

# Ficha Técnica

## Ordem dos Médicos

Ano 21 – N.º 61 – Outubro 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 EDITORIAL**  
**Na Ordem do Dia**
- 8 INFORMAÇÃO**  
do Conselho Nacional Executivo  
**Registo fotográfico de imagens**
- 10 Recomendação 01/05 e**  
**Concurso extraordinário de exame para obtenção do título de especialista em Medicina Desportiva**
- 12 ACTUALIDADE**  
**OM eleita para a presidência da UEMO**
- 14 ENTREVISTA**  
**Isabel Caixeiro, presidente do Conselho Regional do Sul da O. M., presidente eleita da UEMO**
- 20 OPINIÃO**  
**O regulamento da avaliação da formação - sua aplicação**  
*por A. Poiares Baptista*
- 22 Avaliação de competência e certificação médica - Repensar as carreiras médicas**  
*por Pedro Abecassis*
- 24 Acerca da “Medicina baseada na evidência”**  
*por António José de Barros Veloso*
- 34 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA**  
**O Papa João XXI - No 8.º Centenário do nascimento**  
*por A. M. Meyrelles do Souto*
- 36 Lavagem das mãos dos médicos e separação das águas**  
*por A. Coutinho de Miranda*
- 38 CONTOS**  
**O teorema de Pitágoras**  
*por Jaime Milheiro*
- 40 CONSULTÓRIO JURÍDICO**  
**Recusa de tratamento com fundamento em crença religiosa**
- 46 CULTURA**  
**Música e Livros**
- 48 LEGISLAÇÃO**  
**Resumo da legislação publicada em Setembro**  
*por Vasco Coelho*
- 50 AGENDA**

## Europa

Contrariamente ao que acontecia quando como Presidente do Regional escrevia os editoriais do Medi.Com, escrever os editoriais da ROM não é um acto lúdico, antes um dever do ofício.

Não cabe neste âmbito “estados de alma” ou alguma critica descomprometida, antes me obriga a dar-vos conta, mês após mês, do que de relevante aconteceu, mereceu ou merecerá posição da Ordem, enfim os factos endógenos ou exógenos que nos afectam a todos como médicos.

No mês que agora finda uma nova obrigação adquiri. A convite da TSF comprometeu-se a Ordem a comentar semanalmente às 18h e 45 m de segunda-feira os factos relevantes da semana. Trata-se de um comentário de 1 minuto e meio subordinado ao título genérico de “na Ordem do Dia” já que várias Ordens ocupam idênticos espaços ao longo da semana.

O exercício em causas torna-se essencialmente difícil pela necessidade de compactar em um minuto e meio a análise de uma situação que, no mínimo, deve ser inteligível.

Adoptei, para melhor esclarecimento, a posição de escrever um pequeno texto, sujeitá-lo aos necessários cortes e emití-lo como produto final. Em simultâneo, e para conhecimento dos colegas que, entretanto e a tais horas, terão outras ocupações que ouvir a TSF, publicar em anexo a este editorial a totalidade dos textos preparados para o efeito.

Resta-me pois, neste Editorial, esclarecer para consumo interno os factos do âmbito da Ordem que não merecem comentário público ou não possuem interesse geral que justifique um órgão de comunicação social generalista.

São por vezes factos mais significativos ou de maior importância para a nossa vida colectiva enquanto médicos como seja a eleição no passado dia 15 de Outubro da nossa colega Isabel Caixeiro como futura Presidente da União Europeia dos Médicos de Clínica Geral.

Foi uma eleição com três candidaturas (Portugal, Eslovénia e Hungria) em que os resultados pela sua expressividade (15-4-2) dizem bem do prestígio da delegação portuguesa e da sua Chefe de Delegação.

Dito assim quase tudo ficaria dito. Não seria, no entanto, justo, que conhecedor que sou da história do processo que agora tem tal desfecho não vos desse conta de factos que permitem compreender o que se passou.

Desde sempre a Medicina Geral e Familiar Portuguesa, pelo seu desenvolvimento, pela sua rápida, precoce e generalizada identificação como especialidade, pela caracterização do seu paradigma e modelo de exercício tem estado sob a atenção dos nossos colegas europeus.

Nos anos oitenta António Pinto de Almeida foi Vice-Presidente da UEMO e nos anos noventa Vítor Ramos, igualmente Vice-Presidente, e Jaime Correia de Sousa marcaram fortemente a evolução desta Associação Europeia.

O nosso colega Jaime Correia de Sousa foi eleito Presidente da UEMO em 1998. Tal presidência deveria iniciar-se em 1999 estando tudo preparado para o efeito, nomeadamente contratação de secretariado e disponibilização de instalações na Secção Regional do Norte.

As eleições ocorridas em Dezembro de 1998 que ditaram a derrota da lista ao Conselho Regional do Norte integrada pelo Dr. Jaime Correia de Sousa levaram a uma situação de enorme crispação.

A irredutibilidade do Presidente eleito do Conselho Regional do Norte, Dr. Miguel Leão, que propôs a substituição do presidente da UEMO por outra colega do seu Conselho Regional levou a uma situação

insustentável em termos internacionais.

Em consequência o Dr. Jaime Correia de Sousa foi obrigado a reconhecer não ter condições para exercer a Presidência tendo Portugal perdido o seu mandato a favor de Itália.

Foi uma grave crise que nos acarretou enorme desprestígio internacional mas que foi imprescindível resolver como se resolveu para bem da unidade da Ordem a nível nacional – malhas que o estatuto tece....

Nos anos seguintes a delegação portuguesa não integrou, por vontade deles mesmos, colegas da Secção Regional do Centro, sendo liderada pelo Dr. José Luís Gomes então Vice-Presidente do Conselho Regional do Sul e integrando as colegas Isabel Caixeiro, Manuela Santos, Fátima Oliveira, Isabel Chaves e o saudoso Dr. Mendes Leal, Presidente do Colégio de Especialidade.

Deve a Ordem dos Médicos a estes colegas todo um trabalho de recuperação do prestígio assente na solidez e coerência de posições quer durante a conturbada presidência Italiana quer posteriormente durante a longa presidência Sueca.

O excelente trabalho da Dra Isabel Caixeiro ao assumir cada vez maior responsabilidades, primeiro como chairwoman do grupo de trabalho (agora standing comitee) “igualdade de oportunidade” e mais tarde como Vice-Presidente, associou-se ao de todos os outros elementos da delegação onde não deve ser esquecida a diplomacia do José Luís Gomes e Mendes Leal e a solidez como tesoureira nacional da Manuela Santos. Após o trágico falecimento do Dr. Mendes Leal passou o Colégio a ser representado pelo Dr. Luís Filipe Gomes e mais tarde, após as eleições de Dezembro de 2004, foi a delegação reforçada pelo Dr. Luiz Santiago da Secção Regional do Centro.

Um facto merece aqui particular destaque - a nomeação pelo actual Conselho Regional do Norte do Dr. Jaime Correia de Sousa como membro da delegação nacional junto da UEMO.

É importante referir a atitude de ruptura com o passado protagonizada pelo Dr. Moreira da Silva que tive oportunidade de publicamente louvar bem como a disponibilidade do Dr. Jaime Correia de Sousa que trouxe à delegação todo o seu conhecimento, experiência e entusiasmo.

É importante que se registe e louve o seu empenhamento na eleição da Dra Isabel Caixeiro, sabendo pôr acima das suas amizades e cumplicidades do passado no fórum internacional do qual foi digno Presidente-Eleito, o seu dever para com Portugal e a sua Ordem.

No momento em que a Ordem dos Médicos se prestigia internacionalmente não poderia, como seu Presidente e coordenador do Departamento Internacional durante sete anos, deixar de dar nota dos nomes dos colegas a quem todos nós como médicos portugueses devemos estar gratos.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pedro Nunes', written in a cursive style.



