal
 - 3.2 Consulta Externa de Medicina Materno-Fetal (inclui consultas diferenciadas de Doenças Hipertensivas, Endocrinologia/Diabetes, Doenças Infeciosas, Diagnóstico Pré- Natal)
 - 3.3 Internamento de Medicina Materno-Fetal /Gravidez de Alto Risco

4. Participação como Formador em Acções de Formação Pós-Graduada na área da Medicina Materno-Fetal .

5. Autoria e/ou co-autoria de trabalhos publicados em revistas científicas da Especialidade versando temas de Medicina Materno- Fetal

6. Palestras proferidas em Reuniões Científicas Nacionais e Internacionais, na área da Medicina Materno-Fetal

TITULAÇÃO COMO SUB-ESPECIALISTA EM MEDICINA MATERNO-FETAL PELA ORDEM DOS MÉDICOS

CANDIDATURA - CURRÍCULUM TIPO

INTRODUÇÃO: De acordo com o Regulamento das Secções das Subespecialidades e das Comissões de Competência aprovado pelo Conselho Nacional Executivo em 25 de Janeiro de 2000, e com o Ofício 4088 de 11 /08/2004 do Senhor Presidente da Ordem dos Médicos, cumpre-nos agora e numa primeira fase:

1. Definir os Critérios de Atribuição da Titulação por Consenso
2. Definir o modelo de candidatura ao respectivo título .

Os Critérios, vinculativos, para Atribuição do Título de Subespecialista em Me-

dicina Materno-Fetal constam de lista anexa.

As Candidaturas deverão ser instruídas com a submissão de Curriculum sumário com o máximo de 10 folhas A4 respeitando a lista de Critérios, onde constem:

1. Documento comprovativo da inscrição no Colégio de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos
2. Documento comprovativo do tempo de exercício profissional como Especialista/Assistente de Ginecologia e Obstetrícia ou de Obstetrícia num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD).
3. Declaração da Direcção de Serviço / Departamento que comprove o exercício de funções de chefia/coordenação, tal como enunciado no ponto 3. da Lista de Critérios.
4. De modo discriminado, as participações como Formador, Publicações e Palestras, de acordo com os pontos 4., 5. e 6 da Lista de Critérios.

As candidaturas conformes, deverão ser enviadas à Direcção do Colégio de Ginecologia e Obstetrícia que as submeterá para apreciação à Comissão Técnica da Sub-especialidade. O período de abertura a candidaturas será fixado em 3 (três) meses decorridos a partir do dia da publicação na Revista da Ordem dos Médicos.”

Emissão de atestados médicos para a prática desportiva

Foi aprovado pelo CNE em 15/03/2005 o Memorando dos Colégios das Especialidades de Medicina Geral e Familiar e de Medicina Desportiva sobre a emissão de atestados médicos para a prática desportiva, conforme se transcreve: “1) A elegibilidade de prática regular de exercício não competitivo, com espírito recreativo ou de lazer, pode ser feita pelos Médicos de Medicina Geral e Familiar, Pediatras, de Medicina Desportiva, ou outras Especialidades.

2) A Formação Pós Graduada, opcional, em Medicina do Exercício Físico para Especialistas de Medicina Geral e Familiar deve ser uma realidade.

3) A elegibilidade para a prática de desporto de competição, federado ou de alta competição deve ser feita por Médicos Especialistas de Medicina Desportiva ou Médicos que expressamente assumam a sua competência para o acto ou Médicos com formação Pós Graduada em Medicina Desportiva.

4) Os Centros de Medicina Desportiva, Federações, Associações e Clubes Desportivos com atletas profissionais ou de alta competição devem ter médicos Especialistas de Medicina Desportiva

5) O Internato da Especialidade de Medicina Desportiva deve ser remunerado e devem ser abertas anualmente 10 vagas no Concurso Nacional do Internato Complementar do Ministério da Saúde, a iniciar em Julho de 2005.”

Directivas sobre rastreio da infecção pelo VIH

A Comissão Nacional de Luta contra a SIDA (CNLCS) assumiu o compromisso de reduzir o índice de transmissão vertical, em Portugal, para valores iguais ou inferiores a 2% (meta 3 do Plano Nacional de Luta contra a SIDA 2004-2006).

Foi constatado por este Colégio de Especialidade e pelo grupo técnico-científico da área Materno-Infantil da CNLCS que, muitos colegas que acompanham as mulheres grávidas não cumprem, ainda, as directivas da Direcção Geral da Saúde no que diz respeito ao rastreio da infecção pelo VIH. Deste modo, e para que todos possamos colaborar nesta missão, divulgamos a norma que foi enviada a todos os Estabelecimentos de Saúde pelo Sr. Director Geral e Alto Comissário da Saúde, Prof. Doutor José Pereira Miguel.

«De acordo com o European Centre for Epidemiological Monitoring of AIDS, o número de novos casos diagnosticados de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), adquirida por transmissão heterossexual, tem vindo a aumentar. Em 2002, na Europa Ocidental, observou-se um aumento de 23% em relação ao ano anterior de novos diagnósticos declarados de infecção adquirida por aquela via. Em Portugal, os casos notificados de infecção VIH/SIDA que referem como origem provável a transmissão sexual (heterossexual) apresentam uma tendência evolutiva crescente importante. No 1º semestre de 2003, a categoria de “transmissão heterossexual” correspondeu a 54,9% dos casos notificados.

Por outro lado, em cada ano no mundo, mais de 600 000 crianças são infectadas pelo vírus, 90% das quais através da mãe; à medida que aumenta o número de mulheres em idade fértil seropositivas, o número de crianças infectadas pode aumentar paralelamente.

A transmissão do VIH através da mãe pode ocorrer durante a gravidez, o parto e o aleitamento. Na ausência de qualquer intervenção estima-se que entre 15-30% dos filhos de grávidas seropositivas serão infectados durante a gravidez e o parto e que, 10-20% o serão através do leite materno. A utilização de medidas preventivas específicas naqueles períodos, reduzem a transmissão da infecção para valores inferiores a 8-10%, podendo mesmo atingir valores inferiores a 2%.

Nesse contexto, a prevenção da transmissão mãe-filho do VIH representa, cada vez mais, uma das estratégias essenciais no combate à propagação da SIDA. A realização do teste específico para o VIH na preparação e durante a gravidez, para além de possibilitar a adopção das medidas necessárias para a redução do risco de transmissão perinatal permite à mulher, no caso de seropositividade assintomática, ter acesso precoce aos cuidados apropriados de saúde e

melhorar o prognóstico da sua doença.

O pedido de serologia VIH às grávidas nem sempre tem sido efectuado, no nosso País, de acordo com as recomendações dos organismos especializados. Nesse contexto, a Direcção Geral da Saúde no âmbito das suas competências e de acordo com a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida determina que:

1. sejam desenvolvidos esforços no sentido de se alertar os cidadãos/ãs, em particular as mulheres em idade fértil para as vantagens de efectuar a serologia VIH antes e durante a gravidez;

2. os responsáveis pelos serviços de saúde incrementem as medidas tendentes a garantir o acesso à informação e ao aconselhamento sobre VIH/SIDA, assim como à efectivação voluntária do teste, no contexto dos cuidados pré-concepcionais e prénatais;

3. a serologia VIH deve realizar-se *após o consentimento esclarecido* da mulher e com a seguinte calendarização:

• **no período pré-concepcional**, no contexto da Circular Normativa nº2/DSMIA de 1998.

• **no período pré-natal** - realização de duas serologias, podendo a sua periodicidade ser alterada em função de situações clínicas específicas.

1ª serologia realizada até 14 semanas de gestação	Repete às 32 semanas
1ª serologia realizada após as 14 semanas de gestação	Repete às 32 semanas
Serologia não realizada ou desconhecida e grávida em trabalho de parto	Teste rápido

Os resultados positivos devem ser confirmados, com urgência, pelo método de Western blot.

Deve ser estimulada a participação do futuro pai no aconselhamento e realização simultânea do teste.

4. a grávida seropositiva deve ser imediatamente referenciada para a consulta de Alto Risco Obstétrico do Hospital de Apoio Perinatal onde as questões relativas ao seguimento da gravidez serão discutidas e instituída a terapêutica antiretroviral, no contexto da situação clínica em causa.

De acordo com o conhecimento científico actual, é recomendada a cesariana electiva atendendo à redução do risco de transmissão materno-fetal. Deve ser agendada para as 38 – 39 semanas de gestação e ser obtido o consentimento informado.

Não está documentado o benefício da cesariana se a grávida já estiver em trabalho de parto ou após a rotura de membranas. No parto vaginal, as manobras invasivas devem ser evitadas, estando contra-indicada a utilização de fórceps ou ventosa.

Está indicada a terapêutica com zidovudina intraparto; a perfusão endovenosa deve ser iniciada 3 a 4 horas antes da cesariana electiva ou, se o parto for via vaginal, no início das contracções.

O aleitamento materno está desaconselhado, devendo ser inibida a lactação.

A utilização futura de um método contraceptivo deve ser discutida durante a gravidez e ficar definida antes da alta, com encaminhamento precoce para uma consulta de Planeamento Familiar.

5. a grávida não infectada deve ser informada sobre as consequências de adquirir VIH durante a gravidez e o aleitamento e orientada sobre as medidas adequadas de prevenção. Há que promover a participação dos homens e a partilha de responsabilidade na redução dos comportamentos de risco.

Aconselhamento pré e pós-teste

A realização da serologia VIH em grávidas sem aconselhamento prévio e sem o seu consentimento é uma prática inaceitável que colide com a autonomia e os direitos da mulher e pode ter como consequência, entre outras, o seu distanciamento dos serviços de saúde.

O aconselhamento pré e pós teste são elementos essenciais na conduta clínica da infecção por VIH na gravidez e deve ser levado a cabo por um profissional competente nas técnicas de aconselhamento e nas questões relativas a gravidez/VIH e conhecedor dos procedimentos dos serviços de referência.

O Director-Geral e Alto Comissário da Saúde
Prof. Doutor, José Pereira Miguel

Colégio da Especialidade de Patologia Clínica

Parecer sobre a actividade do interno complementar

O Colégio da Especialidade de Patologia Clínica emitiu o seguinte parecer: «De acordo com o Regulamento do Internato Complementar (Portaria n.º 695/95, de 30 de Junho) e o Estatuto da Ordem dos Médicos, a actividade do interno complementar não pode ser exercida, no âmbito da especialidade, de uma forma autónoma, pelo que o mesmo não poderá integrar uma escala de urgência da especialidade sem a presença de um especialista.»

Não existe uma cultura de investigação em Portugal

Adelaide Serra e Fernando Domingos, nefrologistas, foram galardoados com o Prémio Bial de Medicina Clínica pelo trabalho «Avaliação nefrológica de uma população com litíase cálcica idiopática recorrente - experiência de sete anos de Consulta de Nefrolitíase do Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Maria». Considerando que não existe uma cultura de investigação em Portugal, estes médicos referem ainda as dificuldades porque passaram para desenvolver esta investigação, nomeadamente a incompreensão por parte dos Serviços e a quase total falta de incentivos e apoios. A atribuição deste prémio traduziu-se num estímulo para continuarem o seu trabalho, numa área até agora pouco ou nada estudada: o tratamento da litíase cálcica.



Adelaide Serra
Fernando Domingos

Revista da Ordem dos Médicos - Qual foi o ponto de partida da Vossa investigação e a que objectivos se propunham?

Fernando Domingos - O nosso objectivo era tentar perceber, nos doentes que têm litíase cálcica recorrente, quais as causas dessa recorrência na nossa população em concreto pois existem vários trabalhos internacionais mas cujas conclusões são naturalmente aplicáveis a uma população específica com uma determinada dieta. Queríamos perceber de que modo a dieta portuguesa influenciava este tipo de doença pois nos últimos anos tem-se registado um aumento progressivo do número de casos. O abandono dos hábitos alimentares tradicionais, com a passagem a uma dieta mais industrializada com mais proteínas, sal, e, provavelmente, com algumas mudanças mais subtis em relação a outros alimentos como leite e seus derivados, são uma das causas desse aumento. Outro dos nossos objectivos era ter a percepção de como a doença é entendida tanto pela população como pela classe médica. A litíase é uma doença habitualmente tratada de forma superficial: a maior parte dos nossos doentes quando tinham cólicas limitavam-se a ir às urgências onde lhes eram prescritos analgésicos e depois não havia qualquer acompanhamento posterior ou qualquer tratamento médico preventivo de novos episódios. Portanto o que nós queríamos tentar perceber era quais eram as causas, qual o tipo de acompanhamento médico efectuado nestes doentes e até que ponto é que havia consequências desta doença em termos de outras patologias associadas pois era provável que existissem implicações, nomeadamente, ao nível da hipertensão, da doença óssea, etc.

ROM - Quais foram as conclusões mais relevantes?

Adelaide Serra - Concluímos que, basicamente, não é feito um estudo médico destes doentes, apesar de terem já formas graves da patologia pois eram já referenciados, com muitas complicações e cólicas de repetição muito frequentes. Apesar de tudo isso nunca nenhum deles tinha feito um estudo para se tentar perceber porque tinham tantas cólicas renais e porque é que estavam sempre a formar novos cálculos. Nenhum dos doentes que vimos na consulta tinha efectuado esse estudo e estamos a falar de um universo de 194 pessoas (mas oito não completaram o estudo).

Concluímos portanto que não há esse estudo médico da doença e que, na maior parte das vezes, ou não se fez nada para tratar de facto a patologia ou quando se fez algum tipo de acompanhamento as medidas recomendadas tinham validade científica duvidosa: a maior parte dos doentes a quem tinham sido feitas algumas recomendações referiram que lhes tinha sido dito para beberem mais água e para reduzirem o cálcio na dieta, se a primeira é correcta, já em relação à segunda está cientificamente provado que na maior parte dos casos a ausência de cálcio é contraproducente e pode mesmo agravar a doença.

ROM - A que se deve essa falta de tratamento médico?

AS - Como disse durante a investigação ou não detectámos qualquer tipo de tratamento médico ou as recomendações tinham sido incorrectas. Isto decorre de se ter desenvolvido muito a parte cirúrgica/uroológica das complicações da cólica renal. A população em geral e a classe médica em particular, analisam a cólica renal sem se preocuparem com o que está por trás

da mesma. Em Portugal ninguém efectuou estudos sobre a litíase renal, o que se alterou ou o que se pode corrigir para diminuir a reincidência de episódios. Não se analisa a cólica como um sintoma de uma doença crónica subjacente que é a litíase. Não nos estamos a referir a casos em que há uma cólica renal esporádica, mas sim às formas recorrentes: quando há formação constante de cálculos é porque existe naturalmente alguma alteração metabólica como causa.

ROM - Conseguiram detectar essas alterações?

AS - Nos doentes que estudámos conseguimos identificar as alterações em 95% dos casos e em 95% dos casos foi possível corrigi-las e controlar a doença. Estamos a falar de uma forma idiopática, portanto não sabemos exactamente qual é o distúrbio do rim que as provoca, mas conseguimos identificar as alterações que os doentes apresentam na urina e, corrigindo-as, conseguimos controlar a doença, reduzindo o número de cálculos formados e de cólicas e o desenvolvimento de complicações. É portanto possível, através de um estudo metabólico e dietético adequado, efectuar um controlo médico da litíase sem deixar que obrigatoriamente progrida para as formas mais graves e que necessite de intervenção cirúrgica.

FD - A terceira coisa a que conseguimos responder foi que existem relações muito bem definidas entre a dieta e os episódios de litíase. Como expliquei havia três coisas que queríamos saber: causas, consequências e qual a abordagem médica efectuada. A causa são as alterações metabólicas mas essas estão muito relacionadas com o tipo de dieta, particularmente com o aumento das proteínas animais,



com o excesso do consumo de sal e com a redução do consumo de cálcio. Estas três mudanças dietéticas têm uma nítida relação com as alterações que encontramos na urina.

ROM - Quanto tempo durou o estudo?

AS - Foram sete anos de recolha e análise de dados e mais dois anos de preparação do trabalho. O estudo avalia de Dezembro de 1996 a Dezembro de 2003 mas esse foi «apenas» o tempo de consulta.

ROM - O controlo que efectuaram da doença, foi mediante a mudança da dieta praticada?

FD - Na maior parte dos doentes a dieta é suficiente para corrigir as alterações encontradas. O problema é que a dieta pode não ter este efeito protector a longo prazo porque os doentes dificilmente aderem a alterações dos hábitos alimentares. As alterações que inserimos na dieta dos doentes que fizeram parte do estudo ao final de três meses estavam corrigidas, com excepção do cálcio. Mas quando deixa de existir cólicas, geralmente os doentes começam a não cumprir a dieta correcta.

