

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 21 – N.º 60 – Setembro 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.ª 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 INFORMAÇÃO

CNE: Inclui Calendário Eleitoral - Castelo Branco e Viseu triénio 2005/2007

7 Comunicado do Conselho Nacional Executivo

8 Conselho Disciplinar Regional do Norte

10 Colégio de Anatomia Patológica: Recomendação da Direcção do Colégio de Anatomia Patológica relativa à qualidade do diagnóstico/ /número anual de exames por patologista

14 D. R. 158 SÉRIE I-B 18 de Agosto de 2005

16 Secção Regional Sul

20 ACTUALIDADE

Nova Casa do Médico em Sines: Um sonho tornado realidade

24 Dia Mundial dos Cuidados Paliativos

26 1.ª Semana Nacional dos Cuidados Paliativos - Programa

28 Declaração da Coreia sobre Cuidados Paliativos

30 ENTREVISTA

Rui Guimarães – Presidente do Conselho Nacional do Médico Interno
«Esperamos equidade na abertura do próximo mapa de vagas»

32 OPINIÃO

Novo paradigma da Medicina (II) – O médido dependente
por H. Carmona da Mota

36 “A Naifa e outras preciosidades”
por André Freire

38 Sobre a medicalização do normal - Não há mulheres frígidas...
por Rui Sousa

42 A criação de competências médicas na Ordem dos Médicos - Argumentos a seu favor
por Carlos Vasconcelos

46 O eterno feminino...? ou o eterno masculino
por Helena Porfírio

48 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

Tratamento Médico - Alguns momentos determinantes
por A. Coutinho de Miranda

54 CONTOS

Gaivotas em fim de verão
por Leonor Duarte de Almeida

58 CULTURA

60 NOTÍCIAS

62 LEGISLAÇÃO

Resumo da Legislação publicada de Fevereiro a Agosto

Outono

A primeira ROM após as férias tem sempre algo de fim de festa, de recolhimento outonal perante a descompressão agora já só residente na memória.

Se a “silly season” não é propícia a falar de coisas sérias, “l’été indien” apela-nos a nostalgia e, com o variável incómodo condicionado pela nossa própria idade biológica, lembra-nos coisas que acabam.

Dentre estas seguramente a mais importante é a própria vida. Adequado portanto falar de cuidados paliativos, uma reflexão sobre como atravessar a linha de fronteira que inexoravelmente cruzaremos. Se a todos nos preocupa essa nossa caminhada como deixar de centrar nas nossas preocupações as caminhadas dos nossos doentes?

Não se nos é pedido o entusiasmo esfuziante da nossa colega Isabel Neto nem que nos manifestemos na Avenida no próximo dia 8 de Outubro (Dia Mundial dos Cuidados Paliativos), apenas se nos recomenda considerar prioritário o que seguramente o é.

Não é estimulante do ego nem se compagina com a alegria do nosso êxtase tecnológico, deslumbrado após cada nova vitória, mas é seguramente muito realista, muito pragmático, muito sensato e muito leal para com a sociedade em que nos integramos reflectir sobre a importância de alocar recursos ao bem estar do fim de vida em detrimento de algum novo procedimento, quantas vezes mal apoiado na sua evidência, que virá garantir mais alguns dias de uma vida penosa.

Subjacente aos cuidados paliativos está um debate das fronteiras e antinomia entre eutanásia e distanásia. Este debate difícil, incómodo e raramente agradável, impõe-se-nos como obrigação ética. Tanto mais quanto pelo conhecimento da “coisa” somos nós, médicos, os únicos a podê-lo travar com consistência.

Outono é ainda, como La Palice certamente não deixaria de notar, antecedente de Inverno. Assim porque não deixarmos para mais tarde coisas desagradáveis, como uma reflexão política e ideológica que não poderá deixar de ser feita sobre a sanha multadora da autoridade da concorrência sobre as nossas congéneres dos veterinários e dentistas, e falarmos de uma iniciativa do Conselho Regional do Sul de que todos, qualquer que seja a Região, poderemos desfrutar?

Esta realização, que o Conselho presidido pela nossa colega Isabel Caixeiro agora desencadeou de forma irreversível, era uma antiga e longa aspiração.

É uma realização com precedentes. Sendo então vogal no Conselho Regional do Sul recordo o entusiasmo e empenhamento do Dr. António Meireles, então presidente do Conselho Regional do Norte, e o rigor e dedicação do nosso colega Rosalvo de Almeida que permitiram a construção do belo edifício da Arca D’Água que dá pelo nome de “Casa do Médico”.

Confesso que, então mais novo, um pouco esmagado pela grandeza financeira do empreendimento e o esforço exigível de toda a Ordem para a sua realização tive algumas dúvidas.

Diga-se, também com verdade, que o projecto inicial de permitir a residência de terceira idade de algumas dezenas de médicos não foi plenamente atingido. Em contrapartida excederam as expectativas a utilização do Centro de Congressos e do equipamento hoteleiro para estadias de curta duração.

Alguns anos passados e com a possibilidade de reflexão que a experiência dos outros nos permite para fazer melhor, persegui, enquanto Presidente do Conselho Regional do Sul, o objectivo de construir ou adquirir algo de semelhante. Conteí então com as poupanças e rigor dos tesoureiros Rasiklal Ranchood, Francisco Rita e Manuela Santos.

Apesar de muita procura e muita negociação com alguns dos maiores grupos financeiros detentores de projectos de terceira idade em construção ou já prontos, não foi possível aos Conselhos Regionais que integrei levar a cabo a obra pretendida até a um período suficientemente distanciado de eleições.

Foi preciso pedir apoio aos colegas das distritais e foi inexcedível o empenhamento dos então e dos actuais Conselhos Distritais não sendo possível destacar mais se Setúbal, se o Algarve, se Santarém, Beja ou Évora.

Confesso que foi com total empenhamento que nas eleições apoiei o grupo liderado pela Dr.^a Isabel Caixeiro não só porque conhecia os seus méritos, e tal afirmação não implica qualquer juízo de demérito para outros, mas porque sabia o seu empenhamento neste projecto.

Não sei se esta obsessão por um local de convívio e apoio a médicos na reforma, onde também possam ter alojamento aqueles a quem as agruras da vida fragilizou e a quem a Ordem apoia através do seu fundo de solidariedade, tenha alguma coisa a ver com uma música que me persegue desde a juventude já longínqua – “La solitude” de Léo Ferré (Lembram-se??).

Não sei também se a experiência do Norte, que fez perceber que o objectivo não pode ser criar um “Lar” ou “depósito” de casos sociais mas sim permitir que os médicos como um todo, jovens e menos jovens se encontrem e interajam, teve alguma coisa a ver com o entusiasmo com que vi a tomada de decisão do Conselho Regional do Sul.

Nos tempos em que a competitividade e a precariedade no emprego estilhaçam os projectos de vida familiar fazendo todos correr atrás da última “playstation”, é garantido que alguns fiquem sós.

É garantido que alguns não tenham com quem recordar o que de bom ou mau a vida lhes trouxe.

A tensão que a competitividade hoje provoca nos serviços, afastando-nos da consciência colectiva do ser médico, relativisa-se absolutamente no momento da reforma.

A partir desse momento, quiçá tantas vezes desejado mas raramente compreendido em todas as suas implicações é importante ter onde estar sentado a ver o mar, ter com quem jogar uma partida de xadrez, de bilhar ou de bridge. É importante poder conversar e saber que existe um sítio onde mediante uma contractualização sem fins de exploração comercial nos assegurem a alimentação, o tratamento de roupas, a limpeza do apartamento, o apoio na saúde.

Os nossos colegas serão, nessa fase, pela memória comum, os bons companheiros que foram no liceu ou faculdade.

Num Outono que prenuncia algum Inverno, no rescaldo das tempestades tropicais que inundaram o nosso modelo de desenvolvimento predador, espero que o sol fulgurante de uma casa que se irá construir virado a Sudoeste na bela baía de Sines nos anime a “rentrée”.

Permitam-me que encerre com mais um desejo:

– Que estas “Casas dos Médicos” se repliquem em Coimbra, no Algarve, em Santarém, nas Ilhas, em todo o sítio em que o incómodo provocado por velhos discos de vinil e pela voz obsessiva de Léo Ferré nos espicace o humanismo da nossa cultura e o pragmatismo da inexorabilidade do futuro...



ELEIÇÕES - Triénio 2005/2007

Anúncio

Nos termos dos art.ºs 5º e 6º do Regulamento Eleitoral, o Conselho Nacional Executivo anuncia que fixou a **data das eleições** para os órgãos sociais da Ordem dos Médicos, relativamente ao triénio 2005/2007, para o **dia 12 de Janeiro de 2006**

Os órgãos sociais a eleger são:

- Mesas das Assembleias Distritais de Castelo Branco e Viseu
 - Conselhos Distritais de Castelo Branco e Viseu
 - Membros consultivos do Conselho Regional do Centro a eleger nos Distritos Médicos de Castelo Branco e Viseu.
- Lisboa, 13 de Setembro de 2005
O Conselho Nacional Executivo

CALENDÁRIO ELEITORAL CASTELO BRANCO E VISEU TRIÉNIO 2005/2007

2005

Setembro 28 – Prazo limite para o anúncio da data das eleições (art.º 5º, R.E.)

Setembro 28 – Data limite para afixação dos cadernos eleitorais (art.º 7º, n.º 1, R.E.)

Outubro 13 – Reclamações dos cadernos eleitorais (art.º 8º, n.º 1, R.E.)

Outubro 28 – Decisão das reclamações e afixação definitiva dos cadernos eleitorais (art.º 8º, n.º 2, R.E.)

Novembro 23 – Prazo limite para a apresentação das candidaturas (art.º 10º, n.º 1, R.E.)

Novembro 28 – Prazo para a veri-

ficação da regularidade das candidaturas e das condições de elegibilidade dos candidatos (art.º 16º, n.º 1, R.E.)

Sem data fixa – O prazo limite para a regularização das candidaturas é de **3 dias úteis** a contar da notificação aos respectivos mandatários (art.º 16º, n.º 3, R.E.)

Sem data fixa – O Sorteio das Listas será feito até **5 dias após** a aceitação definitiva de todas as candidaturas (art.º 17º, R.E.)

Dezembro 28 – Prazo limite para o envio dos boletins de voto, relação dos candidatos e normas do acto eleitoral (art.º 19º, R.E.)

2006

Janeiro 12 – Constituição das Assembleias e Secções de voto e acto eleitoral. Abertura das urnas e contagem dos votos (art.º 5º e 29º, R.E.)

Janeiro 23 – Prazo limite para a impugnação dos Actos Eleitorais (art.º 34º, n.º 1, R.E.)

Fevereiro - Sem data fixa – O prazo limite para a decisão acerca das impugnações é de 10 dias a contar da sua apresentação (art.º 34º, n.º 2, R.E.).

Sem data fixa – Repetição do acto eleitoral (art.º 34, n.º 3, R.E.)

Posse – Sem impugnação, até 13 de Fevereiro (art.º 35, R. E.)

ENVIE-NOS OS SEUS ARTIGOS

Para que a revista da Ordem dos Médicos possa sempre ser o espelho da opinião dos profissionais de todo o país, agradecemos a colaboração de todos os médicos que desejem partilhar as suas opiniões, experiências e ideias, com os colegas, através do envio de artigos para publicação na ROM.

Para que isso seja possível, deverão enviar os artigos em disquete e impressos em papel, acompanhados de uma fotografia alusiva ao tema em destaque.

Preferencialmente os artigos não devem ter mais do que seis (6) páginas e serão sempre sujeitas à aprovação da Direcção da Revista da Ordem dos Médicos.

Comunicado

A comunicação social tem dado nota da aplicação de coimas por parte da Autoridade da Concorrência a algumas Ordens Profissionais, sendo o caso mais recente o da Ordem dos Médicos Dentistas.

Porque têm surgido inúmeras questões colocadas à Ordem dos Médicos por parte de organismos oficiais como seja a ADSE, bem como de entidades privadas do sector segurador, esclarece-se:

- O estabelecimento de preços mínimos por parte das Ordens Profissionais foi constante quer em Portugal quer nos restantes países europeus, só recentemente posto em causa com a justificação de poder interferir nos mecanismos de mercado de fixação de preços.

Tal conceptualização, que se enquadra numa perspectiva política neoliberal defendida por alguns economistas, tem tido acolhimento na jurisprudência comunitária.

- Como as outras Ordens Profissionais, também a Ordem dos Médicos Portuguesa inscreveu nos seus Códigos a fixação de preços mínimos, e igualmente de preços máximos, referenciados a um Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos. Este Código, que não os valores, é utilizado por entidades públicas e privadas do sector da Saúde.

- A Ordem dos Médicos, pela especial característica do seu Estatuto, que resulta de um Decreto-Lei, não é uma associação empresarial ou de defesa de interesses económicos dos seus associados mas, pelo contrário, uma entidade reguladora que visa promover a qualidade da medicina e dos cuidados de saúde prestados aos portugueses.

- O facto de a Ordem dos Médicos sempre se ter colocado nesta perspectiva reguladora, traduz-se na existência de sindicatos médicos (SIM e FNAM) e de associações de defesa dos médicos nos vários sectores de actividade liberal (Associação Nacional de Cardiologistas, Associação Nacional de Centros de Diálise, Associação Nacional de Médicos de EEG/Neurologia Clínica, Associação Nacional de Unidades de Diagnóstico por Imagem, Associação Nacional dos Médicos de Endoscopia Digestiva, Associação Nacional dos Médicos de Família Independentes, Associação Portuguesa de Médicos Fisiatras, Associação Portuguesa dos Médicos Patologistas).

- A particularidade de intervenção da Ordem dos Médicos revela-se ainda por não ter alterado o valor mínimo proposto para a tabela de honorários desde 1992 e **NUNCA TER SANCIONADO DISCIPLINARMENTE QUALQUER MÉDICO POR VIOLAÇÃO DO VALOR MÍNIMO**. É conhecido o facto de milhares de médicos subscreverem con-

venções com o Estado e com entidades privadas abaixo do preço mínimo preconizado. Tal sempre foi aceite pela Ordem dos Médicos.

- Ao longo dos últimos vinte anos as únicas censuras disciplinares registáveis dizem respeito a médicos que notória e continuamente cobraram valores exageradamente elevados pela prestação de actos médicos. Tal intervenção da Ordem inscreve-se no contexto de regulação e protecção social que inelutavelmente lhe cabe pelo seu Estatuto.

- A completa desregulação, traduzida na inexistência de um valor máximo, aliada à carência de médicos, ao carácter monopolista de algumas prestações e à fragilidade dos doentes poderá levar a situações de grave injustiça com irregular benefício económico para os médicos que violando a sua ética se aproveitem da circunstância.

- Tendo a Ordem dos Médicos sido abordada pela Autoridade da Concorrência, e para que nenhuma dúvida restasse deste posicionamento, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, em 19 de Julho de 2005, revogou todos os artigos dos Regulamentos Internos e Código Deontológico referentes à fixação de honorários e suspendeu o Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos.

- De igual modo, para debater toda esta problemática foi solicitada audiência ao Exmo. Senhor Presidente da Autoridade da Concorrência pelo Bastonário.

Neste contexto, a Ordem dos Médicos não concebe que venha a ser proposta qualquer coima, cumprindo-lhe em conformidade:

- Apelar aos Colegas para que não elevem o valor de actos médicos, pedindo-lhes que atendem às dificuldades financeiras das famílias e dos portugueses nestes momentos economicamente difíceis que o País atravessa.

- Disponibilizar-se para todos os esclarecimentos e apoio à Autoridade da Concorrência nas acções que entender empreender contra os mecanismos perversos de enviesamento do mercado prejudiciais para os doentes, tais como o comércio protegido por alvarás, a prática de concursos com restrição de concorrentes ou o bloqueamento das convenções com privilégio dos já instalados (como acontece há mais de dez anos).

Lisboa, 30 de Agosto de 2005

O Presidente
Dr. Pedro M. H. Nunes

Pena Disciplinar de Suspensão

Ao abrigo do disposto no art.º 42.º do Estatuto Disciplinar dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de Agosto, promove-se a publicação do seguinte texto:

«A Dra. Ana Aroso Monteiro, Presidente do Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos, ao abri-

go do disposto no art.º 42.º do Estatuto Disciplinar dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de Agosto, faz saber que transitou em julgado o Acórdão do Conselho Nacional de Disciplina de 27 de Abril de 2005, que negou provimento ao recurso que o Exmo. Senhor Dr. Carlos Manuel dos Santos Soares interpôs da decisão des-

te Conselho Disciplinar Regional que, no âmbito do processo disciplinar que aqui correu termos sob o n.º 33/2000, lhe aplicou a pena disciplinar de 30 (trinta) dias de suspensão, com a sanção acessória da publicidade da pena, por violação dos art.ºs 6.º, n.º 1, 26.º e 29.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos».

Pena Disciplinar de Censura

Ao abrigo do disposto no art.º 42.º do Estatuto Disciplinar dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de Agosto, promove-se a publicação do seguinte texto:

«A Dra. Ana Aroso Monteiro, Presidente do Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos, ao abrigo do disposto no art.º 42.º do Estatuto Disciplinar dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de Agosto, faz saber que, por acórdão de 2 de Maio de 2005, tran-

sitado em julgado, do Conselho Disciplinar Regional do Norte da Ordem dos Médicos, proferido nos autos de processo disciplinar n.º 86/2003, em que é arguida a Exma. Senhora Dra. D. Maria Emília Fonteneta Magalhães, foi a mesma condenada na pena disciplinar de censura com a pena acessória da publicidade da pena, por violação do art.º 13.º, al. A), do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, e dos art.ºs 5.º e 9.º do Regulamento Geral sobre Publicidade, Divulgação e Expressão da Actividade Médica».

IV CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEUROPEDRIATIA II REUNIÃO IBÉRICA DE NEUROPEDIATRIA

Centro de Congressos do Estoril

Programa

Quinta- feira, 13 de Outubro de 2005

- Recepção e entrega de documentação
- Sessão de abertura
- Ataxias
- Comunicações orais sobre Ataxias
- Discussão de Posters
- Simpósio Satélite "Comorbilidade em PHDA/TDAH: Diagnóstico e intervenção"
- Doenças Metabólicas com Ataxia
- Discussão de Posters
- Síndrome de Rett
- Comunicações orais e Casos Clínicos
- Reunião Administrativa da SENP

Sexta- feira, 14 de Outubro

- Cirurgia da Epilepsia
- Epilepsia
- Comunicações orais sobre Epilepsia
- Discussão de Posters
- Simpósio Satélite "Epilepsia e Enxaqueca"

- Doenças Neuromusculares "Distrofias Musculares Congénitas"
- Doenças Neuromusculares em Portugal: Aspectos Epidemiológicos
- Doenças Neuromusculares em Espanha
- Discussão de Posters
- Comunicações Orais sobre doenças Neuromusculares
- Simpósio Satélite "Hiperactividade com défice de atenção"

Sábado, 15 de Outubro

- Doenças Cérebro-Vasculares na Criança
- Comunicações livres e Casos Clínicos
- Mesa Redonda: AVC na criança
- Arteriopatias cerebrais não progressivas
- Lesões cérebro-vasculares nas doenças sistémicas

Contactos: Direcção da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria
Hospital de Dona Estefânia - Serviço de Neurologia Pediátrica
R. Jacinto Marto, 1150 Lisboa
Tel.: 351213126944; 351213126958;
E-mail: spnp@neuropediatria.online.pt

Recomendação da Direcção do Colégio de Anatomia Patológica relativa à qualidade do diagnóstico/ /número anual de exames por patologista

A qualidade que se deve exigir aos serviços hospitalares na prestação de cuidados médicos passa, necessariamente, pelo assegurar das condições de trabalho indispensáveis ao exercício da actividade médica. De entre essas condições destaca-se a necessidade de definir, com rigor, racionalidade e de acordo com as características dos serviços, o número máximo de actos que cada médico é capaz de praticar com segurança, qualidade, lucidez de espírito e harmonia de atitudes, sem cansaço físico e mental que dificulte o pensar e perturbe o desempenho.

A Direcção do Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica tem-se debruçado sobre as condições de trabalho que tendem a ser impostas aos anatomopatologistas e sobre as exigências de resposta atempada que sobre eles recai, sem que haja, da parte de quem de direito, a necessária preocupação em garantir uma adequada relação entre o número de anatomopatologistas e o número de exames solicitados, isto é, sem ter em linha de conta o número adequado de exames que cada anatomopatologista é capaz de realizar com qualidade e segurança.

A fim de dar uma resposta adequada a esta importante questão, a Direcção do colégio de Anatomia Patológica deu o seu acordo à posição assumida pelos anatomopatologistas que integram a Comissão para a Rede de Referência Hospitalar e decidiu recomendar o seguinte procedimento:

te procedimento:

I. Os princípios a que obedece o cálculo do número máximo de exames/ano a realizar pelos anatomopatologistas são os seguintes:

1) Os diferentes tipos de exames de anatomia patológica são categorizados num sistema de Unidades de Trabalho com a seguinte equivalência:

a) Uma citologia exfoliativa equivale a:

1 unidade

b) Uma biópsia aspirativa equivale a:

3 unidades

c) Um exame histológico equivale a:

3 unidades

d) Uma autópsia equivale a:

50 unidades

2) Nos Serviços em que a citologia ginecológica tenha a participação de citotécnicos cujo trabalho seja tutelado por anatomopatologista, a este é atribuída a quota de 10% da totalidade de unidades devidas à citologia ginecológica.

II. O número máximo de exames por ano que cada anatomopatologista está capacitado para realizar com qualidade e segurança é o que corresponde às seguintes Unidades de Trabalho:

1) Hospitais de nível A
4500 Unidades/ano

2) Hospitais de nível B
6000 Unidades/ano

III. Daqui resultam os seguintes números de exames:

1) Para hospitais de nível A:

- ou 4500 exames citológicos;
- ou 1500 exames histológicos;
- ou 1500 biópsias aspirativas;
- ou 90 autópsias

2) Para os hospitais de nível B:

- ou 6000 exames citológicos;
- ou 2000 exames histológicos;
- ou 2000 biópsias aspirativas;
- ou 120 autópsias

IV. Número mínimo de Unidades que justificam a criação e manutenção de um Serviço de Anatomia Patológica:

12.500 Unidades/ano

V. A aplicação desta recomendação obriga a que a contagem do número de exames seja feita do mesmo modo por todos os Serviços, de acordo com os critérios de contagem já definidos pela Direcção do Colégio, cujo cumprimento se torna obrigatório

VI. Os Directores ou Responsáveis de Serviço, que utilizam parte do seu tempo de trabalho em funções de gestão e administrativas importantes, podem ver diminuído o seu número de unidades de trabalho por ano até ao máximo de 1000 unidades.