### TSF I

17/10/2005

Nesta democracia mediática em que vivemos, um convite da TSF para uma crónica semanal é irrecusável.

De tal forma irrecusável que só depois de o aceitar me apercebi da enormidade da tarefa. Só esta semana, confrontado com a necessidade imediata de o produzir, dei por mim a matutar sobre o que verdadeiramente estaria na Ordem do Dia...

Após curta reflexão e entrando no espírito dos tempos concluí que a Ordem do Dia não está no que eventualmente importante ou complexo queremos pôr na agenda mas, pelo contrário, naquilo que a comunicação social entendeu ser a agenda da semana.

Desfolhando jornais, telejornais e noticiários radiofónicos fácil foi perceber que não uma mas muitas crónicas eram possíveis esta semana.

Desde logo a gripe das galinhas que à medida que se aproxima se vai tornando mais aterradora e como tal mais circunspectamente tratada por gripe aviária.

Agora que ultrapassados os Urais entrou na Europa e bate à porta da União na Roménia e na Turquia o assunto, apesar de maioritariamente confinado a perus e gansos começa a fazer qualquer bom chefe de família olhar de través para a gaiola do piriquito.

Não digo que o assunto não seja sério mas como em casos anteriores há que olhar para ele nas devidas proporções e não transformar uma epidemia de gripe numa muito mais grave epidemia de pânico.

Outro assunto que seria incontornável na semana que finda é precisamente a longa entrevista concedida pelo Ministro da Saúde ao Expresso e a notável e originalíssima política de Saúde Materna que se esboça.

Por infeliz coincidência ou pelos acasos do destino lê-se ao mesmo tempo que o Governo preconiza poupar dinheiro ao encerrar dezenas de maternidades que fazem poucos partos e planeia gastá-lo incentivando clínicas espanholas que façam muitos abortos.

Uma mente preversa poderia concluir que tal política será plenamente conseguida quando se encerrar por desnecessária a última das maternidades...

Apesar de tantos e tão graves assuntos escolhi um bem mais comezinho.

Com efeito foi discretamente anunciado esta semana que o Ministério Público arquivou, por absoluta falta de indícios o processo movido contra a médica anestesista protagonista do que ficou conhecido como o “caso do Hospital de Lagos”.

Espera-se que com igual discricção a Inspecção Geral de Saúde encerre agora o respectivo processo.

Para a Ordem este foi mais um das cinco centenas de inquéritos que todos os anos elabora. Foi mais um e dos mais simples pois se são sempre complicados os casos em que houve falecimento de doentes, este foi daqueles em que todas as peritagens foram claras e imediatas a atestar a correcção téc-

nica do comportamento da médica.

É um caso que merece, agora que acaba, alguma reflexão e muitas perguntas para serem respondidas por quem de direito:

Perguntar, por exemplo, quem assume a responsabilidade pelo que acontece nos hospitais portugueses e, como tal, a quem cabe indemnizar as vítimas dos acidentes?

Perguntar quem se responsabiliza pelos danos morais causados a um médico jovem que é acusado na praça pública de ser o causador de duas mortes quando o seu único crime foi trabalhar árduamente para manter a funcionar um bloco operativo onde o colocaram a trabalhar sózinho?

Perguntar que consequências tem a mediatização de casos desta natureza e a necessidade política de satisfazer a opinião pública com o encontrar de um fácil e óbvio “bode espiatório”. É que a confiança dos doentes nos médicos e destes na Administração tem um preço... .. um preço elevadíssimo.

Bom, um preço que certamente também tem o tempo de antena da TSF pelo que está na altura de acabar e despedir-me até para a semana.

### TSF 2

24/10/2005

A notícia abriu praticamente todos os jornais das televisões.

Um peru, na pacata ilha grega de Hios adoeceu com gripe. Numa das mais populares cadeias o locutor acrescentou presuroso: - A União Europeia assolada pela gripe das aves...

Todos sabemos que a comunicação social, como hoje quase todos os sectores, vive num Mundo de decisões imediatas, de competição económica a todo o preço.

Quando o cliente tem sempre razão... ..dá-se ao cliente o que ele quer sem hesitação ou reflexão.

Se a Ordem do Dia é a gripe das galinhas então a doença de um solitário peru numa solitária ilha do Egeu é tão ou mais notícia de abertura quanto seria a morte de um prémio Nobel ou de um Presidente da República.

Torna-se óbvio que se a opinião pública está ansiosa por notícias sobre galinhas e perus engripados então são notícias sobre galinhas e perus que devem ser servidas. As audiências e barómetros não mentem e os anunciantes pagam para ser vistos...

Isto dito, e atento o facto da mesma notícia ter aberto os noticiários de praticamente toda a Europa, um número significativo de insuspeitas e circunspectas personalidades do mundo da ciência, vieram, quais Nostradamus, apresentar perante o atónito espectador previsões de milhares de mortos num futuro mais ou menos imediato.

Nenhum citou a sabedoria do povo português e recomendou o tradicional “avinha-te, abifa-te e abafa-te”. Ninguém mesmo, no que seria óptimo para o País em crise, se lembrou do Natal e recomendou ao peru um reconfortante cálice de Porto. Não, falou-se num medicamento eventualmente benéfico e todos correram para a farmácia esgotando-o num ápice.



Não está em causa a potencial tragédia que uma potencial pandemia de gripe poderá provocar para o ano ou daqui por dez anos.

Não está em causa a necessidade de adoptar medidas de prevenção nem o sempre presente desejo de prever o futuro. Que se usem bolas de cristal ou os mais avançados meios da ciência não vem aliás aqui para o caso.

O que está para mim em causa é a questão de saber se um pecado perú engripado é razão bastante para reunir dois dias os vinte e cinco ministros da Saúde dos vinte e cinco países da União Europeia.

O que é para mim motivo da maior perplexidade é saber se faz sentido gastar milhões de euros em medicamentos que não se sabe se terão utilidade no tratamento de doenças que não se sabe se virão a ser perigosas, provocadas por virus que não se sabe se virão a existir.

Claro que sem o ónus de ter de tomar decisões agora e por elas ser responsabilizado amanhã, é mais fácil para mim manter-me no domínio da lógica do que para qualquer ministro de qualquer governo.

Posso assim com toda a tranquilidade ponderar os sessenta e cinco mortos eventualmente relacionados na Ásia com a gripe aviária e compará-los em termos de risco presumível com os milhões de indivíduos que há vários anos contactam em duvidosas condições de higiene e saúde com biliões de galinhas, patos e perus infectados.

Lembro-me do que há poucos anos aconteceu com a chamada “pneumonia atípica” que apesar das dezenas de intervenções televisivas de um director de hospital que chamava a comunicação social sempre que internava um doente com febre, nunca se dignou afectar um português.

É que a história do menino e do lobo é por demais conhecida e, à força de assustar sistematicamente as pessoas com perigos imaginários, arriscamo-nos, um dia que seja necessário, a encontrar pela frente uma opinião pública completamente indiferente às mais óbvias e elementares recomendações.

Kissinger, que tinha obrigação de saber do que falava, disse: *...”os grandes estadistas do passado viam-se como heróis que tomavam a seu cargo a penosa tarefa de conduzir as respectivas comunidades do familiar para um futuro ainda desconhecido. O político actual está menos preocupado em tornar-se um herói que uma estrela. Os heróis percorrem um caminho solitário; as estrelas derivam o seu estatuto da aprovação geral”...*

Mas são os políticos que tomam as decisões e dessas decisões todos assumimos as consequências. Talvez esteja na altura de nos interrogarmos sobre as condições que oferecemos aos decisores para decidirem...

É que decidir é escolher e como todos sabemos, em tempo de vacas magras, dinheiro que se gasta num lado faz falta no outro...