ROM - O que significou a atribuição



deste Prémio Bial de Medicina Clínica ao Vosso trabalho “Avaliação nefrológica de uma população com litíase cálcica idiopática recorrente - experiência de sete anos de Consulta de Nefrolitíase do Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Maria”?

AS – Quando enviámos o trabalho para concorrer ao Prémio, sinceramente, não estávamos à espera de ganhar. O nosso objectivo era divulgar o que tínhamos feito para que alguém analisasse o estudo e dissesse se o mesmo tinha alguma importância. Para nós naturalmente que tinha pois foi uma longa experiência, que envolveu um número significativo de doentes. Foram quase nove anos de muita persistência, de muito trabalho extra, trabalho esse que foi feito com alguma dificuldade. Portanto quando soubemos que tínhamos ganho o prémio sentimos uma grande satisfação por ver o nosso trabalho realmente reconhecido. Foi o momento em que soubemos que realmente tinha valido a pena perseverar e acabar o trabalho.

ROM - Que tipo de dificuldades?

AS - A investigação clínica é extremamente difícil em Portugal e, como dizia o Prof. Martins Correia na entrega do prémio, é quando muito to-

lerada, nunca incentivada. Penso que isso foi um pouco o que aconteceu connosco. Foi tolerado que fizéssemos a investigação clínica. Ainda que a mesma tenha sido exclusivamente feita por nós com a ajuda da Dr.ª Conceição Salgueiro, que era a colega do laboratório do Serviço de Nefrologia que fez os milhares de análises que foram precisas para este estudo, também muitas vezes fora da hora e com muito empenho. Não tivemos apoios de ninguém.

ROM - Concordam que este tipo de prémios além do prestígio e reconhecimento que acarretam podem funcionar como factor de incentivo para o desenvolvimento da investigação?

AS - Sem dúvida que sim. Não apenas em termos financeiros, sendo que também não existem apoios a esse nível, mas em termos de divulgação dos trabalhos estes prémios são extremamente importantes. Há muitos trabalhos em investigação que frequentemente não saem da gaveta porque não há quem os divulgue e não há incentivos para continuar. A maior parte das vezes esses trabalhos são feitos com um objectivo específico, serem por exemplo apresentados num congresso, e depois não são desenvolvidos. São estudos que nunca são conhecidos e provavelmente alguns teriam muito interesse. Nesse aspecto estes prémios são muito importantes por divulgarem o que se faz em termos de investigação.

ROM - Verificou-se este ano que houve um decréscimo do número de candidaturas na área da investigação clínica. Consideram que esse facto corresponde a uma diminuição da própria investigação clínica efectuada?

FD – Considero que a investigação clínica está de facto a diminuir acen-tuadamente: de ano para ano notamos que cada vez menos pessoas têm interesse em fazer investigação séria. É evidente que se faz muita coisa a que se dá esse nome mas para mim não se trata de verdadeira investigação: são pequenos trabalhos que se

fazem com interesses curriculares mas que não têm qualquer consequência ou utilidade prática para a população e não são desenvolvidos. Os estudos clínicos com maior duração e maior empenho são normalmente muito penosos de efectuar pois não existem de facto apoios nenhuns. Os próprios Serviços não estão muitas vezes interessados em mantê-los e é frequente que as pessoas que investem muito tempo neste tipo de trabalho comecem dentro dos próprios serviços a serem desvalorizados pois é considerado que estão a perder tempo.

ROM - Essa falta de apoios é a principal razão para a diminuição da investigação clínica?

FD – É uma das principais. Outro motivo que faz com que a investigação clínica tenda a desaparecer, a menos que se concretizem mudanças radicais, é o facto de não existir uma verdadeira cultura de investigação: podemos considerar que há duas linhas de investigação: a investigação das ciências básicas mais laboratorial e referente a situações muito específicas, e a investigação clínica que é feita directamente com doentes, de aplicação imediata e que pode trazer resultados imediatos. Mas não existe essa cultura a começar pelas as próprias faculdades onde os estudantes não são ensinados a investigar e muito menos a entender a investigação. Isto tem uma consequência gravíssima: hoje, muitos médicos, particularmente entre os recém-formados, não têm cultura de investigação sequer para avaliar a qualidade dos trabalhos que lhes são apresentados e, portanto, são extremamente vulneráveis a pretensas novidades. Não conseguem sequer discernir se aquilo que lhes é apresentado é um trabalho com qualidade, importância e relevância para a sua prática clínica ou se, pelo contrário, se trata de algo realizado com interesses de propaganda.

ROM - Como se poderá inverter esta situação?

FD – As soluções implicam, para começar, uma mudança de mentalidades: é necessário sensibilizar a classe médica para esta realidade e isso tem que se começar nas próprias faculdades de medicina, ensinando a investigar ou, pelo menos, a como é feita uma investigação com qualidade.

ROM - A estrutura hospitalar não valoriza portanto a investigação clínica?

AS – Considero que grande parte das dificuldades que a investigação clínica enfrenta decorrem do facto da estrutura hospitalar não estar preparada para o desenvolvimento dessa actividade e de não a valorizar: o que sucede quando os Serviços toleram que façamos estudos é termos que fazer toda a rotina diária, sendo a investigação sempre para além do nosso horário. Quando estávamos a tratar de algo que dissesse respeito à investigação, a atitude geral do Serviço era de que estávamos a ‘roubar tempo’ à rotina e consideravam, portanto, que havia outros colegas a trabalhar para nós podermos estar a desenvolver a investigação. Toda a estrutura hospitalar está organizada exclusivamente para a vertente assistencial. Não há espaço, nem físico, nem temporal, para investigar.

ROM - E quanto às verbas necessárias ao desenvolvimento da investigação, há dificuldade na obtenção de apoios?

FD - Não existem quaisquer apoios: as bolsas actualmente atribuídas destinam-se não a quem está interessado em fazer investigação mas a quem já desenvolveu muito trabalho nessa área. Como é que se faz uma investigação como esta? A nossa solução foi simples: estávamos a tratar doentes na consulta e à medida que íamos fazendo as análises necessárias a esse tratamento íamos recolhendo os dados obtidos para a nossa análise. Evidentemente que não tivemos nenhum apoio para isto e todo o trabalho foi efectuado depois do horário de serviço. Apesar disso, este trabalho tor-

nou-nos menos bem vindos.

ROM - Menos bem vindos?

FD – É uma situação caricata mas muitas pessoas do próprio Serviço me aconselharam a parar a investigação. Tínhamos apoio de Colegas de outros Serviços, mas não do nosso. A verdade é que, hoje, nenhum de nós está no Serviço de Nefrologia e considero que foi porque este trabalho nos tornou incómodos... À medida que a consulta se foi tornando conhecida por incidir numa patologia que tradicionalmente não era tratada, o número de doentes começou a aumentar. Isto para o Serviço é entendido como um aumento de trabalho... O grupo em estudo, doentes com litíase cálcica recorrente, era de quase 200 indivíduos mas a consulta de nefrolitíase tinha cerca de 600 doentes. Penso que outro factor relevante para esse desconforto que o nosso trabalho provocou tem a ver com o espírito português: se num Serviço alguém está a fazer algo que os outros entendam que tem algum mérito, essa pessoa é posta de lado pois há uma cultura da mediania.

ROM - Quando saíram da Consulta?

FD – A Dr.ª Adelaide esteve na consulta até 2002. Quando o hospital terminou o seu contrato fiquei sem apoio para assistir a 600 e tal doentes e ainda tinha que continuar a investigação. Nessa altura já não chegavam os feriados, as noites e as férias...

AS – Claro que havia outros colegas nefrologistas no Serviço, mas não havia ninguém com interesse nesta área ou preparado para ajudar na consulta.

FD – Mais tarde saí eu e a verdade é que a consulta de nefrolitíase parou nessa altura deixando os cerca de 600 doentes sem assistência. A consulta parou porque ninguém nos substituiu. Uma das razões porque ficámos satisfeitos com este prémio foi precisamente pelo facto de vermos reco-



nhecido algo que o Serviço onde estávamos inseridos já não era capaz de reconhecer. Este foi o grande incentivo para nós eventualmente continuarmos a fazer investigação.

ROM – Mas, apesar de tudo, pretendem continuar a fazer investigação...

AS – E queremos continuar com o trabalho pois consideramos que somos as pessoas mais preparadas nesta área e não podemos desistir, temos que continuar.



A educação médica contínua tem sido satisfatória mas nem sempre devidamente coordenada e avaliada

A. Poiars Baptista, Coordenador da Conselho Nacional para a Avaliação da Formação da Ordem dos Médicos (CNAF), considera que a aplicação correcta do regulamento que estabelece os critérios essenciais para que os eventos na área médica sejam considerados credíveis trará uma maior credibilidade às reuniões científicas. Sendo que «nenhuma profissão pode dispensar ou desvalorizar a formação contínua», Poiars Batista reconhece à medicina um dever acrescido nesse contexto e espera empenho por parte dos médicos em elevar o seu nível científico e profissional, «dignificando a profissão que livremente escolheram» pois «todo o médico que não acompanhe a evolução da ciência médica rapidamente estará profissionalmente desactualizado, com as prováveis consequências funestas para os doentes que a ele recorrem».

Revista da Ordem dos Médicos - Em traços gerais, que trabalho está a ser desenvolvido pelo Conselho Nacional para a Avaliação da Formação?

A. Poiars Baptista - A primeira tarefa do Conselho foi a de elaborar um regulamento estabelecendo os critérios considerados essenciais para que os congressos, simpósios ou outro qualquer evento na área médica que tenham como objectivo a educação médica, possa ser considerado credível. Este regulamento, previamente submetido à consulta de todos os Colégios das Especialidades, foi já apresentado ao Conselho Nacional Executivo e aprovado. Entre outros pontos, nele

se estipula a duração diária mínima dum reunião, é exigida a indicação dos temas, do programa e respectivo horário, a indicação das comissões organizadora e científica, a identificação dos prelectores e seu grau profissional, etc. Os dados exigidos são os que habitualmente constam nos programas e anúncios dos eventos nacionais ou internacionais reputados. É também estabelecido o prazo mínimo do pedido de avaliação e prazo máximo de resposta.

ROM - Que contributos traz o novo regulamento para a avaliação da formação?

APB - O CNAF baseou-se em critérios que hoje são internacionais e na já alguma experiência que temos tido. Como é do conhecimento geral, e sobretudo no nosso meio médico, a indefinição que tem havido propiciou algumas reuniões que na realidade pouco tinham de científico e de formação médica, e que serviam essencialmente de pretexto para passeios turísticos e de lazer. Creio que a aplicação do regulamento terá também um papel pedagógico.

Estamos certos de que a exigência e a aplicação correcta do regulamento trará uma melhoria, ou pelo menos, uma maior credibilidade das reuniões médicas que obtiverem avaliação favorável. O CNAF dará o seu parecer a pedido das entidades interessadas, baseado nos elementos enviados e exigidos. Ao CNE cabe sancionar (ou não...) o parecer. A apreciação dos eventos realizados no estrangeiro, e portanto sem a responsabilidade das entidades portuguesas, deve reger-se pelos mesmos critérios gerais. Creio, contudo, que a sua avaliação não levantará grandes problemas pois os critérios por nós propostos são os

aplicados, desde há muito, nas reuniões internacionais ou estrangeiras de prestígio.

ROM - A educação médica contínua é um imperativo ético. De que forma pode um médico fazer face à necessidade de actualização permanente tendo em conta a falta de apoios e incentivos a essa formação?

APB - Creio que nos tempos de hoje nenhuma profissão pode dispensar ou desvalorizar a formação contínua. Na medicina ela tem particular importância pois a nossa função primordial é diagnosticar, tratar e acompanhar a pessoa doente de modo correcto e mais eficaz. Para tal temos que estudar, que aprender e que praticar recorrendo aos melhores meios e aos melhores métodos. Há várias décadas, o que nos ensinavam e o que aprendíamos durante o curso tinha um período de “validade” relativamente dilatado. Era nos congressos anuais ou de maior periodicidade que se apresentavam as novidades, era em algumas revistas mais reputadas que se liam e se aprendiam essas mesmas e outras novidades, e era sobretudo nas reuniões periódicas promovidas pelas sociedades científicas médicas, pelos serviços hospitalares ou pelas Faculdades, nos chamados “cursos de actualização” ou “cursos de férias” (em geral tinham lugar no início do tempo de férias...) que os médicos procuravam actualizar os seus conhecimentos, ouvindo os colegas de maior prestígio. Tudo isto se justificava porque os novos conhecimentos, as novidades terapêuticas e de diagnóstico surgiam de onde em onde e a sua difusão era relativamente lenta. Hoje, nada disto se verifica. A ciência médica, como todas as outras, desenvolve-se num rit-

mo tal que não raramente temos dificuldade em acompanhar e sobretudo em formular um juízo de valor, em seleccionar o que realmente tem interesse na prática clínica.

Todo o médico que se isola e que não acompanhe a evolução da ciência médica rapidamente estará profissionalmente desactualizado, com as prováveis consequências funestas para os doentes que a ele recorrem.. .Daqui a necessidade da educação médica contínua para todo o médico e durante toda a sua actividade profissional. Como proceder? É um problema que, creio, dificilmente será resolvido. Entre nós, o médico que se desloca para assistir ou participar numa actividade de educação médica excepcionalmente tem apoios estatais. Quando muito dispensa do serviço e possível valorização curricular. Nalguns países europeus, a frequência de um determinado número de reuniões de formação oficialmente aprovadas origina benefícios fiscais e valorização nos acordos com as companhias de seguro de saúde.

Também a quase totalidade das iniciativas não tem apoio estatal. Na realidade, como todos sabemos e temos a experiência, é o apoio da indústria farmacêutica que permite que tais eventos se realizem e tenham a participação dos médicos... Devemos dizer que felizmente assim é! Também é certo que a indústria farmacêutica tem boas razões para assim proceder... e disso não as podemos criticar, desde que actuem segundo princípios éticos por ambas as partes, médicos e indústria.

ROM - Concorde que cada vez mais é preciso investir, valorizar e validar a formação, especialmente se tivermos em conta que a saúde é um sector dinâmico em que há uma permanente evolução tecnológica e científica?

APB - Pelo que disse anteriormente, a resposta é evidentemente, afirmativa. A actividade clínica dos médicos é cada vez mais sujeita à “vigilância” dos pacientes, confrontada muitas vezes com as informações, por vezes deturpadas ou incompletas, divulgadas pela imprensa, TV ou Internet. O médico tem que estar em condições de saber

julgar e agir do modo mais correcto e consciente.

ROM - Que análise faz da qualidade da formação no nosso país?

APB - As acções de formação médica contínua em Portugal, como na maioria dos países, tem sido efectuada essencialmente pelas Sociedades Médicas e pelos serviços hospitalares. Muitas têm já longa tradição da actividade curricular de mérito, com programas regulares de cursos de actualização. A qualidade dos programas é, na grande maioria dos casos, de louvar, pois tem tido a preocupação de estabelecer programas de interesse e de obter a frequente colaboração de colegas nacionais e/ou estrangeiros de nomeada. Embora as Faculdades de Medicina tenham estado alheadas destas iniciativas, a participação regular dos seus elementos tem dado valioso contributo.

Creio poder afirmar que globalmente, a educação médica contínua nacional tem sido efectuada de modo satisfatório, embora nem sempre devidamente coordenada e avaliada. Há também que ter em conta as várias reuniões de carácter internacional anualmente realizadas no país e que muito tem contribuído para a valorização do meio médico nacional.

ROM - Deseja acrescentar algum ponto que considere relevante neste contexto?

APB - Talvez evocar alguns. Muitas vezes é-nos pedido o patrocínio para uma determinada reunião. Na verdade o CNAF não concede patrocínios, apenas procede à apreciação do evento segundo os princípios estabelecidos e dá o seu parecer afirmativo ou negativo, isto é, avaliação favorável ou desfavorável.

Outro ponto muito falado e criticado, e que tem dado origem a comentários desagradáveis, é o da efectiva presença dos médicos inscritos. O controlo da presença é sempre um assunto discutido mas não eficazmente resolvido. Naturalmente que caberá à organização o respectivo controlo. Contudo convenhamos que na realidade a presença dos inscritos depen-

de do interesse do tema, da qualidade da exposição, do prestígio do prelector mas fundamentalmente da consciência de cada um...

Também a avaliação dos prelectores e da qualidade dos temas apresentados tem sido discutida. Reuniões há em que essa avaliação é feita por intermédio de questionários entregues aos assistentes. Julgamos ser um bom modo de avaliação e que permitirá aos responsáveis das reuniões futuras, corrigir possíveis falhas. A execução deste tipo de avaliação seria um importante dado de valorização. Porém também aqui cabe à organização a sua efectivação. Um último ponto a considerar é a difícil e muito discutida questão da atribuição dos créditos. Na verdade poucos são os países que a praticam. Não penso que seja, entre nós, e por enquanto, um ponto prioritário.