D. R. 158 SÉRIE I-B 18 de Agosto de 2005

Ministério da Justiça

Aprova as quantias devidas pelos exames e perícias médico-legais e forenses realizados pelos peritos contratados para o exercício dessas funções

Portaria n.º 685/2005 De 18 de Agosto

A Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, determina, no n.º 2 do seu artigo 8.º, que as quantias devidas pelos exames e perícias médico-legais realizados por médicos contratados para o exercício de funções periciais nas comarcas não compreendidas na área de actuação das delegações ou dos gabinetes médico-legais em funcionamento são-lhes pagas directamente pelo tribunal que os requisitou, de acordo com a tabela aprovada por portaria do Ministério da Justiça.

Importa também consagrar o montante do acréscimo remuneratório emergente do serviço de escala para a realização de actos urgentes, definido e organizado de acordo com os n.ºs 1 a 3 do artigo 13.º da Lei n.º 45 / 2004, de 19 de Agosto.

O período de tempo entretanto decorrido e a evolução técnico-científica registada no âmbito dos serviços médico-legais e da actividade pericial neles desenvolvida impõem a actualização da tabela que vinha vigorando, justificando-se também a sua autonomização, em portaria distinta, relativamente à que aprova o custo dos exames e perícias médico-legais e forenses.

Assim:

Ao abrigo do artigo 91.º do Código de Custas Judiciais e do n.º 2 do artigo 8.º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto:

Manda o Governo, pelo Ministro da Justiça, o seguinte:

1.º É aprovada a tabela de custos para pagamento, pelo Instituto Nacional de Medicina Legal ou pelos tribunais, de exames e perícias médico-legais e forenses realizados por peritos contratados para o exercício destas funções, a qual consta do anexo da presente portaria e dela faz parte integrante.

2.º A presente portaria revoga a Portaria n.º 1178-C/2000, de 15 de Dezembro.

3.º A presente portaria entra em vigor no 1.º dia útil do mês seguinte ao da sua publicação.

O Ministro da Justiça, Alberto Bernardes Costa, em 27 de Julho de 2005.

ANEXO

Tabela de custos dos peritos

(a que alude o n.º 2 do artigo 8.º da Lei n.º 45/2004, de

19 de Agosto)

I – A remuneração do perito por cada perícia médico-legal e forense, incluindo o respectivo relatório, é a seguinte:

a) Exame ou perícia no âmbito da clínica médico-legal e forense em direito penal:

Avaliação do dano corporal:

Com elaboração de relatório único e concluído – 0,3 UC;

Com elaboração de relatório preliminar – 0,2 UC;

Com elaboração de relatório intercalar – 0,1 UC;

Com elaboração de relatório final – 0,1 UC;

Aditamento a relatório ou prestação de esclarecimentos – 0,1 UC;

Avaliação clínica do “estado de toxicoddependência” – 1 UC;

Exame no âmbito da sexologia forense – 0,7 UC;

Outros exames clínicos – 1 UC;

b) Exame ou perícia no âmbito da clínica médico-legal e forense em direito civil:

Avaliação do dano corporal:

Com elaboração de relatório único e concluído – 2 UC;

Com elaboração de relatório preliminar – 1 UC;

Com elaboração de relatório intercalar – 0,5 UC;

Com elaboração de relatório final – 0,7 UC;

Aditamento a relatório ou prestação de esclarecimentos – 0,5 UC;

Exame de sexologia forense – 0,7 UC;

Perícias colegiais (ver nota I) – 1 UC;

Outros exames clínicos – 1 UC;

c) Exame ou perícia no âmbito da clínica médico-legal e forense em direito do trabalho:

Avaliação do dano corporal:

Com elaboração de relatório único e concluído – 0,6 UC;

Com elaboração de relatório preliminar – 0,4 UC;

Com elaboração de relatório intercalar – 0,1 UC;

Com elaboração de relatório final – 0,2 UC;

Juntas médicas (*) – 0,6 UC

d) Outros exames ou perícias no âmbito da clínica médico-legal e forense (em função da complexidade e de acordo com tabela a definir pelo Instituto Nacional de Medicina Legal) – 0,3 UC a 2 UC;

e) Exame ou perícia no âmbito da antropologia e tanatologia forenses:

Autópsia médico-legal (com intervenção de um só perito) – 2,5 UC;

Autópsia médico-legal (com intervenção de dois peritos) – 2 UC por perito;

Exumação só para colheita de material biológico – 2 UC;

Exumação com autópsia – 4 UC;
Embalsamamento – 4 UC;
Exame do hábito externo (sem autópsia) – 0,2 UC;
Exame de antropologia forense (em função da sua complexidade, a determinar pelos serviços médico-legais) – de 1 UC a 3UC;
Exame de hábito externo do cadáver (sem autópsia) – 0,5 UC (ver nota 2);
Exame do cadáver no local – 1,2 UC (ver nota 3);
f) Exame ou perícia no âmbito da psiquiatria forense:
1) Exames de psiquiatria forense:
Entrevista e exame clínico, com relatório – 2 UC;
Entrevista familiar – 0,25 UC;
Participação em perícias colegiais ou juntas médicas (*) – 1,25 UC;
2) Exame ou perícia no âmbito da psicologia forense:
Entrevista clínica – 0,25 UC;
Aplicação de bateria de testes standard – 0,3 UC;
Aplicação de testes especiais (por teste) – 0,1 UC;
Relatório psicológico – 1 UC;
g) Exame ou perícia urgente no âmbito da clínica médico-legal e forense fora do horário normal de funcionamento dos serviços médico-legais – 1 UC (ver nota 4).
2 - Os auxiliares de perícias tanatológicas são remunerados, por cada uma delas, nos termos seguintes:
Autópsias médico-legais – 0,6 UC;
Exumações e embalsamamentos – 1 UC.
3 - Os enfermeiros que intervenham em perícias de clínica médico-legal e forense são remunerados, por cada uma delas, com 0,2 UC.
4 - Colheitas de material biológico:
Sangue – 0,1 UC;
Outras – 0,1 UC.
5 - Pareceres médico-legais e forenses - 1 UC (ver nota 5).
6 - Outros exames periciais. – O conselho directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal poderá estabelecer os montantes a cobrar por outras perícias não previstas nos números anteriores.
7 - Os peritos do Instituto Nacional de Medicina Legal que integrem a escala destinada à realização de actos periciais urgentes, nos termos do disposto nos n.ºs 1 a 3 do artigo 13.º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, têm direito a um suplemento remuneratório mensal de 20% sobre o vencimento de base da categoria de assistente de medicina legal (ver nota 6).
(nota 1) Incluindo observação clínica, elaboração de relatório e resposta a quesitos.
(nota 2) Este pagamento apenas se aplica a exames do hábito externo realizados por determinação da autoridade judiciária em área ainda não abrangida por serviços médico-legais em funcionamento, sendo efectuado directamente pela autoridade judiciária ao médico que designou para o efeito. Considera-se que a sua realiza-

ção constitui obrigação dos médicos contratados para o exercício de funções periciais nos serviços médico-legais, sem direito a remuneração suplementar.

(nota 3) Este pagamento apenas se aplica nas situações previstas no n.º 6 do artigo 13º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, sendo efectuado directamente pela autoridade judiciária ao médico que designou para o efeito, e inclui desde logo exame do hábito externo.

(nota 4) Este pagamento apenas se aplica aos exames realizados fora do horário normal de funcionamento dos serviços médico-legais e nas situações previstas no n.º 6 do artigo 13º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, sendo efectuado directamente pela autoridade judiciária ao médico que designou para o efeito, acrescendo ao custo do exame pericial.

(nota 5) Aos médicos contratados para o exercício de funções periciais apenas é possibilitada a elaboração de pareceres de pequena complexidade, devendo ser os restantes elaborados pelos especialistas do quadro.

(nota 6) O pagamento deste suplemento depende da efectiva integração na escala em cada mês, não sendo cumulável com a remuneração por trabalho extraordinário ou em dia de descanso semanal, descanso complementar e feriados.

SEMINÁRIO

FICHEIROS CLÍNICOS E PROTECÇÃO DE DADOS DE SAÚDE

27 de Outubro – Auditório da Ordem dos Médicos - Lisboa

Programa

15.00 h - Recepção dos Participantes

15.10 h - Sessão de Abertura

Dr.ª Isabel Caixeiro - Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos

15.15 h - Tratamento dos dados pessoais dos doentes

Regime Jurídico e Conclusões da Auditoria realizada pela Comissão Nacional de Protecção de Dados

Dr. Amadeu Guerra - Vogal da Comissão Nacional de Protecção de Dados

Dr.ª Margarida Couto - Sócia da Vieira de Almeida & Associados, Sociedade de Advogados, RL

Moderador - Dr.ª Isabel Caixeiro

16.15 h - Debate

16.30 h - Intervalo e coffe-break

17.00 h - A visão dos protagonistas

Dr. Amadeu Guerra - Vogal da Comissão Nacional de Protecção de Dados

Dr. Armindo Rebelo - Coordenador da Competência em Gestão de Unidades de Saúde da Ordem dos Médicos

Dr. Manuel Delgado - Presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares

Representante do IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Moderador: Dr. Paulo Pinheiro - Sócio da Vieira de Almeida & Associados, Sociedade de Advogados, RL

18.00 h - Debate

18.30 h - Sessão de encerramento

Dr. Pedro Nunes - Presidente da Ordem dos Médicos

Dr.ª Carmen Pignatelli - Secretária de Estado da Saúde

Informações: Tel.: 218 427 100; Fax: 218 427 171; E-mail: omsul@omsul.com
Inscrições gratuitas até 25 de Outubro (sujeitas a disponibilidade de lugares)



Passeios Pedestres 2005



A Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos propõe aos Médicos e suas famílias um programa de passeios pedestres pelas mais belas paisagens de Portugal. Trata-se de uma oportunidade única de estar em pleno contacto com a natureza, usufruir da tranquilidade que esta proporciona e de participar num saudável convívio entre colegas.

23 de Outubro – “Vistas de Montejunto” Área de Paisagem protegida da Serra de Montejunto”

Organização: Secção Regional Sul

Inscrições limitadas.

As inscrições para os passeios iniciam-se um mês antes da data dos mesmos – Vistas de Montejunto a partir de 23 de Setembro.

Taxa de inscrição: 5 euros. As inscrições só serão confirmadas após o pagamento do valor de inscrição que deverá acontecer até 4ª feira anterior à data do passeio. No caso de isso não se verificar o participante perderá o lugar de reserva.

Em caso de desistência, os participantes deverão avisar a SRS até à 4ª feira anterior à data do passeio de modo a que lhes seja restituído o valor de inscrição. Caso não o façam dentro do prazo referido, perdem o direito à devolução do valor da inscrição e à inscrição no próximo Passeio.

Informações e Inscrições na Secção Regional Sul ou pelo telefone 21 842 71 00 (Teresa de Sousa).

Informações Detalhadas

Passeio Pedestre “Vistas de Montejunto”

Área de Paisagem protegida da Serra de Montejunto
23 de Outubro de 2005

Organização: Secção Regional Sul

Colaboração: Conselho Nacional do Médico Interno
Local de encontro

Bomba gasolina GALP na Estrada Nacional N1 junto à OTA.
(Aprox. 5 Km a Norte de Alenquer) – 10 H.

Como ir lá ter

A1 (Saída Carregado) - direcção Alenquer EN 1 - a bomba de gasolina da Galp fica situada na EN 1, aprox. 5 Km depois de Alenquer (lado dto). Sugerimos a consulta do mapa de estradas.

Programa

Inclui:

1 Passeio pedestre de grau moderado (aprox. 6H. cerca de 13Km aprox.); guia-de-campo, acompanhamento de 1 guia Papa-Légua durante todo o percurso, informações histórico-científicas, seguro, oferta de 1 café.

Não inclui:

Alimentação e transporte até ao local de encontro.
Memória Descritiva

Situada a escassos quilómetros a norte de Lisboa, a Paisagem Protegida da Serra de Montejunto é um símbolo de beleza selvagem que impere preservar. Partiremos de Vila Verde, sítio de seculares raízes, para percorrermos coloridos castanhos salpicados de outras tantas cores, onde gentes hospitaleiras aqui permanecem desde tempos imemoriais. Seguindo a exemplar harmonia entre o homem e a terra, partiremos sempre em estreito contacto com a natureza observando e partilhando saberes - sobre a invulgar geomorfologia da região, sobre as comunidades vegetais de carvalhais e pinhais que nos oferecem sossegadamente a sua sombra em troca da nossa simples companhia. A natureza mostra-se generosa, especialmente ao esculpir um abrangente e impressionante miradouro natural, onde a vista alcança as Berlengas e vastíssimas paisagens imbuídas de forte ruralidade. Muito bela é também a Real Fábrica do Gelo edificada no século XVIII que produzia, de uma forma puramente natural, o gelo que era transportado e vendido em Lisboa e que abasteceu a corte e mais tarde diversos cafés lisboetas.

Distância: cerca de 13 Km aprox.

Duração: cerca de 6 horas aprox.

Declives: 3 subidas moderadas

Dificuldade: Moderado

Tipo de terreno: Terra batida, lajeado e alcatrão

Património Natural

Maciço Calcário Estremenho; Comunidades Vegetais de Castinçal, Carvalhal e Pinhal; Avifauna; Formações cársicas.

Património Edificado

Ermida de Nossa Senhora das Neves; Convento Dominicano do século XIII; Ermida de S. João Baptista; Real Fábrica do Gelo.

Património Etnológico

Lenda da Penha do Meio-Dia; Gastronomia local; Romarias da Serra de Montejunto; Cantar dos Reis; moinhos da região.

Equipamento

Calçado confortável e com sola aderente. Roupas leves, chapéu, protecção para as intempéries. Pequena mochila de dia com alguns víveres e 1,5 L de água. Máquina fotográfica e binóculos.

Nova Casa do Médico em Sines: um sonho tornado realidade

Empreendimento sonhado há vários anos, a Casa do Médico na Secção Regional do Sul tornou-se uma realidade: São Rafael, em Sines, foi o local escolhido.

Isabel Caixeiro, presidente do Conselho Regional do Sul, refere-se a este projecto como o resultado de muito empenho e trabalho por parte de diversos Colegas, e salienta o papel desempenhado pelos vários Tesoureiros que possibilitaram, através de uma gestão eficaz, a viabilidade financeira da Casa do Médico, uma residência cujo objectivo é criar um espaço que, além de receber os Colegas mais idosos, propicie o contacto entre as várias gerações.

A ideia da criação da Casa do Médico da Secção Regional do Sul (SRS) surgiu, conforme nos explicou Isabel Caixeiro, Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, há já vários anos: «trata-se de um sonho antigo que vem dos anteriores mandatos do Dr. Pedro Nunes, foi ele o precursor

desta iniciativa». Ao contrário do que se possa pensar, numa análise menos aprofundada, esta não é uma Casa do Médico da SRS, mas antes uma Casa do Médico na SRS: «não será obviamente uma Casa do Médico exclusiva para médicos inscritos na Secção Re-

gional do Sul, será a Casa do Médico construída na região sul».

Até chegar à escolha da quinta em São Rafael, Sines, o processo foi moroso e implicou muito empenho. «Este projecto implicou e implica trabalho e empenho de muitos colegas quer na procura do modelo a seguir, quer na busca do local ideal para instalar a residência. Houve imensas reuniões com alguns grupos económicos que têm estruturas de residências assistidas e de apoio à terceira idade já construídas e em funcionamento, inúmeras visitas a locais possíveis para a localização da Casa do Médico, reuniões com Câmaras Municipais e colegas de outros distritos, tendo todos demonstrado grande empenho na procura do sítio ideal que permitisse esta construção», referiu Isabel Caixeiro.

Se juntarmos às dificuldades normais de definição do local e do modelo a implementar, a disponibilidade financeira que é necessária para concretizar um empreendimento desta natureza, concluímos facilmente que este é o tipo de projecto que tem que ser ponderado. «Além do necessário estudo



Isabel Caixeiro, presidente do Conselho Regional do Sul

que fizemos, houve uma altura em que não havia disponibilidade financeira para avançarmos com a compra de um imóvel. Neste momento, e graças ao esforço que foi feito de recuperação de quotas em atraso em conjunto com os actos de boa gestão dos últimos Tesoureiros, a conjuntura permite-nos ter disponibilidade financeira para avançarmos com a Casa do Médico. Aliás, já tínhamos essa disponibilidade desde perto do final do mandato do Dr. Pedro Nunes na SRS, contudo, como estávamos muito próximos das eleições, não considerámos correcto avançar com o projecto da Casa do Médico nessa fase. É importante que os Colegas percebam que as quotas que pagam para a Ordem dos Médicos não vão para um 'saco sem fundo', têm destinos úteis e este é apenas um dos destinos possíveis».

A quem se destina a Casa do Médico?

Em primeiro lugar, e como já foi referido, a todos os médicos. Mas esta residência tem destinatários primordiais: «o que pretendemos é construir uma casa em que os médicos mais idosos, ou que por qualquer circunstância estão mais sozinhos, ou que por motivos de saúde necessitam de cuidados ou condições especiais que não podem usufruir em suas casas, pudessem ter uma opção de um lugar onde viver com essas condições. Nunca pensámos em construir um lar para médicos idosos: pensamos num projecto mais construtivo e mais positivo que não isole as pessoas e que permita algum convívio com Colegas de outras faixas etárias. E daí este projecto ser, em nossa perspectiva, inovador».

Foi precisamente esta visão que fez com que o imóvel de Sines fosse o escolhido: «sempre pensámos que o modelo que queríamos implementar seria o de um projecto que tivesse uma componente integradora, socializadora digamos. Queríamos um local que permitisse, por exemplo aos colegas que a Ordem já apoia através do seu fundo de solidariedade, a opção de resi-





direm permanentemente na Casa do Médico, ou que permitisse a Colegas que decidam comprar uma casa na mesma zona geográfica ter o apoio a nível do tratamento de roupas, de alimentação, enfermagem, isto é, um núcleo que lhes preste alguns dos serviços que eles não podem ter instalados em casa mas que lhes permita a opção de poder continuar no seu próprio lar. Estas funções, que entendemos como primordiais na Casa do Médico, implicavam algumas condicionantes na escolha do local. Também procurámos sempre que o imóvel que fosse escolhido não ficasse numa zona desintegrada ou isolada. Queríamos que as instalações da Casa do Médico fossem integradas numa vida urbana normal que permitisse às pessoas poderem, por exemplo, ir ao café, encontrarem-se com os amigos, etc. tudo isto implicou algumas dificuldades na escolha. O local que escolhemos em Sines tem, além de uma vista magnífica, uma localização excelente, está integrado na vila, tem várias infra-estruturas nas proximidades, como cafés, um centro cultural, o castelo, o minimercado...

Como é natural, o imóvel escolhido tem características únicas: «é uma antiga residencial, um edifício nobre pertencente a uma quinta, que tencionamos reconstruir mantendo a traça original e que se vai manter integrado na estrutura urbana da vila.

É um edifício que tem a dignidade que deverá ter uma Casa do Médico e que está englobado numa urbanização com moradias e prédios onde é possível os Colegas, que assim o entendam, investir e comprar uma segunda habitação». A intenção é manter o aspecto original do edifício mas prevêem-se algumas intervenções no sentido de adequar o espaço disponível aos fins a que se destina. «Temos a intenção construir uma sala ampla onde seja possível realizar reuniões mas que no dia-a-dia seja adequada a sala de jogos ou sala de estar. Pretendemos incentivar o intercâmbio entre gerações. Haverá um restaurante e outras áreas de apoio, espaços para residentes fixos

que tenham algumas limitações funcionais - não estamos a pensar em grandes dependentes porque essa não é a filosofia deste tipo de casa e teria exigências diferentes, não sendo essa a nossa perspectiva actual. Também teremos quartos destinados aos Colegas que queiram passar um fim-de-semana ou férias na Casa do Médico em Sines».

«A Casa do Médico da SRS começa aqui...»

Como refere a Presidente do Conselho Regional do Sul, o que se pretende é «uma casa viva e não um depósito de velinhos», portanto o conceito que está pensado para ser implementado implica que a Casa do Médico que agora se vai edificar em Sines tenha «espaços que permitiam levar a cabo algumas iniciativas científicas e culturais. Queremos criar um pólo que atraia médicos de várias idades e que permita, por exemplo, que os mais novos possam ter acesso a Colegas com mais experiência e que, ao visitar

essa casa, possam reencontrar Colegas, nomeadamente, que foram seus professores. Queremos evitar que os Colegas fiquem isolados num lar ou em casa por falta de opção».

Quando lhe é colocada a questão sobre a possibilidade de virem a ser construídas outras Casas do Médico na Secção Regional do Sul, a resposta não se faz esperar: «pensamos na possibilidade de fazer outras Casas do Médico pois a SRS é uma região muito extensa. Percebemos que com esta infra-estrutura em Sines não vamos resolver todos os problemas mas é um princípio. Se continuarmos a gerir bem a nossa casa e se os médicos perceberem a importância do seu empenho e contributo poderemos construir outras residências. Mas tem que ser um passo bem ponderado pois esta organização tem determinados fins que temos que cumprir. Por agora temos a concretização de um projecto que tínhamos há muito tempo e para o qual muitos colegas trabalharam. A Casa do Médico da SRS começa aqui...»



Casa do Médico no Porto



Casa do Médico - Secção Regional do Norte

Esta é a segunda infra-estrutura desta natureza que a Ordem dos Médicos cria. A primeira - Casa do Médico da Secção Regional do Norte - entrou em funcionamento a 19 de Abril de 1997 e está localizada na Rua Delfim Maia, no Porto. Trata-se de um pequeno hotel que permite alojar médicos que por razões profissionais se desloquem ao Porto mas funciona igualmente como residencial para Médicos (possuindo 45 apartamentos). A Casa do Médico do Porto funciona também como centro de convívio, Congressos e outras reuniões. As salas desta infra-estrutura têm sido muito utilizadas para festividades de todo o género - confraternizações, homenagens, casamentos e outras. O Salão Nobre e áreas anexas têm sido utilizados para a realização de serões culturais e exposições de arte. O espaço envolvente possui dois campos de ténis e uma piscina.



Dia Mundial dos Cuidados Paliativos 8 Outubro de 2005



World Hospice and Palliative Care Day
WITH VOICES FOR HOSPICES

O primeiro dia mundial dos cuidados paliativos terá lugar a 8 de Outubro de 2005. Está a ser planeado e desenvolvido por várias organizações nacionais e internacionais que apoiam os cuidados paliativos, em conjunto com a instituição “Voices for Hospices”.

Este dia tem essencialmente **três finalidades principais**:

- Contribuir para aumentar a consciência sobre as necessidades dos doentes com uma doença avançada e das suas famílias
- Contribuir para aumentar a acessibilidade aos serviços de cuidados paliativos que dão resposta a essas mesmas necessidades
- Contribuir para a recolha de fundos para o desenvolvimento desses mesmos serviços em todo o mundo

Dois acontecimentos recentes assinalam a importância dos cuidados paliativos à escala mundial:

em Março de 2005, na 2ª cimeira mundial das Associações Nacionais de Cuidados Paliativos, os delegados adoptaram a **Declaração da Coreia** (que anexamos). Esta declaração chama a atenção para a importância de integrar os cuidados paliativos nas agendas dos cuidados de saúde nacionais. O acesso ao controlo da dor e de outros sintomas, tratamentos e medicação, deverá ser universal e disponível para todos os doentes e famílias.