Neste momento em que o mundo inteiro gasta biliões para prevenir hipotéticas doenças provocadas por hipotéticos virus que ninguém sabe se virão a existir, não resisto a pensar nos

milhares de doentes com malária, com cólera, com tuberculose ou simplesmente com fome que no preciso minuto e meio que dura esta crónica acabaram de morrer por terem o azar de a sua doença, apesar de bem concreta e tratável, não ser suficientemente importante para abrir telejornais...

### TSF 3

31/10/2005

Na semana que passou há um tema incontornável.

Não, não estou a referir-me à gripe das galinhas, refiro-me ao orçamento de Estado e algumas decisões anexas que foram discutidas e fizeram a agenda política da semana.

Sem a evidência que em semanas mais normais não deixaria de ter, lá se foi sabendo por entre o pânico dos papagaios de quarentena que o Governo, pela primeira vez desde tempos imemoriais, fizera um orçamento próximo da despesa real expectável.

Leigo que sou nestas coisas, sempre me fez uma enorme confusão porque no início do ano se afirma ir gastar dez quando se sabe de ciência certa que se irá gastar pelo menos vinte.

Tais tipo de orçamentos sempre me pareceram brincadeiras, qualquer coisa para enganar tolos, ou, no mínimo uma forma inteligente de garantir tema de debate para o ano inteiro – o famoso déficite.

Este ano, pelos vistos não será assim, ou pelo menos não será tanto assim. – São boas notícias...

O que já não são assim tanto foi ter lido num jornal económico que o Ministro da Saúde teria determinado por despacho que os hospitais estariam proibidos de aumentar a produção.

Isto é, para o ano nem mais uma consulta, nem mais uma cirurgia, nem mais um penozito para amostra...

Para além da perplexidade perante tais dotes adivinhatórios que permitem predizer este ano quantos vão ter apendicite para o ano, o que me fez confusão foi esta insistência em considerar a Saúde como uma despesa supérflua a que é necessário pôr cobro assim como quem decide deixar de ir ao cinema ou jantar fora...

É que a Saúde em Portugal emprega 125 000 trabalhadores, congrega 2000 instituições, produz 45 000 000 de actos por ano e é tão só a maior empresa de distritos como Faro, Castelo Branco ou Ponta Delgada.

Não é preciso ser economista para ler o relatório de 2003 da Organização Mundial da Saúde e perceber em que medida é que a Saúde é um investimento e em que medida tal investimento condiciona toda a economia de um país ou de uma região.

Não sendo economista não vos posso dizer se há ou não há vida para além do déficite...

Agora como médico garanto-vos que há vida para além do cancro, da SIDA ou da tuberculose. Há, mas para que haja é preciso gastar medicamentos, tecnologia e horas de trabalho e isso custa dinheiro.

Em tempo de vacas magras é nossa obrigação gastá-lo bem. É nossa obrigação gastá-lo em bens de facto necessários. Nem sempre a melhor forma de gastar é deixar de produzir...

## Registo fotográfico de imagens

*O Conselho Nacional Executivo (reunido em 19/07/2005) aprovou o seguinte parecer relativo ao registo fotográfico de imagens no contexto da actividade pericial Médico-Legal desenvolvida no Instituto Nacional de Medicina Legal:*

1 - Os registos fotográficos constituem-se em documentos em que se pretendeu registar factos, dados de observação, e conservá-los para utilização futura. São, assim, elementos “objectivos” com grande utilidade, susceptíveis de serem consultados, examinados e interpretados a posteriori e, como tal, acrescentam potencialmente valor a um exame pericial, e cumprem o pressuposto de qualidade: um exame deve socorrer-se dos melhores meios tecnológicos disponíveis para o registo dos factos.

2 - Destinando-se a melhor qualificar a interpretação dos peritos na elaboração das conclusões Médico-Legais de um caso específico, dotando-as de documentos cuja melhor qualidade de registo pode dar mais sustentação àquelas conclusões (ou invalidá-las), parece lógico que as imagens identifiquem o caso a que respeitam. De contrário, retirar-lhe-iam o valor de elemento objectivável, susceptível de poder ser analisado por terceiros.

3 - Situação distinta é a omissão de identificação se os registos forem usados como documentos para fins de demonstração didáctica, que, aí sim, deverão respeitar o anonimato da vítima.

4 - A documentação fotográfica deve, neste contexto, ser sempre obtida com equipamento próprio da instituição, pelo que se reconhece como natural e legítima a sua posse por parte da Delegação ou do Gabinete Médico-Legal, beneficiando, igualmente, a profilaxia da sua apropriação individual e

os riscos do seu mau uso.

5 - A obtenção de elementos documentais fotográficos, independentemente da sua potencial utilização futura, é uma prática que qualifica as Instituições com responsabilidades de formação pré e pós-graduada. Este princípio é tanto mais verdadeiro quando se considera que é irrepetível o momento da obtenção daquela iconografia, como é o caso das situações examinadas no âmbito da tanatologia.

6 - Numa Instituição Pública não há, em regra, lugar para a noção de “propriedade privada”, conceito que se não aplica a documentação e/ou iconografia obtida no âmbito das actividades da rotina institucional, seja pericial, assistencial ou outra. Considera-se que deve ser uma responsabilidade (dever) de todos os membros da Instituição obter e arquivar a documentação adequada e necessária para os fins a que a Instituição se consagra, quer a que pode conter “interesse” pessoal (áreas técnico-científicas que o perito cultive, por exemplo), quer a passível de ser usada por outros (fins didácticos, por exemplo), devendo, porém, ser feita uma menção particular ao autor da iconografia.

7 - A documentação fotográfica de cariz técnico-científico, tal como a que se realiza num exame de clínica Médico-Legal ou numa autópsia forense, segue regras que não são as da produção artística.

8 - As regras da autoria intelectual e científica já se aplicarão se a documentação vier a ser usada em publicações por extenso ou em resumo. Quem obteve a iconografia, a interpretou e a integrou numa ideia, deve constar da lista dos autores da publicação, no lugar que a sua contribuição para o “re-

sultado final” justifique. Se somente se limitou a obter aquela documentação (exemplo: um caso integrado na publicação de uma determinada casuística), deverá tal facto, por cortesia dos autores, ser mencionado como “agradecimentos”.

9 - A utilização do nome de uma Instituição em publicações e/ou comunicações só deve ser possível depois de obter o aval da mesma para os respectivos conteúdos. Tal não supõe, nas Instituições com prática científica regular e produtiva, regulamentações pesadas ou uma cadeia hierárquica “excessiva” de autorizações.

10 - A “autorização” institucional é usualmente representada pelo último autor (“senior author”), que é considerado proprietário e responsável pelo formato final das ideias desenvolvidas. O “senior author” deverá constituir-se numa autorização tácita, “natural”, delegada pela Direcção do Serviço, a qual deverá, em todo o caso, ser sempre informada do texto antes da sua publicação/comunicação.

11 - Esta metodologia deve excluir uma prática indesejável, sobretudo em países com subdesenvolvimento científico, designada na literatura pertinente por “autoria honorífica”, ou seja, a inclusão obrigatória do nome do responsável do Serviço/Instituição como autor sénior da publicação, inclusão “justificada” exclusivamente por esse própria condição, hierárquico-administrativa, e sem que o mesmo tenha tido qualquer contribuição efectiva e relevante para a concepção da “ideia de investigação”, o seu desenvolvimento/acompanhamento e a redacção final do texto. Esta posição identifica uma apropriação do trabalho de outrem, que é moralmente inaceitável na perspectiva da propriedade intelectual do trabalho efectuado”

# Recomendação 01/05

Tem a Ordem dos Médicos conhecimento de situações em que, por razões organizacionais, de contenção de custos ou de menor compreensão da qualidade técnica exigível na prática de actos médicos, não é possível dispor dos recursos humanos adequados à sua execução.