Como conclusão, devemos esperar que o empenho dos médicos, conscientes das suas responsabilidades e baseados na análise crítica da experiência adquirida, possam e desejem melhorar a sua “educação médica contínua”, elevando o seu nível científico e profissional, dignificando a profissão que livremente escolheram.



A. Poiares Baptista – Professor Catedrático Jubilado de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Coimbra; Coordenador da Conselho Nacional para a Avaliação da Formação (Ordem dos Médicos)

A investigação é uma das prioridades da Indústria Farmacêutica

A propósito da recente atribuição dos respectivos prémios, conversámos com o presidente da Fundação Bial, Luís Portela sobre a situação da investigação em Portugal e o posicionamento da indústria neste âmbito. Luís Portela reconhece que ainda não existe uma cultura de investigação e desenvolvimento em Portugal mas considera que a indiferença política a esse nível está a desaparecer e realça o facto dessas áreas começarem a ser incluídas «na ordem do dia» dos decisores. Sobre a Fundação Bial e o seu papel no apoio à investigação, «uma área muito trabalhosa, muito morosa, que enfrenta vários obstáculos e se debate com a falta de apoios», destaca, além do valor pecuniário dos prémios e bolsas atribuídos, a divulgação que é feita dos trabalhos vencedores.

Revista da Ordem dos Médicos - Seria possível referir-me brevemente da missão e objectivos da Fundação Bial e do papel que os prémios Bial têm, em seu entendimento, no desenvolvimento da investigação, especialmente ao nível nacional?

Luís Portela - A Fundação Bial foi criada em 1994 com o objectivo de promover a investigação na área da Saúde, impulsionando e incentivando o estudo científico do homem nas suas várias vertentes. Tem sido esta a nossa acção, quer através da atribuição de Bolsas de Investigação Científica, nas áreas da psicofisiologia e da parapsicologia, quer através da promoção do Prémio Bial. O Prémio visa distinguir trabalhos médicos em geral, e em particular trabalhos dirigidos à prática clínica, que se distingam pela sua qualidade e que representem

uma investigação de grande relevância para o aprofundamento do conhecimento do Homem. O Prémio Bial é actualmente um prémio internacional; temos recebido candidaturas de vários países e a edição de 2004 premiou dois trabalhos de investigadores espanhóis. É também o galardão de maior valor pecuniário atribuído no nosso país. Acho por isso que o Prémio Bial é um galardão reconhecido e constitui um apropriado incentivo para todos os médicos e cientistas que se dedicam à investigação em Portu-

gal e além fronteiras.

ROM - Que tipo de retorno/mais valias considera que a Indústria Farmacêutica tem ao investir verbas avultadas no apoio à formação e investigação dos médicos?

LP - A investigação é uma das prioridades da Indústria Farmacêutica. Não se trata de obter retorno/mais valias, mas sim de dar expressão a uma área estratégica da indústria farmacêutica. Refiro-me, por um lado, à investigação de base, através da pesquisa de novas soluções terapêuticas, para que continuamente sejam colocados no mercado produtos inovadores que possam fazer frente às diversas patologias que afectam o ser humano. Por outro lado, refiro-me também ao apoio à investigação feita por terceiros. No caso da Bial, para além do trabalho desenvolvido nos nossos departamentos de Investigação e Desenvolvimento, também as actividades da Fundação Bial são exemplos de como assumimos a investigação como área estratégica da nossa actividade. A grande mais valia da Indústria Farmacêutica está em proporcionar mais e melhor vida à população.

ROM - Um dos principais problemas da investigação nacional é, numa primeira fase, a falta de apoios e posteriormente a não divulgação alargada dos trabalhos elaborados. Considera que a Fundação Bial, e outras similares, contribuem para minimizar os dois problemas citados na questão anterior? De que forma?

LP - Como refere, a investigação é uma área muito trabalhosa, muito morosa, que enfrenta vários obstáculos e se debate com a falta de apoios. Com o Prémio Bial queremos premiar os que se dedicam a esta área e que contribuem para que todos os dias se descubra, se conheça, se progrida no conhecimento científico. O Prémio Bial, quer pela divulgação pública dos trabalhos vencedores, quer pela publicação, numa primeira edição exclusiva da Fundação Bial de cerca de dez mil exemplares, do trabalho galardoado com o Prémio Bial de Medicina Clínica, e eventualmente de outros trabalhos vencedores, dá resposta a uma das dificuldades apontadas na sua questão, ou seja, a divulgação dos trabalhos elaborados. Por outro lado, quando fala da falta de apoio para a investigação, considero que o próprio valor pecuniário do Prémio Bial constitui uma boa ajuda para que os investigadores possam dar continuidade aos seus trabalhos. No entanto, esse é um trabalho muito mais amplo que exige a cooperação de todo um conjunto de agentes - políticos, educativos, empresariais, científicos, etc... - . O Prémio Bial e as nossas Bolsas de Investigação são apenas dois contributos da Bial para que a investigação possa ser uma



Luís Portela, presidente da Fundação Bial

realidade no nosso país. A Fundação assume aqui o papel de catalisador.

ROM - Como define a postura da Bial no âmbito da investigação e desenvolvimento?

LP - A Investigação e Desenvolvimento de novas soluções terapêuticas é uma área crucial da missão e da estratégia de Bial. Em 1993 constituímos um Centro de Investigação e Desenvolvimento no Porto e, em 1998, em Bilbao. É nestes dois centros que investimos de forma continuada na busca de novas soluções terapêuticas.

No Centro de Investigação e Desenvolvimento do Porto reunimos uma equipa internacional de cerca de 63 técnicos especializados que tem desenvolvido investigação nas áreas do sistema nervoso central e cardiovascular. Em Bilbao as actividades do nosso departamento centram-se na área da alergologia. Temos até ao momento seis moléculas patenteadas a nível mundial entre as quais um anti-epiléptico (em fase III de ensaio clínico) e um anti-parkinsoniano (em fase II). Esperamos, em 2008, colocar no mercado mundial, à disposição de todos os médicos, o primeiro medicamento de raiz portuguesa.

O percurso de Bial nesta matéria tem sido inovador e pioneiro no nosso país. Bial é o grupo farmacêutico português que mais investe em Investigação e Desenvolvimento (entre 15% a 20% da sua facturação global). Temos como lema “Ao Serviço da Saúde” e acreditamos que a Inovação é o caminho a seguir para que possamos proporcionar uma maior qualidade de vida a todas as pessoas.

ROM - Podia tecer um comentário em relação aos investigadores premiados e trabalhos galardoados deste ano?

LP - Os vencedores do Prémio Bial são escolhidos por um júri autónomo e independente que é constituído por representantes dos Conselhos Científicos de cinco escolas de medicina. O júri da edição de 2004 do Prémio Bial foi presidido pelo Prof. Martins Correia da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

Em termos gerais posso dizer-lhe que o Grande Prémio Bial de Medicina foi entregue a um grupo de investigadores espanhóis, reconhecidos internacionalmente, da Universidade de Navarra, uma escola de grande tradição em investigação em Espanha. O estudo tem como base a pesquisa de uma resposta imunitária através da indução de genes de interleukina-12 (substância pró-inflamatória) em células dendríticas injectadas em lesões tumorais. Este trabalho demonstrou ser possível injectar em metástases cerebrais de carcinomas do aparelho digestivo (intestino e pâncreas) células dendríticas modificadas geneticamente para produção da interleukina-12.

A obra vencedora do Prémio Bial de Medicina Clínica é de autoria de dois nefrologistas, a Dra. Adelaide Serra e o Dr. Fernando Domingos e é um exemplo de um trabalho de investigação clínica. O estudo tem como base a experiência de sete anos de uma consulta de nefrolitíase do hospital de Santa Maria. Foi feita uma avaliação de diversos doentes com litíase cálcica idiopática recorrente e, pela primeira vez em Portugal,

foram analisadas as causas ambientais e alimentares que estão na origem desta patologia.

ROM – Pela percepção que tem através dos Prémios Bial, de que forma analisa a evolução da investigação em Portugal?

LP - Acho que ainda não existe uma cultura de Investigação e Desenvolvimento em Portugal e que estamos actualmente a dar os primeiros passos nesta matéria. Recentemente diversos actores políticos nacionais, entre os quais não posso deixar de destacar a acção do Senhor Presidente da República, têm colocado a inovação na ordem do dia. Se comparar, por exemplo, a altura em que criámos o nosso Departamento de Investigação e Desenvolvimento, em 1993, com os dias de hoje, a diferença é brutal. Hoje fala-se, com alguma regularidade, de inovação e de investigação no nosso país, nomeadamente nos meios de comunicação social. A investigação abriu-se à sociedade e às empresas, e deixou de ser uma palavra apenas utilizada nos corredores das universidades. Acho, no entanto, que apenas demos os primeiros passos nesta matéria e que temos pela frente uma longa caminhada. A inovação deverá ser assumida como um desígnio nacional que envolva empresas, universidades, governantes, hospitais e a sociedade em geral para conseguirmos transformar Portugal num país de conhecimento, de ciência, moderno e competitivo.

ROM – Num país em que a investigação e a própria formação contínua parecem ser áreas menosprezadas pelos responsáveis da Saúde, pelo menos no que se refere à atribuição de verbas, que posicionamento traça para Bial neste contexto?

LP - Como referi na questão anterior acho que os últimos tempos têm sido um bom prenúncio de que as coisas estão a mudar. Bial traçou como áreas estratégicas a inovação e qualidade. O nosso trabalho e os nossos investimentos estão canalizados para estas áreas. Continuaremos a investir uma fatia considerável da nossa facturação (entre 15% a 20%) em investigação e desenvolvimento tendo em linha de conta os projectos que temos em mãos e os novos projectos que certamente irão surgir. O caminho da inovação é o caminho que iremos continuar a seguir, na convicção forte de que assim serviremos melhor os interesses da população em geral e dos profissionais de Saúde.



O reconhecimento da idoneidade científica por parte da OM é um passo no sentido de uma maior transparência

Gomes Esteves, presidente da direcção da Apifarma – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, traduz o retorno da indústria farmacêutica nos seus investimentos em investigação e formação «numa melhor saúde para todos». Considerando que existem neste momento todas as condições necessárias para uma actuação de excelência ética e deontológica, o presidente da

Apifarma vê no reconhecimento da idoneidade científica por parte da OM um factor contributivo para «uma maior transparência e co-responsabilização dos parceiros».

Revista da Ordem dos Médicos - Que papel reconhece à Indústria Farmacêutica na colaboração em prol da melhoria da Saúde Pública e da divulgação do conhecimento científico?

Gomes Esteves - A Indústria Farmacêutica é o principal investidor na área da inovação e desenvolvimento. É, reconhecidamente, o sector que, na área da saúde, cataliza os grandes desenvolvimentos científicos e as grandes melhorias da Saúde Pública.

ROM - Considera que os princípios e procedimentos por que se regem os apoios da indústria a eventos científicos são os mais adequados?

GE - A formação pós-graduada é assumida pela Indústria Farmacêutica como um dever livremente assumido e regulado por lei. Para existirem, os eventos científicos têm que ter a participação dos médicos, que a eles aderem livremente, com a autorização do Estado, que neles reconhece valia.

ROM - Que análise faz em termos comparativos dos códigos de conduta da indústria em termos nacionais e os aplicáveis a nível europeu/internacional?

GE - Uma análise comparativa (sul e norte da Europa) conduz-nos a situações muito semelhantes, em termos de regulamentação. Em Portugal, pretendemos fazer um aprofundamento desta matéria, em conjugação com os outros parceiros envolvidos (Médicos e Estado).

ROM - Considera que os apoios da indústria à formação contínua dos médicos se enquadra naquela que é definida pela Apifarma como a «missão da indústria farmacêutica»?

GE - Indubitavelmente.

ROM - Que retorno se pode considerar que a Indústria tem ao apoiar eventos científicos?

GE - O retorno de uma melhor Saúde para todos.

ROM - O Código de Lisboa, que transpõe o Código de



Gomes Esteves, Presidente da Direcção da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

Ética Internacional de Relações Públicas foi modificada pela última vez em 1989, considera que essa «regulamentação» está suficientemente actualizada? Não existem novas realidades a ter em conta?

GE - Sendo a deontologia a ética aplicada ao caso concreto, cada situação é sempre nova, porque diz respeito a sujeitos singulares postos perante determinada opção de conduta. Neste sentido, a deontologia está sempre em curso e depende, acima de tudo, na formação dos indivíduos.

ROM - Que factores considera fundamentais para o cumprimento da excelência ética e deontológica defendida pela Apifarma?

GE - Estão criadas todas as condições para uma actuação de excelência.

ROM - Como analisa a importância da APIFARMA integrar instituições como a Federação Europeia da Indústria Farmacêutica e a International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations?

GE - Representa o reconhecimento internacional pelo trabalho realizado por esta associação, para além do esforço crescente por uma parceria ao nível internacional.

ROM - Especificamente a nível ético e deontológico que mais valias trouxe a troca de conhecimentos no âmbito dessas organizações?

GE - A experiência internacional, no nosso caso, indica-nos, com alguma antecipação, os caminhos que se prefiguram no norte da Europa. Essa perspectiva é-nos vantajosa em termos estratégicos.

ROM - Como analisa o trabalho desenvolvido pela Comissão Paritária de Acompanhamento do Protocolo celebrado entre a Apifarma e a Ordem dos Médicos?

GE - É uma Comissão cuja missão é essencialmente pedagógica e que assim tem procurado cumpri-la.

ROM - Concorda que o reconhecimento da idoneidade científica de um evento por parte da Ordem dos Médicos é um factor decisivo para a transparência das práticas, factor naturalmente desejado por todas as partes envolvidas?

GE - O reconhecimento da idoneidade científica por parte da OM resulta do Protocolo estabelecido com a Apifarma. Pensamos que é um passo no sentido de uma maior transparência e co-responsabilização dos parceiros.

ROM - Questão cuja definição também é, naturalmente, uma preocupação da indústria, como considera possível resolver o difícil problema da definição do que é uma oferta apropriada com um valor monetário aceitável?

GE - Pedimos parecer a diversas entidades a esse res-

peito, que nos respondeu com o valor de 12.000 \$ à época, ou seja, 60 euros.

ROM - Concorda que a ética médica é orientada para promover o bem do doente, enquanto que a ética da indústria é em primeira análise direccionada para a realização de proveitos que sustentem a própria investigação e produção de novos medicamentos?

GE - A Indústria não sobrevive sem proveitos, nem a Saúde progride sem avanços científicos. A ética de todas as pessoas que colaboram com a Indústria Farmacêutica está acima e enforma toda a sua actuação, tendo em consideração os princípios acima descritos.



Prescrição exclusiva por DCI? NÃO!

Poderá parecer contraditório, porém, pessoalmente, nada tenho contra a prescrição pela denominação comum internacional (DCI) dos medicamentos! É dessa forma que com eles tomamos contacto na Faculdade e é assim que se prescreve nos hospitais. Pareceria natural que se alargasse o sistema ao ambulatório. De facto, até facilitaria aos médicos o acto de prescrição. Infelizmente, com a absurda legislação portuguesa, que permite um número interminável de genéricos do mesmo princípio activo, isso é de todo impossível e potencialmente prejudicial aos doentes e ao país.

Não obstante considerar que o acto de prescrição deve resultar do diálogo entre o Médico e o seu Doente, numa relação que deve ser sagrada e inviolável, a bem de uma Medicina eficiente, é bom que fique claro que as minhas preocupações transcendem esta questão e não se baseiam naquilo que alguns poderiam leviana e superficialmente considerar como obscuros argumentos corporativos. Efectivamente, são objectivas e delicadas questões económicas e técnicas que presidem à minha opinião.

O que pode acontecer se o Médico for obrigado a prescrever apenas por DCI?

Nada muda no que diz respeito aos medicamentos sem genéricos.

Tudo muda quanto aos medicamentos genéricos, pois o Médico passaria a ser impedido de optar por um genérico no qual depositasse a sua confiança. Muito provavelmente, obrigaria mais Médicos a optar pela prescrição de fármacos ainda sem genéricos, aumentando a despesa em vez de a diminuir.

Reafirmo que os genéricos não são todos iguais e que não consigo entender as razões que inibem o INFARMED de proceder ao seu efectivo controlo de qualidade. Quando se sabe que a contrafacção de medi-

camentos apenas é ultrapassada pela das bebidas alcoólicas, tabaco e bens de luxo, porque continuam os responsáveis cegos perante a evidente nudez do rei?

A prescrição dos genéricos exclusivamente por DCI implicaria:

- Perda de um fundamental, se bem que indirecto, mecanismo de controlo de qualidade dos genéricos, que é a experiência do Médico na análise dos seus efeitos na prática clínica.