Em Maio de 2005 a Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma nova resolução para o Programa de controlo do cancro da OMS. Esta resolução

inclui os cuidados paliativos como um componente crucial e importante na estratégia de tratamento do cancro.

A celebração do Dia Internacional dos Cuidados Paliativos representa uma oportunidade única para enfatizar e disseminar as importantes mensagens contidas nas duas declarações atrás referidas e para consolidar o reconhecimento devido a uma área dos cuidados de saúde que se pretende cada vez mais rigorosa, acessível e de qualidade.

Todos somos chamados a apoiar esta importante causa que envolve milhares de pessoas e famílias anualmente em Portugal. Os médicos, com particular destaque para aqueles que desenvolvem actividade clínica, detêm um papel imprescindível na promoção da qualidade de vida e na redução do sofrimento associado à doença avançada, progressiva e incurável. Queremos encorajá-lo a apoiar a celebração deste importante dia através do:

- Apoio às actividades que a nível nacional várias organizações dedicadas aos cuidados paliativos vão levar a cabo
- Elaboração e divulgação de uma mensagem de apoio a esta causa, tal como o fizeram já a OMS e o Arcebispo Desmond Tutu, entre muitos outros

A website www.worlday.org oferece informação e links que esperamos possam ser úteis e que confirmam a dimensão mundial desta celebração.

Este dia 8 de Outubro, Dia Mundial dos Cuidados Paliativos, é uma oportunidade única para todos nós fazermos a diferença nas vidas daqueles



Isabel Galriça Neto
Mestre em Cuidados Paliativos
Presidente da ANCP
Assistente da FMLisboa

que têm uma doença avançada e terminal, das suas famílias, e de apoiarmos os profissionais de saúde e voluntários que a eles se dedicam.

A Associação Nacional de Cuidados Paliativos, em estreita cooperação com muitas outras instituições (Fundação Calouste Gulbenkian, AMARA, Faculdade de Medicina de Lisboa, Ordem dos Médicos, Escola de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, entre outras) vai desenvolver várias actividades no dia 8 de Outubro, que se prolongarão depois até 14 de Outubro, dia em que se encerrará esta semana nacional dos cuidados paliativos com uma importante conferência proferida na Faculdade de Medicina de Lisboa pelo Dr. Robert Twycross, figura pioneira e de destaque no movimento internacional dos cuidados paliativos.

Esperamos que este dia represente o princípio de uma nova fase no desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal, que se traduza num maior empenhamento de todos os que têm responsabilidade na formação, organização e prestação de cuidados paliativos.

Convidamo-lo a cooperar connosco e esperamos vê-lo(a) fortemente empenhado(a) nesta causa que é de Todos!

P'o Comité Organizador do Dia Mundial dos Cuidados Paliativos

Isabel Galriça Neto



World Hospice and Palliative Care Day
WITH VOICES FOR HOSPICES



1.ª Semana Nacional dos Cuidados Paliativos

8 Outubro 2005 Dia Mundial dos Cuidados Paliativos

PROGRAMA PROVISÓRIO

8 Outubro 2005 Local: Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa.

FÓRUM INFORMAÇÃO

Uma oportunidade para, ao longo de toda a manhã, Instituições, Associações de Doentes e outras debaterem ideias e experiências. Exposição de fotografias e venda de postais.

10h15 PALESTRAS

“Os Aspectos Médicos, Éticos, Psicológicos e Sociais dos Cuidados Paliativos.” Aberto ao público em geral.

Oradores: Dra. Isabel G. Neto, Dra. Cristina Pinto, Dr. Horácio Lopes, Enf^a Noélia Santos. Testemunhos de Voluntários da Amara entre as palestras.

12h30 LANÇAMENTO DO MANUAL DO CUIDADOR

Publicação da Amara e da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian.

Apresentação: Enf. José Carlos Magalhães.

VOZES PELOS CUIDADOS PALIATIVOS

Coro Vox Laci.

Apresentação de música original de Nuno e Henrique Feist.

13h00-14h30 ALMOÇO

Celebração do aniversário da Amara com todos os participantes (Sujeito a inscrição prévia).

Local: Aula Magna da Faculdade de Medicina – Hospital de Santa Maria

15h00 LANÇAMENTO DO SITE WWW.ANCP.PT

15h10 PALESTRA

“Os cidadãos e os cuidados paliativos.” Aberto ao público em geral.

Oradora: Dra. Ana Cabral

MESA REDONDA

15h30-17h00 “Vida e Morte – Perspectivas religiosas.”

Oradores: P.Vítor Feytor Pinto, Tsering Paldrom, Ashok Hansraj e outros representantes de diversas religiões.

Palácio de Queluz

21h30 CONCERTO

“A arte pela Vida: uma Voz dos Cuidados Paliativos”

Local: Auditório Principal do IPO do Porto

11h00-13h00 PAINEL

Porto “Cuidados Paliativos, um direito de cidadania.” Aberto ao público em geral.

Oradores: Dra. Paula Martinho da Silva (Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida), Dra. Paula Guimarães (Jurista), Padre Vasco Pinto de Magalhães, Dr. José Eduardo Rebelo (autor do livro “Desatar o nó do luto”), Dra. Zilda (familiar de um doente tratado no Serviço CP do IPO – Porto).

Momento musical interpretado por uma orquestra juvenil de Violinos do Porto.

2-11 Outubro 2005 EXPOSIÇÃO COLECTIVA DE ARTES PLÁSTICAS

“A arte pela Vida: uma Voz Cuidados Paliativos

”Obras de 11 artistas portugueses.

Local: Galeria da Casa do Médico, na Sede da Ordem dos Médicos do Norte.

7-14 Outubro 2005 EXPOSIÇÃO DE POSTERS

“O Imperativo dos Cuidados Paliativos.”

Local: IPO de Lisboa.

8 Outubro 2005 CURSO MULTIDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS

Local: IPO do Porto.

SESSÃO SOLENE

Local: Hospital do Funchal.

ACTIVIDADES ABERTAS À COMUNIDADE

Local: Cidade do Funchal.

EXPOSIÇÃO DE CARTAZES

Local: Átrios dos Hospitais de Ponta Delgada, Angra do Heroísmo, Horta e IPO Lisboa.

CONCERTO MÚSICA DE CÂMARA

Local: Elvas

8-14 Outubro 2005 PROMOÇÃO E EXPOSIÇÃO

“Os 10 melhores livros sobre a vida e a morte”

Local: Livrarias Bertrand de todo o país e Livraria Som das Letras em Évora.

INICIATIVAS REGIONAIS DE PROMOÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Local: Azeitão, Castelo Branco, Elvas, Évora, Funchal, Fundão, Lisboa, Setúbal, Torres Novas, Ponta Delgada, Vila Franca de Xira.

11 Outubro 2005 VI SEMINÁRIO DE ÉTICA: final de Vida

9h00-17h00 Local: Seminário de Vilar, PORTO

SEMINÁRIO:

16h30-19h “Cuidados Paliativos: perspectivas de intervenção psicológica”

Local: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação-Lisboa

COLÓQUIO

18h30 “A escrita e os cuidados paliativos”

Local: Livraria Bertrand – Picoas.

14 Outubro 2005 ENCERRAMENTO DA SEMANA

16h00 Palestra pelo Dr. Robert Twycross inserida no 3.º Mestrado de Cuidados Paliativos, com o patrocínio da Fundação Calouste Gulbenkian. Será transmitida em vídeo-conferência para Castelo Branco, Covilhã, Elvas, Évora, Funchal, Horta, Ponta Delgada e Porto.

Local: Anfiteatro do Edifício Egas Moniz da Faculdade de Medicina de Lisboa, Hospital de Santa Maria.

Declaração da Coreia sobre Cuidados Paliativos - Março 2005

• O Contexto

Em todo o mundo, morrem anualmente mais de 52 milhões de pessoas, desde adultos a jovens e crianças. Uma em cada dez mortes, aproximadamente, é devida ao cancro. Mais de 40 milhões de pessoas, incluindo cerca de 29 milhões de africanos, estão infectados com VIH/SIDA e vivem com a doença. Existem também números crescentes de pessoas com outras doenças crónicas, graves, indutoras de sofrimento e incuráveis. Todas estas pessoas precisarão, nalgum momento da sua doença, de cuidados paliativos. É imperativo que todos os governos subsidiem e desenvolvam planos de acção que suportem o continuum de cuidados que vai da prevenção ao tratamento e cuidados paliativos

De todos os doentes com cancro avançado, 70% têm dor e 70-90% dos que têm SIDA em estadios avançados têm dor não controlada. Nos países em desenvolvimento, a maioria das pessoas com cancro são diagnosticadas já depois de a doença se ter tornado incurável. Devido ao estigma em torno do diagnóstico de infecção por VIH/SIDA, muitas outras pessoas não beneficiam dos programas de apoio (quando existem) senão tardiamente no curso da doença. O acesso e a disponibilidade limitadas aos cuidados de saúde têm, também, como resultado um atraso no diagnóstico e a impossibilidade de tratamento.

O sofrimento associado a estas situações, na escala descrita, é inaceitável e desnecessário.

O acesso através das infra-estruturas existentes a profissionais de cuidados paliativos qualificados, a voluntários e prestadores de cuidados devidamente preparados, é um problema à escala mundial, nele se incluindo o acesso às estratégias para controlo da dor e outros sintomas.

• O que sabemos:

Têm-se registado avanços importantes no controlo da dor e de outros sintomas nas pessoas com doenças progressivas e incuráveis. Têm-se também dado passos

significativos para compreender melhor os aspectos psico-sociais e espirituais da doença crónica, do fim de vida e do morrer. Profissionais de saúde, famílias, voluntários e outros elementos têm trabalhado em conjunto para constituir uma dinâmica partilhada com vista ao alívio do sofrimento na doença. Os cuidados paliativos têm também apoiado as famílias na altura da morte do doente e período do luto.

Os cuidados paliativos baseiam-se na resposta às múltiplas necessidades – físicas, sociais, espirituais e psicológicas - das pessoas doentes e suas famílias, em todos os serviços/locais onde se encontrem. Baseiam-se ainda num trabalho interdisciplinar que engloba a medicina, a enfermagem, o apoio social, a psicologia, o apoio pastoral, a fisioterapia e terapia ocupacional, e outras áreas com estas relacionadas.

• Concordamos que:

Os governos devem:

- Incluir os cuidados paliativos como uma parte das suas políticas de saúde, como recomenda a OMS
- Tornar o acesso aos cuidados paliativos um direito humano
- Disponibilizar recursos para programas e serviços de cuidados paliativos
- Estabelecer políticas sustentadas, informadas e claras de cuidados paliativos, com planos para a sua implementação
- Incluir os cuidados paliativos nos seus programas nacionais de combate ao cancro
- Incluir os cuidados paliativos no tratamento de outras doenças progressivas e graves
- Incluir os cuidados paliativos nas suas estratégias contra a SIDA
- Integrar a formação e treino em cuidados paliativos nos curricula pré e pós graduados de medicina, enfermagem, investigação em saúde e outras disciplinas relacionadas
- Providenciar treino, apoio e supervisão aos cuidadores não profissionais
- Disponibilizar os fármacos necessários ao controlo sintomático, tornando a morfina (e outros opióides)



economicamente acessível, sobretudo para os mais desfavorecidos

- Identificar e eliminar as barreiras legais existentes nos diferentes países e que inviabilizam o uso adequado da morfina e outros opióides
- Assegurar a avaliação sistemática das necessidades em cuidados paliativos por forma a proceder, quando apropriado, ao desenvolvimento de serviços locais e/ou nacionais de cuidados paliativos
- Tornar os serviços de cuidados paliativos abrangentes e parte integrante do sistema de saúde
- Esforçar-se por tornar os cuidados paliativos de qualidade acessíveis a todos os cidadãos, no serviço de saúde que queiram escolher, incluindo os cuidados em hospital de agudos, cuidados de longa duração (lares e internamentos de crónicos), unidades de internamento de cuidados paliativos e no próprio domicílio.

Todo o indivíduo tem o direito ao controlo da dor. Uma vez que existem métodos eficazes e acessíveis para aliviar a dor e a maioria dos outros sintomas, o custo do tratamento não deverá funcionar como um impedimento a que este se faça.

Os cuidados paliativos devem ser prestados de acordo com os princípios da equidade, independentemente da idade, raça, sexo e/ou orientação sexual, etnia, credo, status social, nacionalidade e capacidade para pagar os serviços. Os cuidados paliativos devem estar disponíveis para todas as populações incluindo grupos vulneráveis como os presidiários, trabalhadores do sexo e toxicodependentes.

A experiência acumulada no âmbito dos cuidados paliativos a doentes com cancro deve ser extensível, à escala mundial, aos cuidados de pessoas com outras doenças crónicas graves e incuráveis.

As famílias e outros cuidadores informais são elementos essenciais na prestação de cuidados paliativos efectivos. Eles devem ser reconhecidos e devidamente apoiados pelas políticas governamentais.

As organizações nacionais de cuidados paliativos têm um papel fundamental na defesa e promoção de boas políticas de cuidados de saúde nos seus países. Os governos e estas organizações devem trabalhar conjuntamente para um maior desenvolvimento de programas e serviços de cuidados paliativos.

Os progressos sobre esta declaração serão avaliados e divulgados publicamente dentro de dois anos.

Seoul, Coreia – 16 de Março de 2005

(Baseada na declaração de Barcelona sobre os cuidados paliativos, Dezembro 1995)

«Esperamos equidade na abertura do próximo mapa de vagas»

A poucos dias da escolha das especialidades, o Ministério da Saúde publicou alterações substanciais ao mapa de idoneidades e vagas para especialidades médicas. Este «novo mapa» provocou, naturalmente, insatisfação por parte dos Médicos Internos integraram o concurso afectado por tais alterações. Com a aproximação de novo exame, Rui Guimarães, presidente do Conselho Nacional do Médico Interno, refere peyorativamente como expectativas legítimas dos Internos que o Ministério da Saúde «garanta a equidade na abertura do próximo mapa de vagas para os colegas que fazem exame em Dezembro e que o faça publicar com a máxima prioridade», salientando como igualmente fundamental «a criação de um verdadeiro regime de incentivos através de um modelo de vagas protocoladas».



Revista da Ordem dos Médicos – Que análise fazem da «redistribuição» de vagas que o MS efectuou?

Rui Guimarães - Calculamos que se trate de uma resposta do MS aos apelos feitos em Maio por parte dos sindicatos médicos. A este propósito e a título de exemplo, relembramos a nota à comunicação social por parte de um dos sindicatos em se lê: “A FNAM considera indispensável que este mapa de vagas seja imediatamente reformulado”. Temíamos que estas pressões acabassem por surtir efeito, mas não contávamos que elas se reflectissem ainda no presente concurso. Pessoalmente continuo convicto que não é com este tipo de medidas que o MS resolve o problema real existente, já que a solução adoptada apenas contribuiu para agravar a insatisfação dos colegas.

ROM - Até que ponto esta alteração do mapa de vagas que o MS efectuou extemporaneamente lesou os médicos internos?

R.G. - Esta alteração lesou os Médicos Internos de dois modos: Na gestão das legítimas expectativas individuais que, com esta alteração, saem obviamente goradas; foram feitas alterações em praticamente todas as especialidades a concurso, com diminuições que chegaram em alguns casos a mais de 30 %, mantendo o número total de vagas. Paradoxalmente as duas especialidades em que foram adicionadas vagas, foram também aquelas que mais vagas deixaram por preencher; no fundo a velha lei da oferta e da procura a funcionar: quanto maior é a oferta, menor é a procura!... Por outro lado, esta alteração acentou o clima de instabilidade e incerteza transmitido aos candidatos, que

o anterior executivo tinha já iniciado com as alterações legislativas efectuadas. Não foram, uma vez mais, respeitados os prazos mínimos de aplicação que o bom senso recomenda e que permitiriam com antecipação minimizar os prejuízos inerentes à aplicação de um regime de transição tão complexo como este.

ROM - Que reacções têm auscultado dos colegas que efectuaram o exame em Junho?

R.G. - As reacções foram todas muito negativas. Todos os colegas envolvidos nesta transição já sofrem de uma penalização acrescida que dispensava perfeitamente situações como esta. A fase de preparação para este exame é reconhecido por todos como uma fase muito importante e decisiva na vida de um médico que acarreta responsabilidades e empenho muito acima do já exigente nível a que estamos habituados. Como tal, a esta fase deveriam estar associados períodos de serenidade e de acalmia, com o mínimo de conflitos possível; tudo o que saía fora disto é profundamente prejudicial quer em termos pessoais quer até no próprio desempenho que cada um espera de si.

ROM - Que expectativas têm em relação à prova de acesso ao Internato do próximo mês de Dezembro em que se prevêem restrições?

R.G. - As expectativas são que o MS, perante as razões apresentadas, reconsidere ainda a hipótese de retirar as restrições previstas. Julgamos que as restrições não defendem, nem beneficiam ninguém, muito menos o próprio MS, que, desta forma, corre o risco de experimentar a taxa mais alta de abandono por parte dos colegas. Vários têm

sido os pedidos de informação quer sobre a possibilidade de frequência de internatos no estrangeiro, quer sobre a possibilidade de outras saídas profissionais que não passem por uma vaga no próximo concurso. Sob o ponto de vista da gestão crua de recursos humanos, não nos parece sensato, que se corra tamanho risco, quando o contexto nacional é de franca escassez destes profissionais.

ROM - Que implicações pode ter a existência de um ‘exame fechado’?

R.G. - A confirmar-se a intenção de manter o “exame fechado” estamos perante uma situação completamente nova no contexto dos Internatos Médicos. Esta alteração configura uma experiência que se pode revelar como uma autêntica caixa de Pandora, cujo resultado se pode virar contra o próprio País em termos de recursos humanos. A existência de um “exame fechado” pode configurar uma ilegalidade para com os médicos que a ele desejem concorrer e até, no quadro da legislação europeia, no acesso aos programas de formação por parte de colegas estrangeiros. A este mesmo propósito e segundo notícias divulgadas pela imprensa no que concerne a possibilidade de impugnação do concurso, alertamos que o processo legal associado por si só e mesmo na ausência de efeitos práticos, acarretaria um prejuízo muito considerável para os colegas e para o País pelo possível atraso na colocação nos respectivos Internatos Médicos.

ROM - Neste âmbito, que soluções defende o CNMI?

R.G. - As nossas posições são por demais conhecidas e estão escritas: após uma reunião efectuada em Coimbra a 6 de Março (!) enviámos as nossas recomendações ao Ministério da Saúde. Estas recomendações previam para além de um desfasamento dos exames (solução subscrita por este MS), que eles fossem (como sempre foram) “abertos” a todos os candidatos interessados. Para além de tudo, esta pro-

posta representava um compromisso sério entre todos os candidatos envolvidos. A proposta previa ainda, para além de outros pontos, a publicação antecipada de regras, vagas e condições de acesso. Os Médicos Internos estão sujeitos a prazos e condições no seu processo de candidatura; não seria de bom senso a existência e cumprimentos de prazos pela própria tutela? O estabelecimento de prazos a que o MS estaria obrigado parece-nos pois fundamental.

Esperamos ainda que o MS mantenha a garantia dada acerca da equidade na abertura do próximo mapa de vagas para os colegas que fazem exame em Dezembro e que o faça publicar com a máxima prioridade visando evitar ainda mais tensões no seio dos Médicos Internos. Os Médicos Internos não

podem continuar a pagar a factura das mudanças introduzidas no decurso da sua formação.

Este tipo de incidentes gera nos Médicos Internos um elevado grau de insatisfação até com a sua escolha, o que faz prever a existência de um “turbilhão” na repetição deste exame.

Outra das questões que nos preocupa após a extinção das vagas especialmente carenciadas, é a criação de um verdadeiro regime de incentivos através de um modelo de vagas protocoladas que sirva de facto para a fixação de colegas em zonas e especialidades identificadas há muito como prioritárias.

Mantemos a intenção de cooperar com o MS para a melhor resolução destes problemas, assim queira o MS aceitar os nossos contributos.



Rui Guimarães – Presidente do Conselho Nacional do Médico Interno

Novo paradigma da Medicina (II)

o médico dependente

a) O médico actual tende a identificar terapêutica com fármaco, pelo que cada vez mais fica dependente das empresas produtoras e enleado nos seus pressupostos.

A formação continuada suportada pela indústria farmacêutica tem consequências:- o médico tende a ficar modelado pelo paradigma que essas empresas representam – o de que a Medicina é a aplicação da Farmácia aos indivíduos, meio caminho para a dependência do fármaco.

b) A maioria da investigação que se realiza nos Serviços de Saúde são ensaios clínicos de medicamentos. Todos estes medicamentos já foram suficientemente ensaiados, embora nem sempre de forma isenta; agora, o objectivo é o de acostumar os médicos ao seu uso. Identificando investigação clínica com aplicação de novos medicamentos, credita-se a farmaco-dependência com uma auréola de ciência.

Os ensaios clínicos poderiam ter alguma vantagem ao envolver os médicos no rigor e na disciplina de um projecto de investigação; mas, na maioria dos casos, os médicos colaboram como mão de obra especializada de que se espera apenas que colha dados e preencha formulários com uma infinidade de dados burocráticos de cuja colecta nada beneficia o doente e o coloca objectivamente ao serviço dos interesses da multinacional do medicamento. O jovem médico tende a assimilar este padrão burocrático de história clínica.

Em cinco Serviços dum Hospital Universitário decorriam simultaneamente 24 a 27 Projectos de Investigação Para estes ensaios clínicos recrutam-se doentes onde estes medicamentos maior eficácia terão; analisados os resultados, é natural que, sendo positivos, os médicos participantes fiquem convencidos e aceitem subscrever re-

latórios favoráveis que serão utilizados pelas empresas patrocinadoras em apoio das respectivas campanhas. Por seu turno, os responsáveis por estes ensaios serão considerados peritos e as suas opiniões fundamentarão pareceres de sociedades científicas. Tudo seria perfeito se estes resultados fossem correctamente interpretados. Mas os resultados dessas intervenções quase experimentais, obtidas em casos graves de doenças bem definidas, tenderão a ser extrapolados para situações parecidas.

c) Por outro lado, a actual perspectiva defensiva do médico aliada à sua crença na eficácia do fármaco que ensaiou, leva-o a aconselhá-lo em situações menos graves, segundo o princípio cándido de que se fez bem no muito grave, também o fará no menos grave; se foi útil na cura, melhor será na profilaxia. (“believing newer treatments were better than old, more treatment was better than less, and any treatment was better than none.” Caldwell PH et al. J Pediatr 2002)

Abdica da sua condição de médico, o que procura a solução mais adequada ao seu doente singular, ao qual adapta a norma genérica para a doença em causa; para tal tem de identificar factores de risco que tornem simultaneamente mais provável a eficácia dessa terapêutica e, conseqüentemente, mais justificados os custos dela decorrentes. É esse cuidado que distingue o médico do zelote, que cumpre burocrática e defensivamente “guide-lines” mal digeridas, e que vive obcecado pelo diagnóstico; este não é o fim mas um meio. O objectivo é a solução do problema e a previsão do que irá acontecer – o prognóstico.