Tem a Comunicação Social dado particular relevo a casos esporádicos que, pela sua natureza, são perturbadores da confiança imprescindível à relação médico/doente, tais como os que envolvem acusações de alegado assédio de natureza sexual.

Reconhece a Ordem dos Médicos que os doentes não têm em muitos casos, e no âmbito dos serviços públicos de saúde, direito à completa e imediata liberdade de escolha do médico, forma por excelência de garantir a confiança.

Reconhece a Ordem dos Médicos que a má organização e distribuição de recursos leva a uma sobrecarga dos médicos com tarefas que não configuram actos médicos e que uma melhor gestão alocaria a outros profissionais.

No âmbito das suas atribuições legais a Ordem dos Médicos, reconhecendo que tais situações perturbam a qualidade em que deve ser exercida a medicina, recomenda para aplicação em todos os locais em que se exerçam actos médicos:

– Que os recursos humanos disponibilizados para o apoio à realização de actos médicos sejam os adequados e que decorram das necessidades técnicas inerentes à complexidade do acto praticado.

– Que em qualquer circunstância,

e desde que autorizado pelo doente, deverá ser possível ao médico requerer a presença de um elemento com formação profissional adequada (técnica e ética) para apoio à realização dos actos médicos.

– Que sempre que o doente o entenda poderá fazer-se acompanhar, devendo o médico aceder a tal vontade desde que tal não colida com as condições técnicas exigíveis

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos esclarecerá as dúvidas decorrentes da aplicação desta recomendação e responsabilizará os médicos directores clínicos, coordenadores ou directores pela implementação desta recomendação.

Lisboa, 27 de Setembro de 2005

# Concurso extraordinário de exame para obtenção do título de especialista em Medicina Desportiva

Foi homologada, em CNE de 19/07/2005, a proposta do Colégio de Medicina Desportiva, pelo que irá ser aberto um concurso extraordinário de exame para obtenção do título de Medicina Desportiva. Os candidatos deverão preencher os seguintes requisitos:

1. Frequência com aprovação de curso de Pós-Graduação ou Mestrado em Medicina Desportiva reconhecidos pela Ordem dos Médicos;

2. Licenciatura e exercício da Medicina com mais de

seis anos;

3. Prática diferenciada de Medicina Desportiva comprovada, por período não inferior a 4 anos envolvendo áreas como Exame-Médico-Desportivo, Fisiologia de Esforço, Ortotraumatologia, e outras constantes do novo Programa de Formação desta Especialidade.

Os exames deverão decorrer a partir de Fevereiro de 2006.

## OM eleita para a presidência da UEMO



Isabel Caixeiro representará 500.000 Médicos europeus



### A delegação portuguesa da UEMO

#### • Isabel Caixeiro

- Delegada da UEMO desde 1999
- Delegada do CPME desde 1999
- Vice-presidente da UEMO 2004/2007
- Presidente do subcomité da UEMO sobre Igualdade de Oportunidades
- Vice-presidente do subcomité do CPME sobre Medicina Preventiva
- Delegada no IAMRA, EMFA/OMS, FEMS, CEOM, EANA, WMA

#### • Luís Filipe Gomes

- Delegado da UEMO desde 2004
- Membro do Conselho European Academy of Teachers in General Practice (EURACT)
- Chairman do EURACT Members Service Committee
- Membro do General Practice/Family Medicine (GP/FM) College Board

#### • Manuela Santos

- Delegada da UEMO desde 1999
- Membro da Direcção da Ordem dos Médicos portuguesa desde 1999
- Tesoureira da OM desde 2002

#### • Jaime Correia de Sousa

- Delegado da UEMO 1993/1999
- Anteriormente eleito presidente da UEMO
- Course Director nos International Workshops na EURACT
- Editor chefe da Revista Portuguesa de Clínica Geral

#### • Luiz Santiago

- Delegado da UEMO
- Ex-director do Observatório Português dos Sistemas de Saúde
- Membro do GP/FM College Board

**No dia 15 de Outubro a Ordem dos Médicos foi eleita para a presidência da União Europeia dos médicos de Clínica Geral (UEMO). A eleição decorreu durante a reunião de Outono dessa organização que teve lugar em Istambul, na Turquia, onde estiveram presentes vinte e uma delegações que escolheram Portugal para o mandato de 2007/2010. A delegação portuguesa é composta por Isabel Caixeiro (eleita para a presidência da UEMO), Manuela Santos (eleita como tesoureira), Luís Filipe Gomes (eleito como secretário-geral) e ainda Jaime Correia de Sousa e Luiz Santiago (delegados).**

Decorreu na assembleia geral da UEMO, que teve lugar nos dias 14 e 15 de Outubro em Istambul, a eleição para a próxima presidência desta organização. A eleição é feita na reunião de Outono anterior ao último ano da presidência vigente, ou seja, terminando a presidência sueca em 2006, na segunda reunião de 2005 elegeu-se a direcção que entrará em funções em 2007, com uma equipa composta por presidente, tesoureiro e secretário geral. A candidatura é apresentada em nome da organização médica que está representada na UEMO, tendo a Ordem dos Médicos portuguesa sido a escolhida pelos seus pares.

Presentes nessa reunião estiveram as delegações da Áustria, Bélgica, Croácia, República Checa, Dinamarca, Finlândia, Alemanha, Hungria, Islândia, Irlanda, Itália, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Holanda, Noruega, Portugal, República Eslovaca, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça, Turquia, Reino Unido e ainda

representantes das seguintes organizações: Comité Permanente dos Médicos Europeus (CPME), Associação Europeia de Estudantes de Medicina (EMSA), Grupo Permanente de Trabalho dos Jovens Médicos Europeus (PWG) e União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS).

A delegação portuguesa, composta por Isabel Caixeiro (eleita para a presidência da UEMO), Manuela Santos (eleita como tesoureira), Luís Filipe Gomes (eleito como secretário-geral) e ainda Jaime Correia de Sousa e Luiz Santiago (delegados), realçou, durante a apresentação de candidatura aos colegas dos outros países, alguns pontos considerados essenciais que contribuirão para o desfecho positivo nesta eleição: a necessidade de continuar a fazer ouvir a voz dos clínicos gerais nas várias organizações médicas europeias, algo que é potenciado pela experiência e actividade da delegação portuguesa a nível internacional, reflexo do desempenho do departamento internacional da Ordem dos Médicos. A experiência a nível de gestão financeira de uma organização médica, foi outro elemento crucial.

Isabel Caixeiro será, até 2006, vice-presidente da UEMO, altura em que passará a presidente dessa associação médica. Que diferenças traz esta eleição? Tendo em conta a estrutura da UEMO, o papel desempenhado pelos vice-presidentes é fundamental: os vice-presidentes funcionam como assessores à presidência. Realizam-se duas assembleias gerais por ano e, no intervalo das mesmas, os vice-presidentes fazem reuniões intercalares para coordenação dos grupos de trabalho, organização das reuniões, acompanhamento da evolução da tesouraria. Têm também funções de represen-



## História da UEMO

Em 1967, as associações representantes dos clínicos gerais dos seis estados membros da Comunidade Económica Europeia reuniram-se em Paris e criaram a European Union of General Practitioners (UEMO). Com a criação dessa organização, a medicina geral começou a ter algum peso na Comunidade e, com o decorrer do tempo, tornar-se-ia a voz política da clínica geral ao nível da União Europeia. Nessa fase, a medicina geral e familiar tinha apenas começado a emergir como uma nova disciplina central da profissão, e estava ainda longe do reconhecimento na Europa. Os problemas da clínica geral mal tinham começado a ser levados em consideração e com seriedade. Passariam ainda vários anos até que fosse criado um sub-comité de clínica geral no CPME e quando a primeira directiva sobre reconhecimento mútuo foi adoptada em 1975, a medicina geral e familiar não foi tida em conta. Levava ainda mais uma década até que a luta da UEMO para eliminar essa lacuna atingisse a sua primeira grande vitória – em 1986 – com a adopção da directiva europeia que estabelecia um *standard* mínimo de formação para os clínicos gerais na Europa.

tação ou substituição da presidência. Mas a particularidade organizativa da UEMO, que torna os vice-presidentes elementos muito importantes da estrutura, é o facto dos quatro elementos serem eleitos sucessivamente, isto é, apesar do mandato durar quatro anos, todos os anos muda um vice-presidente. Deste modo, existem sempre na vice-presidência elementos com experiência, um sistema que permite que quando muda a presidência se efectue uma transição pouco atribulada.