- Aumento do risco de erros graves na toma dos comprimidos quando o doente está poli-medicado e/ou tem um menor grau de instrução, pois, cada vez que vai à farmácia, o doente pode levar uma embalagem completamente diferente do mesmo medicamento.

- Possibilidade do Farmacêutico proceder a verdadeiros leilões entre os laboratórios de genéricos para seleccionar aquele que privilegia na sua farmácia, o que poderá dar origem a esquemas comerciais menos éticos, potencialmente prejudiciais para o Doente e para o Estado. Agravando situações já referenciadas na comunicação social e que aguardam cabal esclarecimento. Por exemplo, das embalagens bônus que alegadamente os farmacêuticos receberão, para onde vai o IVA pago pelos doentes quando adquirem essas embalagens?

- Capacidade da Associação Nacional de Farmácias (ANF) cartelizar a negociação dos genéricos vendidos nas farmácias, dando-lhe o imenso poder de levar laboratórios à falência caso decida bloquear as vendas dos respectivos genéricos!

Em função destes e de outros problemas, se pensar em impor a prescrição por DCI, o que acredito que nunca acontecerá, porque é uma pessoa inteligente, conhecedora e experiente, o Ministro da Saúde pode contar com a determinação total e frontal da Classe Médica no combate a

essa medida.

Fora as situações puníveis de corrupção, é bom lembrar que, quando passam uma receita, os Médicos não ganham dinheiro com o acto. É a realização da consulta que é retribuída, independentemente de terminar, ou não, numa prescrição e independentemente do valor dessa prescrição. Não é demais recordar que, com as receitas dos Médicos, quem ganha directamente dinheiro são os laboratórios farmacêuticos, as empresas de distribuição e as farmácias! Os Médicos são os principais interessados em receitar o melhor fármaco ao mais baixo custo, por forma a não sobrecarregar os doentes e o Estado.

Por isso, numa altura em que o monopólio das farmácias está sob fogo da opinião pública, soam a pura manobra de diversão as recentes palavras do Dr. João Cordeiro, presidente da ANF, a alertar, **sem concretizar**, para a “pressão da indústria na prescrição Médica”, como se fossem os Médicos que ganhassem directamente dinheiro com a prescrição de medicamentos ou prescrevessem medicamentos a mando da indústria farmacêutica! É insensato, mas compreende-se! A ANF pretende distrair a opinião pública do facto da lei da propriedade das farmácias ser a única legislação intacta do tempo do Estado Novo ainda que, provavelmente, inconstitucional! A ANF procura esconder o facto do cartel das farmácias ser extremamente prejudicial para os consumidores e para o país, que poderia poupar centenas de milhões de euros com a liberalização da titularidade das farmácias! A ANF desespera por encobrir que está actualmente a administrar o Hospital Amadora/Sintra mas que quer impedir que outrem, que não um farmacêutico, possa administrar uma farmácia! A ANF esquece-se que os farmacêuticos praticam diariamente actos

de diagnóstico e terapêutica nas suas farmácias e vendem os medicamentos que pessoalmente aconselham aos doentes, numa relação eticamente discutível, com inegáveis interesses comerciais de permeio (o que diria a Sociedade se os Médicos vendessem nos seus consultórios os medicamentos que prescrevem aos seus doentes?)!

Mais grave é a afirmação do representante máximo das farmácias portuguesas de que não acredita que a liberalização da comercialização de alguns medicamentos venha a traduzir-se numa descida dos preços! Tal não acontecerá apenas se se assistir a uma cartelização dos preços. Um recente encontro num hotel do Norte ganha, assim, particular relevância. A Sociedade Civil, o Governo e a Autoridade da Concorrência que estejam atentos... É evidente que a descida dos preços só não acontecerá se eles forem ilegalmente acordados entre os vários intervenientes na venda de medicamentos!

Se o Governo quiser implementar uma coerente e efectiva política do medicamento, deve procurar o apoio e a contribuição dos organismos representantes da Classe Médica, sem qualquer dúvida os mais desinteressadamente empenhados em reduzir as despesas do país com os medicamentos.

Desde já fica meia dúzia de sugestões centrais:

- 1) Liberalização da propriedade das farmácias, com aplicação de rigorosas leis anti-monopólio que impeçam os erros cometidos noutros países.
- 2) Criação de farmácias públicas nas instituições de saúde, com o objectivo de facilitar o acesso à aquisição de medicamentos por parte dos doentes e de contribuir para o financiamento/controlo dos custos da saúde.
- 3) Introdução do sistema de unidose na venda de medicamentos éticos ao público, para reduzir o desperdício com medicamentos, que, com o actual sistema de embalagens, pode atingir os 50% na primeira prescrição, e para permitir adaptar a prescrição a

cada doente. Esta será, seguramente, uma das medidas com maior impacto na redução da auto-medicação e dos custos com os medicamentos éticos.

4) Análise das comparticipações em função da relação custo/eficácia [por exemplo, "NICE proposes to withdraw Alzheimer's drugs from NHS". *BMJ*, 2005;330 (7490): 495].

5) Elaboração de orientações nacionais, em colaboração com a Ordem dos Médicos e Sociedades Científicas, que permitam racionalizar cientificamente a prescrição de algumas classes de medicamentos.

6) Implementação de verdadeiros programas de prevenção da doença e de promoção da saúde.

Estas medidas, simples e eficazes, permitiriam poupar ao erário público cerca de mil milhões de euros por ano



José Manuel Silva

Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

na despesa com medicamentos. Rapidamente o deficit do Serviço Nacional de Saúde seria drasticamente reduzido e o Estado voltaria a poder investir fortemente na modernização do sector. Para bem de todos. Depositamos todas as esperanças neste Ministro da Saúde.

Chegou a hora de compreendermos que, bem ou mal, sem Médicos não há Medicina. Mas os medicamentos podem continuar a vender-se, e mais baratos, sem a ANF.

As bases científicas da Medicina

A prática clínica no início do terceiro milénio caracteriza-se por mudanças constantes: o médico, independentemente da área em que pratica, é permanentemente posto em confronto com problemas de conhecimento, já que os novos avanços diagnósticos e terapêuticos em medicina se processam a um ritmo acelerado, criando problemas de actualização e aplicação prática a quem tem a responsabilidade da assistência médica a doentes internados em hospitais, observados em consultas ou avaliados em serviços de urgência.

Para além disso, a combinação entre a gestão de recursos cada vez mais escassos e dispendiosos por um lado, com responsabilização dos médicos por parte da sociedade na prestação de cuidados eficazes mas custo-efectivos, por outro, cria novas exigências de rigor e racionalização da prática médica.

Na base da resolução dos problemas acima apontados encontra-se a necessidade de obtenção e síntese de informação clínica válida e relevante que sirva de base à actividade do médico que procura resolver os problemas clínicos (ou outros) que se lhe colocam diariamente. A questão essencial é então a de saber como podem os médicos aprender as inovações e dominar a informação de modo a introduzir (eventuais) mudanças na sua prática que, em última análise, irão beneficiar os seus doentes.

Neste texto iremos discutir sucintamente alguns dos problemas inerentes à medicina do século XXI, analisando a sua complexidade, o risco e a incerteza que estão ligados à prática clínica, defendendo finalmente que a prática clínica deve ter uma base científica sólida, que possa responder às questões que surgem todos os dias no contacto com os doentes.

A DECISÃO CLÍNICA É COMPLEXA

A decisão clínica encontra-se, neste início do século XXI, na intersecção de três grandes universos (figura): a relação médico-doente, com os seus factores culturais, crenças e educação, entre outros; o universo da ciência médica com os seus dados empíricos, doentes, ensaios clínicos e evidência científica e, finalmente, um conjunto de constrangimentos definidos em políticas de saúde, racionamento, legislação, etc. (ACP J Club 2002; March-April: A11-A14).

O acto médico moderno é muito complexo, precisa-

mente porque o médico tem de saber dominar toda a informação e aspectos práticos referentes a estas três áreas da sua prática, com as suas especificidades, detalhes e resultados variáveis.

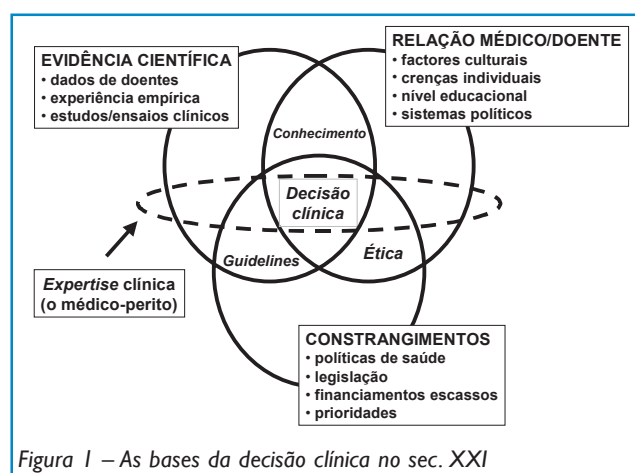


Figura 1 – As bases da decisão clínica no sec. XXI

A PRÁTICA CLÍNICA É INCERTA E ARRISCADA

A decisão clínica possui uma marcada incerteza, quer na relação do médico com os doentes, quer na definição do diagnóstico, do estabelecimento do prognóstico, na escolha do tratamento ou na apreciação dos resultados. Ela é também arriscada: na definição do risco - que existe em todos os contextos da actividade médica e que se define como a probabilidade que o acaso cause um qualquer dano ao doente - há que o analisar directamente, para o poder medir, comunicar e, por último, gerir. Como gerir o risco? Identificando os seus factores e analisando-os, isto é, verificando se são comuns, qual o seu impacto e se existem padrões preditivos que possamos detectar. Posteriormente, controlá-los e, finalmente, analisar o seu custo, não numa perspectiva económica mas de saúde, ou seja, analisar quanto custa controlá-los ou não e quais as consequências dessa decisão para o doente.

AS QUESTÕES CLÍNICAS NECESSITAM DE RESPOSTAS RÁPIDAS E DE QUALIDADE

O clínico prático tem de enfrentar um enorme número de questões referentes aos doentes que observa diariamente, desde o diagnóstico à terapêutica, da prevenção ao prognóstico. Os médicos têm consciência que



António Vaz Carneiro

Faculdade de Medicina de Lisboa e Hospital de Santa Maria

necessitam de se manter actualizados e que existem falhas nos seus conhecimentos. O problema é que raramente estes hiatos de conhecimentos são resolvidos de maneira rápida e eficaz.

Para satisfazer as suas necessidades em informação, o clínico tem várias hipóteses possíveis: 1) a pesquisa da literatura médica; 2) a consulta com colegas possuidores de competências específicas - os chamados peritos; 3) a frequência regular de cursos, aulas ou seminários em acções de Educação Médica Contínua (EMC) e, ainda, 4) informação providenciada pela indústria farmacêutica, quer directamente quer através de anúncios publicados nas revistas médicas. Cada uma destas fontes possui graus de validade distintos, já que possuem viéses particulares. O problema surge quando, como acontece frequentemente, fontes diferentes apresentam sugestões diversas para a resolução do mesmo problema clínico. Quais são então as vantagens e inconvenientes de cada uma destas fontes de informação científica?

A pesquisa da literatura médica é, por si só, uma tarefa quase sempre condenada ao fracasso. Há várias razões para este facto, a mais importante das quais é o gigantesco volume de literatura publicada: existem no mundo mais de 30.000 revistas médicas e o aumento tem sido exponencial desde que apareceram as primeiras publicações no século XVII. Presentemente, o período de duplicação do número de revistas é de cerca de 19 anos. Esta realidade define o principal problema que o utilizador da informação tem de enfrentar: a dimensão. Como exemplo, a base de dados mais utilizada - a *Medline* - possui hoje em dia mais de 12 milhões de artigos indexados e calcula-se que este número representa apenas 50% da totalidade dos artigos médicos existentes no mundo. Mas, mesmo se o médico tivesse acesso fácil a literatura seleccionada, necessitaria ainda de tempo para a ler e integrar na sua prática clínica, e tempo é o que o médico prático não possui: num recente questionário sobre os hábitos de leitura de médicos que frequentavam as reuniões clínicas dos hospitais universitários (*Sackett DL et al. Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. 1st ed. Churchill Livingstone, 1997*), apurou-se que os internos afirmavam ter lido na semana anterior uma média de 50 minutos (com 3/4 deles não tendo lido nada!), os especialistas 20-45 minutos (15% nada) e os consultores até 45 minutos (40% nada).

Por seu lado, a consulta de colegas de uma área específica (os peritos) é uma maneira habitual e ancestral (hipocrática...) de obter informação, de maneira cómoda, rápida e eficaz. Isto, se o médico puder ter a certeza que o que os peritos aconselham é correcto e consis-

tente: mas a nossa experiência é que, se colocarmos uma dúvida a três peritos diferentes, obtemos muitas vezes outras tantas respostas... Mais: se nos concentrarmos sobre o que os peritos de renome escrevem em artigos de revisão nas melhores revistas médicas, descobrimos um panorama pouco animador. Por exemplo, quando se compara a evidência científica proveniente do melhor estudo jamais publicado sobre o tratamento da diabetes mellitus tipo 2 (o ensaio UKPDS) com as recomendações dos peritos de renome mundial (expressas em artigos de revisão e capítulos de livros), verifica-se que estes não descrevem correctamente os resultados obtidos no estudo: numa percentagem elevada de casos verificou-se total ausência de informação sobre a importância crucial do tratamento da hipertensão arterial (muito superior à do controle glicémico) e escassez de informação sobre a ausência de eficácia nos *outcomes* macrovasculares 1) das sulfonilureias e da insulina nos doentes obesos e 2) do controle apertado da glicémia em todos os doentes (*BMJ 2003; 327:266-273*). No fundo, o que isto demonstra é uma enorme dificuldade que todos (incluindo os peritos) temos em mudar as nossas convicções, mesmo quando dispomos de evidência científica da mais alta qualidade.

Os formatos habitualmente utilizados nas acções de Educação Médica Contínua incluem habitualmente lições, conferências, seminários e cursos mais ou menos intensivos, passando por “pacotes” de materiais audiovisuais (*cassettes* e vídeos) e até exames à distância. Em teoria estas acções deveriam ter bons resultados, mas subsistem dúvidas acerca da sua eficácia, não só em termos de melhoria dos conhecimentos em geral, como também da alteração da prática clínica pós-acção de formação. Existe uma quantidade apreciável de estudos que não conseguiram provar aumentos de retenção de factos novos com estas técnicas educacionais (*BMJ 1997; 315:326*).

Finalmente, uma das mais importantes fontes de informação clínica é a disponibilizada pela indústria farmacêutica (IF), quer em acções de formação quer nos materiais promocionais (designados classicamente por “folhetos de propaganda médica”). Mas seria de facto errado aceitar que a informação que a indústria nos dá é sistematicamente a que possui melhor qualidade, livre de viéses e cientificamente exacta – no fim de contas, o principal objectivo da IF é vender medicamentos... Existem precisamente vários estudos demonstrando que o

conteúdo científico dos materiais escritos (os “folhetos”) está, numa percentagem significativa de casos, enviesada em relação ao produto apresentado, incompleta em termos de perfil de segurança, exagerada em termos da eficácia do produto e ausente em termos da indicação do custo (*Lancet 2003;361:27-32*). É certo que parte desta informação que a IF nos dá é excelente, mas como diferenciar entre o trigo do joio?

A PRÁTICA MÉDICA DEVE TER ACIMA DE TUDO UMA BASE CIENTÍFICA – MAS ESTA NUNCA É SUFICIENTE

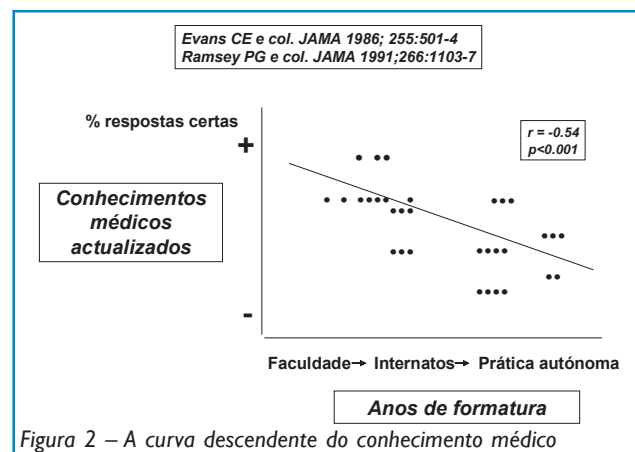
O papel da ciência na prática clínica é, hoje em dia, absolutamente insubstituível. A publicação permanente de estudos e ensaios clínicos produz evidência (prova científica) de boa qualidade, baseado na qual é possível o médico tomar decisões sólidas.