Enquanto o diagnóstico apela para o rótulo da doença, a terapia (e o prognóstico) respeita àquele doente singular a que não basta aplicar o que acon-

selham os protocolos. O que há que fazer não se resume a prescrever uma receita; e quando esta é necessária, temos que usar caneta (ou teclado) e não um carimbo. Enquanto clínicos lidamos com pessoas, não com amostras duma população; lidamos com pessoas doentes e não com doenças das pessoas.

Reparem a semelhança com o que se passa num ensaio clínico dum medicamento:- Se o doente “cumpre os critérios”, pedem-se as “análises do protocolo” e carimba-se a prescrição programada para o grupo a que ele ficou aleatoriamente adstrito; o doente arisca-se a ficar diluído no grupo.

d) Nos congressos, o médico entra na sala de conferências por entre alas de “delegados de informação” e montras de produtos farmacêuticos ou de instrumentos, tal como oromeiro nos santuários.

Os congressos são como que romarias, onde se fortalece o espírito de grupo e se combina a feira com a missa, o contrato com a festa; muitas comunicações são malabarismos tidos como milagres que os media amplificam. É a Medicina como liturgia; a palestra como sermão, o palco como púlpito.

Os diapositivos são como que retábulos, destinados a ilustrar o evangelho a analfabetos. Inicialmente discretos (a imagem do patrono), foram ficando cada vez mais elaborados até ao excesso barroco, tão sobrecarregado de adereços que é difícil descobrir o motivo.

Tal como as catedrais as salas de conferências têm as suas naves, a central mais imponente que outras; nas capelas laterais, têm lugar sessões simultâneas onde, à margem do altar-mor, se acendem velas aos santos da sua devoção – uma espécie de liturgia paralela tolerada. “Só terá que colocar o expositor com os folhetos explicativos e amostras do novo sabor Canderel na



H. Carmona da Mota

Faculdade de Medicina
e Hospital Pediátrico de Coimbra. (aposentado)

sua sala de espera e os seus clientes poderão participar no sorteio de 5 fantásticas estadias...”

Os consensos e as posições das sociedades científicas (Irmandades ou Ordens) tomam a forma de catecismo.

e) Estes comportamentos “cientificamente” apadrinhados trazem lucro às empresas e crédito aos médicos envolvidos sem que representem vantagens seguras para os doentes medicados. O capital investido na investigação mostra-se impaciente em colher benefícios; por isso se amplia o leque das “indicações”.

Esta extrapolação abusiva dos resultados, que as empresas promovem e os médicos sancionam, explica a conhecida evolução da eficácia dos novos fármacos: - ao êxito inicial, segue-se uma fase de hesitação, de descrença, que termina numa confirmação tardia. Mais do que ao sucesso das campanhas de sedução, creio que tal se deve à oscilação da lista de indicações: - inicialmente estrita, depois excessiva e, por fim, limitada às situações indicadas.

f) O médico é assim formatado para evocar um medicamento de cada vez que depara com uma doença ou sintoma, à maneira dos anúncios da TV (doras costas? Onzenol[®]), condicionamento enfeitado com um alegado suporte científico. Assim, quando o doente pede um remédio (uma solução), o médico nem pensa outra coisa que não seja receitar-lhe remédios (fármacos), com o beneplácito dos patrocinadores e a benção de Paracelso; agora é o doente que não dispensa a droga da receita.

Metade dos portugueses não deixaria de interpelar o médico se ele terminasse a consulta sem lhe receitar um fármaco. **Villaverde Cabral. “A Saúde e a Doença em Portugal”** Seis em dez médicos de família britânicos gostaria de poder dizer aos doentes: “Confie em mim, não precisa de remédios. E não estou só a tentar poupar-lhe dinheiro.” BBC News

Ignorando a história natural das doenças e cedendo à compulsão induzida de

“receitar alguma coisa” (a receita como amuleto), o médico restringiu a sua latitude de intervenção. A liberdade que o médico tinha de escolher um leque variado de estratégias terapêuticas para responder ao problema que a queixa revela, fica assim necessariamente limitada ao que a indústria põe à sua disposição. Que possa ser o farmacêutico a escolher a forma do fármaco prescrito pelo médico parece-me o mal menor; apesar de poder comprometer o precioso efeito placebo; grave é ser a Farmácia a formatar a receita. Grave, mas consequência inelutável da farmaco-dependência.

Não são as derivas ilegais que mais me preocupam; a corrupção e o suborno são situações excepcionais. De consequências muito mais graves, por ser já aceite como “profissionalmente correcto” é a farmaco-dependência, a crença que o fármaco é a arma nobre da Medicina tanto na terapia como na prevenção, descurando ou descrendo da eficácia da intervenção nos factores subjacentes à maioria das “doenças da civilização” da opulência.

“86% das crianças do 1º ciclo tomam flúor enquanto apenas 25% escovam os dentes” (**Relatório de Avaliação do Programa de Saúde Escolar 2000/2001**)

82% of infants living in the Arab Emirates had rickets ...justification for **vitamin D supplementation** of breast-feeding infants and mothers. **Dawodu A, et al. J Pediatr 2003**

Exemplo de pragmática generalização abusiva da farmaco-prevenção: - Apesar de reconhecerem ser baixa a exposição solar materna, nem consideraram a estratégia de aconselhar exposição solar aos lactentes e/ou às mães. Em vez de analisar as causas para combater a epidemia da morfina-mania, desenvolvemos uma papoila GM cujo ópio não dê ressaca.

Aqui, não se trata duma perversão pontual mas da demissão colectiva. “Não vale a pena procurar a causa porque nada se poderá fazer para corrigir este estado de coisas; tanto mais que o mer-

cado (a Farmácia) tem medicamentos para isso”.

Não está em causa a boa fé do médico, dos delegados de informação nem mesmo dos responsáveis das empresas farmacêuticas mas o facto é que “Many advertisements and statements from pharmaceutical representatives are misleading”¹.

Toda esta teia de cumplicidades objectivas decorrem do processo em que nos vemos enredados independentemente das intenções.

Se é “fácil” prescrever, também é fácil prescrever mais e demais. (um dos prelectores da reunião *Is Psychiatry for Sale?* identificava 16 formas de a indústria influenciar a prescrição). E se o “encantamento” da “amabilidade” da IF for elegantemente subliminar, terá os efeitos pretendidos. José Gameiro, Júlio Silveira Nunes e Ricardo França Jardim. Público 23-3-2005

Quando as revistas médicas intercalam artigos científicos com folhetos de publicidade a produtos farmacêuticos, por vezes com tão pouco cuidado na separação das águas que leva a que algumas mais pareçam lustrosos cartazes de publicidade entremeada com fotografias, opiniões e entrevistas que, mais do que razões parecem pretextos* (“Drug companies spend on average around 35% of sales on promotion.”²), não admira que a indústria farmacêutica apoie a liberdade de prescrição médica. A Indústria que lucra com a desenfreada “medicalização” do sofrimento humano (**“A FOBIA SOCIAL PODE SER TRATADA”** (<http://>

www.wyeth.pt) tem todo o interesse em apoiar a “liberdade” e a “individualidade” médica enquanto a terapêutica estiver fármaco-dependente; enquanto o médico estiver “farmacologizado”. Não quero acusar ninguém; tento interpretar o que se passa.

* O “Fim do Mês” é um jornal mensal com uma tiragem de “apenas” um milhão de exemplares. ...dos hipermercados Feira Nova.

O “Dica da Semana”... uma tiragem superior a dois milhões (!!!) de cópias, dos hipermercados Lidl.

Distribuição gratuita, claro.

..., são jornais que mais parecem meios de transporte do que meios de comunicação escrita. Trazem umas notícias, sim, uns textos (talvez mais pretextos...), uma entrevista para nos captar a atenção, mas trazem-nos sobretudo aquelas oito páginas de publicidade a produtos do supermercado. Transportam-nas disfarçadamente até nós, fazendo de conta que estão a dar-nos um jornal. São um veículo, uma boleia. São um emburulho simpático e alindado para anúncios.

Emburulhos JOAQUIM FIDALGO Público, 30 de Julho de 2003

É compreensível que o médico, como todo o cidadão que se preze, não se conforme quando lhe forcem a mão ou lhe alteram a prescrição; deve questionar-se se o seu receituário não terá sido já subliminarmente condicionado. A resposta mais segura é a prova científica. Em muitos casos ela já existe (www.bandolier.com; www.evidence.org); noutros, adequa-se sensatamente o que sabe ao problema concreto que se lhe depara, confrontando os esperados benefícios com os possíveis efeitos secundários e os seguros custos.

Só no ano de 2001, o Estado português gastou 115 euros *per capita* na comparticipação de medicamentos vendidos em farmácias, um crescimento anual de 10,6%. **DN 14 Fev 2002**, uma taxa de crescimento análoga ao dos lixos domésticos.

A despesa com fármacos aumentou

12,8% em doze meses. **Expresso 4-12-2004**

O Ministério da Saúde, na indispensável diligência de diminuir os gastos de medicamentos no SNS, tenta impor a prescrição por nome genérico e volta-se para os farmacêuticos (“que tem o dever de apresentar ao doente a gama de genéricos que tiver disponíveis”) e para a indústria, com quem negocia um tecto na despesa.

Tudo isto significa um compreensível voto de desconfiança nos médicos; como não racionalizámos a prescrição³, o poder tenta racionar a despesa com medicamentos.

Um actual responsável por um hospital-SA trata os médicos por *Srs. prescritores*...

Não lhe teremos dado razão?

f) Longe de mim criticar a investigação clínica, essa essência do talento médico. Tem a enorme vantagem de permitir investigação científica com poucos recursos sem afastar o médico das tarefas que os doentes necessitam. Essa actividade metaclínica consiste no balanço, crítico e cientificamente fundamentado, das actividades do dia a dia meticulosamente registadas e prospectivamente avaliadas. Mesmo que os resultados tenham pouco impacto nos índices da literatura médica, terão servido para nos darmos conta do que temos vindo a fazer, muitas vezes quase reflexamente embora sem reflectir; para evitar que a experiência de vinte anos seja mais que repetir dezanove vezes os erros do primeiro ano.

O exemplo mais acabado é o genial modelo de Barker fundamentou a tese da programação da vida adulta desde a idade fetal⁽⁴⁾. Mais modestamente, refiro alguns trabalhos realizados no Hospital Pediátrico de Coimbra ou com a sua colaboração⁽⁵⁻¹³⁾.

H. Carmona da Mota

1. Wilkes MS, Doblin BH, Shapiro MF. Pharmaceutical advertisements in leading medical journals: Experts' assessments. *Ann Int Med* 1992; 116: 912-919.

2. Devlin J, Hemsley P. Management views

on industry issues, pressures and consultants. *Scrip Magazine*. 1997

3. HC Mota. Racionalizemos para que não nos imponham o racionamento. *Revista OM* 2001; 22: 28-29

4. Godfrey KM, Barker DJ. Fetal programming and adult health. *Public Health Nutr* 2001; 4: 611-24.

5. Lemos L, Martins I, Mota HC. Hospitalization de courte durée en situations d'urgence. *Helv Paediatr Acta* 1982; 37: 555-561.

6. Correia AJ, Mendes Antonio A, Torrado A, Da Mota HC. Evolution de l'insufisance rénale aigue transitoire lors de deshydratation hypernatremique grave. *Helv Paediatr Acta* 1987; 42: 121-8

7. Santos E, Boavida JE, Barroso A, Seabra J, Carmona da Mota H.. Late osteoarticular lesions following meningococemia with disseminated intravascular coagulation. *Pediatr Radiol* 1989; 19: 199-202

8. Carmona da Mota H, Antonio AM, Leitao G, Porto M. Late effects of early malnutrition. *Lancet* 1990; 335: 1158

9. Jeni Canha. “Criança maltratada - O Papel de uma Pessoa de Referência na sua Recuperação - Estudo Prospectivo de 5 Anos”. Tese de doutoramento Coimbra 1998

10. Jorge Saraiva. O síndrome do X frágil. Tese de doutoramento Coimbra

11. Grupo do Estudo Nacional do Muito Baixo Peso. Nascer Prematuro em Portugal. Estudo Multicêntrico Nacional 1996-2000. Prémio Bial de Medicina Clínica

12. Maria Francelina Sousa Cruz Lopes Cirurgia da atresia do esófago - especial referência à preservação do esófago nativo no hiato-longo. Estudo clínico e experimental, Tese de doutoramento Coimbra 2005

13. Guiomar Oliveira. “EPIDEMIOLOGIA DO AUTISMO EM PORTUGAL”, Tese de doutoramento, Coimbra 2005

Resumo

Analisa-se as razões do excessivo domínio do fármaco na estratégia terapêutica do médico, nefasta consequência do médico tender a actuar como se a Medicina fosse a aplicação da Farmácia aos indivíduos.

Summary

We discuss the reasons of the overwhelming preponderance of medicines in the strategic therapeutic of the physician, which is the consequence of doctors behaving as if Pharmacy was the sole weapon of Medicine.

“A Naifa e outras Preciosidades”

À memória do Dr. António Pintado, médico e Bombeiro Voluntário de Lamego. Para João Correia Rebelo e Maria da Luz. Para os jovens casais Rogério Luís de Carvalho Costa e Renata, António Pereira e Teresa Catarina Nunes.

“Quem me roubou...”
(Sophia de Mello Breyner Andresen)

Quem me roubou o tempo que era um
Quem me roubou o tempo que era
meu
O tempo todo inteiro que sorria
Onde o meu Eu foi mais limpo e
verdadeiro
E onde por si mesmo o poeta se
escrevia.

Uma maneira agradável de “recomeçar” este sábado – após mais uma noite de serviço no hospital – foi buscar a beleza na leitura de **Cem poemas de Sophia**, editora **Visão JL**, 2004. Depois disso fui verificar as notícias dos jornais, através da Internet e voltei à ficar emocionado com a leitura da crónica **A descartabilidade da vida**, autoria do jornalista **Aristélio Andrade**, jornal **A Voz da Serra**, na sua coluna **Entrelinhas** (13/8/2005), que tomei a liberdade de reproduzir parcialmente:

A descartabilidade da vida

À medida que envelheço, me preocupo com a descartabilidade. Compreendo que o mundo de hoje exige consumo do que se produz. Só que o fabricante descobriu que quanto mais descartável é o produto, mais dinheiro ganha. Tenho observado, nos produtos que compro, a cada dia que passa, mais depressa ele fina, morre, se descarrega. Exemplos: pilhas, baterias, lâmpadas, etc. É a ganância desenfreada e o governo brasileiro não está nem aí. Tem mais com que se preocupar.

Alguns países se especializaram nesta fraude global. Vendem uma lista imensa de produtos que já são conhecidos dos consumidores como descartáveis. Eu mesmo, ao comprar uma lanterna recarregável, pois não agüento comprar mais pilhas, perguntei à dona da loja, minha amiga, se era chinesa. Ela riu.

O pior da descartabilidade é que as empresas que mantinham um padrão de qualidade em seus produtos cansaram ou perderam a briga. O produto resistente peca no designer, isto é, no desenho industrial. São pesadões. Fazer molde de um produto de metal não é a mesma coisa que o usado para moldar plástico, e só aí o industrial tradicional, que pensava em durabilidade, começou a perder a briga pelo mercado. A palavra plástico é, ao mesmo tempo, substantivo e adjetivo. A guerra pelo mercado foi para o brejo. (...) Entre os recortes que o doutor André Freire, o brilhante correspondente desta coluna em além-mar, nos manda veio um, da revista *Visão*, cujo título é *Marcas que duram, duram...* Enfoca as empresas e produtos portugueses com cem anos ou mais, mantidos em mãos portuguesas e em muitos casos na mesma família desde a fundação. São raros, cada vez mais, em compensação, são sinônimos de qualidade, bom gosto, durabilidade, segurança e, sobretudo, honestidade. Casas e indústrias que nunca venderam gato por lebre. É evidente que a matéria fala de casas comerciais as quais, infelizmente, não conheço. Mas bem que gostaria de conhecer, principalmente os restaurantes e tascas relacionadas, muitas delas com seus nomes registrados na história de Portugal, principalmente quanto às conspirações e à cultura. Por exemplo, o Café-Restaurante Martinho da Arcada, fundado em 1762, em Lisboa, tem sua existência ligada para sempre à figura esguia de Fernando Pessoa.

No Chiado, a parte de Lisboa que foi dizimada por um terrível incêndio, sobrou o Restaurante Tavares, de 1784. Lá nasceu um grupo de conspiradores que entrou para a história do país como os Vencidos da Vida. Dele tomaram parte Oliveira Martins, Ramalho Ortigão, Guerra Junqueiro, António Cândido, Eça de Queirós e Lima Mayer. Está bom ou quer mais?

E tem as livrarias. Uma delas, conheço: a Bertrand, a da Rua Garret. Só não sabia que ela teve onze nomes, dez donos e quatro endereços,

até se chamar como é hoje conhecida. **A primeira delas, fundada por Pierre Faure, localizada no Loreto, foi destruída pelo terremoto de 1755 que arrasou Lisboa. A que existe, erguida no Chiado, para garantir a sucessão familiar da empresa, Faure casou a filha com outro francês radicado em Portugal de sobrenome Bertrand. Para se ter uma idéia do empreendimento, a Bertrand chegou a ter mil empregados, gráfica e 15 lojas espalhadas pelo país.**

Irei mais longe, amigo Aristélio: todos nós somos “descartáveis”. Você como jornalista, eu na condição de médico, outros na indústria, no comércio, na agricultura, na cultura, etc.

Veja bem, somos descartáveis quando estamos doentes, apesar de trabalhar feito escravos modernos nestes tempos da globalização, onde o paradoxo tecnologia e conquistas sociais parece ficar ainda mais acentuado. Um antigo professor carioca costumava brincar ao afirmar que a Revolução Industrial contribuiu para o aumento do adultério: o trabalhador gozava dos benefícios da industrialização, trabalhava menos e encontrava mais tempo para encontrar-se com a sua amante. Recordava o Mestre, com um fino humor e muita sabedoria, que o mesmo poderia acontecer com a sua mulher...

Conquistas e perdas; outro lado da mesma moeda; a outra face da verdade; a eterna dualidade de viver.

Somos descartáveis quando exercemos o nosso direito de lutar pela igualdade, pela liberdade, pela solidariedade e pela honestidade. Somos descartáveis quando exigimos os direitos mínimos; o mínimo do mínimo. Somos descartáveis quando necessitamos de apoio e esse apoio nos é negado, por uma sociedade cada vez mais apegada ao “eu” em detrimento do “nós”. Somos uma mera força de trabalho. Ai daquele que resolva ser um ser pensante! Várias vezes em minha vida profissional fui obrigado a trabalhar adoentado e sem a mínima condição para exercer as funções. Vi colegas médicos serem obrigados a trabalhar, e sirvo-me do exemplo de um deles – um professor universitário – que viu seu pagamento ser maldosamente “cortado ao meio” porque estava “apenas” com uma cólica renal...

Quem fala de igualdade? Somos massacrados pelas normas internacionais que regem toda essa balbúrdia chamada economia interligada e mal temos tempo e dinheiro para conseguir comprar o pão que o diabo amassou. Somos descartáveis quando encontro amigos que não tem a menor condição de buscar tratamento médico e de adquirir remédios caros, porque são honestos e porque que não vendem os seus espaços nos jornais. Somos descartáveis quando somos exigidos ao extremo da nossa condição para trabalhar bastante e sempre cada vez mais, em busca da necessidade de suprir as necessidades dos serviços e/ou das nossas necessidades básicas. Vejam as opções a que estamos sujeitos:



André Freire

Membro da SOPEAM e da UNEARTA - Correspondente Internacional da Academia Friburguense de Letras.

Não trabalhar demais? É ser um vagabundo, preguiçoso, acomodado e sem ambição!

Trabalhar demais? É ser um ambicioso, “louco”, so-vina, “papa urgências”!

Morrer e viver a cada novo dia; dura rotina e duro desafio.

Ser descartável é o destino de quase toda a sociedade honesta e produtiva.

Ser descartável é o destino dos solidários. Infelizmente...

Para concluir, quero agradecer aos amigos doutores **João Correia Rebelo e Maria da Luz** pela bela prenda que é o CD **A Naifa/Canções subterrâneas – Um projecto de João Aguardela e Luís Varatojo: Luís Varatojo** (guitarra portuguesa), **João Aguardela** (baixo), **Vasco Vaz** (bateria), **Maria Antónia Mendes** (voz) e a participação especial de **Rui Duarte** em **Poema com domicílio/ Questão da noite**. Vale a pena parar e ouvir com muita atenção. Aliás, o belo trabalho já mereceu espaço destacado na coluna do consagrado jornalista e Mestre em Música **Roberto M. Moura**, na sua coluna semanal do jornal carioca **Tribuna da Imprensa**.

Sobre a medicalização do normal

Não há mulheres frígidas...

Mas há muitos mitos e distorções sobre o tema que se vão perpetuando por ignorância de uns, incluindo as interessadas, e interesse de outros. No presente artigo pretende-se explicar porque se mantêm e desmontar os erros que lhes deram origem.

OS CULPADOS

Estes mitos e distorções têm sido convenientemente alimentados pelos homens para desculpa das suas próprias insuficiências e, mais recentemente, pelo jornalismo sensacionalista e pela indústria farmacêutica, em ambos os casos porque o assunto ajuda a vender. Sob o pretexto de estarem a contribuir para ajudar as mulheres, no que chegam a acreditar, a verdade é que as estão a prejudicar.

Para grande satisfação dos interessados nesta oportunidade de negócio, uma investigação efectuada nos Estados Unidos deu origem a um artigo científico, publicado numa revista médica prestigiada, que estabeleceu um número "oficial": uma taxa de prevalência total de disfunção sexual de 43% para as mulheres entre os 18 e os 59 anos (Laumann EO, Paik MA, Rosen RC: JAMA. 1999; 281: 537-544). Apesar das críticas entretanto surgidas, este elevado número de disfunções sexuais femininas foi e tem sido utilizado e amplificado por aqueles que beneficiam com a medicalização do "normal", isto é, por aqueles que, invertendo a lógica, constroem doenças que justifiquem notícias e tratamentos. Por exemplo, o alargamento ao universo das mulheres do mercado de drogas que melhorem o desempenho sexual, à semelhança do que já sucede nos homens, constitui um objectivo apetecível que será tanto mais atingido quanto mais elas estejam convencidas de padecer de um problema de saúde.

Contudo, a agressividade da lógica comercial da indústria e as suas estratégias de aumento de mercado através da aposta em *lifestyle drugs* de consumo generalizado estão justificadas pela natureza da sua actividade. A indústria limita-se a fazer aquilo que dela se espera que faça. O mesmo não se pode dizer dos restantes protagonistas.