À presidência cabe a responsabilidade de levar à prática as posições da assembleia geral (órgão que define as políticas a implementar pela UEMO). Este órgão pode apresentar propostas, fazer sugestões, coordena a organização dos grupos de trabalho, etc. Portugal está agora representado ao

mais alto nível em mais uma associação médica europeia.

### Igualdade de Oportunidades

A Comissão Europeia designou o ano de 2007 como o «Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos», como parte do esforço concertado para a promoção da igualdade e não discriminação na União Europeia. As temáticas principais dessa iniciativa serão:

- Direitos – com o intuito de fomentar a tomada de consciência do direito à igualdade e à não discriminação;
- Representação – estimular o debate de forma a aumentar a participação de grupos com menor representa-



tividade na sociedade;

- Reconhecimento – pugnar pela celebração e aceitação da diversidade;
- Respeito e tolerância – promovendo uma sociedade mais coesa.

Neste contexto, está já definido que a UEMO, associação médica que representa neste momento cerca de 500.000 médicos europeus mas que pretende aumentar ainda mais a sua representatividade como referiu a presidente eleita, Isabel Caixeiro (vide entrevista nesta edição), irá elaborar um documento para apresentação à UE no qual explicitará o trabalho desenvolvido nesta área.



## Principais objectivos da UEMO

- Estudar e promover a qualidade da formação, prática e cuidados prestados no campo da medicina geral e familiar na Europa;
- Defender o papel dos médicos de clínica geral nos sistemas de saúde;
- Promover os interesses éticos, científicos, profissionais, sociais e económicos dos clínicos gerais europeus, e assegurar a liberdade da sua prática na defesa do interesse dos seus doentes;
- Determinar as posições comuns defendidas pelos seus membros e representá-los através dos canais apropriados perante as autoridades europeias relevantes e organizações internacionais;
- Trabalhar com outras associações médicas europeias - CPME, FEMS, UEMS, PWG, OMS, etc. - para fortalecer a posição e unanimidade da profissão médica na Europa com o objectivo de manter os mais altos níveis de formação, ética médica e a qualidade dos cuidados prestados.

**Isabel Caixeiro, presidente do Conselho Regional do Sul da O. M., presidente eleita da UEMO**

## «O reconhecimento generalizado da especi

**Eleita no dia 15 de Outubro para a presidência da União Europeia dos Médicos de Clínica Geral (UEMO), para o período 2007/2010, Isabel Caixeiro vê esta nova eleição da Ordem dos Médicos para a direcção de uma associação médica europeia como o «reconhecimento da capacidade e do trabalho desenvolvido pelos representantes portugueses ao nível das várias organizações». Considerando que a experiência de todos os membros da delegação foi factor crucial para este desfecho positivo, Isabel Caixeiro afirma que durante esta presidência da UEMO irá pugnar pelo reconhecimento generalizado da especialidade de Medicina Geral e Familiar, realidade ainda por concretizar em vários países, e pela aproximação aos médicos mais jovens. Dois objectivos intimamente ligados à necessidade de reconhecer a importância dos cuidados de saúde primários e da medicina geral e familiar como base do Sistema Nacional de Saúde.**

**Revista da Ordem dos Médicos** – Como analisa esta eleição para a presidência da UEMO?

**Isabel Caixeiro** – Quem se candidata são as organizações que estão representadas na UEMO, neste caso, a Ordem dos Médicos portuguesa. Fui eleita para a presidência, a Dr.ª Manuela Santos como tesoureira e o Dr. Luís Filipe Gomes como secretário geral. A delegação é ainda composta pelos Drs. Jaime Correia de Sousa e Luiz Santiago.

Para esta eleição já existiam dois candidatos, um colega húngaro e uma colega eslovena, com reconhecidos méritos na organização, razão pela qual tive algumas dúvidas em relação a avançarmos. No entanto, após várias solicitações de várias delegações para apresentação de uma candidatura portuguesa, no sentido de termos uma possibilidade de escolha mais abrangente, resolvemos fazê-lo. Em 21 delegações, 15 votaram na candidatura portuguesa, quatro na eslovena e duas na húngara. Considero que foi um resultado que expressa o reconhecimento da capacidade e do trabalho desenvolvido pelos representantes portugueses ao nível das várias organizações. O trabalho de equipa que desenvolvemos na UEMO e as relações que temos com as outras organizações internacionais deu os seus frutos nesta expressiva votação.

**ROM** – Foi, então, essa solicitação dos outros membros da UEMO que levou à candidatura portuguesa?

**IC** – Começou por ser. Mas quando decidimos avançar com a proposta de candidatura fizemo-lo essencialmente por considerarmos que a experiência que temos como delegação nas várias organizações médicas poderia ser útil para a UEMO. Especificamente ao nível do Comité Permanente dos Médicos Europeus, onde sou vice-chairman de um sub-comité que tem uma forte relação com a medicina geral e familiar – o sub-comité de medicina preventiva e ambiente – poderia ser uma mais valia. Penso que esse foi um dos factores que levou os colegas a escolherem a Ordem dos Médicos para a presidência. Foi tanto um reconhecimento do trabalho que tenho desenvolvido nas várias estruturas como do valor desta equipa que tem representado os médicos portugueses a nível internacional.

**ROM** – Considera portanto que houve um reconhecimento da capacidade da equipa...

## «... a qualidade a nível europeu é o grande desafio»

**IC** – Sem dúvida. O Dr. Jaime Correia de Sousa já tinha sido representante da UEMO. Mas, por razões várias, não assumiu a presidência para que tinha sido eleito. Foi muito importante o seu regresso à delegação pois os colegas dos outros países já conheciam o seu trabalho.

O facto de termos a tesoureira da nossa organização nacional como tesoureira para a UEMO também transmitiu uma grande segurança às outras delegações, pois o factor financeiro é naturalmente sempre importante nestas organizações internacionais. A UEMO passou um período complicado na sequência duma presidência italiana que levantou algumas questões em termos de sustentabilidade financeira e que foi substituída antes do final do mandato por esta presidência sueca. Temos alguém com experiência na área da gestão financeira de uma instituição envolvido na candidatura foi, portanto, algo muito positivo.

**ROM** – E a título pessoal que reflexos tem esta eleição?

**IC** - Em termos pessoais sinto-me profundamente honrada com a eleição. Considero que, através do trabalho, dedicação e com muito apoio dos colegas, ultrapassei algumas fasquias e obtive o reconhecimento do que sou capaz de fazer. Temos muitas vezes a ideia de que em Portugal não se consegue concretizar projectos, fico satisfeita por poder mostrar que afinal somos capazes, que basta querermos, trabalharmos e lutarmos por isso. Esta eleição é também uma grande responsabilidade porque é a demonstração de que, mesmo em tempo de crise, não devemos gastar as nossas energias apenas a pensar na crise, mas antes dirigimos essas mesmas energias para as formas de solucionar os problemas. É um grande orgulho ver o reconhecimento do trabalho efectuado.