A convicção que a experiência que o médico individual pode (por si só) ser a fonte quase exclusiva para a decisão clínica – acompanhada ou não por algum estudo ocasional – é frontalmente posta em causa pelos estudos que, de maneira sistemática, analisam a performance dos profissionais. Dois exemplos:

- o primeiro envolve dois estudos clássicos (*JAMA 1986; 255:501-4* e *1991;266:1103-7*), em que um grupo de internistas americanos foi sujeito a um conjunto de perguntas do exame da especialidade de medicina interna, verificando-se existir uma correlação inversa entre o nível de conhecimento teórico (medido pela percentagem de respostas certas) e o nº de anos que tinham decorrido desde a sua integração em contextos de formação médica organizada, por ex. faculdade ou internatos (fig. 2)
- o segundo exemplo é muito mais recente (*Ann Int Med 2005;142:260-273*): numa revisão sistemática, comparando 62 estudos publicados que relacionavam a idade profissional de um conjunto de especialistas nos EUA com a sua *performance* prática (medida pela adesão às recomendações de normas de orientação clínica tidas como as mais válidas), verificou-se que, num conjunto de áreas práticas variadas – conhecimento científico, diagnóstico e rastreio, assim como a terapêutica e os resultados (*outcomes*) obtidos – quanto mais avançado na carreira era o médico, pior era a sua *performance*, pondo directamente em causa a clássica noção de que os médicos mais experimentados praticam melhor medicina.

A defesa do uso da melhor evidência científica para su-

porte das nossas decisões clínicas - um imperativo ético - implica a proposta de uma metodologia que faça com que este desiderato seja possível em termos práticos.



A metodologia da Medicina Baseada na Evidência - que é a utilização conscienciosa, explícita e criteriosa da evidência científica actualizada na tomada de decisões clínicas referentes ao doente individual - permite precisamente esse passo, já que a prática da MBE integra a *expertise* individual do clínico com a melhor evidência científica externa gerada pela investigação clínica. Por *expertise* individual entende-se a proficiência e a capacidade de decisão e julgamento que adquirimos na prática clínica, e que se pode revelar por exemplo por uma capacidade acrescida de diagnosticar doenças, seleccionar esquemas terapêuticos adaptados ao doente individual com integração das preferências e idiossincrasias daquele e, de uma maneira geral, um relacionamento equilibrado com os outros profissionais e com o sistema de saúde. Por melhor evidência científica externa entende-se aquela que fornece informação relevante, normalmente proveniente de investigação clínica (podendo também provir de investigação básica) e que é centrada no doente (determinação de características diagnósticas de testes, de eficácia de esquemas terapêuticos, ou determinação de factores prognósticos, por exemplo). A nova evidência vai naturalmente substituindo os factos em que se baseia a decisão clínica tradicional, com a introdução de novos elementos de informação que ajudam a diagnosticar e a tratar mais exacta e eficazmente as situações encontradas na prática clínica quotidiana.

O QUE É, E NÃO É, A MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA

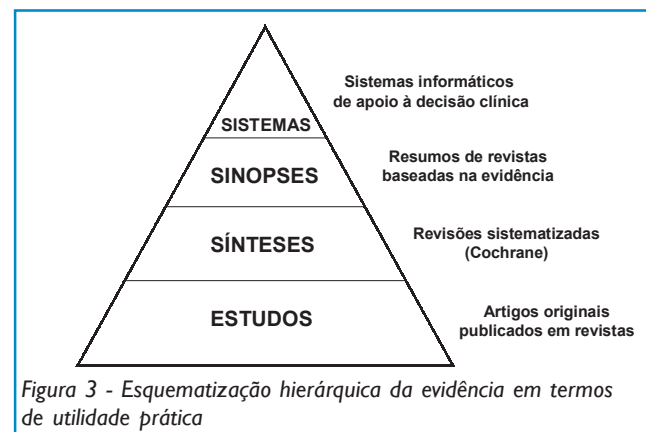
- A MBE diminui a importância da intuição e da experiência clínica não-sistematizadas, assim como do racio-

cinio fisiopatológico, como únicas bases para a prática clínica, sublinhando a importância concomitante da análise da evidência obtida através da investigação clínica de boa qualidade, relevante e aplicável.

Tradicionalmente acredita-se, e ensina-se, que o conjunto de princípios que servem de orientação à prática da medicina se resumem a meia dúzia de conceitos base, a saber: 1) a experiência clínica individual não-sistematizada é suficiente para a manutenção dos conhecimentos sobre características dos testes diagnósticos, de esquemas terapêuticos ou de marcadores prognósticos; 2) o conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos de doença constitui uma base suficiente para as necessidades da clínica prática; 3) a combinação do treino clínico tradicional com uma certa dose de bom senso chega para avaliar novas tecnologias diagnósticas ou terapêuticas; 4) a competência técnica, combinada com a experiência clínica, permitem por si só a elaboração de normas de orientação clínica (*guidelines*). Assim, e baseado nestes conceitos, o médico que é quotidianamente confrontado com problemas e questões clínicas para as quais necessita de respostas fiáveis e rápidas, mais não tem do que reflectir sobre a sua experiência ou sobre as teorias fisiopatológicas que expliquem os mecanismos de doença, ou então consultar um qualquer livro de texto, podendo ainda perguntar a um colega que seja perito no assunto. Se decidir analisar um estudo publicado, bastará ler a respectiva introdução, juntamente com a discussão, para poder retirar toda a informação necessária e relevante.

A MBE assume basicamente um outro conjunto de princípios – necessariamente diferentes, mas complementares – dos acima enunciados, e que reajustam os valores relativos de todas as facetas da prática médica. Por exemplo, na MBE a experiência e o desenvolvimento de instintos clínicos - por exemplo diagnósticos – constituem indiscutivelmente uma característica crucial de um bom médico, mas deverão ser apoiados pela evidência científica que esteja eventualmente disponível; só no caso de não existirem estudos publicados sobre esse problema (ausência de evidência) é que experiência clínica isolada poderá servir de base exclusiva de actuação, não esquecendo que essa experiência prática pode não se revelar fiável no doente seguinte - só o registo sistematizado das observações clínicas é que poderá dar uma certeza mais fundamentada sobre a validade de testes diagnósticos ou de esquemas terapêuticos. Por outro lado, o conhecimento e o estudo dos mecanismos básicos de doença constituem base necessária, mas por vezes não suficiente, para a tomada de decisões, podendo revelar-se incorrectos e mesmo contraproducentes: por exemplo, um estudo de 1991 veio demonstrar que a utilização de

antiarrítmicos como supressores de extrasístolia ventricular em doentes pós-enfarte agudo do miocárdio era uma terapêutica perigosa, já que aumentava a mortalidade. Este estudo tinha sido projectado para confirmar a prática da utilização generalizada de medicação anti-arrítmica em doentes pós-EAM, baseada em considerações fisiopatológicas postulando que a existência de actividade extrasistólica ventricular seria de mau prognóstico, já que induziria uma maior mortalidade nestes doentes (*N Engl J Med 1991; 324:781-788*). Este é um exemplo em que a abordagem fisiopatológica desta situação - por mais lógica que parecesse ser - se revelou totalmente errada. E a maneira como este erro foi descoberto foi através da mais correcta metodologia na investigação terapêutica - o ensaio aleatorizado, prospectivo e controlado - em que o que foi investigado não foi o processo fisiológico mas sim resultados (*outcomes*) clínicos objectivos e clinicamente relevantes.



- *A MBE obriga naturalmente a que o clínico compreenda a evidência e domine certas regras de avaliação crítica daquela para poder compreender e interpretar correctamente a literatura sobre causalidade, diagnóstico, tratamento e prognóstico, ou que - alternativamente - lance mãos de fontes secundárias que já fizeram esta selecção e disponibilizam informação pronta a utilizar.*

Este facto implica uma constante pesquisa da literatura original por parte do médico, assim como a aceitação da eventual inexistência de evidência que substancie e apoie as suas decisões, com aceitação tácita da incerteza que a prática da medicina sempre acarreta. Poder-se-á afirmar que esta abordagem não é nova, já que os médicos identificam as questões clínicas e procuram a sua resposta consultando a literatura. A diferença que a MBE preconiza – uma análise explícita da evidência – permite que esta pesquisa se torne simples e rotineira e que o grupo de trabalho beneficie também desta abordagem (e não só o médico individual).

Quanto às fontes secundárias já disponíveis - sob a forma de revistas, livros e software - estas permitem que o médico tenha à mão informação de alta qualidade para a sua actualização, apoio à prática, etc. A figura 3 propõe uma hierarquização das modalidades da evidência, em termos da sua utilidade prática, sendo que muitos destes instrumentos se encontram já em fases de aplicação imediata.

- *A MBE não é uma metodologia de contenção de custos, que possa ser utilizada num melhor controlo administrativo da prática médica*

O médico que pratica uma medicina baseada na evidência científica entra em conta nas suas decisões terapêuticas com 3 factores de base: o primeiro é o dos interesses, desejos e preferências do seu doente individual, numa perspectiva humanista e ética; o segundo, é o conhecimento o mais aprofundado possível da patologia do seu paciente, lançando mão da sua experiência clínica e dos dados científicos relevantes ao caso específico; finalmente, é o da gestão racional dos recursos postos à sua disposição, com uma visão global da sua acção individual.

Se, na sua acção médica, o clínico diagnostica uma situação que necessita de uma terapêutica específica, baseada na evidência científica mais válida - dispendiosa ou não - ele deve recomendá-la, independentemente dos custos para o SNS. Deste modo, ele coloca os interesses do seu doente acima do resto, dando um

conselho fundamentado na sua experiência e nos estudos mais válidos que confirmam esta opção. Em nenhuma situação deverá a ciência clínica servir para racionamentos de cuidados.

CONCLUSÕES

- A Medicina Baseada na Evidência (*Evidence-Based Medicine*) constitui uma nova abordagem da prática médica, na medida em que transforma os problemas clínicos em questões respondíveis e selecciona a evidência científica utilizando critérios e regras de avaliação crítica muito restritos e rigorosos. É a combinação entre a *expertise* individual do médico e a evidência proveniente da investigação científica que permite uma prática clínica racional, eficaz e ética.
- As mudanças que se verificam na prática da Medicina moderna - caracterizada por uma enorme quantidade de informação muitas vezes irrelevante e inútil, combinada com escasso tempo de leitura para actualização e obtenção de respostas às questões clínicas - têm sido parcialmente solucionadas por acções de educação médica contínua (EMC). A EMC, no entanto, não diminui de maneira satisfatória a degradação dos conhecimentos e da prática clínica que qualquer médico enfrenta após saída dos períodos de formação.
- A prática da MBE traz vantagens acrescidas quer para os clínicos individuais, quer para os grupos de trabalho, quer para os doentes. Ela permite que os clínicos actualizem os seus conhecimentos de forma regular e sistemática, melhorando os seus hábitos de leitura e as suas capacidades informáticas de pesquisa de informação. Estes médicos compreendem melhor as metodologias de investigação clínica e utilizam melhor os dados fornecidos pela literatura. Além disso, a prática da MBE aumenta a confiança do médico nas suas decisões e reduz a variação da prática clínica que se verifica tão frequentemente.
- A MBE constitui um poderoso instrumento de ensino e permite que os médicos mais jovens participem de maneira mais eficaz no trabalho de grupo.
- Finalmente, para o doente, a MBE permite uma comunicação mais eficaz com o médico, quer acerca das opções que lhe dizem respeito em termos de tratamento, quer acerca do consumo de recursos que necessariamente deverão ser devotados à Saúde.

Médicos e Indústria de Medicamentos



Daniel Serrão
Professor Jubilado
da Faculdade de Medicina do Porto

Aqui está um problema sempre a exigir a nossa reflexão, sem retórica nem segundas intenções.

Dou por solidamente adquirido que a Indústria Farmacêutica não baseia a sua actividade de produção e venda de medicamentos em práticas de corrupção dos profissionais de saúde e que estes não desejam nem aceitar ser corrompidos activamente nem ser envolvidos em esquemas de corrupção passiva.

Se não fosse este o meu ponto de partida o que vou escrever não teria qualquer sentido. Porque se a Indústria é corruptora e os médicos são corruptos ou corruptíveis, então a questão é com as polícias e não com a ética e a deontologia das empresas e dos profissionais.

Assente, por conseguinte, o meu pressuposto inicial o que está em causa é o estilo e a forma das relações entre quem produz os medicamentos e quem os receita, promovendo, assim, o consumo que é a base do negócio farmacêutico de produtores e distribuidores.

Ora o estilo e a forma destas relações têm uma exigência radical que é a da transparência no comportamento de ambas as partes. Porque nenhuma tem nada a esconder e tudo deve estar patente e sujeito ao escrutínio público.

Na sociedade americana a prática deste escrutínio público, ou *accountability*, é considerada como a melhor forma de descobrir e tornar públicos os erros e desvios, promovendo, assim, a sua erradicação.

Nesta linha o American College of Medicine – que podemos aproximar da nossa Ordem dos Médicos – e a American Society of Internal Medicine aprovaram um documento, escrito por Susan Coyle, que foi

publicado na prestigiada Revista “Annals of Internal Medicine”, em 2002.

Apresento, a seguir, os tópicos principais deste documento, pedindo aos médicos que o leiam, na totalidade e reflectam sobre ele.

Diz, a abrir, que médicos e indústria partilham o mesmo interesse nos avanços do conhecimento científico no tratamento das doenças, mas reconhece que a ética, própria e específica do médico, é sempre orientada para promover o melhor bem e o melhor interesse das pessoas doentes, enquanto que a ética da indústria é, primariamente, a de realizar proveitos que sustentem os objectivos de descoberta e produção de novos medicamentos.

Daqui resulta que a colaboração entre médicos e indústria pode levar a importantes progressos científicos, na área terapêutica, mas pode criar oportunidades para desvios e suscitar uma percepção pública desfavorável.

Os médicos, mesmo os que estão na fase de formação, pensam que estão imunes a qualquer influência comercial sobre as suas decisões terapêuticas e que sempre agem com base em informações científicas, seguras e fiáveis, ou seja, *evidence-based*. Contudo, há estudos que provam que o facto de aceitar a hospitalidade da Indústria, pequenas ofertas e amstras dos medicamentos, pode comprometer a independência do juízo terapêutico do médico sem que este tenha clara consciência deste efeito. Coloca-se, assim, uma questão que é do foro íntimo do médico e da sua “virtude” pessoal e que enuncio assim: o que é que eu posso aceitar de uma empresa farmacêutica, que quer apresentar um medicamento, sem

que dessa aceitação resulte uma influência indesejável na independência do meu juízo ou decisão terapêutica?

Para ajudar o médico a responder, no seu íntimo, a esta questão, a autora propõe que o médico, na sua reflexão pessoal, considere os seguintes pontos:

Que pensarão os meus doentes sabendo que eu aceitei esta oferta, esta hospitalidade num fim-de-semana, esta viagem ou este subsídio de uma empresa farmacêutica para um trabalho ou uma publicação?

Que pensará o público em geral?

Como me sentirei eu se esta minha aceitação for tomada pública através dos média?

Qual será o objectivo da empresa que me faz esta oferta?

Que pensarão os meus Colegas sobre a forma como me relaciono com a Indústria Farmacêutica?

Que pensaria eu se soubesse que o meu médico aceita estas ofertas das empresas de medicamentos?

A resposta, honesta e verdadeira, a estas 6 questões ajudará o médico a estabelecer, para si próprio, o que é adequado aceitar e o que deve ser recusado.

Reconheceu a autora – e a Ordem e a APIFARMA também – que é difícil definir o que é uma oferta apropriada ou fixar um valor monetário acima do qual a oferta será inaceitável: Uma esferográfica comum, um porta-chaves, um livro de baixo custo e útil para o trabalho do médico, um *cocktail* simples associado a uma sessão de apresentação científica de um novo medicamento são, certamente, ofertas aceitáveis: Mas o essencial é que o médico faça, com boa fé, um esforço para avaliar o potencial destas ofertas para o influenciar e de-

terminar que tipo de ofertas e cortesias são eticamente apropriadas e, em consequência, podem ser aceites com tranquilidade moral.

A postura do American College é a de entregar à avaliação pessoal do médico o que é aceitável e o que deve ser firmemente recusado.

Por mim, sou também favorável a esta metodologia de auto-regulação como a primeira linha no processo de clarificar e tornar transparente a interacção dos médicos com a Indústria Farmacêutica.

Mas penso que, a este esforço individual de separar o aceitável do inaceitável, se deve juntar o da avaliação pelos pares, por intermédio das Comissões Regionais e do Conselho Nacional, de Ética e Deontologia Médicas, da Ordem, bem como das Comissões de Ética em Saúde dos Hospitais. Estas, recentemente aliviadas do trabalho de analisar e autorizar os ensaios clínicos de novos medicamentos, podem trabalhar com mais tempo, no aconselhamento ético dos profissionais de saúde que participam nos ensaios e estabelecem com a empresa promotora do estudo relações de natureza financeira.