OS CÚMPLICES

O que está em causa não são as *lifestyle drugs* ou o seu uso lúdico mas a manipulação de conceitos que obriguem à sua utilização por razões de saúde.

Em rigor, somos todos cúmplices desta "conspiração". Desde logo, porque enquanto cidadãos contribuímos, mais ou menos, para uma sociedade cuja cultura se caracteriza por aspectos como a maximização do prazer, a glorificação de desempenhos necessariamente fogosos, a inclinação para a uniformização cultural, a massificação mediática de informação pseudo-científica, sobretudo se de conteúdo sexual, entre outros.

No entanto, alguns cúmplices têm maior responsabilidade. De facto, a sociedade em geral e a cultura médica contemporânea em particular, têm vindo a promover uma perspectiva sanitária cada vez mais extremista de todos os aspectos da vida e do comportamento humano.

No plano do comportamento sexual também se corre o risco da medicalização de comportamentos normais e do progressivo estreitamento do conceito de normalidade, levando mulheres saudáveis a considerarem-se disfuncionais. Através de perspectivas médicas mais míopes como o reducionismo biológico do comportamento sexual, colocando a fisiologia no centro da sexualidade, a amplificação dos aspectos biológicos em detrimento dos aspectos relacionais do encontro erótico ou a promoção de opções farmacológicas de cosmética sexual em prejuízo de soluções alternativas mais naturais. Acrescem a ingenuidade e a ausência de espírito crítico dos profissionais de saúde face à informação e pressões de interesses alheios à lógica hipocrática. Face a este cenário impõe-se desmontar os erros de análise que levam à convicção da existência de tão elevado número de mulheres disfuncionais, por serem contabilizadas como verdadeiras disfunções aquilo que são pseudo-disfunções sexuais.

No entanto, é verdade que existem verdadeiras disfunções sexuais femininas que podem e devem beneficiar de qualquer progresso farmacológico que ajude as mulheres que delas sofrem. É o caso de mulheres que são alvo de doenças que interferem com o desempenho sexual, como diabetes, patologias ginecológicas, entre outras.

Importa pois distinguir as verdadeiras das pseudo-disfunções sexuais femininas. Só depois se saberá quem tratar com fármacos e quem incluir nos estudos de prevalência.

ERRO I

Da mesma forma que existem indivíduos normais de esta-

tura elevada, indivíduos normais de estatura média e indivíduos normais de baixa estatura, não se pode classificar como disfuncional o baixo apetite sexual de uma mulher que sempre foi assim, sobretudo quando se sente confortável e adaptada a essa realidade. Caso contrário, teria de se classificar como disfuncional a mulher de apetite sexual mais elevado.

ERRO 2

Do mesmo modo, também não se podem classificar como disfuncionais as mulheres com baixos níveis de desempenho sexual, secundários a problemas que não têm a ver com a sua fisiologia sexual mas com as suas realidades existenciais. Por exemplo, a incompetência ou a ignorância do companheiro, a timidez ou a ignorância da própria, a má qualidade afectiva da relação, dificuldades económicas ou outros factores de stress.

A responsabilidade de muitos dos homens que não conseguem satisfazer as mulheres com quem se deitam está na sua própria incompetência que, na sua maioria, reside na desinformação e na ignorância dos mecanismos do orgasmo feminino. Desconhecem que a maior parte das mulheres não atinge o orgasmo com a simples penetração vaginal, que apenas 25% das mulheres atingem orgasmo quando os homens se limitam à cópula, que mesmo 70% a 80% das mulheres que atingem o orgasmo com facilidade não o atingem sempre. Muitos homens também não sabem que a maior parte das mulheres atinge mais facilmente o orgasmo através da masturbação do que da penetração vaginal, que extraem maior prazer da estimulação das áreas clitoriana e púbica (apenas 2% das mulheres recorrem a penetração durante a masturbação) e que 75% das mulheres necessitam de estimulação clitoriana adicional, antes ou durante o coito. Em resumo, os homens deveriam saber que o sexo deve compreender não apenas a cópula mas também a estimulação clitoriana, manual ou oral.

No caso da mulher que não atinge o orgasmo por incompetência masculina podemos dizer que estamos perante uma disfunção sexual por procuração, isto é, a disfunção é dele, não é dela.

ERRO 3

A precipitação de mulheres ou médicos pode rotular como disfunção aquilo que por vezes não passa de simples inexperiência. A verdade é que a disfunção orgásmica é mais frequente em mulheres mais jovens, ocorre sobretudo nos primeiros anos de actividade sexual e tende a diminuir com o aumento da experiência sexual. Deste modo, a mulher jovem anorgasmática tem grande probabilidade de vir a realizar-se sexualmente mais tarde, ao atingir maior grau de maturidade psico-sexual.

ERRO 4

Os conceitos de normalidade são terreno fértil da ideolo-



Rui Sousa

Médico Psiquiatra, Hospital Militar D. Pedro V, Porto

gia e da moral e estão sujeitos a modas sociais e culturais. Não esqueçamos que durante muitos anos, até há relativamente pouco tempo, a masturbação era considerada uma manifestação doentia e causadora de doença e a frigidez feminina era considerada exemplo de normalidade sexual. Infelizmente, as modas correntes têm vindo a estabelecer como normal um desempenho que se aproxima do furor sexual. Assim, não surpreende que muitas mulheres sexualmente saudáveis se considerem disfuncionais por não corresponderem às elevadas expectativas dos companheiros ou às elevadas fasquias transmitidas pelos meios de comunicação social.

Este tipo de desafios mergulha as mulheres num campeonato de orgasmos de que saem, desnecessariamente, com sentimentos de inferioridade e culpa e o auto-diagnóstico de disfunção sexual.

ERRO 5

Uma mentira repetida mil vezes torna-se verdade, disse um propagandista. Mau serviço prestam às mulheres todos os que veiculam resultados sensacionalistas de estudos pseudo-científicos, superficiais e mal desenhados. Por exemplo, o estudo referido no início deste

artigo consistia num inquérito efectuado a 1500 mulheres onde era pedido para responder sim ou não à possibilidade de ter experimentado alguma de sete dificuldades sexuais durante pelo menos dois meses no ano anterior. Naturalmente, este formato não permite afirmar a existência de disfunção sexual em quem responde sim, nem os resultados permitem a extrapolação que deu sucesso ao artigo pela alta taxa de disfunções sexuais encontrada. Outras metodologias, mais cuidadosas, podem fornecer resultados mais interessantes. Por exemplo, numa entrevista qualitativa destinada a avaliar as percepções subjectivas de mulheres sobre a sua satisfação sexual ressaltava o facto de as mulheres estarem menos preocupadas com o orgasmo do que o sugerido pela literatura médica e popular. Por exemplo, a importância que atribuíam ao orgasmo estava muito dependente da satisfação que os companheiros masculinos extraíam do conhecimento do orgasmo delas. Noutro estudo, 24.4 % das mulheres relataram alguma insatisfação com a relação sexual mas os melhores preditores de satisfação estavam relacionados com o estado emocional geral e a qualidade do relacionamento com o companheiro e os piores preditores estavam relacionados com os aspectos físicos da relação, incluindo a excitação, lubrificação vaginal e orgasmo. A ser verdade, aumentar a componente biológica do desejo feminino através do uso de fármacos talvez não leve a mais orgasmos.

ERRO 6

O desejo, uma das fases da resposta sexual, depende de elementos como a disponibilidade, o estímulo (companheiro) e a necessidade biológica. Por exemplo, com a idade diminui a necessidade biológica pelo que o desejo passa a ser determinado sobretudo pela disponibilidade e pelo estímulo. Daí que as pessoas mais maduras sejam mais exigentes e selectivas. Mas a verdade é que não pode haver desejo quando não existe estímulo, isto é, quando o companheiro não respeita as condições mínimas de higiene, carinho ou segurança. Neste caso, mais uma vez, o problema da ausência de desejo não está nela mas nele. Não se pode classificar como disfunção sexual feminina a ausência de desejo por um homem que não se deseja.

ERRO 7

A chamada Perturbação da Excitação Feminina é descrita como a incapacidade de adquirir ou manter a excitação, outra das fases da resposta sexual. Contudo, a denominação e a descrição deste tipo de disfunção sexual responsabilizam exclusivamente a mulher, esquecendo que a mulher fica excitada em resposta a alguém e que se esse alguém não sabe excitar é cúmplice na falta de excitação. Assim, em muitos dos casos erradamente classificados deste modo,

esta perturbação é, quando muito, uma perturbação sexual do par mais do que uma disfunção feminina.

ERRO 8

A visão homocêntrica com que estes problemas têm sido equacionados ao longo do tempo reflecte a perspectiva dominante, masculina, no seio dos académicos que se dedicaram a esta área de estudo. Involuntariamente, projectaram valores masculinos no modo como foi analisada a vida sexual feminina. Contudo, os problemas sexuais da mulher não podem ser perspectivados da mesma forma que os do homem porque existe realmente uma desigualdade masculino-feminino na sexualidade. Por exemplo, relativamente ao sexo masculino, a sexualidade feminina parece estar menos dependente da influência hormonal e da cópula vaginal e mais dependente dos afectos do que dos sentidos. Deste modo, não se pode medir o grau de satisfação de uma relação sexual numa mulher com os critérios utilizados para o homem.

ERRO 9

A maior parte das mulheres relatam dificuldades sexuais que não sentem como disfunções. Queixam-se mais da falta de satisfação do encontro sexual do que do seu desempenho ou de uma disfunção específica. Habitualmente, esta insatisfação reside na qualidade da relação emocional com o companheiro. Alguns autores chegam a afirmar que mulheres anorgasmáticas podem sentir-se mais realizadas sexualmente do que outras capazes de orgasmos múltiplos.

ERRO 10

Nem sempre as mulheres estão inocentes. Algumas alegam disfunção e usam este pretexto, assumindo o papel de doentes, para que o companheiro não as procure ou não as culpe de falta de “empenho” no encontro sexual.

NORMALIDADE SEXUAL x SAÚDE SEXUAL

Importa que se acrescente que muito do que aqui é dito acerca da responsabilidade dos homens nas disfunções sexuais das mulheres pode ser aplicado à responsabilidade das mulheres em algumas disfunções sexuais masculinas. Para ultrapassar todos estes erros de avaliação é preferível adoptar o conceito de saúde sexual em detrimento do de normalidade sexual. O conceito de saúde sexual é individual, íntimo e subjectivo, está impregnado de significado e valorização pessoal e é independente do número de orgasmos. Assim, uma mulher é sexualmente saudável quando a qualidade, quantidade e características do seu desempenho sexual a satisfazem.

Voltando ao título: aos homens que se queixam das incapacidades sexuais das companheiras, porque não as sabem satisfazer, cabe dizer que não há mulheres frígidas... o que há é más línguas.

A criação de competências médicas na Ordem dos Médicos

Argumentos a seu favor

As competências reconhecem especial diferenciação em áreas particularmente orientadas para a prática clínica. Podem ser reconhecidas por múltiplos colégios de especialidade e sociedades científicas. Alguns exemplos nos USA são a Medicina da Adolescência, a Medicina Intensiva, a Medicina Geriátrica e a Medicina Desportiva.

A criação das competências nas especialidades médicas serve para garantir a aplicação na prática clínica do extraordinário crescimento de conhecimentos em áreas específicas. Contribui eficazmente para a definição de padrões de cuidados médicos e para o programa de formação dos profissionais. É fundamental para garantir maior qualidade de cuidados, como nos exigem os doentes. É importante para capacitar a Ordem dos Médicos, através dos seus colégios de especialidade, da informação sobre as características adequadas dos clínicos que tratam determinadas doenças, ou usam determinados fármacos. É, ainda, uma forma de antecipar a, previsível, implementação de avaliação da qualidade de cuidados por auditorias externas.

Como Internista avaliarei a problemática das competências pelo prisma da Medicina Interna (MI). Esta é a especialidade-mãe, e os seus especialistas foram grandes responsáveis pela diferenciação dos conhecimentos na área médica. Daí resultaram enormes benefícios, desnecessários de enumerar, que acabaram naturalmente por levar à criação das subespecialidades. Até aqui tudo bem, o problema foram as “paredes” que se foram levantando entre as subespecialidades e a MI. Em vez de um espectro contínuo, de um livre fluir de conhecimentos entre globalidade e transversalidade de conhecimentos e profundidade científica e técnica dos mesmos.

Como se teria podido manter a situação estável e saudável? Com a manutenção de um tronco comum de MI de três anos. Ao invés, o que se tem verificado é a diminuição cada vez maior do tempo de MI na formação dos especialistas das subespecialidades. Assim, continuando a justificar-se na actualidade a luta pela MI como especialidade global, parece paradoxal que Internistas pugnem pela criação de competências. Talvez a melhor forma de esclarecer a situação seja responder a algumas questões e dar alguns exemplos.

1 - Para quê criar competências no seio da Medicina Interna se esta especialidade é pluripotencial, capaz de se debruçar sobre todas as áreas da clínica médica?

De facto a MI tem a capacidade única de uma especial abrangência e globalidade do doente, tem a potencialidade de se desenvolver, de se diferenciar nas diversas áreas da medicina, em que por necessidade ou por inclinação pessoal o internista seja estimulado a aprofundar o conhecimento. O internista tem a potencialidade de ser competente em múltiplas áreas médicas, mas não o é de forma garantida pelo facto de ter o título. Este, seja qual for a especialidade, não garante nas condições actuais, por ausência de recertificação, a competência em qualquer área que seja. Na verdade, um especialista que tenha obtido o seu título há 20 anos e que tenha deixado de praticar logo de seguida, ou não tenha acompanhado minimamente os avanços técnico-científicos, seguramente estará incompetente para acompanhar doentes na área da sua especialidade.

A questão sobre competência em determinada área passa a interessar várias especialidades quando se dirige a uma doença que pode ser adequadamente acompanhada por médicos de várias especialidades. Por exemplo, a doença HIV interessa a várias especialidades, desde o laboratório à clínica, mas para análise da competência no seu acompanhamento clínico global interessa a poucas, salvo excepções pontuais, que são os infecciologistas, os internistas e os pediatras. Repito, falo do acompanhamento global, não da consulta pontual. Também não me refiro aos clínicos gerais, especialidade com âmbito diverso das acima referenciadas.

2 - Ao criarem-se competências não se está a declarar os outros, que não as têm, incompetentes?

Está-se apenas e simplesmente a pôr “o nome às coisas”. De facto quem não tem competência para uma área, é incompetente nela, enquanto não demonstrar o contrário pela formação adquirida e o trabalho desenvolvido.

3 - Não é arranjar “mais paredes” para a Medicina Interna?

Não. A competência deve ser um título provisório, de certificação anual de preferência (figura-1).

Definir competências no âmbito da Medicina Interna é prevenir mais “fragmentações” futuras – o risco de se criarem novas especialidades mantém-se, da geriatria já todos ouvimos falar, mas é não esquecer a imunologia clínica, a autoimunologia, a genética clínica, etc -, é não ficar *velho do Restelo*, é reconhecer que o conhecimento não vai parar de progredir, é correr ombro-a-ombro com as especialidades médicas que se “divorciaram” da especialidade-mãe, é manter jovem e atraente a MI, é torná-la mais forte e prepará-la para o futuro!

Afinal o que é que tem acontecido nestas últimas dezenas de anos? Muitos e bons Internistas diferenciaram-se nas várias áreas da clínica médica e a MI viu nascerem subespecialidades que algumas vezes questionam o direito (e o dever, melhor dizendo) de os Internistas praticarem clínica nas áreas correspondentes. Obviamente a MI deveria devolver a preocupação questionando o tempo de formação em MI que esses especialistas têm.

4 – Traduz, de facto, a competência garantia de maior qualidade de cuidados?

É esse o objectivo. Tomemos como exemplo a doença HIV e citemos a *American Academy of HIV Medicine*: “o desenvolvimento da definição de um especialista na área HIV /SIDA ocorre numa época em que doentes infectados por este vírus, profissionais de saúde e administração pública tentam lidar adequadamente com as rápidas alterações e escalada de custos relacionadas com o tratamento destes doentes”¹.

A doença HIV é de facto, na actualidade, uma área em que alterações no tratamento dos doentes ocorrem com muito maior rapidez do que em qualquer outra área. A capacidade técnica dos médicos que tratam doentes HIV, tem muito mais a ver com a quantidade de doentes que acompanham, do que com a formação formal específica na área – isto é infecciológicos, internistas -, como bem demonstrado noutro estudo americano². Os resultados clínicos são piores e os gastos com doentes HIV são superiores em 50% com os médicos com menor experiência na área³.

O que se pretende de um médico com a competência em doença HIV é que dê a garantia de que está atento à mais recente informação sobre a doença e seu tratamento, nomeadamente seus efeitos laterais e interações, às técnicas diagnósticas (cargas víricas e resistências), à monitorização do sistema imune, às estratégias para promover a adesão à terapêutica, à abordagem das infecções e doenças oportunistas e comorbilidades. Que tenha acesso a protocolos e ensaios terapêuticos, e possa dar apoio a situações de profilaxia pós-exposição a líquidos biológicos, assim como à



Carlos Vasconcelos

Chefe de serviço de medicina interna; responsável da Unidade funcional de Imunologia Clínica; Hospital Geral Santo Antonio, Porto; Professor associado convidado de Clínica Médica ICBAS/HGSA

educação dos doentes, nomeadamente sobre a preconceção.

5 – Não será fácil com a utilização das *guidelines* tão úteis e tão disseminadas, a prática clínica em áreas diferenciadas?

Na realidade as *guidelines* constituem um bom instrumento de ajuda ao médico no dia-a-dia mas, para muitas situações, tal não é suficiente. De novo me recorro à doença HIV enunciando as áreas mais problemáticas: resistências aos antiretrovíricos, efeitos laterais, falências terapêuticas e terapêuticas *salvage*. As *guidelines* ajudam muito, mas é preciso ter experiência para as valorizar correcta e sensatamente. Poderia buscar exemplos a outras áreas como as doenças autoimunes reumáticas: também aqui as *guidelines* podem ser de grande utilidade, mas de forma alguma podem substituir a experiência construída com o acompanhamento destes doentes. Escolhi estes dois exemplos por-

que correspondem a áreas médicas em que eu, como internista, tenho desenvolvido grande parte do meu trabalho hospitalar.

6 - Quem é competente numa área é-o definitivamente?

Não, como atrás já se referiu, a competência deve ser certificada regularmente. Mais uma vez, na doença HIV a *American Academy of HIV Medicine*⁴ propõe a recertificação anual, enquanto a *American Infection Diseases Society* não dá automaticamente a competência na doença HIV aos seus membros, porque entende que a certificação a que são obrigados os infecciológicos americanos de 10 em 10 anos, não garante a aquisição de conhecimentos na área HIV⁵. Precisam de ter acompanhado pelo menos 25 doentes no último ano e terem frequentado 15 horas de formação contínua, 5 das quais sobre a terapêutica antiretroviral. Curioso salientar que essa sociedade também pode dar a competência em doença HIV a médicos de outras especialidades que cumpram os requisitos. Excelente exemplo que traduz dois factos muito importantes: um é rápida desactualização em áreas específicas a que o médico está sujeito e, o outro, a aceitação de que as especialidades médicas têm sobreposições de áreas de conhecimento e prática clínica que são inegáveis, contra as quais não é correcto perder tempo e meios a lutar, devendo todos, isso sim, juntar esforços para que os que praticam pratiquem bem e de acordo com os requisitos decididos como necessários. Ou seja, que tenham a competência!

7 - Quem não tem a competência numa determinada área não pode acompanhar, ou mesmo observar pontualmente, doentes com essas doenças, ficando sujeito a problemas médico-legais se o fizer?

A competência refere-se a doenças em que determinados aspectos têm sofrido rápidos e profundos desenvolvimentos. Portanto a competência é para esses aspectos não para o doente no seu global. Explicando melhor, um doente seropositivo para o HIV pode não necessitar de qualquer terapêutica específica durante anos, ou pode andar anos perfeitamente bem clínica, imunológica e virologicamente estabilizado com determinada terapêutica. Estes doentes podem ser acompanhados por qualquer médico que não tenha a competência em doença HIV, desde que esteja garantido o apoio, a disponibilidade de alguém com essa competência para a decisão da iniciação ou da alteração da referida terapêutica. As referidas associações americanas explicitam que no caso de comunidades em que não haja nenhum médico com a competência em doença HIV, o médico deve ter um contacto estabelecido com pelo menos um colega que preencha os referidos critérios. Explicitam ainda que, médicos assistentes que provêm cuidados primários a doentes HIV sob a supervisão de um especialista em doença HIV podem igualmente ser considerados especialistas em doença HIV, aquilo a que denominam *co-management*⁶.

Fica assim, penso, bem claro que as competências não têm como objectivo facilitar a actuação médico-legal – embora também aí possam ser úteis – mas sim a saúde do doente.

Por outro lado, como bem sabemos, sujeito a actuação médico-legal fica o médico que se recuse a observar um doente seropositivo para o HIV, ou outro qualquer.

8 - Que competências criar e quem e como pode obter a competência em determinada área?

As competências são transitórias, como se disse, aparecerão e desaparecerão de acordo com as complexidades das matérias em causa, com a incidência de casos de doença, com os custos e os riscos biológicos envolvidos, etc.

Querendo argumentar contra as competências poderiam enumerar-se dezenas, senão centenas, de áreas em que poderiam ser criadas. Mas o bom senso e a realidade prevalecerão sempre em vista do fim último da criação das competências: o bem do doente, o bem da comunidade.

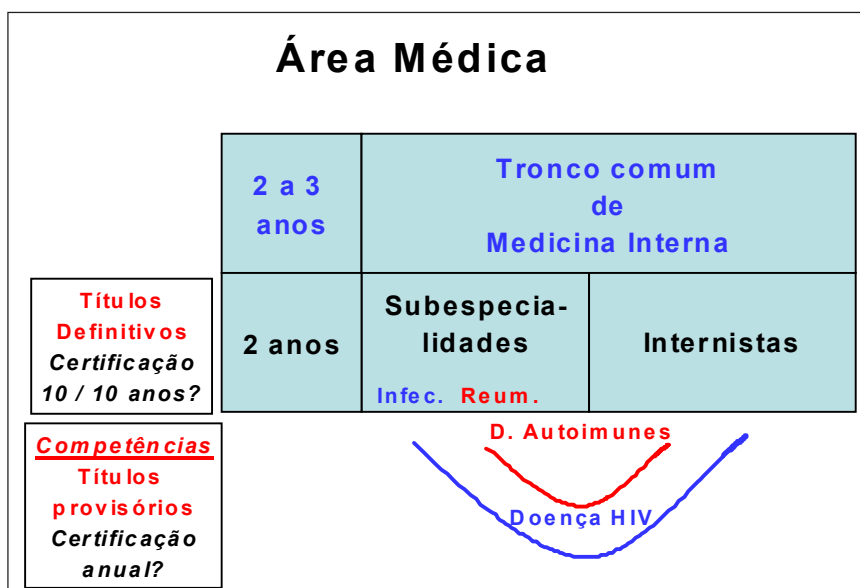


Figura 1 – esquema de organização da especialização na área médica, tomando como exemplos as especialidades médicas de Medicina Interna, Infecciológica, Reumatologia e as competências nas doenças HIV e Autoimunes.