**ROM** – Em que grupos de trabalho a delegação portuguesa está mais envolvida?

**IC** - A delegação portuguesa tem feito uma gestão dos grupos de trabalho de forma a poder estar representada em todos. Em alguns fazemo-lo com maior actividade, noutros com menor, mas, como consideramos todos os temas dos grupos de trabalho importantes, temos pugnado pela participação activa em todos.

**ROM** – Pode referir alguns desses grupos?

**IC** – Estamos envolvidos num grupo de trabalho sobre ‘equal opportunities’ que entretanto se transformou num comité permanente de acompanhamento. Trata-se de uma área em que os problemas nunca estão resolvidos, vão sempre evoluindo, daí a razão dessa alteração.

No início esse grupo foi criado porque existia uma discrepância de pagamento entre médicos e médicas que realizavam o mesmo tipo de trabalho. Essa questão foi-se resolvendo e, neste momento, as nossas preocupações são mais abrangentes, nomeadamente, a deficiência, que é uma área não muito definida e a própria feminização da profissão médica que pode originar alguns problemas.

A União Europeia determinou que 2007 será o Ano Europeu da Igualdade. Na sequência dessa definição, a UEMO pretende redigir um documento demonstrativo do trabalho desenvolvido pela associação nesta área da igualdade de oportunidades para apresentar à UE.





## Presidências da UEMO (1967-2010)

1967-1971	<b>Bélgica</b> Dr. Fussen, Presidente; Dr. Malfliet, Secretário Geral
1972-1979	<b>Holanda</b> Dr. Van Rijn, Presidente; Dr. van der Leeuw, Secretário Geral
1980-1982	<b>França</b> Dr. Beaupère, Presidente; Dr. Lavolée, Secretário Geral
1983-1986	<b>Reino Unido</b> Dr. Rowe, Presidente; Dr. Josse, Secretário Geral
1987-1990	<b>Alemanha</b> Dr. Pfaff, Presidente; Dr. Hoch, Secretário Geral, Dr. Thomas / Dr. Winn, Tesoureiro
1991-1994	<b>Dinamarca</b> Dr. Asbjorn Jensen, Presidente; Dr. Schioler, Secretário Geral; Dr. Laerkesen Holm, Tesoureiro
1995-1998	<b>Irlanda</b> Dr. Cormac Macnamara, Presidente; Dr. Norman Murphy, Secretário Geral; Dr. Garret Hayes, Tesoureiro.
1998-1999	<b>Portugal</b> (vide referência a esta presidência no texto principal)
1999-2001	<b>Itália</b> Dr. Claudio Cricelli, Presidente; Raffaella Michieli, Directora do Secretariado; Dr. Lamberto Pressato, Tesoureiro.
2002-2006	<b>Suécia</b> Dr. Christina Fabian, Presidente; Dr. Carl-Eric Thors, Secretário Geral; Dr. Benny Ståhlberg, Tesoureiro; Ms Elisabeth Sundström, Executive Secretary
2002-2006	<b>Suécia</b> Dr. Christina Fabian, Presidente; Dr. Carl-Eric Thors, Secretário Geral; Dr. Benny Ståhlberg, Tesoureiro.
2007-2010	<b>Portugal</b> Dr.ª Isabel Caixeiro, Presidente; Dr. Luís Filipe Gomes, Secretário Geral; Dr.ª Manuela Santos, Tesoureira

Outros grupos de trabalhos muito importantes são o sobre actividades preventivas, sobre desenvolvimento profissional contínuo, sobre formação específica para a especialidade de Medicina Geral e Familiar e o grupo sobre os recursos e a falta de escolha desta especialidade pelos médicos mais jovens.

**ROM** – Essa falta de escolha da especialidade é um problema generalizado na Europa...

**IC** – É de facto um problema que foi identificado em todos os países, daí que tenha sido criado o grupo de trabalho permanente para analisar as causas que levam os médicos mais jovens a não escolher a especialidade de Medicina Geral e Familiar e o porquê de muitos dos que terminavam a especialidade acabarem por não a exercer. Foi elaborado um questionário através do qual se fez um levantamento dessas causas e verificou-se que são muito semelhantes em todos os países: o factor ‘reconhecimento da especialidade’, quer a nível da sociedade quer inter pares e o excesso de trabalho muito burocrático são alguns dos argumentos para a não opção ou não manutenção na especialidade. Existem, naturalmente, algumas especificidades de cada país: por vezes as causas prendem-se com a organização diferente dos próprios sistemas de saúde e do respectivo enquadramento da MGF, noutros existem honorários mais baixos e, noutros ainda, a especialidade ainda não foi reconhecida como tal. Essa é precisamente uma área de projecto da UEMO que a presidência sueca já está a desenvolver mas à qual pretendemos igualmente dar seguimento. Iremos pugnar pelo reconhecimento da especialidade em todos os países europeus com o mesmo nível de reconhecimento que as outras especialidades têm.

**ROM** – Existem ainda muitas diferenças quanto ao reconhecimento da especialidade de MGF entre os vários países?

**IC** – Existem e podem encontrar-se mesmo a nível de directivas, especificamente a directiva que regula a livre circulação de profissionais coloca os médicos de medicina geral e familiar em dois anexos, qualificando-os como de título três e de título quatro. Foi uma designação que se adoptou no momento da criação da directiva com o objectivo de proteger alguns grupos de médicos de MGF que não tinham a especialidade reconhecida. Nesse aspecto, Portugal é pioneiro: a especialidade de medicina geral e familiar já é reconhecida como tal desde 1982. Para nós faz todo o sentido que o reconhecimento seja automático, mas para isso é obrigatório que exista um programa de formação específica da especialidade com igual qualidade em todos os países europeus. Só assim será possível que um médico que seja

reconhecido como especialista em MGF, por exemplo, em França, onde o reconhecimento começou há muito pouco tempo, tenha um núcleo de formação que lhe permita ser igualmente reconhecido em Portugal. Vamos continuar a trabalhar no sentido de obter esse reconhecimento generalizado da MGF nos mesmos termos e com a mesma dignidade que todas as outras especialidades.

**ROM** – Quais as razões da ‘resistência’ a esse reconhecimento?

**IC** – O processo não tem sido fácil porque nalguns países em que a especialidade não é reconhecida a nível interno existe alguma falta de vontade de tentar modificar a situação. No Reino Unido, por exemplo, existem médicos com a especialidade de MGF mas não são reconhecidos como especialistas, estão num nível diferente. Como o tipo de organização é diferente do nosso não há esse empenho no sentido de fazer pressão a nível interno para modificar esse estado actual de coisas. Mudar uma directiva não é um processo fácil pois tem implicações a diversos outros níveis e se não houver pressão...

**ROM** – Que tipo de intervenções considera prioritárias ao nível da UEMO?

**IC** – O reconhecimento da MGF como especialidade, o recrutamento de novos médicos e a definição de formas de os manter na especialidade. Também consideramos fundamental tornar a UEMO mais representativa dos médicos de família. Neste momento representamos cerca de 500 mil médicos europeus, mas há países importantes que não estão na UEMO, como por exemplo a França e a Grécia. Estes dois países já pertenceram à organização mas saíram. Além de tencionarmos tentar que estes países voltem a fazer parte da União Europeia dos Médicos de Clínica Geral, também queremos que os novos membros da UE adiram pois pretendemos ter uma representatividade o mais abrangente possível. Na sequência da necessidade que temos de recrutar novos médicos para a MGF, outro dos nossos projectos prende-se com a aproximação aos mais jovens, quer através do PWG quer através das associações de estudantes, com o intuito de lhes demonstrar os aliciantes da especialidade, permitindo assim uma escolha mais informada e um provável aumento da opção por esta área da medicina.