A legislação sobre os ensaios clínicos fixa os critérios formais para a sua efectivação; mas a protecção real dos interesses e do melhor bem dos doentes que aceitam participar no ensaio terapêutico, cabe sempre ao médico que deverá usar de critérios éticos rigorosos que não podem ser influenciados pelo benefício financeiro do médico que assiste o doente e investiga para a empresa. E aqui as Comissões de Ética em Saúde têm uma importante palavra a dizer e não devem deixar de a proferir.

O artigo que serviu de base a este texto trata, ainda, do financiamento, pela Indústria Farmacêutica, de programas de formação contínua dos médicos, após a graduação, e das questões éticas que suscita. Mas o comentário à posição assumida pelo American College of Medicine, nesta matéria, ficará para outra oportunidade.

AGENDA

I.º Ciclo de Conferências de Saúde do Centro de Estudos Ibéricos – Saúde sem Fronteiras

de Maio de 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

VI Jornadas de Pneumologia em Medicina Familiar

19 e 20 de Maio de 2005

Local: Lisboa - Salão Almada Negreiros - Gare Marítima de Alcântara

Contactos: Av. Miguel Bombarda, 61, r/c Esq.º - 1050-161 Lisboa;

Telef.: 213 584 380; Fax: 213 584 389

E-mail: dmcongressos@mail.telepac.pt

VII Congresso da Associação Nacional de Cuidados Paliativos

1 a 3 de Junho de 2005

Local: Coimbra, Hotel D. Luís

Contactos: R. Dr. António Bernardino de Almeida; 4200-072 Porto;

Telef.: 225 073 940 Fax: 225 073 833

X Jornadas de Cardiologia na Clínica Geral da Zona Sul

2 e 3 de Junho de 2005

Local: Lisboa; Hotel Villa Rica

Contactos: Av. Miguel Bombarda, 61 r/c Esq.º, 1050-161 Lisboa;

Telef.: 213 584 380; Fax: 213 584 389

E-mail: dmcongressos@mail.telepac.pt

X Curso de Correlação Anátomo-Radiológica

8 a 11 Junho de 2005

Local: Viena (Áustria)

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

Tel.: 222043590 - Fax: 222043693

EULAR 2005 – European Congress of Rheumatology

18 a 20 de Junho de 2005

Local: Porto - Hotel Ipanema Park

Contactos: Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear;

Tel.: 217 970 530; Fax: 217 955 012

11th World Congress on Pain

21 a 26 de Agosto de 2005

Local: Sydney, Austrália

Contactos: Telef.: 218 422 700

10.º Congresso Nacional de Medicina Familiar

25 a 27 de Setembro de 2005

Local: Covilhã – Universidade da Beira Interior

Contactos: Assoc. Port. dos Médicos de Clínica Geral, Tel.: 21 761 52 50;

Fax: 21 793 31 45; E-Mail: apmcg@netcabo.pt – Top Atlântico - Dep. Congressos;

Tel.: 218925405; Fax: 218925406; E-Mail: lisboa.congress@topatlantico.pt

Ecco 13 - The European Cancer Conference

30 de Outubro a 3 de Novembro de 2005

Local: Paris, França

Contactos: congressos@geotur.com

Mestrado em Risco, Trauma e Sociedade

17 de Outubro de 2005 a 9 de Junho de 2006

Local: ISCTE

Reconhecimento de subespecialidades médicas

O reconhecimento de subespecialidades médicas é um assunto naturalmente controverso e gerador de ambivalências. A evolução da ciência médica demonstra que não se pode recuar no reconhecimento da diferenciação mas sabemos que isso é também fonte de novos problemas e dificuldades que terão de ser ultrapassados com sensibilidade e coragem. É necessário que a Ordem dos Médicos esteja atenta à evolução dos conhecimentos especializados que justifiquem a criação de um novo grupo diferenciado (vamos sabendo “cada vez mais sobre cada vez menos até saber quase tudo sobre quase nada...”) sem perder de vista a necessária estruturação e funcionamento dos organismos profissionais. A Direcção do Colégio de Pediatria propõe algumas reflexões sobre esta questão irrecusável.

1. Como organizar?

O reconhecimento das subespecialidades deve responder à existência de grupos com conhecimentos específicos que se situam habitualmente nas fronteiras de 2 (ou mais) especialidades “clássicas”. O actual regulamento das subespecialidades prevê que possam coexistir as mesmas subespecialidades em mais de um Colégio de Especialidade e que os respectivos corpos directivos sejam eleitos simultaneamente com as Direcções dos Colégios. Esse princípio levará, a curto ou médio prazo, à existência de 4 ou mais entidades com autoridade técnica em cada área (2 Direcções de Colégios e 2 Secções de Subespeciali-

dade, por exemplo) o que criará graves problemas de autoridade técnica ou pareceres contraditórios. E todos esses órgãos terão igual legitimidade pois responderão directamente perante o CNE que os nomeia após a consulta eleitoral! Em alguns casos, a Secção de Subespecialidade de um determinado Colégio poderá até ter só um elemento...

Por esses motivos e pelos conflitos e dificuldades que se adivinham é necessário criar atempadamente uma estrutura funcionante e coerente. Não há soluções fáceis ou de aceitação unânime mas é nesses momentos que se identificam as lideranças corajosas. A Direcção do Colégio de Pediatria tem estado envolvida no reconhecimento da várias subespecialidades pediátricas e propõe algumas vias para resolução do previsível “conflito de interesses”: Cada Secção de subespecialidade deve estar integrada num único Colégio, independentemente do Colégio de origem dos membros da Secção. A escolha de qual o Colégio onde cada subespecialidade se integra deve ser da responsabilidade do CNE depois de ouvir todas as partes interessadas no processo. As Comissões Técnicas de cada Secção deverão ser eleitas entre os respectivos membros e responderão perante a Direcção do Colégio. Se este modelo for aceite criar-se-á uma estrutura hierárquica mais coerente e funcional.

2. Como formar?

A formação “subespecializada” ca-

rece de processo estruturado que lhe confira autoridade técnica e credibilidade perante os doentes. As autodesignações não são método aceitável! É, também, necessário acautelar o número de subespecialistas a formar de forma a preservar o conhecimento e bom desempenho global em cada especialidade. Não há muitas dúvidas que o processo não regulamentado poderá conduzir a inconveniente proliferação de Ciclos de Estudos Especiais e formação subespecializada que respondam apenas às necessidades de “mão de obra” de cada Serviço; isso levaria a perverso desequilíbrio de médicos especialistas e subespecialistas. Sabemos por experiência que muito tardiamente os “mecanismos de mercado” actuariam para corrigir essa perversão e entretanto assistiríamos à “balcanização” de várias especialidades. É pois necessário exigir do Ministério da Saúde e da Ordem dos Médicos que haja um correcto planeamento das vagas e locais de formação anuais para cada área subespecializada.

3. Que nível de subespecialização?

A criação de cada subespecialidade pressupõe o exercício de determinada competência técnica que poderá ter diferentes níveis de execução e intervenção, conforme as instituições onde se exerça a actividade. Num artigo de opinião recente, a Dra. Teresa Neto defendeu que a Neonatologia como subespecialidade de unidades de cuidados intensivos neonatais deveria ser diferente

do exercício da Neonatologia em Serviços menos diferenciados, mas que ambas deveriam ter formações específicas de diferente nível além do Internato de Pediatria. Sem contestar a experiência “de saber feito” da Colega, esse raciocínio levaria à formação de Neonatologistas de 1ª e de 2ª, além dos Pediatras Gerais, numa lógica de “fractal” em que cada divisão conduz a outras subdivisões até ao infinito... Temos de aceitar que nem todos os Médicos duma Especialidade executam os mesmos procedimentos técnicos em todos os serviços, e definir limites para as subdivisões.

4. Reconhecimento dos Subespecialistas

Todo o “nascimento” é um processo difícil, mais ou menos doloroso e as subespecialidades não fogem a essa regra. A Ordem dos Médicos define as regras desse processo que consiste numa fase inicial – única - de reconhecimento inter-pares, seguida de processo formativo obrigatório para todos os candidatos subsequentes. A escolha dos membros de cada júri é um processo

controverso por todas as razões bem conhecidas mas a sua contestação só é legítima se alguma escolha recair sobre um Colega de competência duvidosa para a função ou se ocorrer exercício indevido da função. Para qualquer dessas excepções existem procedimentos de reclamação. Passado esse momento inicial apenas os candidatos aprovados ou com formação programada poderão aceder à detenção do título de subespecialista. Espera-se então legitimamente que a Ordem dos Médicos actue junto das autoridades de saúde para que Unidades ou Serviços “subespecializados” existam apenas dentro de um planeamento ordenado e com a presença obrigatória da médicos creditados com os títulos respectivos. Também ao nível da Direcção técnica desses Serviços só é compreensível que se mantenham ou sejam nomeados Colegas nas mesmas condições. A não ser assim para que valeria o trabalho da criação e reconhecimento das subespecialidades?

Ainda no processo de “reconhecimento por consenso”, é conhecida

a morosidade do processo de reconhecimento de cada subespecialidade, elaboração e aprovação dos fundamentos, nomeação dos júris, candidaturas, etc. Os Colegas interessados em cada um desses processos mantêm uma compreensível expectativa e impaciência pelo tempo de espera. Quando o processo passa finalmente para as mãos do júri nomeado, o volume de documentação a analisar e a necessidade de estabelecer decisões por consenso é também um factor adicional de demora. Mas é razoável pedir aos Colegas que desempenham essas funções (que aceitaram conscientes do trabalho inerente), que actuem com rapidez e transparência para que cada processo se conclua rapidamente.

Jorge Amil Dias (presid);

António Vilarinho;

A. Braga da Cunha;

Graça Rocha; Conceição Ramos;

José Castanheira; Anselmo Costa;

Deolinda Barata, Paulo Oom;

Agostinho Moleiro

*Direcção do Colégio de Especialidade de
Pediatria*

Álcool, estupefacientes e psicotrópicos Que Jurisprudência?

Decorria o dia 3 de Maio de 2002, quando um Sr. agente da autoridade em pleno corredor do Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Faro, interpela directamente um Médico Ortopedista em Serviço naquele dia à Urgência e dá-lhe ordem, para efectuar num doente que havia sido interveniente num acidente de viação, exame para detecção do estado de influenciado pelo álcool ou por substâncias estupefacientes ou psicotrópicas e preenchimento do formulário respectivo.

O médico em causa diz na altura ao Sr. agente da autoridade que devido a ter doentes a observar/tratar e cirurgias a realizar de alguma gravidade, não seria possível de momento atender à sua ordem.

Não foi inviabilizada a possibilidade, de após a observação dos doentes mais prementes e dos actos cirúrgicos realizados e havendo disponibilidade, se dar seguimento à determinação emanada do Sr. agente da autoridade ou pelo menos equacionar da forma mais assertiva a resolução do solicitado.

Em face da não disponibilidade imediata do médico para a ordem dada pelo Sr. agente da Polícia de Segurança Pública, este, considera que o **médico comete um crime de desobediência à autoridade**.

Permitam-me que, já aqui, faça alguns comentários à actuação da Polícia, que considero pouco eficaz e não resolutive, marcada de pouco empenho e espírito abnegado, levando-se pelo caminho mais fácil de dar o caso por encerrado, quando provavelmente devia falar e solicitar os exames e preenchimento de formulários a outros médicos que estivessem mais disponíveis no momento.

Nesse dia no Serviço de Urgência do HDF, estavam de serviço 19 médicos.

Tinha ainda a autoridade a possibilidade de se dirigir ao chefe de equipa do serviço de urgência, que como superior hierárquico, assumiria a responsabilidade da realização dos respectivos exames e preenchimento dos respectivos impressos ou então declinaria tal responsabilidade noutro médico que lhe estivesse subordinado.

Em face do crime de desobediência, é movido um **proces-**

so crime ao médico pelo Ministério Público.

Em tribunal de primeira instância o processo é despachado negativamente (com não pronúncia do arguido) e o Ministério Público não se conformando com a decisão da Ex.ma Juíza, interpôs recurso para o Tribunal da Relação de Évora.

O Acórdão dos Meritíssimos Juízes Desembargadores é a vários títulos exemplar e de importância relevante para os médicos e o *modus faciendi* de um S. Urg.

Senão vejamos:

I - As diligências previstas na lei para diagnosticar o estado de influenciado pelo álcool ou por substâncias legalmente consideradas como estupefacientes ou psicotrópicas, encontram-se regulamentadas no Decreto regulamentar nº24/98, de 30-10, em cujo artº 6º, nº2, se estabelece que «na colheita da amostra de sangue devem ser utilizados os procedimentos e o material definidos por portaria conjunta dos Ministros da Administração Interna, da Justiça e da Saúde».

Na portaria nº1.006/98, 30-11, que fixa os requisitos a que devem obedecer os analisadores quantitativos e o modo como se deve proceder à recolha, prescreve-se na sua secção II, nº4.º, que a colheita destinada à realização das análises para determinação do teor de álcool no sangue é efectuada pelo serviço de urgência hospitalar ao qual o agente de autoridade conduza o examinado.

Daqui resulta que aonde o agente de autoridade está obrigado a conduzir o examinando é ao serviço de urgência hospitalar, não é pessoalmente a um médico desse serviço de urgência, entregando-lho em mão e ordenando-lhe directamente que faça o exame.

Ao ter o agente de autoridade procedido como procedeu, isto é, ao ter conduzido o examinando a um dos médicos do serviço de urgência hospitalar, em vez de ter conduzido o examinando ao serviço de urgência hospitalar, como impõe a secção II, nº4, da portaria nº1.006/98, de 30-11, o agente da autoridade em questão não cumpriu a lei, exorbitou da mesma e deu uma **ordem ilegítima ao médico**, que este não era, pois, obrigado a acatar e que, não acatando, não o faz incorrer na prática de desobediência.

Na verdade, conduzir o examinando a um dos médicos do serviço de urgência hospitalar, não é o mesmo que o conduzir ao serviço de urgência hospitalar.

O agente da autoridade não pode escolher, designar ou indigitar directamente o médico a quem ordenava que fizesse o exame, pois se assim fosse estaria a substituir o director das urgências, o director do hospital, a orgânica de funcionamento do serviço, estaria a ser autoridade máxima no organismo, decidindo o que é que o médico tinha de fazer e deixar de fazer, estabelecendo as prioridades do Serv. de Urg. e, por arrastamento, o que é que todos os outros médicos de tal serviço iriam fazer e deixar de fazer para que a citada ordem se cumprisse.

2 - Mas, mesmo que a ordem tivesse sido legítima, teria então realmente funcionado para a escolha efectuada pelo arguido a causa da exclusão da ilicitude apontada.

É que entre cumprir uma ordem de um agente da autoridade para proceder a um exame destinado a diagnosticar o estado de influenciado pelo álcool e o dever deontológico de tratar das dores e queixas físicas dos doentes que tinha para observar e iniciar uma intervenção cirúrgica no bloco operatório, não havendo tempo para satisfazer tudo, sem dúvida que prevaleceria este último dever.

3 – Mas, o tribunal da relação de Évora vai ainda mais longe, quando diz: «E nem se diga que a intervenção cirúrgica poderia ter sido feita por outro médico, porque é precisamente ao contrário que a situação deve ser vista: o exame destinado a diagnosticar o estado de influenciado pelo álcool é que podia ser feito por qualquer outro médico ou paramédico que na altura estivesse desocupado ou ocupado com assunto menos relevante».

O recurso do Ministério Público é assim indeferido e os Meritíssimos Juízes Desembargadores acórdão em manter o despacho de não pronúncia da primeira instância.

Estamos certos, que esta acção decisória do Tribunal da Relação de Évora, poderá vir a atenuar ou definitivamente dissipar algumas situações infelizes e perniciosas, de recíproca surdez e cegueira entre os órgãos de Administração directa do Estado, nas áreas da Saúde e da Administração Interna, de forma a que possa haver sempre uma sã e salutar relação de convivência e trabalho institucional entre os vários intervenientes.

Que se cumpra sempre a lei e não se exorbite da mesma dando ordens ilegítimas e muito menos, quando se é ou trata de agentes de autoridade.

Penso que deste processo saem prestigiados os Médicos



Jorge Salvador
Secretário Regional do SIM – Algarve

e a Classe Médica, mas essencialmente sai defendida e reforçada a Ética e a Deontologia Médica.