Por outro lado as competências poderão ter atributos diferentes. Por exemplo nos USA a certificação em cardiologia de intervenção⁷ destina-se a reconhecer a excelência de médicos certificados em doenças cardiovasculares na área da cardiologia de intervenção, para os que tenham executado pelo menos 150 intervenções nos dois anos prévios. Esta certificação não é requerida para a prática clínica, nem confere esse privilégio.

A área da doença HIV é uma daquelas que podemos melhor exemplificar. Em Janeiro 2002 foi criada na Califórnia o regulamento que define o especialista HIV, credenciado pela *American Academy of HIV Medicine*⁴. O critério principal é o demonstrado pelo envolvimento profissional contínuo na área clínica. Os candidatos devem acompanhar pelo menos 20 doentes nos últimos 2 anos, manter formação contínua de um número de horas pré-definidas na área HIV e passar um exame de credenciação.

A *American Infection Diseases Society* para certificar um seu associado, ou outro médico que preencha os requisitos, obriga ao acompanhamento pelo menos 25 doentes no último ano e terem frequentado 15 horas de formação contínua, 5 das quais sobre a terapêutica antiretroviral. Os critérios podem variar de local para local mas assentam fundamentalmente na experiência e formação contínua, tendendo a dispensar exames.

Em Portugal o tratamento destes doentes com doença HIV tem sido prestado fundamentalmente por infeccionologistas e internistas, com o crescente envolvimento de outras especialidades como a pediatria, a obstetrícia e a pneumologia. Há mais de um ano foi apresentada por um internista e infeccionologista uma proposta de criação de competência em HIV / SIDA já discutida e aceite como princípio na sociedade e colégio de doenças infecciosas. Torna-se essencial a discussão nos colégios e sociedades científicas de outras especialidades envolvidos com particular ênfase para a MI, onde um núcleo de médicos há anos vem pugnando pelo crescente envolvimento dos internistas nesta área. É fundamental a discussão a nível global da Ordem dos Médicos.

Seguramente poderão ser discutidas a criação de competências noutras áreas com maior ou menor dimensão. Demos atrás outro importante exemplo, o das doenças autoimunes, a que se aplicam por inteiro as preocupações que justificam a proposta para a doença HIV.

O grande busílis da questão não é tanto a competência em si – afinal já existem competências dentro de algumas especialidades, como por exemplo a ecografia fetal em obstetrícia -, mas sim o problema das competências que interessam a duas ou mais especialidades. Acima de tudo tem de prevalecer o interesse dos doentes e da comunidade, em detrimento do sentimento corporati-

vista de cada especialidade.

Os médicos não poderão adiar muito mais esta discussão e a tomada de decisões, porque o processo já se iniciou noutros locais e os doentes, a população e os *mass-media* não tardarão a levantar a questão.

Termino salientando, de novo, que a Medicina Interna deve defender e pugnar pelas competências, porque é vital para o seu futuro, porque é a melhor forma de prevenir mais fragmentações. Tem, igualmente, a obrigação única de lutar pela formação básica em medicina interna para todas as subespecialidades médicas. Só assim cumprirá o seu desígnio máximo com actualidade: defender o doente!

Referencias

- 1) <http://www.aahivm.org>
- 2) Landon, BE e tal. Specialty training and specialization among HIV physicians in the United States. *J Gen Intern Med.* 2002; 17(1); 8203
- 3) Bozette SA et al. Expenditures for the care of HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Eng J Med* 344;11:817-23
- 4) <http://www.aahivm.org> "Being alive newsletter" April-May 2002
- 5) http://www.idsociety.org/Content/NavigationMenu/Resources/HIVMA/Education_and_Training/Experienced_HIV_Providers/HIVMAs_Definition_of_an_Experienced_HIV_Provider.htm
- 6) "HIV specialist Policy" N.York state department of health AIDS Institute. "Criteria for the medical care of adults with HIV infection" March 2003. <http://www.hivguidelinesnewyorkstate>
- 7) <http://interventionalcardiology.htm>

O eterno feminino...? ou o eterno masculino



Helena Porfírio

Pediatra; Hospital Distrital de Pombal e Hospital Pediátrico de Coimbra; Presidente da Secção de Pediatria Ambulatória e Delegada à Sociedade Europeia de Pediatria Ambulatória

Sem dúvida as mulheres e os homens são diferentes, teria dito M. de La Palice.

Mas os direitos sociais, políticos e económicos são iguais para ambos os sexos, tanto na Constituição Portuguesa, como nas dos países da Europa e da União Europeia.

“O universo greco-romano que alicerça em grande parte a civilização europeia deixou, também neste domínio, traços da identidade colectiva que é difícil de apagar. Na filosofia grega a mulher não é pessoa. Se se justifica a separação dos sexos e a ausência das mulheres na elaboração da pedagogia, o facto em si subsiste e é incontornável.

As transformações sociais e políticas que percorreram o continente durante os dois milénios da nossa era não puseram em causa esse adquirido. Só no fim do século XIX (1893, na Nova Zelândia) as mulheres adquiriram o direito de se manifestarem em público.

Um dos sinais da desigualdade interiorizada pelas mulheres é, após três décadas de um trabalho intenso a todos os níveis, a dificuldade manifesta em participarem, livres e confiantes, em grupos de mulheres.”⁽¹⁾

“É neste contexto que a igualdade entre homens e mulheres é ainda hoje sentida como uma intrusão indevida no universo masculino”⁽¹⁾ daí que, quando vemos um grupo de mulheres a jantarem, todas juntas, num restaurante, pensamos: “aquelas malucas!” ou “não têm que fazer em casa?” ou “andam à procura de homem...!?”; quando vemos um grupo de homens a jantar, todos juntos, num restaurante, pensamos... não pensamos nada.

“Quem tem medo de Virgínia Woolf?”

Mas porque não falarmos das profissões massivamente femininas nos anos 60 e 70 do século passado e agora progressivamente a serem ocupadas por homens? A profissão de educadora de infância, a de professora primária, a de “professora-de-liceu”, a de enfermeira, Helas! Ninguém fala disso, e o nível de cuidados e de resultados, educativos e outros sempre a baixar, segundo os *media* divulgam estrondosamente (atenção que eu não sou obrigada a acreditar nos *media*, constituídos, no século XXI, em plataformas político-partidárias manipuladas).

Quanto ao exercício do poder dentro do quadro hierárquico das instituições, das empresas ou, até, na representação democrática e político-partidária, é uma belíssima justificação para o universo masculino atribuir a causa dessa “invisibilidade” ao tempo despendido pela mulher, e não pelo homem, à dedicação e manutenção dos esteios infraestruturais da sociedade, que são a geração, a alimentação e o cuidar das populações em geral, e das gerações futuras. Simplesmente o *modus faciendi* e a organização administrativa e filosófico-política das máquinas do poder, incluindo as político-partidárias, não interessam às mulheres em geral. Trata-se de uma máquina verdadeiramente trucidadora “Aparentemente seguidora das normas e fiel ao funcionamento tradicional das instituições, vai construindo de si mesma a imagem e um eu eficaz, competente, melhor do que os outros, e que só “perderia tempo” se ouvisse outras vozes. Uma tal autoridade impede que os mais criativos, os mais capazes, integrem o seu contributo na obra comum”⁽¹⁾. E quando olhamos para aquele que é o escolhido para cabeça de lista, para candidato a candidato, devemos ver, regra geral, não a missão, não a utopia, mas a máquina que o sustenta, o interesse e o incentivo que o suportam. Por isso este modelo de democracia representativa está gasto, e não interessa, nem as mulheres, nem os jovens...

E, estejam descansados que não há 3ª via, nem alternativas. Por enquanto.

Contudo as mulheres sabem que “*difficult things are possible; impossible things take a little bit longer*”.

Quanto à discriminação das três mulheres portuguesas citadas⁽²⁾, duas médicas e (imaginem!) uma engenheira: leiam “Palavras Dadas” de Maria de Lourdes Pintasilgo, Ed. Livros Horizonte.

“Ser mulher é uma evidência, o resto é que dá trabalho”

(1) “Palavras Dadas” de Maria de Lourdes Pintasilgo, Ed. Livros Horizonte.
(2) “O eterno feminino”, ROM, p.46, Julho/Agosto de 2005

Tratamento Médico

Alguns momentos determinantes

Este trabalho tem como objectivos rever o início da terapêutica científica. É um breve encontro que começa por assinalar momentos pré científicos de algumas individualidades, importantes mas isoladas de qualquer enquadramento. A seguir a contribuição francesa, de um país único centralizado inspirado no diagnóstico à cabeceira do doente com raízes castrense hospitalar e técnicas de dissecação, autopsia, estudos anatómicos, fisiológicos e mesmo estatísticos. Depois e do lado alemão, havia uma série de estados independentes de língua alemã, com pequenas e boas universidades, muita especulação filosófica e bons conhecimentos químicos e físicos que imprimiram à medicina alemã um ascendente da química de laboratório, fisiologia experimental, física das radiações, da visão e audição e electrofisiologia. Termina com o lado inglês, entre o Prontozil e a Penicilina e uma demonstração de pujança industrial americana.

Contribuições individuais

Em 1674 o mercador de tecidos de Delft Anton Van Leeuwenhoek encontrou sem procurar através do que se considera ser o primeiro microscópio pequenos “animáculos”

em meios líquidos de diversa proveniência tais como urina de animais ou mesmo matéria interdentária e mil vezes mais pequenos que o bicho da traça. Desenhou com rigor muito da nova realidade que o transcendia. Conseguiu estabelecer uma ligação com a Royal Society de Londres cujo secretário Robert Hook confirmou a verdade das suas observações. Foi deste modo inesperado que bactérias, protozoários, leveduras, células do sangue, capilares e espermatozóides se tornaram conhecidos.

O caso da febre puerperal do Hospital de Viena iria merecer em 1844 a atenção do médico húngaro Ignaz Semmelweis que “observou” na maternidade da cidade que a mortalidade no serviço onde os estudantes aprendiam era de 39% enquanto no serviço onde as parteiras exerciam era de 3%; “admitiu” que os estudantes pudessem transportar para as enfermarias “material cadavérico” nas mãos adquirido na sua passagem pela sala de autópsias onde também praticavam; e “confirmou” que tal influência diminuía pela lavagem prévia das mãos em água clorada antes de cada uma das observações para 1,77%. Fascinado com a realidade e menos com a estatística utilizada (ao contrário de Leeuwenhoek obcecado pelo microscópio e menos interessado na realidade) propôs generalizar a experiência. Deparou então com a atitude irreductível dos outros médicos o que conduziu ao seu despedimento do hospital. Depois de muitas dificuldades que incluíram um internamento psiquiátrico refugiou-se na sua terra natal de Peste onde exerceu e viria a fale-

cer. O seu trabalho seria recuperado e publicado pelo cirurgião escocês Joseph Lister 14 anos depois. Outros exemplos mostram como a “mentalidade científica” dos médicos estava a mudar.

Em 1790 o médico inglês Edward Jenner introduziu o método da escarificação para prevenir a varíola, doença muito frequente e com c. 10% da mortalidade geral. Era um dito das leiteiras rurais – “não me importo de apanhar a cowpox (pústula tipo varicela das mãos) pois fico protegida contra a smallpox (varíola)”. A vacinação (do latim vacca) ridicularizada no início acabaria por impor-se. O método era mais aceitável que o método da inoculação descrito por Lady Mary Wortley Montagu mulher do cônsul inglês na Turquia, e utilizada na vacinação do seu filho de cinco anos.

Outro exemplo é o da quinina ou “pó dos incas” que permitiu tratar em 1638 uma grave crise malárica da Condessa de Chinchona, mulher do embaixador espanhol no Peru e mais tarde introduzido em Espanha como “pó dos jesuítas”. O pó resultava da pulverização do córtex de uma ár-



1. Robert Koch e a Tuberculose, 1882



2. Elias Metchnikoff e a Fagocitose, 1884

vore daquele país e foi indispensável à penetração europeia nos países tropicais no séc. 19, quando assumiu contornos geo-estratégicos delicados entre os países interessados, semelhante ao que hoje sucede com os medicamentos antiretrovirais. Outro momento importante foi a introdução em 1785 da digitalis pelo médico inglês William Withering no tratamento da insuficiência cardíaca congestiva.

Contribuição Franco-Alemã

A contribuição de Robert Koch, um prussiano de génio, foi a de coroar a teoria do germen de Pasteur ao definir em quatro postulados que a doença infecciosa é provocada por um agente infeccioso. Aos 30 anos e desmobilizado da guerra franco-prussiana, foi contratado como Kreisphysicus ou médico de círculo de Wollstein. Acumulou a actuação clínica com o estudo do carbúnculo e a concepção de técnicas de microscópio, fixação, coloração, meios sólidos de cultura e fotografia. Teve oportunidade de divulgar numa célebre conferência no Instituto de Botânica de Breslau as suas investigações e ideias perante um auditório seleccionado que incluía Conheim, discípulo de Virchow, Weigert que iria dedicar-se à coloração de bactérias e Traube. Pouco depois Koch foi contratado como Regierungsrath, ou consultor do governo. A identificação definitiva do bacilo da tuberculose em 1882 cimentou a sua consagração. No ano seguinte e para esclarecimento de uma epidemia de cólera no Egipto deu-se uma corrida entre as comissões da França chefiada por Emile Roux do Instituto Pasteur e da Alemanha chefiada por R. Koch. Este último iria identificar o característico vibrião tanto no Egipto como na Índia para onde Koch e respectiva comissão se deslocaram a seguir. De regresso à Alemanha o governo alemão começou a insistir na cura da

tuberculose e sugeria mesmo que poderia ser anunciado no 10.º Congresso Internacional de Medicina. Houve uma manifestação pública para serem iniciados ensaios clínicos ao mesmo tempo que se assistia à venda de tuberculina adulterada no mercado negro. A introdução do medicamento teve resultados dramáticos pois a tuberculina genuína de Koch provocou a doença num certo número de pessoas, algumas das quais faleceram com tuberculose miliar (autópsia de R. Virchow). Koch explicaria que o medicamento proposto ou tuberculina fora concebida a partir de uma cultura de bacilos mortos pelo calor, seguida de filtração para obtenção da antitoxina à semelhança da difteria. Koch não abandonou este problema vindo a receber o Prémio Nobel da Medicina em 1905. O emprego clínico da tuberculina só seria definitivamente resolvido em 1921 com um Bacilo vivo atenuado pelos discípulos de Pasteur, Calmette e Guérin ou BCG.

Elias Metchnikoff, russo de difícil relacionamento e com um temperamento arrebatado teve uma contribuição essencial na interpretação da imunidade anti infecciosa. Em 1882 emigrou de Odessa para Messina



A. Coutinho de Miranda

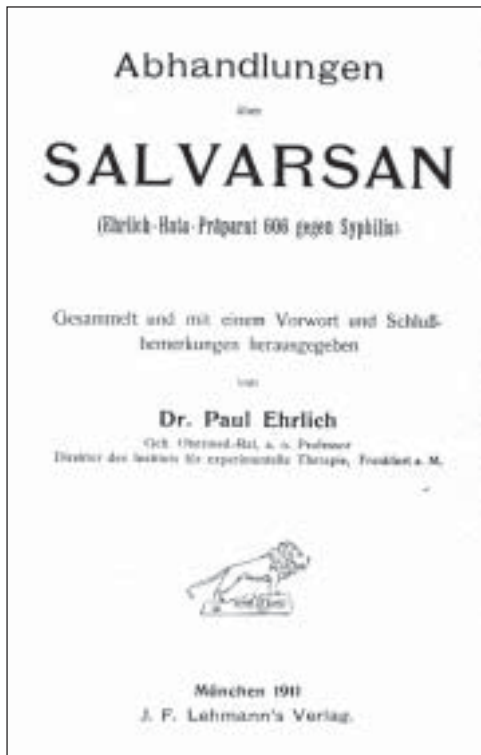
Antigo Chefe de Serviço e Director Clínico do Hospital Curry Cabral

onde se dedicou à investigação zoológica. A larva da estrela-do-mar de corpo transparente deu-lhe a ideia de estudar a sua reacção a uma variedade de estímulos como tinta, glóbulos vermelhos ou mesmo estimulação traumática por espinho. A resposta caracterizou-se pelo aparecimento de células móveis que cercavam a noxa introduzida e a ingeriam num processo que designou por fagocitose. Idêntica resposta ocorria com a daphnia ou pulga-do-mar. O artigo onde relata esta experiência, embora recomendado por Virchow, não despertou interesse no meio científico alemão. Metchnikoff seria depois convidado para o Instituto Pasteur de Paris. Poucos anos depois E. Von Behring e S. Kitasato obteriam um grande êxito na luta antitetânica e antidiftérica, Deu-se de imediato uma queda vertical na incidência e



3. Emile Von Behring e Shibasaburo Kitasato discípulos de Koch e a Imunidade antidiftérica e antitetânica, 1890

HISTÓRIAS da HISTÓRIA



4. Paul Ehrlich antigo discípulo de Koch e o Salvarsan, 1911

mortalidade da difteria. O resultado foi logo a seguir duplicado em Paris onde a nosologia da doença era bem conhecida. Dois novos acontecimentos marcaram o sucesso. Um deles foi o registro de patente do antisoro e da antitoxina, o que trouxe bastantes proventos a Behring; o outro, foi a primeira atribuição do Nobel da Medicina, a de 1901 ao cientista.

Outro investigador foi Ehrlich, conhecido desde 1877, pelo estudo da coloração vital do sistema nervoso e conhecimentos de hematologia;



5. Prontosil e Gerard Domagk, 1935

talvez inconformado pelo não reconhecimento do seu trabalho de longa data na produção da antitoxina diftérica, resolveu trocar Berlim por Frankfurt. Passou a dedicar-se à quimioterapia com objectivos diferentes dos da seroterapia; nesta ultima procede-se à estimulação das defesas do organismo, enquanto na primeira introduz-se um químico estranho com um efeito parasitotrofo definido e sem efeitos organotropos. Na altura havia uma grande preocupação com o tratamento dos protozoários e das doenças tropicais. O investigador considerava existir para cada doença um medicamento eficaz, “zauberkuugel” ou bala mágica. O efeito resultava de uma ligação antigeneo/anticorpo, à semelhança do tecido fabril quando recebe uma cor determinada; admitia existir uma “tumefacção” celular à qual se vem prender a “cadeia lateral” do químico como uma chave na respectiva fechadura. Esta ideia faria o seu caminho junto de outros investigadores como o dinamarquês Christian Gram que propôs em 1884 um sistema de coloração das bactérias essencial para a sua classificação; o austríaco Karl Landesteiner que nos anos 40 do séc. 20 fez uma classificação dos glóbulos vermelhos e tornou possível as transfusões de sangue; os investigadores que c. 20 anos depois introduziram o conceito dos beta receptores cardíacos e com outras localizações. Na quimioterapia Ehrlich ensaiou com o japonês Hata um certo numero de substancias com resultados promissores como o Salvarsan ou “606” para o tratamento da sífilis cujo agente tinha sido recentemente identificado e cujo diagnostico laboratorial proposto pouco depois por Wasserman era de fácil utilização clínica. O medicamento foi submetido a uma actualização anual nos quatro anos seguintes e substituído pelo “914” com melhor solubilidade ainda antes do início da I.ª guerra. A personalidade do investigador mereceu da parte de Ehrlich a ca-

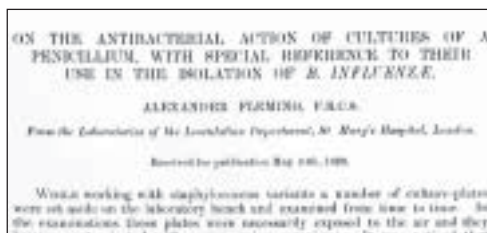
racterização dos “quatro G’s” ou qualidades – Geduld, Geschick, Geld und Glück ou Perseverança, Talento, Dinheiro e Sorte. O dinheiro foi para ele importante pois manteve sempre a ligação à Farbwerke ou fábrica de anilinas no norte de Farnkfurt na vila de Hoechst. Foi fundador e primeiro presidente da sociedade farmacoterapia alemã. De notar que as sociedades congêneres americana e inglesa não permitiam aos seus associados uma ligação permanente à industria. Ehrlich e Metchnikoff partilharam o Nobel da Medicina em 1908.

Depois da I.ª Guerra a Alemanha viveu tempos difíceis com os seus grandes laboratórios a serem fundidos na célebre Ig Farben. A “Forshung” ou investigação teve em Domagk a pessoa inspirada quando resolveu rever os antigos azoderivados de Ehrlich e Hata. Um deles, o Prontosil iniciou uma caminhada de sucesso a partir de 1939 no tratamento de infecções muitas vezes mortais e cuja gravidade escondesse hoje atrás da facilidade do seu diagnostico e tratamento. O medicamento tinha no entanto um problema intrigante, o de ser ineficaz “in vitro” não obstante a notável eficácia “in vivo”. Domagk recorreu ao Instituto Pasteur de Paris onde J. e T. Tréfouel e D. Bovet verificaram que o medicamento era desdobrado no organismo em dois subprodutos – o azoderivado ineficaz e uma sulfamida que era tão eficaz como o próprio medicamento. O talento de Domagk foi recompensado com o Nobel de 1939, sem a componente monetária por razões políticas. A solução não foi boa para a Alemanha porque a sulfamida já era utilizada desde há muitos anos na indústria fabril para reforçar como mordente a cor dos azoderivados, não era patentível e podia ser fabricada em qualquer país. Em 1942 já existiam em plena guerra mais de 5400 similares e as sulfadiazina inglesa adquiriu uma celebridade instantânea quando salvou a

HISTÓRIAS da HISTÓRIA



6. Sulfamidas e os investigadores do Instituto Pasteur Jacques Tréfouel, Teresa Tréfouel, F.Nitti e D.Bovet, 1935



7. A Penicilina e Alexander Fleming, 1929



8. A Penicilina e E.Chain, H.Florey, NG Heatley e outros, 1945

vida de Winston Churchill de uma grave pneumonia contraída numa das visitas à frente africana do deserto.