**ROM** - Que desafios futuros se colocam em termos da carreira de MGF?

**IC** - A nível nacional os desafios são os que existem há já muito tempo. Tenho alguma esperança no reconhecimento formal da importância dos cuidados de saúde

primários e da medicina geral e familiar como base do sistema nacional de saúde, até pela criação da Unidade de Missão. A minha esperança é que existam manifestações concretas desse reconhecimento pois um dos grandes problemas da carreira de MGF é os médicos ouvirem tantas promessas não cumpridas que se torna difícil contrariar a desmotivação que sentem. Nota-se, nos colegas que estão na carreira há muitos anos, embora ainda exista um grupo que não desistiu e que acredita que ainda pode fazer aquilo que gosta com qualidade, um desencanto difícil de ultrapassar. Além do envelhecimento cronológico, o grande problema tem a ver com esse estado de espírito. Acredito que a Unidade de Missão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários coordenada pelo Dr. Pisco terá capacidade de demonstrar que é possível fazer MGF com qualidade e com entusiasmo por parte de quem está a trabalhar. Só demonstrando essa possibilidade aos colegas será possível inverter o estado de desencanto dos especialistas desta área. Mas, para isso, também é necessário que exista um reconhecimento por parte da tutela das necessidades reais para o exercício de uma medicina com qualidade.

**ROM** – Necessidades que não estão supridas na maior parte dos Centros de Saúde...

**IC** – Já tivemos comissões através das quais analisámos a realidade da prática de MGF e verificámos que algumas instalações de Centros de Saúde apenas têm o nome. É preciso investir de uma forma positiva e concreta nas instalações e condições de trabalho, é preciso reorganizar as urgências, quer ao nível hospitalar quer ao nível dos centros de saúde, é necessário repensar a articulação dos dois níveis de cuidados de uma maneira





construtiva, sem discutir questões como ‘quem manda em quem’ ou ‘quem tem mais poder’. O desafio vai ser esse: como desenvolver a MGF com uma força de trabalho que está envelhecida e desmotivada e como fazer a coordenação com a parte hospitalar, respeitando as especificidades de cada uma das áreas, centrando a nossa atenção no doente. Nunca é demais referir que o doente não pertence nem ao hospital, nem ao centro de saúde, o doente não é do médico de família nem do especialista. Não desistirei de cumprir esses desafios.

**ROM** – E o desafio de atrair os jovens médicos para a especialidade?

**IC** – Em relação a essa questão, considero que tem estado a ocorrer uma mudança mas, como todas as mudanças, está a ser lenta. O facto de neste momento os estudantes de medicina já irem aos Centros de Saúde, é um factor muito positivo pois ao falarmos com os jovens apercebemo-nos de um interesse por uma realidade que eles não conheciam visto que a formação é feita basicamente ao nível dos hospitais. Acrescentando a isso o facto de, há já alguns anos, parte do ano comum decorrer no Centro de Saúde, acredito que terá resultados positivos. Quando um jovem médico faz um estágio num bom centro de saúde, no qual existem projectos de trabalho interessantes, esse poderá ser um factor que o levará a escolher a especialidade de MGF.

**ROM** – E a nível internacional, que desafios salientaria?

**IC** - O reconhecimento da especialidade é, sem dúvida, o grande desafio. Especialmente para alguns países que têm uma estrutura de organização do serviço de saúde

muito diferente. Exemplo significativo é o Reino Unido onde os médicos de família e clínicos gerais estão integrados num nível que não é considerado especialidade, embora esses profissionais funcionem em tudo como especialistas. Também em França ou na Alemanha existe uma organização em que os médicos de família trabalham individualmente, ou seja têm um contrato com o governo para atender os seus cidadãos. Torna-se difícil definir o que fazer com quem está neste momento a exercer. É relativamente fácil a criação da especialidade, com uma determinada formação, e definir que a partir daí todos serão especialistas; o que coloca entraves ao processo é a situação de quem já está a exercer e como fazer o período de transição. Nalguns países, onde os médicos de família recebem menos que os especialistas hospitalares, essa transição implica alterações ao equilíbrio do serviço de saúde pois tem como reflexo um esforço financeiro e económico superior que as respectivas tutelas podem não estar dispostas a fazer...

Neste momento, na Europa, existem médicos de família ‘de primeira e de segunda’. Em alguns países ainda há essa figura um pouco estranha a que chamam ‘médico de base’, que além do curso de seis anos tem que ter prática de dois anos para exercer medicina geral...

Temos que criar um mecanismo de transição que seja aceite por todos os países. Foi dado um grande passo quando todos os países reconhecerem, ao nível da UEMO, que esta é uma especialidade como as outras. Pode parecer simples, mas não foi assim tão linear, pois os países que agora defendem a especialidade de MGF não a defendiam há relativamente pouco tempo atrás. O reconhecimento a nível oficial ainda vai exigir muito empenho.

**ROM** - Como poderá ser esse período de transição?

**IC** – Em Portugal, neste momento, quando alguém acaba o curso de medicina pode escolher uma especialidade e tanto pode ser a cardiologia como a medicina geral e familiar, mas também tivemos uma fase de transição. Havia outras formas de aceder à especialidade e que passavam pela formação específica. Nessa fase os médicos que exerciam clínica geral nos centros de saúde, ao final de alguns anos, podiam fazer o chamado período de formação em exercício durante um ano. Tinha uma parte prática e uma parte teórica, findas as quais efectuavam a defesa de um relatório final que os submetia à habilitação à especialidade. Penso que esse poderá ser um dos modelos que os outros países poderão vir a adoptar na sua fase de transição. Considero que o reconhecimento da especialização terá reflexos no aumento da qualidade do exercício técnico..

## O regulamento da avaliação da formação - sua aplicação



A. Poiares Baptista  
Coordenador do CNAF

Como é do conhecimento de todos, o regulamento da avaliação das acções de formação médica, elaborado pelo Conselho Nacional para a Avaliação da Formação (CNAF) e aprovado pelo Conselho Nacional Executivo (CNE), foi publicado na Revista da Ordem dos Médicos de Maio de 2005. Sublinhamos que as linhas essenciais do regulamento tiveram prévia aprovação de todos os Colégios de especialidade.

Nele estão indicados um certo número de regras essenciais que permitam a apreciação global da acção de formação, em relação não só aos seus responsáveis organizativos e científicos mas também às matérias programadas e respectivos prelectores, devidamente identificados quanto à qualificação na carreira profissional, e alguns outros elementos considerados indispensáveis expressos no **artigo 9º**. De igual modo o **artigo 8º** especifica que o pedido de avaliação deve ser requerido **“com a antecedência mínima não inferior a três meses relativamente ao início do evento”** e o **artigo 15º** indica que a **“decisão do CNE é comunicada no prazo máximo de trinta dias após a recepção do pedido”**.

A aplicação deste regulamento tem decorrido, até agora, de modo satisfatório dado que o CNAF tem considerado que este período inicial é um período de adaptação, de carácter **“Pedagógico”**, permitindo que as entidades responsáveis pelos eventos possam gradualmente adaptarem-se às regras agora estabelecidas. Assim, temos aprovado vários eventos que nem sempre cumprem com a totalidade das exigências expressas no regulamento, nomeadamente quanto ao artigo 9º, mas que contudo contêm os elementos **“mínimos”** de seriedade do valor científico e organizativo. Contudo, é normal e desejável, que a atitude do CNAF seja gradualmente mais exigente.