Saem defendidos, em ultima instância, os **Doentes** e o sofrimento destes, pois, segundo os Meritíssimos Juízes da Relação de Évora, não havendo tempo para satisfazer tudo, (actos burocráticos, doentes) sem dúvida que prevaleceria o dever de tratar os doentes, nem que o mesmo se referisse, já que se fala de um Ortopedista, à mais pequena mazela do mais pequeno dos ossos do Corpo Humano.

O tratamento da dor física prevalece sempre sobre a realização do aludido exame.

Após este acórdão do Tribunal da Relação de Évora e da jurisprudência que nele se encerra ficam os Conselhos de Administração Hospitalares e os Directores Clínicos com informação acrescida, no sentido de preencherem uma lacuna em termos de legislação interna dos Hospitais, sobre quais os procedimentos que o Serviço de Urgência devem adoptar em relação ao exames e preenchimento de Formulário para rastreio do estado de influência por álcool, estupefacientes ou psicotrópicos.

Acerca da Pós-Modernidade

António José de Barros Veloso
Médico

“Pós-modernidade” é uma palavra maldita do léxico português que tem sido alvo das reacções indignadas de muita gente, nomeadamente: físicos reformados, esquerdistas convertidos ao neo-liberalismo, intelectuais católicos e autores de textos de opinião¹. Todos eles guardadores zelosos do Iluminismo e da modernidade, têm uma outra coisa em comum: estão prontos a lançar sobre esta nova heresia e seus cultores, violentas frases condenatórias. Vejamos algumas: “barbarismo pós-moderno”, “batoteiros e desmancha-feiras intelectuais”, “disparate pegado”, “obscurantismo e irresponsabilidade”, “confusões monumentais e fantasias delirantes”, “espécie de humanismo pseudo-científico”. Além destes insultos, citam obrigatoriamente o inevitável “caso Sokal” e trazem a terreiro o confronto António Baptista/Boaventura Sousa Santos — exemplo pouco edificante de um lamentável diálogo de surdos — apenas para decretar a vitória do “físico” sobre o “sociólogo pós-moderno coimbrão”.

A verdade, porém, quer eles queiram quer não, é que vivemos já numa sociedade diferente, a que alguns decidiram chamar “pós-moderna”. Reconhecer essa mudança não é necessariamente concordar integralmente com ela e muito menos querer impor um programa ou lançar uma cruzada para subverter os princípios da civilização. Posto isto, talvez valha a pena fazer um pequeno esforço para procurar perceber o que é isso da pós-modernidade.

Ultrapassada a fase das narrativas mito-poéticas, a tentativa racional de conhecer o mundo gerou, na história do conhecimento, dois paradigmas: o pré-moderno e o moderno.

O primeiro iniciou-se com os pré-socráticos e estendeu-se, com algumas variantes, até ao Renascimento. De acordo com ele o mundo era finito, fechado, ordenado hierarquicamente e geocêntrico, e nele todas as coisas estavam ligadas, tinham um lugar natural e uma finalidade. No cosmos havia que distinguir o mundo supra-lunar imperecível e perfeito, em que todos os movimentos eram circulares e uniformes, e o mundo infra-lunar imperfeito em que os movimentos dos corpos tendem para uma posição de repouso. A ideia de um universo finito e geocêntrico está presente na geometria euclídea, feita de círculos e segmentos de recta, e na astronomia ptolomaica em que todas as órbitas são circulares. O paradigma pré-moderno tinha, além disso, uma visão do homem integrado de forma harmónica na natureza e com a natureza.

A viragem do paradigma pré-moderno para o paradigma moderno deu-se a partir do século XVII com a Revolução Científica. Longe de ser um processo instantâneo, instalou-se de forma paulatina e as suas consequências epistemológicas, culturais e socio-políticas só tiveram uma expressão plena muito mais tarde. Iniciado com Copérnico e continuado por Kepler, Galileu e Newton, este processo iria conduzir a uma forma diferente de conhecimento que permitiu explicar a realidade observável através do não-observável e das leis matemáticas de aplicação geral, como a lei da gravitação universal. Esta nova abordagem ultrapassou a visão aristotélica de um mundo finito, animista e teleológico e deu origem à concepção de um universo infinito, frio e desconfortável feito de corpúsculos que se atraem, repelem e chocam cegamente entre si. Mas a partir daí foi possível explicar e prever os fenómenos naturais e até

adaptá-los aos desígnios do Homem. Ao contrário do que acontecera com Aristóteles, as ideias de Galileu e de Newton “funcionaram” e abriram as portas à ciência moderna e à tecnologia.

Assistiu-se então ao triunfo do Iluminismo que não é senão a valorização da razão como forma de conhecimento. Pela emancipação intelectual o Homem pode conhecer e dominar a natureza sem recorrer a outras fontes, como por exemplo, a revelação. Kant lança um desafio: “Atreve-te a usar a tua própria inteligência!” e Laplace garante que “Deus já não é necessário”. O Iluminismo é, pois, o princípio e o símbolo da modernidade. Mas, para além da superioridade da razão, transporta consigo uma nova ideia de História que lhe fora transmitida pela escatologia cristã. De acordo com ela o tempo histórico desenrola-se de uma forma linear em direcção ao progresso, ao desenvolvimento, à mudança social e à modernização. Avança de trás para a frente, do passado para o futuro, estando implícita, nesta visão, a ideia de que o futuro será necessariamente melhor do que o passado. Nascem assim as grandes utopias que marcam a modernidade — emancipação da razão, libertação “catastrófica” ou progressiva do trabalho, conquista da liberdade, enriquecimento de toda a humanidade pela tecnociência capitalista — que não são mais do que versões laicas da utopia cristã: a remissão do mal e o reencontro com o Pai.

A partir do Iluminismo laico e racionalista vai-se constituindo uma espécie de fetichismo do “ser moderno” que gera o eurocentrismo e o colonialismo. E também o aparecimento de “vanguardas”. Caracterizadas pelo radicalismo, pela fuga para a frente e pela atracção do interdi-



to, assumem a missão de esclarecer as “massas ignaras”. Sempre em nome do futuro, ou seja, da utopia. Sobre tudo isto pairavam, à vista de todos, os espantosos avanços científicos e tecnológicos. Se no século XVIII se perguntava “como é que a ciência foi possível?”, no início do século XX o problema vai centrar-se na demarcação entre ciência e metafísica e na procura das bases sólidas para o conhecimento científico. A pergunta agora é “como se faz ciência?” e foi sobretudo o Círculo de Viena que se empenhou em encontrar respostas para estas questões. O conjunto das suas reflexões, que ficou na história com o nome de “positivismo lógico”, saldou-se num tremendo fracasso.

Mas é dentro da própria ciência que as coisas se vão complicar. A natureza corpuscular ou ondulatória da luz, o campo magnético, as geometrias não-euclidianas, a física quântica e a teoria da relatividade colocam questões que abrem brechas nas leis da física até aí inabaláveis. Percebe-se então que a teoria de Newton, apesar de excelente, era apenas “uma” teoria e não “a” teoria. É neste cenário que Niels Bohr, enuncia o princípio da complementaridade segundo o qual a descrição espaço-temporal e a relação causal não podem existir em simultâneo. Ao admitir que o fóton é, ao mesmo tempo, onda e partícula, uma coisa ou outra conforme os instrumentos de detecção, concluiu que o sujeito interfere de forma incontornável no acto de observação. Punha-se assim de lado o determinismo causal e a inter-subjectividade que tinham sido os fundamentos indiscutidos da ciência moderna.

Regressava-se deste modo a um velho problema: as teorias científicas correspondem a uma descrição da realidade ou são apenas instrumentos que nos permitem compreender o mundo e que são abandonadas quando surgem outras melhores? Galileu estava convencido que Deus tinha desenhado o universo usando

uma linguagem matemática: a tarefa do Homem consistia apenas em decifrá-la. Esta convicção galilaica de que a ciência seria a chave para desvendar a Verdade acerca do mundo, vai dominar o Iluminismo e grande parte das elites do século XIX e XX marcadas pelos vários positivismos. Curiosamente, já em 1948, Max Planck afirmava que para que uma nova verdade científica fosse aceite, o melhor seria esperar que morressem os seus opositores e punha desta forma em causa a própria racionalidade da ciência. Mas seria Thomas Kuhn com a “*Estrutura das Revoluções Científicas*” (1962) a provocar uma profunda viragem na forma de pensar a ciência. Ao defender que ela não é cumulativa, que evolui por roturas e por mudanças de paradigmas incomensuráveis entre si, ele introduziu o relativismo no cerne da actividade científica e pode por isso mesmo considerar-se como um pós-moderno *avant la lettre*.

Foi só em 1979 que Jean-François Lyotard publicou “*La Condition Postmoderne*”, livro fundador da reflexão sobre a pós-modernidade, no qual soube interpretar os sinais de um tempo, que já era outro tempo, recorrendo a algumas ideias fundamentais. A primeira dessas ideias tem a ver com a crise das meta-narrativas, mais concretamente, das ideologias, dos grandes sistemas do saber e das concepções unitárias do mundo. Mas, ao mesmo tempo, chamou a atenção para a emergência de um novo valor, o valor da contingência, segundo o qual muitas coisas que acontecem num determinado quadro podem acontecer de outro modo face às múltiplas visões que existem acerca do mundo. Lyotard mostrou-se também atento a um processo de mudança do próprio estatuto do saber: à medida que as sociedades vão entrando na chamada era pós-industrial, o saber transforma-se numa mercadoria que pode ser produzida e comprada e que se avalia pela sua eficácia. Tudo isto anuncia a superioridade da *performance* sobre



a norma, da funcionalidade sobre a substância. Finalmente, ao fazer uma análise do conhecimento científico que, enquanto narrativa, não dispensa legitimação, apontou o facto de que a organização do conhecimento em campos disciplinares diferenciados, que é uma das características nucleares da modernidade, se estava a desfazer lentamente. A série de oposições binárias como “ciência-retórica”, “ciência-política”, “ciência-narrativa”, em que só a ciência era

apresentada com estatuto de conhecimento verdadeiro, começava a desacreditar-se face a uma cultura de “desdiferenciação” na qual as fronteiras entre as diversas áreas se esbatem e tendem a colapsar. Onde outros, antes dele, tinham já intuído estranhas mudanças num mundo a que chamavam pós-industrial, pós-utópico, pós-histórico ou pós-bélico, Lyotard, ao marcar a transição de um “pós-moderno sectorial” para um “pós-moderno filosófico”, procurou explicações para o que estava acontecer e, de uma forma brilhante, definiu os contornos de uma nova realidade.

As reacções por parte dos guardiães da modernidade não tardaram. Para Habermas, Lyotard não passa de um neo-conservador incapaz de entender que o único problema do projecto moderno das Luzes era estar inacabado. Mas para Lyotard não se tratava do abandono de um projecto, mas sim da sua liquidação simbolizada numa única palavra: “Auschwitz”. Era aí que tinha sido destruído fisicamente o soberano moderno, o povo. E esse crime de “populicídio” abria as portas à pós-modernidade porque, depois dele, nenhuma das grandes narrativas de legitimação que tinham marcado a modernidade podia manter-se credível.

Justifica-se falar em pós-modernidade? Parece claro que nos situamos hoje numa época de profundas e rápidas mudanças em que os componentes que formataram a modernidade estão em profunda crise. E, se é certo que nunca é fácil apreender o contemporâneo na medida em que é muito mais fácil conhecer aquilo que se encontra acabado, também não parece haver dúvidas de que estamos em trânsito para um outro paradigma civilizacional. Podemos não gostar. Mas nada nos adianta tapar o Sol com uma peneira.

Lisboa, 26 de Março de 2005

¹ Ver “Da Medicina e da Cultura Humanista”. Rev. Ordem dos Médicos, Fev.2005

Utilização de antidepressivos em crianças e adolescentes

Na sequência de novos dados provenientes de ensaios clínicos com medicamentos antidepressivos em que participaram crianças e adolescentes verificou-se um aumento do risco de comportamento suicida, a Comissão Europeia solicitou ao Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) que procedesse à reavaliação do potencial de comportamento suicida nestes grupos etários. Esta revisão envolveu duas classes de antidepressivos: os Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) e os Inibidores da Recaptação da Serotonina e da Norepinefrina (IRSN). As substâncias activas aprovadas em Portugal envolvidas nesta avaliação foram as seguintes: citalopram, duloxetine, escitalopram, fluoxetine, mianserina, milnacipran, mirtazapina, paroxetine, reboxetina, sertralina e venlafaxina.

O CHMP concluiu que o comportamento relacionado com o suicídio e hostilidade foram observados com maior frequência em ensaios clínicos com crianças e adolescentes que se encontravam a tomar estes antidepressivos em comparação com os que se encontravam a tomar placebo. Neste contexto, O Informed recomenda a não utilização destes medicamentos em crianças e adolescentes, excepto nas indicações aprovadas neste grupo etários. O CHMP recomenda que quando o médico decida prescrever estes medicamentos no tratamento com base na necessidade clínica individual da criança ou adolescente, os doentes sejam rigorosamente monitorizados em relação ao aparecimento de comportamento suicida, auto-agressividade ou hostilidade, em particular no início do tratamento.

Entrega do Prémio Ensino Professor Francisco Pulido Valente 2005

A Fundação Professor Francisco Pulido Valente, em associação com a Faculdade de Medicina de Lisboa, entregou a Carla Sofia de Jesus Reizinho o prémio que distingue o melhor aluno da disciplina de Medicina II numa cerimónia que se realizou no dia 12 de Maio. Durante a sessão foi efectuada uma conferência sobre o tema "Precisamos de mais médicos em investigação básica", a qual ficou a cargo de António Coutinho, Director do Instituto Gulbenkian de Ciência.

Cientista portuguesa galardoada por investigação pioneira

Paula Ravasco, investigadora da Unidade de Nutrição e Metabolismo do Instituto de Medicina Molecular, foi galardoada pelo International Research Promotion

Council que lhe atribuiu o Eminent Scientist of the Year 2004 & Millennium Golden International Award, pelo estudo que desenvolveu sobre o impacto da alimentação em doentes com cancro. Nesse estudo, Paula Ravasco conclui que uma nutrição adequada ajuda a tolerar melhor os tratamentos, razão pela qual, no tratamento global dos doentes oncológicos, dever-se-á ter em conta a nutrição. Esta investigação foi desenvolvida em doentes do serviço de radioterapia do Hospital de Santa Maria.

Prémio de Investigação em Autoimunidade

«Identificação e caracterização dos factores de susceptibilidade genética no lúpus eritematoso sistémico» é o título do trabalho que venceu o Prémio de Investigação em Autoimunidade. Esta investigação (levada a cabo por grupos do Instituto Gulbenkian de Ciências de Oeiras, do Serviço de Medicina II do Hospital de Santa Maria, da Unidade de Imunologia Clínica do Hospital de Santo António, da Associação de Doentes com Lúpus, do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada e do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) debruçou-se as causas e patofisiologia do lúpus e tinha como objectivos a identificação da susceptibilidade genética a esta patologia. Esta foi a primeira edição deste prémio, atribuído pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, através do Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes, com o patrocínio da Shering-Plough.

Prémios SOPEAM

Decorreu no dia 7 de Maio, na sede da Ordem dos Médicos, a entrega dos prémios da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos (SOPEAM). Luís Lourenço, presidente da SOPEAM, salientou as dificuldades que o júri teve que enfrentar dada a qualidade das obras apresentadas e salientou que «a atribuição de um prémio não é demérito para os outros».

Os galardoados desta edição foram:

Prémio «António Patrício» – Poesia – O 1º Prémio foi para Joaquim Manuel pela obra «*Pelas margens da serenidade*», 1º Menção Honrosa foi atribuída a António Barbedo de Oliveira por «*A árvore do Sábado*» e a 2ª Menção Honrosa a José Carlos Pacheco Palha por «*Sonetos vadios*».

• Prémio «Revelação» – Poesia – o 1º Prémio coube a Cláudia Margarida Crespo da Cruz por «*Trilogia dos dias*».

• Prémio «Marcelino Mesquita» – Teatro – A «*Vagabundo de nós*» de Daniel Sampaio foi atribuído o 1º Prémio desta categoria.

• Prémio “Celestino Gomes” – Escultura - 1º Prémio para Júlio Pêgo pela obra «*Escultura em ferro sem nome*».