Contribuição anglo-americana

Em princípios de 1908 o escocês R.Fleming iniciou a sua carreira de investigador na Escola Medica do St.Mary Hospital de Londres junto de Almroth Wright que se tornou conhecido pela descoberta da opsonina, estimulante imunitário, e de uma vacina de bacilos tíficos mortos. As duas teorias da imunidade, a celular (francesa) e a química (alemã), passaram a ter uma componente intermédia biológica (inglesa). O escritor Bernard Shaw preocupava-se com as novas tendências da ciência ao ironizar que o medico se tinha transformado num imunizador que numa das suas peças só sabia repetir o imperativo “stimulate the fagocyte”. Os dois investigadores iriam cooperar na antiseptis das feridas de guerra durante a 1ª Guerra Mundial em França. Fleming manteve a mesma linha de investigação com a descoberta da lisosima lacrimal e nasal com efeito anti microbiano. Em 1928 ao estudar a variabilidade patogénica do estafilococo, notou incidentalmente numa placa de Petri uma ampla zona onde não se identificavam colónias bacterianas o que associou à presença de uma colónia de fungos. Determinou a seguir que o fungo pertencia ao género penicilium, isolou e designou a substância inibidora difundida pelo fungo como penicilina e demonstrou a sua eficácia sobre bactérias Gram+. O artigo de Fleming não despertou interesse e pouco depois caiu no esquecimento talvez ofuscado pelo êxito do Prontozil alemão, ou pelas dificuldades da sua produção em larga escala. Em 1936, dois cientistas de Oxford resolveram investigar a lisosima. Eram o australiano Howard Florey, 38 anos, patologista e Ernest Chain, 30 anos, bioquímico refugiado na Inglaterra desde a subida ao poder do partido

nazi alemão. Depois de uma revisão da literatura chegaram ao trabalho original sobre a penicilina. Ambos reproduziram o trabalho de Fleming e associaram pouco depois Norman G. Heatley, bioquímico, para estudo de processos de produção industrial. Os resultados iniciais foram animadores na infecção experimental estreptocócica com uma protecção de 100% no grupo “tratado”, enquanto no grupo “não-tratado” a mortalidade era de 100%. A produção industrial em larga escala foi entregue aos americanos, assistidos por Heatley. Foi possível multiplicar a produtividade de 2 unidades de penicilina/ml do meio, para 500 e iniciar a produção industrial. Foi um trabalho penoso com vários graus de dificuldade e que passaram por substituição do P.notatum pelo P.crisogenicum espécie com maior produção de penicilina e técnicas de cultura no sentido de aumentar o inoculum (primeiro em placas de agar, a seguir em fracos com líquidos nutrientes depois em tanques de sementeira e por último tanques de fermentação). Outros problemas novos incluíam o método da cultura submersa com insuflação de oxigénio indutor do crescimento do fungo, em cubas contendo o meio de cultura; e a separação final da bactéria do caldo de crescimento por filtração ou centrifugação além de outros tratamentos. Quando da invasão do Norte de Africa em 1942 o exército americano e os médicos incluindo Florey já dispunham de reservas inesgotáveis para ensaios. Na invasão da Normandia, e um ano depois, não havia restrições ao seu emprego. O Nobel da Medicina em 1945 foi atribuído a A. Fleming, E. Chain e H. Florey. Heatley foi o grande ausente. Outro antibiótico ainda dos anos da guerra, a estreptomocina, deve-se à dedicação de um investigador americano de origem ucraniana, Selman Waksman que veio melhorar completamente a terapêutica da tuberculose.

Gaiivotas em fim de verão

O prado imenso que se estende pelas traseiras da vivenda de Daniela, permite-lhe olhar para o infinito com mesma atitude de aparente introspecção indolente, que exprime frente à TV onde num zapping frenético percorre os cinquenta e tantos canais, sem se deter em nenhum deles mais que pouquíssimos segundos.

É um prado que é por um lado natureza real, não deixando por outro de ser artificial em relação àquele lugar. Não existia antes de ser plantado, não tinha história anterior, não incluía em toda a sua beleza verde a evidência incómoda de ervas daninhas a despontar curiosas, sendo tão somente um lugar criado para representar a natureza equilibrada com o envolvimento também ele previamente inexistente.

Nessa representação Daniela sente-se distante e estranha fechada sobre si mesma, com uma vontade infinita de regressar ao útero materno onde a placenta era a realidade que prendia à terra, o útero a casinha quente que a acolhia e protegia e o ruído amortecido envolvente o mar turbulento mas agradável, como quando mergulhava nas ondas da praia da sua infância e o ouvidos se enchiam daquele sururu confuso.

O coração a bater tum-tum, tum-tum, tum-tum sempre a um ritmo regular como regular se tinha definido afinal a sua vida, sons misturados de início com os batimentos da casa mãe a repercutirem-se nela como uma bomba de relógio de duração indefinida para a maioria dos mortais, fazem-na acreditar na existência de um terrorismo

vital inscrito desde o início no DNA de cada um de nós, explodindo em qualquer lugar, em qualquer ocasião, em qualquer momento sem aviso prévio, excepto quando artificialmente alguém decide autodeflagrar-se.

Face a essa representação da natureza, feita à custa de regas frequentes da relva importada com raiz pronta a enterrar na terra, tratada com adubos e estrumes enriquecidos em laboratórios específicos, sementeiras com cortes artísticos nivelados cada semana com mestria pelo jardineiro, escolhido entre os melhores da Quinta do Lago, consegue entender o significado



do que é a criação feita por medida.

Nessa falsa natureza estava naturalmente subjacente um sem fim de despesas e cansaços que ela reconhecia agradecida, pois constituíam processos que o marido utilizava para lhe agradecer.

Daniela deixara sem saudade a cidade alemã onde vivera os últimos oito anos com o marido Engenheiro Químico, quadro superior de um laboratório de medicamentos, porque entendeu que o cinzento do dia e o escuro da noite

havam dado à sua vida uma monotonia cinzenta ainda mais escuro, mistura exacta das cores do seu quotidiano.

Quotidiano dividido entre o trabalho no jardim de infância onde chegava impreterivelmente às 7h e 45 min de cada dia da semana, a dois quarteirões da residência, e o preparar das refeições para o casal, as compras no supermercado superaquecido onde se streepteaseava do gorro, das luvas e do casaco quente, até ao final do espectáculo de recolha de legumes, carnes, peixes e frutos de produção biológica. Regressava então ao frio cortante numa corrida até ao carro envolvida à maneira de camisa de forças nas mesmas roupas, para de novo se despejar das compras e da sua indumentária no hall da casa de duas divisões, onde habitavam no centro de Munique.

Verão nem vê-lo, dois meses ridículos de um solzito enfezado e o resto do ano sempre com aquele monótono padrão de cores misturado com aguaceiros persistentes.

Com quarenta e nove

anos, deixara para trás uma família constituída por dois filhos de um anterior casamento, um de vinte e outro de vinte e dois anos, que praticamente não via, a viverem sem sobressaltos as suas vidas divididas com os colegas dos estudos partilhados a meio tempo com um trabalho acessório, necessário para pagar universidade em Berlim.

Quando olhava as gaiivotas pousadas na praia com os seus piões aflitos e vorazes de cada vez que o mar se recheava de marés vivas com poten-

ciais peixinhos distraídos, pensava levemente nos miúdos do seu passado como num futuro ausente. Afinal não passamos de gaivotas em fim de Verão, gaivotas à procura do sol noutras paragens, que deixam os filhotes à sua sorte, com quem cortam os elos quando estes atingem a idade para reproduzir a mesma história por ela protagonizada.

Mas tal não a atormentava como acontecia com os povos latinos cujo crescimento tardio das proles se manifestava numa persistente autonomização inexistente. Avós, pais, netos, novos ciclos, filhos a conviverem com pais avós e tios às centenas e a permanecerem indecentemente como árvores numa perene longevidade sem sentido, considerava nos seus pensamentos..

Os animais são a própria natureza ou seja confundem-se com ela, têm uma socialização harmónica com essa ideia de haver princípio meio e fim por isso não se vêem veados velhos em jantaras ao Domingo com os jovens veaditos com cio prontos a uma nova jornada.

Pensa ser uma cumplicidade estranha esta que algumas sociedades desenvolvem, que só assemelha ao seu jardim falso na retaguarda da casa.

Ainda assim surpreende-se quando a relva é cortada pelos instrumentos hábeis do seu **“Eduardo mãos de tesoura”** que lhe desenhou no jardim um veado feito de arbusto pretendendo com isso recrear um mundo imaginário mas palpável e lhe devolve um cheiro a feno húmido e a giesta tão real que lhe lembram o campo da sua infância, as férias da sua pré adolescência.

Fecha os olhos e vê-se pequenina,

com tranças loiras e dois enorme laços brancos na ponta, a andar de bicicleta no fim do verão, o balão do vestidinho rosa pálido em cogumelo de bomba atómica; as gaivota a passarem por cima da sua casa, os camponeses a empilham grandes quantidades de feno dispondo-os aos retângulos bem apertados e o cheiro que sente de olhos fechados é exactamente igual ao da relva falsa do seu jardim. É uma relva verdadeira colocada num cenário irreal.

A empregada portuguesa desperta-a dos seus sonhos, e pergunta-lhe pelos filhos, responde distraída que estão na vida deles!

- E a Madame não lhe custa? os meninos não passam aqui uns dias com os senhores? Se calhar era boa ideia Madame, isto aqui é tão bonito!!! E tem bons ares...

- Não, não me parece! responde secamente

- Que triste, olhe que havia de gostar um dia de ver os seus netinhos, sempre é bom a gente poder ver os nossos a crescer é como seja vida a continuar, olhe veja bem a minha Antónia, pró mês que vem lá vai dar-me uma menina... agora até já sabem antes de nascer... imagine Madame... vai ser uma alegria, até me deixou dar-lhe o nome... vai ser Soraia Alexandra, é benito nã é Madame?

- Talvez qualquer dia os vá visitar! responde para interromper o diálogo.

Afinal não os via há dois anos, desde o seu casamento com a pseudo natureza do Algarve.

Os pássaros agora saltitam e debicam umas migalhas da torrada que haviam caído por terra. Ouve novamente os piares das gaivota que se dispõem como aviões de guerra de partida para



Leonor Duarte de Almeida

as terras muçulmanas do norte de África. Pensa que ela própria é também uma gaivota mas sem rumo, perdida no Algarve quente, não para procriar, não para realizar qualquer tarefa específica, nada em especial, nenhum programa real, nenhum fim, nem para reproduzir valores ou produzir socialmente um determinado modelo ou código genético cultural.

As gaivotas representam a sua espécie, transmitem a sua cultura aos demais e cada bando que se renova corresponde a essa mensagem. Qual a reprodução cultural da espécie humana? Não tem resposta, mas a Almerinda sim, está tranquila tem a sua prole de primos directos, primos irmãos em 2.º e 3.º grau, primas por afinidade, filhos e futuros netos, genros, noras, cunhados, comadres, funerais, casamentos e baptizados e todo um bando de boa famelga que lhe organiza o espírito e comunga com ela a ideia de que a natureza humana é assim mesmo. Talvez que a Almerinda tenha razão, talvez que os filhotes humanos não tenham de ter asas definitivas.

Olha de novo o jardim artificial, imagina um imenso lago regado por águas disponíveis em bidões gigantes para no momento da seca preservarem sempre um verdinho a falsa relva natural. Se o deixasse à sua sorte amanhã seria um enorme pasto seco queimado pelo sol Algarvio, uma enorme clareira careca ao sol com peladas amarelas e castanhas como uma doença de pele incurável e durante o

Inverno quando viessem as chuvas, um pântano de águas paradas cheio de mosquitos dispostos a actuar nos dias quentes.

Conclui que a sua vida se resumia na verdade aquele jardim, que pereceria sem o apoio de reservatórios de água, de pílulas anti stress, sem o sustentáculo da melotonina que armazenava na gaveta da cómoda sob a combinação de renda, comprada às centenas nos últimos celeiros da Europa antes de ser retirado ou proibido nas lojas de comida natural dispersas pelo mundo dito civilizado.

Daniela volta a olhar a TV como fazia na Alemanha, agora um zigzag semeado de riscos, bolinhas com pixels brilhantes a saltar, cinzentas e pretas, cinzentas escuras como a sua vida, nem consegue contá-las, tenta fazê-lo para ver se dorme, 2h e 30, 3h 5 horas da manhã, já contou 8497 bolinhas a piscarem na televisão ligada. O **“Quem quer ser milionário acabara**, o filme de guerra que começara às 1h também. Gostava de intervalar estes programas portugueses com o canal alemão para se familiarizar com a língua local. A TV continuava acesa na noite como uma única presença real que lhe fazia acreditar no sortilégio da vida.

Era uma presença tão real como a relva do seu jardim, falava, explicava, representava o seu papel de convívio, começava por lavar-lhe o cérebro logo de manhã, e assim permanecia ligada em som baixo pelas tarde e noite fora.

O cão, um Labrador de cinco anos de um castanho escuro raro, com a mesma convicção, dormia junto ao aparelho, pois percebia que a voz humana que dele emanava era uma espécie de pessoa enorme que se não

calava na ausência dos donos, uma espécie de robot **dama de companhia** que o confortava na solidão.

Não era como o dono ou a dona, com os seus silêncios e momentos de afecção por isso quando estes chegavam dava saltos à vontade, mexia o rabo em ventoinha, agitava-se como que a avisar estou aqui, como uma criança sem vergonha a expor os seus sentimentos, e a interagir com os demais agradecida por a acolherem.

A companhia da TV Pessoa não era exactamente o mesmo, fazia-lhe passar o tempo enquanto os donos saíam, dormitava junto a ela, sentia uma voz de presença, de vez em quando abria um olho, levantava uma orelha quando ouvia o latido do cão Max detective e tornava a fechá-lo e a baixá-la, mas não sentia aquela pancada li-



geira no lombo, nem ouvia Gut, gut, SURF... SCHOON nem recebia uma boa festa na cabeça, da cabeça para o focinho e do focinho para a cabeça em sinal de aprovação

Por isso adorava correr pela praia com os donos em longos passeios, mesmo quando se sentia ameaçado pelos pássaros marinhos que voavam a meio metro rente ao mar para de súbito descerem a pique enterrando a cabeça nas ondas. Bicavam um peixe e engoliam-no num trago para retornarem às ondas agitadas num frenesim guloso de festa romana. Recomeçavam até se cansarem e deci-

direm por fim a planar, poisar lentamente na areia junto a ele.

Às vezes adormecia fazendo então uns sons estranhos agitados, pois sonhava que o podiam levar no bico a ele e aos donos, então vinha refugiar-se junto à dona que continuava a ler, indiferente aos seus pesadelos ou a olhar o mar como se quisesse penetrá-lo como quando contava os pontinhos da TV ou quando fazia o zapping dos canais ou quando olhava o jardim com uns olhos muito profundos e misteriosos, sem emoção, olhava e pronto, sempre a olhar sem qualquer movimento.

Só as gaivotas a tiravam daquele imobilismo, às vezes até corria no meio delas a esvoaçar os braços e eram braços, asas, gritos, as gaivotas a piarem

como numa orquestra, numa música comum e ela SURF, SURF... Olha as ondas, corre SURF e eram corridas, alegria, paus a voarem para a ondas ele a correr contente a abocanhá-los, corria em direcção à espuma que teimava em desfazer-se na areia e eram ondas – dono, ondas – dona, rebolava na areia com as patas para o ar e fazia uns movimentos oscilantes como se

estivesse a coçar as costas, com os dentinhos cerrados de prazer, mas era para se libertar do pelo velho como fazem as tartarugas com a carapaça antiga, o novo a dar lugar ao velho como num ciclo natural e talvez uma manifestação de equilíbrio com a natureza.

Se não fossem as gaivotas que agora se juntavam em exército e estavam de abalada, não poderia experimentar aquele prazer imenso de correr pela natureza tal como ela é de verdade, nem olhar o sorriso agradecido da dona que se iluminava de um luz tão bonita como o sol no fim do Verão.

TEATRO

«Menina Júlia» de August Strindberg



Estará em cena até ao dia 23 de Outubro na Casa de Teatro de Sintra a peça «Menina Júlia» de August Strindberg. Nesta peça, muita coisa pode ser vista como exemplificação de diversos tipos de conflito; entre a razão e a paixão, entre o patrão e o servo, entre o homem e a mulher, entre o instinto e a convenção, entre Quixote e o bom senso, entre o destino e a liberdade, entre o sonho e a realidade, entre festa e o trabalho, entre o dia e noite, entre a lei e o tabu. Mas, mais que tudo, Júlia exemplifica simplesmente a sua própria personagem. Muito está por detrás dos nossos actos; sempre, muito está por debaixo do que dizemos.



Esta é a 50ª Produção da Companhia de Teatro de Sintra/Chão de Oliva, uma encenação João de Mello Alvim, com interpretação de Cristina Basílio, Rogério Jacques, Maria João Fontainhas ou Assunção Meireles que se enquadra na comemoração dos 15 anos da Companhia 1990-2005.

«O Chato» de Francis Veber

Estreia no dia 20 de Outubro no Teatro Villaret a peça «O Chato» uma divertida comédia assinada por Francis Veber (autor de Jantar de Idiotas, a peça que esgotou o Teatro Villaret e outras salas pelo país durante 6 meses) e encenada por António Feio. A interpretação estará a cargo de António Feio, Virgílio Castelo, Helena Isabel, Luís Esparteiro, Jorge Mourato e Joaquim Guerreiro.

ESCULTURA

Exposição Finalistas 2004 – 2005

Ao abrigo de um protocolo entre a Câmara Municipal de Oeiras e a Faculdade Belas Artes da Universidade de Lisboa, foi inaugurada no dia 16 de Setembro no Jardim do Palácio Marquês de Pombal, em Oeiras, a Exposição de Finalistas de Escultura 2004-2005. A exposição estará patente ao público até ao dia 16 de Outubro. Este projecto tem particular significado, uma

vez que as características do espaço implicaram um conjunto de condicionalismos que tiveram que ser equacionados na observância do respeito pela identidade histórico-patrimonial deste jardim.

FOTOGRAFIA

Exposição do Hosp. De St.ª Maria

Até dia 13 de Outubro poderá visitar no 2.º piso do edifício central do Hospital Santa Maria uma exposição organizada com fotografias enquadradas nos objectivos do evento (motivar os técnicos de saúde para o voluntariado na associação Médicos do Mundo, exposição essa que inclui informação institucional e informação específica sobre as possibilidades do voluntariado. O espaço da exposição está organizado com fotografias em suspensão, o que permite uma maior visibilidade dos trabalhos expostos.

PINTURA de Teresa Magalhães



Uma importante exposição de Pintura/Instalação de Teresa Magalhães de raro impacto visual e estético vai ser inaugurada, às 18h30, no Salão nobre da Sociedade Nacional de Belas-Artes em 12 de Outubro, terminando a 19 de Novembro de 2005. É

formada por duas séries de retábulos a que João Pinharanda nomeia de “Painéis para o Terceiro Milénio” que foram realizados entre os anos de 1998 e 2002. Ao considerar que na sua pintura estão implícitos a arquitectura, a música, o cinema e a escrita, convidou o arq. Manuel Graça Dias, o musicólogo Rui Vieira Nery, o director de fotografia para o cinema Eduardo Serra e o escritor José Saramago para intervirem com os respectivos comentários que constarão no *catálogo*, juntamente com os textos críticos, no campo das artes plásticas, da pintora Emília Nadal, presidente da S.N.B.A. e do Dr. João Pinharanda. Paralelamente será exibido no cinema King, com o apoio das produções Paulo Branco, um ciclo de filmes que foram tema da exposição individual “Memória do Cinema” que Teresa Magalhães realizou na Galeria Ana Isabel em 1982 (de 13 a 19 de Outubro). No átrio do cinema serão expostas reproduções em tela de algumas das pinturas. Haverá, também, um debate moderado pelo Dr. Guilherme d’Oliveira Martins no dia 20 de Outubro pelas 18 horas, na galeria do CNC.

MÚSICA



Live 8

A EMI anunciou o lançamento do DVD que reproduz os concertos do Live 8 já para o próximo dia 7 de Novembro. Este DVD compila vários momentos dos extraordinários concertos que tiveram lugar no dia 2 de Julho deste ano. Live 8 começa com os U2 e Paul McCartney na reedição de Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club Band e inclui também a reunião histórica dos Pink Floyd, a actuação de Robbie Williams e Madonna. Jovens artistas como Snow Patrol, The Killers e Joss Stone surgem-nos entre lendas do rock n' roll como The Who e Sting. Estes são apenas alguns dos momentos que estão incluídos nesta edição do Live 8 em DVD.

Village People e Boney M

«Disco Fever» é a primeira mega-festa de música Disco em Portugal. Esta festa contará com a participação dos Village People e dos Boney M – bandas referência da *Disco Sound* – e terá lugar no Pavilhão Atlântico, em Lisboa, no próximo dia 18 de Novembro. A SPE – Sociedade Portuguesa de Espectáculos pretende com este evento organizar a primeira mega-festa de música Disco em Portugal. Para além dos Village People e dos Boney M, esta festa contará com a participação de um DJ e de um VJ que serão responsáveis pela continuidade de um ambiente Disco durante todo o período deste evento. Os bilhetes para este evento já se encontram à venda.



Joss Stone

«Mind, Body & Soul» de Joss Stone atingiu o galardão de platina. Editado a 27 de Setembro de 2004, o segundo disco da artista inglesa atingiu esta marca poucas semanas após a sua actuação no Festival Vilar de Mouros, o seu primeiro espectáculo ao vivo no nosso país. Há 47 semanas no top 50

dos álbuns mais vendidos em Portugal, «Mind, Body & Soul» é o disco com que Joss Stone confirmou o talento que espantou o mundo no fim de 2003 (em Fevereiro de 2004 na Europa) aquando da edição de «The Soul Sessions».

Nat King Cole

Foi editado no dia 12 de Setembro Nat King Cole En Español, um CD especial que reúne os grandes êxitos desta lenda da música. Nat King Cole gravou três álbuns em espanhol. O primeiro, Cole Español, foi gravado em Cuba no ano de



1958, poucos meses antes de Castro subir ao poder. Nele fez-se acompanhar pela Orquestra local de Armando Romeu Jr. O êxito mundial foi de tal ordem, que um ano depois partiu para o Brasil, onde gravou A Mis Amigos, com a direcção musical do maestro David Cavanaugh. Em 1961 Cole vai ao México e com a ajuda do director Ralhp Carmichael e de músicos mariachis mexicanos, grava o último dos três LP's em espanhol De Nuevo Cole Español, onde se encontram incluídos os inesquecíveis «Solamente Una Vez» e «Piel Canela».



Temas de Direito da Medicina

Esta obra de Guilherme de Oliveira (Professor Catedrático da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Presidente da Direcção do Centro de Direito Biomédico) analisa os seguintes pontos: aspectos jurídicos da procriação assistida; beneficiários da Procriação Assistida; estrutura jurídica do acto médico, consentimento informado; legislar sobre procriação assistida; o fim da “arte silenciosa”; implicações jurídicas do conhecimento do genoma; H.I.V. e SIDA - 14 perguntas sobre relações de família; Direito Biomédico e Investigação Clínica; o direito do diagnóstico pré-natal e o acesso dos menores aos cuidados de saúde. Uma edição da Coimbra Editora (1999).