**Acta Médica Portuguesa, uma edição ONLINE
Brevemente num novo site**

ACTA MÉDICA PORTUGUESA

@ Rapidez de acesso

@ Facilidade de consulta

@ Pesquisas mais completas

@ Divulgação a nível mundial

@ Possibilidade de imprimir artigos

@ Publicação de mais artigos por edição

@ Todos os textos disponíveis no arquivo online

Por agora, encontrará a sua Acta Médica Portuguesa no endereço:

www.ordemdosmedicos.pt/ie/institucional/publicacoes/ACTA

ACESSÍVEL A TODOS OS MÉDICOS

A lenda do lobinho bom

Num certo dia de um determinado ano que não ficou registado para a História, Zeus convocou todos os deuses menores, aqueles que não tinham pelouros a seu cargo, tais como os Céus, os Infernos, os Oceanos, a Guerra, o Amor e outros mais, e que também necessitavam do véu da invisibilidade para não serem apercebidos dos mortais. Depois de sentados à sua volta, olhou-os com a severidade e a majestade que convinha a um Deus e destinou a cada um deles um sector da terra para vigiarem, explicando-lhes:

- A vossa missão é velar para que o equilíbrio, que é a razão de ser da natureza, não se perca; eu criei a vida para combater a desolação e o silêncio, mas não criei os seres vivos para que uns se aproveitem de tudo e outros fiquem sem nada, não quero que desapareça qualquer espécie que eu acolhi no meu reino.

Depois, despediu-os, mas com um gesto reteve Epimeteu.

Quando ficaram a sós disse-lhe que lhe entregava o mais solitário e desolado lugar que havia, como castigo da sua irresponsabilidade quando, ao receber ordem para modelar os seres vivos, distribuindo as faculdades de que convinha que fosse dotada cada estirpe para poder sobreviver, ele esquecera-se do Homem e enquanto todos os outros animais estavam convenientemente apetrechados para a sua conservação, o homem ficara nu e indefeso, completamente necessitado de tudo o que precisava para a sua sobrevivência.*



Há mais de três milénios que Epimeteu fazia a sua ronda habitual pela área que Zeus lhe entregara para vigilância. O Rei dos Deuses chamara-lhe Sector Z e dissera-lhe que era o mais desolador que havia à superfície da terra antes de existirem os desertos e as grandes cidades do mundo moderno. O centro desse Sector era o Monte das Laranjeiras, onde Epimeteu iria morar, porque os deuses devem viver em lugares altos para estarem acima dos mortais, mas laranjas não havia nenhuma, provavelmente houvera-as, mas há muito tempo.

Nesse dia, aniversário da sua chegada aquela terra, Epimeteu ia recordando todos esses factos quando viu de novo o lobinho bom. Fora ele próprio que assim o designara ao verificar o estranho comportamento desse animal. Conhecia-o desde cachorro, era extremamente vigoroso e ágil e seria de esperar que tivesse um papel preponderante na sua tribo, sobretudo quando no Inverno a neve cobria a pradaria e os alimentos rareavam e os lobos se organizavam em alcateias, por vezes enormes quando a fome juntava várias tribos, e atacavam os rebanhos. Nos primeiros

tempos, Epimeteu vira o jovem lobo integrado nas alcateias, mas notara que nessas ocasiões ele nunca matava uma ovelha ou qualquer outro animal. No entanto não lhe faltava coragem; uma vez que os homens da aldeia se juntaram com os das povoações mais distantes para organizarem uma batida aos lobos que, acossados pela fome, se tinham tornado muito atrevidos, chegando a atacar a aldeia num dia de forte nevão, os lobos foram cercados e sofreram numerosas baixas. O vigilante pôde ver que o lobinho, lutando com grande bravura, contribuíra para livrar muitos dos seus companheiros cercados pelos cães pastores. No final fora ele que, rodeando-se dos sobreviventes, atacara com fúria a muralha humana que os cercava e a rompera, permitindo que todos se escapassem.

Desde esse dia Epimeteu teve a certeza que o temerário animal seria eleito chefe da tribo logo que tivesse mais idade,

pois era ainda muito novo, mas nada disso acontecera. Pouco a pouco, foi-se tornando um misantropo, cada vez mais isolado, mais só, deixando até de participar nas caçadas. Quando sentia necessidade de alimento atacava então uma das habituais presas que os lobos apreciam, mas demonstrava uma sobriedade verdadeiramente invulgar, não exteriorizando sinais de ferocidade. Nem mesmo o vira, na época do cio, com uma loba jovem, o

que muito o admirava porque apesar da sua robustez conservava a beleza e a agilidade dum efebo. Tornava-se evidente que a alcateia o pusera de parte.

Epimeteu tomou a seu cargo conhecer os motivos dessa transformação. Isso fazia parte das suas funções e todos os milénios devia voar até ao Olimpo e aí relatar a Zeus os acontecimentos mais marcantes do seu sector. Zeus havia de gostar dessa história e talvez lhe perdoasse a sua falta... mas não, isso não iria acontecer uma vez que os homens, privados das defesas de que os outros animais foram dotados, tinham conseguido superar essa falha especializando-se na rapina, roubando aos outros animais, nos primeiros tempos, o que precisavam, e mais tarde, quando adquiriram muita perícia nos seus saques e gosto por eles, passaram a roubar também o que não precisavam e mais tarde ainda, roubando e matando outros homens.

De qualquer forma, Epimeteu esperava que Zeus ficasse contente e por isso tratou de se transformar em lobo e entrar em contacto com eles. Não era uma tarefa fácil para um deus menor, não bastava o disfarce, teria de se munir também da personalidade de lobo para os poder compreender e para isso teria de recorrer à caixa dos milagres que o Rei dos Deuses lhe dera, com ordens para a usar



Pedro Abranches

Professor jubilado do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

com muita parcimónia. No entanto não hesitou, foi à caixa dos milagres e tirou um e com ele transformou-se, por inteiro, em lobo, sem ter perdido nada dos seus poderes de deus.

Epimeteu não se dirigiu ao local onde os lobos realizavam as suas assembleias para tomar as grandes decisões necessárias à sua sobrevivência, porque sabia que o lobinho não participava nelas, antes caminhou para a beira do regato onde o jovem animal costumava ir beber todas as noites, num local isolado, certo que o havia de encontrar. Quando lá chegou tudo estava silencioso e triste, tão silencioso e desolado que o Deus, metido na sua personalidade de lobo, sentiu um arrepio e olhou desconfiado à sua volta. Para disfarçar o seu temor mirou-se nas águas e quase que deu um pulo para trás, vira um lobo de olhar frio e feroz a fitá-lo, nele não havia ternura nem piedade; depois compreendeu que era a sua imagem que estava vendo e lembrou-se que era um deus, e então ficou mais sossegado, afinal um lobo devia ser como ele se vira há pouco. Gostou até da sua imagem, para lobo não estava nada mal.



Passado algum tempo ouviu passos que cautelosamente se aproximavam; se Epimeteu não tivesse, nessa altura, estimulado um pouco a sua personalidade divina certamente nada teria notado. Viu um lobo de grande estatura, mas bem proporcionado e soube que estava em frente daquele que procurava. Fitaram-se. Num segundo Epimeteu ficou petrificado, o olhar do jovem lobo era parado, viscoso, terrível, não emitia nenhuma frieza, nenhuma crueldade ou ferocidade, mas era dez vezes mais aterrador, exprimia desolação e morte. O deus feito lobo não resistiu, num ápice virou as costas e fugiu. Correu de tal maneira que a sua aparência de animal foi ficando para trás e quando chegou à sua mansão, no Monte das Laranjeiras, já era só um deus.

Muito tempo ficou a meditar no que observara, era tudo tão estranho... No entanto ele sabia agora porque os outros lobos evitavam o seu camarada que se tornara assim um solitário. Sabia, mas não compreendia. O que havia de fazer? Nada, resolveu que contaria pormenorizadamente a Zeus o que sucedera, o grande Deus certamente que tudo lhe explicaria.

No entanto, o acaso (ou talvez não porque nunca foi explicado se no reino dos Deuses do Olimpo não haveria anjos tutelares que preparavam as coisas para elas acontecerem nos momentos certos) fez com que a explicação da situação que tanto o perturbava surgisse mais cedo.

Numa manhã de Primavera, num dia tão bonito que até fazia esquecer que aquele sítio era o mais desolado da terra, Epimeteu passeava junto do regato, num local mais abaxo do que aquele onde se passaram os acontecimentos

anteriormente narrados. O Deus ia tão distraído que até deixara cair, sem se aperceber, o manto da invisibilidade, o que por pouco não o traíra. Com efeito, ia a entrar num prado descoberto, onde havia alguma vegetação em tufo, quando reparou que muito perto dele, junto ao regato, estavam duas crianças que brincavam com barquinhos de madeira que eles próprios tinham feito. Os barquinhos voavam como elegantes cisnes, sem se chocarem nem se desmancharem, de maneira tão harmoniosa que até parecia que tinham vida. As crianças não se apercebiam disso,

mas Epimeteu, que era um deus, sabia que os barquinhos transportavam parte da alma dos meninos porque tinham sido feitos por eles com muito carinho. Ainda não existia o tempo em que os homens tinham deixado de fazer as coisas e compravam tudo feito nos hipermercados, onde as coisas não tinham alma porque não tinham sido feitas com amor.

Epimeteu escondeu-se e observou a cena. As crianças eram lindas, apesar das roupas grosseiras e em mau estado que traziam vestidas, e de terem a cara e as mãos

enlameadas. Eram um rapaz e uma rapariga, certamente irmãos porque muito se assemelhavam e mais pareciam querubins do que seres humanos.

Aquela cena bucólica e feliz prolongou-se por algum tempo, mas o Deus não tinha vontade de sair dali.

De repente, um vento gélido fez-se sentir. Os meninos

aperceberam-se disso, mas não ligaram grande importância, tão entretidos que estavam com os seus brinquedos. Mas Epimeteu compreendeu, o Deus dos ventos mandava-lhe um aviso, um perigo aproximava-se. O perigo era um lobo, um animal de grande estatura, mas elegante, que se deslocava lentamente, sem se tentar esconder. O rapaz foi o primeiro que o viu, o seu rosto empalideceu e ficou estático, incapaz de reagir, apertando fortemente o braço da irmã que o olhou espantada até que percebeu. Não mostrou, no entanto, medo, no seu rosto infantil lia-se apenas surpresa. Olhou para a fera com confiança e sorriu. O lobo não mostrava nem medo nem atitude hostil. Então Epimeteu, que já o tinha reconhecido, olhou para ele e ficou estupefacto, o seu olhar que tanto o tinha atemorizado quando, feito lobo o encarara pela primeira vez, mostrava agora doçura e nele se descortinava uma chama envolvente de amizade. Epimeteu não teve nenhuma dificuldade em o perceber porque os deuses, tendo feito os homens à sua imagem possuíam sentimentos humanos e não precisavam da caixa dos milagres para se humanizarem.

Então, Epimeteu percebeu que não necessitava de perguntar coisa alguma a Zeus porque finalmente compreendera. Compreendera que o olhar do lobo fora sempre o mesmo, terrífico ou carinhoso, a diferença não vinha dele, mas sim de quem o observava. Dependia do padrão de valores da sociedade em que estava inserido.

Mas compreendeu muito mais, compreendeu que era a diferença que condicionava o comportamento dos seres, tanto humanos como animais e compreendeu que nem uns nem outros gostavam das diferenças. Aquilo que era diferente deles metia-lhes medo e não aceitavam. E como não compreendiam procuravam destruí-lo para acabar com o medo. Era por isso que os lobos se assustavam com um olhar amigável porque entre eles, na luta pela vida, não havia ternura, enquanto que as crianças compreendiam a ternura porque nelas não havia maldade. Compreendeu porque os homens ostentavam sentimentos racistas e xenófobos porque nem todos tinham a mesma cor de pele e falavam línguas diferentes, compreendeu porque os cristãos queimavam os hereges e porque os hereges degolavam os cristãos. Compreendeu que Cristo fora crucificado porque pregava o amor e o perdão a uma sociedade que só conhecia a crueldade e o ódio. Compreendeu, por fim, porque é que se um homem via uma aranha, imediatamente a pisava sem indagar primeiro se esse pequeno aracnídeo era inofensivo ou, até, se era amigo do homem já que comia os insectos que o incomodavam e lhe transmitiam doenças.

Epimeteu deixou as crianças ao cuidado do lobinho bom e tomando a primeira nuvem que passou dirigiu-se ao Olimpo onde Zeus o esperava, disposto a perdoar-lhe o seu erro de outrora.

Natal de 1997 (revisto em Setembro de 2004)

*O erro de Epimeteu é pormenorizadamente relatado por Platão no seu diálogo "Protágoras".

NOTÍCIAS

Médicos na Direcção da Associação dos Atletas Olímpicos

A Direcção da Associação dos Atletas Olímpicos, eleita para o mandato de 2005 a 2008, tem na sua composição três médicos: o presidente, António Gentil Martins (tiro com pistola de velocidade), e dois dos seis vice-presidentes: Mário gentil Quina (medalha de prata em 1960 na vela, em Roma) e Petra Chaves (natação).

Caring Physicians of the World

O médico português Albino Aroso foi seleccionado para ser incluído na publicação internacional Caring Physicians of the World, onde será publicado o seu perfil (quer em termos pessoais, quer em termos profissionais). Alexandre Linhares Furtado e Jacinto Simões serão citados na publicação, como nomeados. Este livro é uma publicação única a nível internacional e consubstancia um projecto que pretende aumentar a compreensão generalizada em relação à profissão médica e ao seu valor.

Pareceres de Avaliação da Participação de Medicamentos

O Infarmed deu início à publicação da informação relativa às decisões de participação de medicamentos no sítio do Infarmed na Internet, nomeadamente os Pareceres de Avaliação da Participação de Medicamentos. Os pareceres publicados são um resumo da avaliação, farmacoterapêutica e económica, resultante da avaliação que é efectuada no Infarmed dos pedidos de participação que lhe são submetidos. Esta informação está disponível na área das participações em: www.infarmed.pt/pt/comparticipacao_medicamentos/index.html

Problemática da adesão à terapêutica

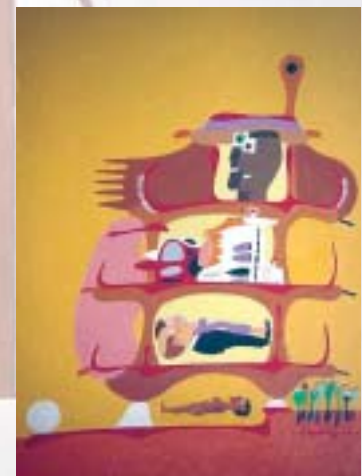
A má adesão à terapêutica em patologias crónicas é responsável pelo agravamento da doença e consequentes gastos em novos medicamentos e hospitalizações.

Compreendendo a magnitude deste problema, o Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa (CEMBE) com o apoio da ratiopharm apresentou a primeira *Norma de Orientação Clínica* relativa à adesão terapêutica em patologias crónicas, da autoria de António Vaz Carneiro (Director do CEMBE) e António Bugalho (Consultor Científico do CEMBE). A publicação aborda a problemática da não adesão à terapêutica enquanto um factor decisivo para o doente e Estado. O CEMBE investigou os principais factores que estão na origem da não adesão, enunciando um conjunto de recomendações destinadas a sensibilizar os profissionais de saúde para o facto da prescrição só por si não garantir o tratamento da patologia, uma vez que, na grande maioria das vezes, as indicações médicas não são seguidas pelo doente.



Viva Pancho

Viva Pancho de A. d'Alpoim Guedes está em exposição de 13 de Maio a 11 de Junho na Perve Galeria de 2ª a Sábado das 14h às 20h (www.perve.org.pt). A exposição «Viva Pancho» visa assinalar os 60 anos de obra artística e os 80 anos de vida do autor, que os completa no dia da inauguração – 13 de Maio. Apresentam-se 92 obras, pintura, desenho e escultura, que, de forma antológica, reflectem o percurso plástico e intervencionista de Amâncio d'Alpoim Miranda Guedes, também conhecido por Pancho Guedes.



Espelhos do Paraíso

De 6 de Maio até 31 de Julho poderá visitar «Espelhos do Paraíso - Tapetes do mundo Islâmico, sécs. XV-XX», uma exposição da Fundação Calouste Gulbenkian em colaboração com o Institut du Monde Arabe (Paris). O conjunto de 56 tapetes agora apresentado provem de algumas das mais prestigiadas colecções públicas mundiais como o Museu de Arte Islâmica de Berlim, o Metropolitan Museum de Nova Iorque, o Victoria & Albert Museum de Londres, o Museu de Artes Decorativas de Paris, o Museu dos Tecidos de Lyon entre outros que, juntamente com exemplares da própria Colecção Gulbenkian, vêm demonstrar a riqueza decorativa e simbólica dos tapetes orientais.

Paradoxos: incorporar a cidade

De 2 de Junho a 3 de Setembro poderá visitar esta exposição na Fundação Calouste Gulbenkian. A exposição integra artistas romenos de três gerações cujo trabalho tem como preocupação central a relação entre a cidade enquanto corpo orgânico e desordenado e o corpo propriamente dito enquanto repositório de memórias e de vivências. Em torno da mostra, a Fundação procura dar a conhecer com maior profundidade, através da realização de eventos paralelos, alguns aspectos do pensamento romeno contemporâneo.