O consentimento informado

O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico Português é o título da obra de João Vaz Rodrigues editada pela Coimbra Editores em 2001. Trata-se de um livro que pretende fornecer elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente através de uma introdução ao problema da necessidade do consentimento informado e esclarecido como requisito para a prática do Acto Médico. O Consentimento Informado e Esclarecido no Ordenamento Jurídico Português, os Requisitos de Validade do Consentimento, a Delimitação Negativa do Consentimento Informado e Esclarecido e a Manifestação da Vontade do Paciente em Consentir são algumas das temáticas relacionadas que encontrará nesta edição.

O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico Português é o título da obra de João Vaz Rodrigues editada pela Coimbra Editores em 2001. Trata-se de um livro que pretende fornecer elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente através de uma introdução ao problema da necessidade do consentimento informado e esclarecido como requisito para a prática do Acto Médico. O Consentimento Informado e Esclarecido no Ordenamento Jurídico Português, os Requisitos de Validade do Consentimento, a Delimitação Negativa do Consentimento Informado e Esclarecido e a Manifestação da Vontade do Paciente em Consentir são algumas das temáticas relacionadas que encontrará nesta edição.

NOTÍCIAS

Reunião do Curso Médico (1961-2005)

Durante o fim-de-semana de Sexta-feira à tarde, dia 14 de Outubro de 2005, a Domingo, 16 de Outubro, terá lugar, no Hotel Caramulo, a Reunião Anual do Curso Médico – 1961 – 2005 – da Faculdade de Medicina de Lisboa. Além do convívio entre colegas e do almoço comemorativo do 44.º Aniversário de Formatura, estão programadas algumas iniciativas, essencialmente de carácter cultural. Médicos do Curso Médico anterior, ou do seguinte, poderão associar-se ao grupo. Os colegas, qualquer que seja o seu curso, que ainda não confirmaram a sua presença deverão fazê-lo indicando o número de acompanhantes, assim como a necessidade de marcação de quarto (simples ou de casal) para uma noite (Sexta-feira para Sábado) ou para duas noites (de Sexta-feira a Domingo). O contacto poderá ser feito para Maria Celeste Vagueiro, Av. Duque d'Ávila 72 - 1.º, 1050-084 Lisboa, telefone 213 548 989, Fax 213 548 989.

AGENDA

Congresso de Saúde Ocupacional em Serviços de Saúde

3 e 4 de Outubro

Local: Braga

Contacto: Inscrições até 15 de Setembro para: fax: 253208261

IV Congresso Internacional de Demência Vascular

20 a 23 de Outubro

Local: Porto

Contacto: Kenes International

Telef.: 229080488; e-mail: vascular@kenes.com

23.º Curso Pós-Graduado Dr. Carlos George “A DOR”

20 e 21 de Outubro

Local: Lisboa - Hospital de Santa Marta

Contacto: 213 594 115 (M.ª José Anacleto)

Curso Teórico-Prático “Comunicação Aumentativa e Tecnologias de Apoio em Contexto Pedagógico”

28 a 30 de Novembro (1.º Curso)

Local: Lisboa - Centro R. Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

Contacto: 217 512 700, Fax: 217 512 727

XV Congresso Nacional de Gastreenterologia

5 e 6 de Dezembro

Local: Auditório dos Hosp. da Universidade de Coimbra
www.spcoloprocto.com

Curso Breve de Pós-graduação em Consentimento Informado

5, 12 e 19 de Novembro

Informações: Centro de Direito Biomédico - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
cdb@fd.uc.pt - Tel./Fax: 239 821 043

Curso Breve de Pós-graduação em Responsabilidade Médica

1, 8, 15, 22 e 29 de Outubro

Informações: Centro de Direito Biomédico - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
cdb@fd.uc.pt - Tel./Fax: 239 821 043

Curso Breve de Pós-graduação em Genética e Direito

21 e 28 de Janeiro e 4 de Fevereiro de 2006

Informações: Centro de Direito Biomédico - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
cdb@fd.uc.pt - Tel./Fax: 239 821 043

Acta Médica Portuguesa, uma edição ONLINE

Novo endereço:

www.actamedicaportuguesa.com

ACTA MÉDICA PORTUGUESA

@ Rapidez de acesso

@ Facilidade de consulta

@ Pesquisas mais completas

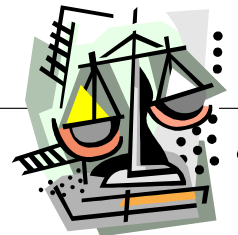
@ Divulgação a nível mundial

@ Possibilidade de imprimir artigos

@ Publicação de mais artigos por edição

@ Todos os textos disponíveis no arquivo online

ACESSÍVEL A TODOS OS MÉDICOS



I.ª Série - Fevereiro

Portaria n.º 129/2005, de 2005-02-01 **Ministério da Saúde**

Aprova o programa de formação do internato complementar da especialidade da área profissional médica de ginecologia/obstetrícia

Portaria n.º 140/2005, de 2005-02-03 **Ministérios da Justiça e da Saúde**

Declara instalado o Gabinete Médico-Legal do Funchal

Decreto-Lei n.º 29/2005, de 2005-02-10 **Ministério da Saúde**

Prorroga até 31 de Dezembro de 2005 o período de vigência do regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral

Portaria n.º 160/2005, de 2005-02-10 **Ministérios da Justiça e da Saúde**

Declara instalado o Gabinete Médico-Legal de Santiago do Cacém

Decreto Regulamentar Regional n.º 4/2005/A, de 2005-02-16

Região Autónoma dos Açores - Presidência do Governo

Altera o quadro de pessoal do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Decreto-Lei n.º 41/2005, de 2005-02-18 **Ministério das Actividades Económicas e do Trabalho**

Altera o Decreto-Lei n.º 206/2001, de 27 de Julho, que estabelece as regras do exercício da actividade das agências funerárias

Aviso n.º 50/2005, de 2005-02-22 **Ministério dos Negócios Estrangeiros**

Torna público ter Portugal depositado, em 7 de Janeiro de 2005, junto do Secretário-Geral das Nações Unidas o seu instrumento de ratificação das emendas aos artigos 24.º, 25.º e 74.º da Constituição da Organização Mundial de Saúde

Decreto-Lei n.º 45/2005, de 2005-02-23 **Ministério da Administração Interna**

Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2000/56/CE, da Comissão, de 14 de Setembro, que altera a Directiva n.º 91/439/CEE, do Conselho, relativa à carta de condução (cria novas restrições clínicas)

Portaria n.º 225/2005, de 2005-02-24 **Ministério da Saúde**

Determina que a prova de comunicação médica do concurso de ingresso no internato médico se realiza nos meses de

Março e Abril de 2005

Portaria n.º 208/2005, de 2005-02-24 **Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde**

Estabelece a aplicação ao subsistema de assistência na doença aos militares das Forças Armadas dos regimes jurídicos consagrados nos diplomas previstos no artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 234/2003, de 27 de Setembro

Decreto-Lei n.º 50/2005, de 2005-02-25 **Ministério das Actividades Económicas e do Trabalho**

Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2001/45/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Junho, relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde para a utilização pelos trabalhadores de equipamentos de trabalho, e revoga o Decreto-Lei n.º 82/99, de 16 de Março

2.ª Série - Fevereiro

Despacho n.º 3176/2005 (2.ª série), de 2005.02.14 **Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado da Saúde**

Altera o anexo ao Despacho n.º n.º 21 212/2003, de 14 de Outubro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 255, de 4 de Novembro de 2003 (comparticipação de medicamentos prescritos a doentes com doença de Alzheimer ou demência de Alzheimer).

Despacho n.º 4102/2005 (2.ª série), 2005.02.24 **Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde**

Aprova o Regulamento da Medida n.º 2.5 do Saúde XXI - "Modernização e humanização dos serviços hospitalares"

I.ª Série - Março

Portaria n.º 258/2005, de 2005-03-16 **Ministério da Saúde**

Integra a infecção pelo VIH na lista de doenças de declaração obrigatória. Revoga a Portaria n.º 103/2005, de 25 de Janeiro

Despacho Normativo n.º 17/2005, de 2005-03-16 **Ministério da Saúde**

Fixa os códigos de barras que deverão constar nas etiquetas das embalagens de todos os medicamentos

Portaria n.º 281/2005, de 2005-03-17 **Ministério da Saúde**

Aprova a lista de classificação dos hospitais

Portaria n.º 310/2005, de 2005-03-23 **Ministério da Saúde**

Regula a efectivação do dever de pagamento de contribuições e taxas por parte das entidades reguladoras de saúde



2.ª Série - Março

Edital n.º 388/2005, de 2005.03.01

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Declara aberto concurso para a apresentação de projectos de investigação aplicada na área de cuidados de saúde.

Despacho n.º 4466/2005 (2.ª série), 1 de Março de 2005

Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado da Saúde

Determina que os medicamentos com a substância activa infliximab destinado ao tratamento de doentes com doença de Crohn são comparticipados pelo escalão A (100%), apenas podendo ser prescritos por médicos especialistas em gastroenterologia, devendo o médico prescriptor fazer na receita menção expressa do presente despacho.

Despacho n.º 4570/2005, de 2005.03.02

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Aprova o novo Plano Nacional de Vacinação

Despacho n.º 4571/2005 (2.ª série), 2005.03.02

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Cria a comissão de coordenação do Programa Nacional de Combate à Obesidade

Despacho n.º 4572/2005 (2.ª série), de 2005.03.02

Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado da Saúde

Mantém a comparticipação em 50% dos preparados oficiais incluídos na Farmacopeia Portuguesa ou no Formulário Galénico Nacional e as fórmulas magistrais que constam da lista de medicamentos manipulados comparticipáveis, até aprovação da lista de medicamentos manipulados comparticipados a que se refere o n.º 4 do artigo do Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de Junho, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 90/2004, de 20 de Abril.

Despacho n.º 5080/2005 (2.ª série), 2005.03.09

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Procede à regulamentação do sistema electrónico de transmissão da receita médica, que vai ser desenvolvido a título experimental em hospitais, centros de saúde, prescritores privados e farmácias do distrito de Portalegre, para posteriormente, com a segurança adequada, ser generalizada a sua utilização a todo o território do continente.

Despacho n.º 5081/2005 (2.ª série), de 2005.03.09

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Cria o Observatório Nacional de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão (destinado a fazer a recolha, tratamento e monitorização das exposições feitas pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde).

Aviso n.º 2427/2005 (2.ª série), de 2005.03.09
Ministério da Saúde - Departamento de Modernização e Recursos da Saúde

Torna pública a abertura do processo de candidatura à realização da prova de comunicação médica

Despacho n.º 5304/2005 (2.ª série), de 2005.03.11

Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado da Saúde

Determina que os medicamentos biológicos com indicação na artrite reumatóide são comparticipados pelo escalão A (100%) quando prescritos para o tratamento da artrite reumatóide, ao abrigo de um protocolo de monitorização da artrite reumatóide, nos termos consagrados neste diploma.

Abril - 1.ª Série

Decreto-Lei n.º 76/2005, de 2005-04-04

Ministério da Saúde

Altera o Decreto-Lei n.º 25/2003, de 4 de Fevereiro, que transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2001/37/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de Junho, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados membros no que respeita ao fabrico, à apresentação e à venda de produtos do tabaco

Portaria n.º 377/2005, de 2005-04-04

Ministério da Saúde

Estabelece que o custo dos actos relativos aos pedidos previstos no Decreto-Lei n.º 72/91, de 8 de Fevereiro, bem como dos exames laboratoriais e dos demais actos e serviços prestados pelo INFARMED, no âmbito das suas atribuições relativas a medicamentos, constitui encargo dos requerentes. Revoga a Portaria n.º 854/97, de 6 de Setembro

Portaria n.º 393/2005, de 2005-04-05

Ministério da Saúde

Integra no escalão B as associações de antiasmáticos e ou de broncodilatadores (5.1) constantes do escalão C do anexo à Portaria n.º 1474/2004, de 21 de Dezembro

Portaria n.º 396/2005, de 2005-04-07

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

Fixa as taxas a cobrar pelos actos relativos a ensaios clínicos

Portaria n.º 410/2005, de 2005-04-11

Ministério da Saúde

Altera os quantitativos do subsídio adicional mensal dos médicos da carreira de clínico geral

Portaria n.º 418/2005, de 2005-04-14

Ministérios das Finanças e da Administração

LEGISLAÇÃO

PUBLICADA DE FEVEREIRO A AGOSTO DE 2005

Vasco Coelho – Consultor Jurídico S. R. S.

Pública e da Saúde

Aprova o regulamento interno que define a organização e o funcionamento dos serviços da Entidade Reguladora da Saúde

Portaria n.º 420/2005, de 2005-04-14 Ministério da Saúde

Aprova o cartão de identificação para uso exclusivo dos trabalhadores do INFARMED

Portaria n.º 426/2005, de 2005-04-15 Ministério da Saúde

Estabelece que os encargos com a transferência e respectiva devolução do utente e processo clínico que ocorram no âmbito do SIGIC (sistema de gestão de inscritos para cirurgia) são da responsabilidade do hospital de origem

Resolução da Assembleia da República n.º 16-A/ 2005, de 2005-04-21 Assembleia da República

Propõe a realização de um referendo sobre a descriminalização da interrupção voluntária da gravidez realizada nas primeiras 10 semanas

Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 2005-04-27

Presidência do Conselho de Ministros

Aprova os princípios fundamentais orientadores da estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência

Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 2005-04-27

Presidência do Conselho de Ministros

Cria um grupo técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários

Abril - 2.ª Série

Despacho n.º 9023/2005, de 2005-04-22

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Aplica várias medidas que visam proceder à divulgação do SIGIC ao resto do País e, concomitantemente, consolidá-lo nas regiões onde ele já se encontra implementado

Aviso n.º 4609/2005, de 2005-04-29

Ministério da Saúde - Departamento de Modernização e Recursos da Saúde

Torna pública a abertura de concurso de ingresso no período de formação específica do internato médico

Maió - 1.ª Série

Portaria n.º 459/2005, de 2005-05-03 Ministérios das Actividades Económicas e do

Trabalho e da Saúde

Estabelece as normas relativas às condições de emissão dos certificados de aptidão profissional (CAP) e de homologação dos respectivos cursos de formação profissional correspondentes aos perfis profissionais de ajudante de saúde (M/F) e de auxiliar de acção médica (M/F)

Despacho Normativo n.º 29/2005, de 2005-05-05 Ministério da Saúde

Determina a concessão do título de especialista pela Ordem dos Farmacêuticos, cuja atribuição é imediatamente reconhecida pelo Estado e subsequentemente por todas as instituições de saúde, independentemente da sua natureza jurídica

Portaria n.º 470/2005, de 2005-05-06 Ministério da Saúde

Revoga a Portaria n.º 393/2005, de 5 de Abril, que integra no escalão B as associações de antiasmáticos e ou de broncodilatadores (5.1) constantes do escalão C do anexo da Portaria n.º 1474/2004, de 21 de Dezembro

Portaria n.º 491/2005, de 2005-05-24 Ministérios das Finanças e da Saúde

Autoriza o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde a celebrar contratos-programa com os hospitais sociedades anónimas pela prestação de serviços a utentes do Serviço Nacional de Saúde

Decreto Regulamentar n.º 3-A/2005, de 2005-05-31

Ministério da Saúde

Cria a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde

Maió - 2.ª Série

Despacho n.º 11 077/2005, de 2005-05-17

Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde

Para efeitos de aplicação do disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 112/98, de 24 de Abril, procede à identificação dos estabelecimentos de saúde e especialidades considerados carenciados

Junho - 1.ª Série

Decreto-Lei n.º 88/2005, de 2005-06-03 Ministério da Saúde

Revoga o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede de cuidados de saúde primários e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde

Decreto-Lei n.º 92/2005, de 2005-06-07 Ministério da Saúde



Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2003/94/CE, da Comissão, de 8 de Outubro, que estabelece princípios e directrizes das boas práticas de fabrico de medicamentos para uso humano e de medicamentos experimentais para uso humano

Decreto-Lei n.º 93/2005, de 2005-06-07
Ministério da Saúde

Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais

Decreto Regulamentar n.º 4/2005, de 2005-06-09
Ministério da Saúde

Procede à fusão dos Serviços Sociais do Ministério da Saúde nos Serviços Sociais da Presidência do Conselho de Ministros

Lei n.º 38/2005, de 2005-06-21
Assembleia da República

Autoriza o Governo a legislar sobre distribuição fora das farmácias de medicamentos que não necessitem de receita médica

Junho - 2.ª Série

Despacho n.º 14 319/2005 (2.ª série), de 2005-06-29
Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Alarga o leque de produtos dietéticos com baixo teor ou isentos de fenilalanina que beneficiam de comparticipação a 100%.

Julho - 1.ª Série

Portaria n.º 618-A/2005, de 2005-07-27
Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde

Actualiza os preços de medicamentos

Portaria n.º 620/2005, de 2005-07-28
Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

Altera o quadro de pessoal do Centro de Histocompatibilidade do Centro

Julho - 2.ª Série

Despacho n.º 14 635/2005 (2.ª série), de 4 de Julho de 2005
Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde

Determina que seja reaberta a apresentação de candidaturas para a medida n.º 2.2 - Tecnologias de Informação e Comunicação para aquisição de software de base e hardware para as grandes áreas aplicacionais, com prioridade para as candidaturas para a farmácia hospitalar, urgência hospitalar, a

gestão e acompanhamento das consultas externas, nomeadamente das primeiras consultas de especialidade, digitalização, distribuição e arquivo de imagens médicas e controlo e prevenção de fraudes nas baixas médicas.

Agosto - 1.ª Série

Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2005, de 2005-08-01

Presidência do Conselho de Ministros

Visa implementar a definição de orientações uniformes que fomentem o rigor e promovam a transparência da acção do Estado e dos titulares da gestão das entidades públicas empresariais e sociedades anónimas de capitais exclusiva ou maioritariamente públicos, aplicando-se ainda estas medidas, com as devidas adaptações, aos institutos públicos

Decreto Legislativo Regional n.º 13/2005/M, de 2005-08-03

Região Autónoma da Madeira - Assembleia Legislativa

Adapta à Região Autónoma da Madeira a Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho, que regulamenta o Código do Trabalho

Portaria n.º 639/2005, de 2005-08-04
Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

Aprova o quadro de pessoal transitório do Instituto da Droga e da Toxicod dependência.

Decreto Regulamentar Regional n.º 17/2005/A, de 2005-08-08

Região Autónoma dos Açores - Presidência do Governo

Altera o quadro de pessoal do Hospital da Horta na parte respeitante ao pessoal médico (especialidades de cardiologia, cuidados intensivos, nefrologia e pneumologia) e ao pessoal operário.

Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 2005-08-10
Ministério da Saúde

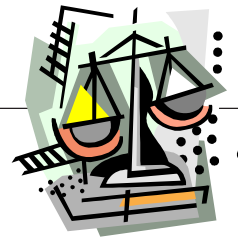
Cria, em execução do Plano Nacional de Saúde, o Alto Comissariado da Saúde e extingue a Comissão Nacional de Luta contra a Sida, revogando os n.os 2 a 5 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 257/2001, de 22 de Setembro

Decreto-Lei n.º 129/2005, de 2005-08-11
Ministério da Saúde

Altera o Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de Junho, que estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, republicando o referido diploma.

Portaria n.º 652/2005, de 2005-08-12
Ministério da Justiça

Aprova os custos para exames e perícias médico-legais



Decreto-Lei n.º 134/2005, de 2005-08-16

Ministério da Saúde

Estabelece o regime da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias

Decreto-Lei n.º 137/2005 de 2005-08-17

Ministério da Saúde

Primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 241/2002, de 5 de Novembro, transpondo para a ordem jurídica interna as Directivas n.os 2004/5/CE e 2004/6/CE, da Comissão, de 20 de Janeiro, que alteram a Directiva n.º 2001/15/CE, da Comissão, de 15 de Fevereiro, relativa às substâncias que podem ser adicionadas, para fins nutricionais específicos, aos géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial

Portaria n.º 685/2005, de 2005-08-18

Ministério da Justiça

Aprova as quantias devidas pelos exames e perícias médico-legais e forenses realizados pelos peritos contratados para o exercício dessas funções

Decreto-Lei n.º 142/2005, de 2005-08-24

Ministério da Saúde

Estabelece o regime jurídico dos produtos cosméticos e de higiene corporal, transpondo as Directivas n.os 2003/15/CE, 2003/80/CE, 2003/83/CE, 2004/87/CE, 2004/88/CE, 2004/93/CE, 2004/94/CE e 2005/9/CE, que alteraram a Directiva n.º 76/768/CEE, do Conselho, de 27 de Julho, relativa à aproximação das legislações dos Estados membros respeitantes aos produtos cosméticos

Decreto-Lei n.º 146/2005, de 2005-08-26

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

Altera o Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, que estabelece o novo regime jurídico de protecção social na eventualidade doença no âmbito do subsistema previdencial de segurança social.

Portaria n.º 747/2005, de 2005-08-29

Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações

Estabelece as regras de obtenção do certificado que atesta os conhecimentos profissionais para o exercício da actividade de prestação de serviços com veículos pronto-socorro.

Lei n.º 44/2005, de 2005-08-29

Assembleia da República

Lei das associações de defesa dos utentes de saúde

Lei n.º 43/2005, de 2005-08-29

Assembleia da República

Determina a não contagem do tempo de serviço para efeitos de progressão nas carreiras e o congelamento do montante de todos os suplementos remuneratórios de todos os funcionários, agentes e demais servidores do Estado até

31 de Dezembro de 2006.

Lei n.º 51/2005, de 2005-08-30

Assembleia da República

Estabelece regras para as nomeações dos altos cargos dirigentes da Administração Pública

Resolução do Conselho de Ministros n.º 142/2005, de 2005-08-31

Presidência do Conselho de Ministros

Dispensa do serviço os bombeiros voluntários que sejam funcionários públicos para colaborar no esforço do combate aos incêndios.

Lei n.º 52/2005, de 2005-08-31

Assembleia da República

Aprova as Grandes Opções do Plano para 2005-2009

Agosto - 2.ª Série

Despacho n.º 16788/2005(2.ª série). DR 148 SÉRIE II de 2005-08-03

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Subdelegação de poderes, com a faculdade de subdelegar, no conselho de administração do Instituto Nacional de Emergência Médica de poderes necessários para a prática de diversos actos.

Despacho n.º 17199/2005(2.ª série), de 2005-08-10

Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde

Delegação de competências no Director-geral do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde.

Despacho n.º 17 283/2005 (2.ª série), de 2005-08-11

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Actualiza a composição e adiciona um novo membro à Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal.

Despacho conjunto n.º 574/2005, de 2005-08-12

Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde

Aprova os preços de referência dos grupos homogêneos de medicamentos sujeitos ao sistema de preços de referência, os quais correspondem ao PVP do medicamento genérico de preço mais elevado que integra cada um dos referidos grupos

Despacho n.º 18950/2005, de 2005.08.31

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Delegação de competências no director-geral da Saúde (no âmbito do licenciamento de unidade privadas de saúde e da criação, extinção e modificação de serviços hospitalares e alteração da sua lotação, entre outras).