Outro ponto sobre o qual o CNAF, e o CNE, tem tido também uma atitude **“condescendente”** refere-se ao cumprimento do prazo estabelecido no referido artigo 8º, Com efeito, muito poucos são os pedidos que cumprem o prazo mínimo de três meses. Na sua grande maioria são efectuados no mês anterior; havendo até exemplos de serem efectuados dias antes! É necessário que os responsáveis se capacitem da necessidade de organizarem e acreditarem as suas iniciativas e os programas com uma antecedência mínima, tal como todos verificamos nos eventos similares de outros países europeus, quer tenham âmbito regional, nacional ou internacional. Dificilmente se compreende que os eventuais interessados nos congressos, simpósios, cursos, etc, devidamente certificados pela Ordem dos Médicos, possam decidir da sua participação e obter as respectivas autorizações nos poucos dias anteriores...

Como afirmamos acima, o CNAF, e o CNE, tem deliberadamente tomado uma atitude **“pedagógica”**, de certo modo condescendente, quanto às exigências do cumprimento do regulamento da avaliação. Porém, **decorridos já seis meses após a sua divulgação**, é tempo dos responsáveis se capacitarem da necessidade de nos integrarmos no espírito que presidiu à criação e à nomeação do Conselho Nacional da Avaliação da Formação e de portanto procederem atempadamente à elaboração dos programas.

É tempo da Medicina portuguesa programar as suas actividades colectivas com a devida antecedência e não continuar com programações ou com decisões de última hora. É uma questão de dignidade e é um sinal de seriedade.

## **Avaliação de competência e certificação médica**

### **Repensar as carreiras médicas**

A rápida evolução dos conhecimentos médicos e a preocupação pública com a qualidade dos cuidados de saúde levou a que, um pouco por todo o lado, os governos e as organizações médicas a desenvolvessem programas para a avaliação da qualidade e melhoria da competência e desempenho médico.

Competência profissional pode ser definida<sup>1</sup> como a utilização de conhecimentos, técnicas, raciocínio clínico, comunicação, emoções, valores e reflexão na prática clínica diária, para o benefício do indivíduo e da sociedade.

A “educação médica contínua” tradicional através de participação em congressos e autodidactismo com leituras de artigos em revistas médicas, embora importante, não mostrou ser suficiente para alterar de modo consistente a prática clínica, a competência ou o desempenho<sup>2</sup>. A obtenção de créditos por si só também não se tem revelado suficiente.

Nalguns países como é o caso do Reino Unido, são as autoridades governamentais que põem em prática tais programas<sup>3</sup>; noutros como nos EUA<sup>4,5</sup>, são as sociedades médicas a levar a cabo esta missão através de processos de certificação e recertificação que, a partir de 1998, se têm vindo a tornar obrigatórios nas diversas especialidades. A recertificação implica avaliação em quatro áreas: postura profissional, aprendizagem contínua e autoavaliação periódica, avaliação de conhecimentos e desempenho na prática clínica.

Um exemplo de um programa de progressão profissional contínua é a recertificação em Medicina Interna implementada pelo American Board of Internal Medicine<sup>6</sup>. É obrigatória cada 10 anos e implica: a) uma auto-avaliação, com intervalo de 1 a 2 anos, em 4 áreas de competência médica: capacidade clínica, de comunicação, cuidados médicos e profissionalismo e desempe-

nho prático; b) uma avaliação externa de conhecimentos essenciais; c) uma credenciação – verificação das qualificações pessoais e da conduta profissional. Requer 75 a 100 horas, ao longo dos 10 anos, excluindo a preparação para a avaliação de conhecimentos.

Em Portugal depois de uma época em que fomos pioneiros encontramos-nos actualmente numa espécie de ponto morto de que importa sair.

A luta pelas carreiras médicas iniciada nos anos 60 viria a culminar com criação dos internatos geral e complementar em todo o país no final desta década. Uma geração de médicos bateu-se pela sua implementação. Os valores essenciais que os motivaram devem, passado quase meio século, inspirarmo-nos a repensá-las à luz dos tempos e exigências modernos.

O estímulo à aprendizagem e actualização contínuas, o trabalho integrado em equipas, a formação programada nos Serviços, a avaliação interpares, a progressão sustentada de conhecimentos e práticas são valores que merecem ser defendidos aqui e agora. Como integrar estes valores na exigência que a sociedade nos faz de garantir a segurança e confiança na nossa actuação junto de quem a nós recorre? O exemplo e a grandeza dessa geração em que avultam nomes como Jorge Horta, Pinto Machado, Miller Guerra ou Pinto Correia pedem-nos que com empenho ajudemos a criar um sistema que, correspondendo às aspirações da sociedade, mantenha estes valores. Eles no fundo são inerentes a uma certa prática médica, que radica as suas origens em tempos ancestrais, e já estava presente no corpo hipocrático.

Um bom princípio seria que, a classe médica, através das suas organizações promovesse a discussão pública dos modelos que pode revestir a garantia de qualidade dos actos praticados pelos médicos. Depois que ela própria reconhecesse as enormes limitações da situ-



ação actual, em relação ao modo como a avaliação é actualmente feita, nos vários graus da carreira. A estas limitações da situação actual acresce a permeabilidade a influências e o facilitismo reinante. Por exemplo, no exame final dos internatos da especialidade, a regra são as notas serem superiores a 19 valores tornando-se impossível fazer qualquer diferenciação significativa. E por ironia, os Serviços que atribuem piores classificações, são frequentemente aqueles em que a formação é reconhecida como sendo de melhor qualidade. Mas os internos que neles estagiaram podem vir a ser preferidos por outros em concursos de provimento.

Certificação e recertificação, a par ou como condição para evolução na carreira; aquisição permanente de créditos; programas com diversos componentes de formação contínua; utilização de contacto pelo correio nomeadamente electrónico, como meio de enviar material de trabalho e questionários para serem utilizados no domicílio, são alguns dos modernos instrumentos que têm sido aplicados em vários países. Adaptá-los à nossa realidade, fazer um programa para implementação progressiva ao longo de vários anos, nas diversas especialidades, e acompanhá-lo ajustando o que não se revelar adequado, é o desafio que se nos coloca.

## Bibliografia

1. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287:226-35



**Pedro Abecasis**

*Director Clínico do Hospital Egas Moniz;  
Professor Associado da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa*

2. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes? *JAMA*. 1999;282:867-74
3. Lanier DC, Roland M, Burstin H, Knottnerus JA. Doctor performance and public accountability. *The Lancet*. 2003;362:1404-8
4. Landon BE, Normand ST, Blumenthal D, Daley J. Physician clinical performance assessment. *JAMA*. 2003;290:1183-9
5. Brennan TA, Horwitz RI, Duffy DF, Cassel CK, Goode LD, Lipner RS. The role of physician speciality board certification status in the quality movement. *JAMA*. 2004;292:1038-43
6. Wasserman SI, Kimball HR, Duffy F, for the Task Force on Recertification. Recertification in Internal Medicine: a program of continuous professional development. *Ann Intern Med*. 2000;133:202-8

## Acerca da “Medicina baseada na evidência”



António José de Barros Veloso

Foi há mais ou menos dez anos que a expressão “medicina baseada na evidência” surgiu no vocabulário médico português pela mão de um pequeno grupo de médicos com fortes ligações à cultura anglo-saxónica. Pretendia-se com isso valorizar um tipo de prática clínica caracterizada pela “*utilização conscienciosa, explícita e criteriosa da evidência clínica actualizada*”<sup>1</sup> e anunciava-se sem qualquer hesitação o nascimento de “um novo paradigma”. Eram dois os argumentos invocados: o crescimento do número de publicações médicas nas décadas anteriores tinha dificultado consideravelmente a pesquisa e selecção de informação por parte dos clínicos; o recurso à experiência individual e aos conhecimentos de disciplinas básicas (etiopatogenia, fisiopatologia, farmacologia) revelara-se muitas vezes fonte de erros clínicos grosseiros. As conclusões a tirar pareciam, portanto, óbvias: por um lado era necessário recorrer a “centrais de conhecimento” especializadas no fornecimento rápido de informação científica de confiança; por outro lado, impunha-se atribuir um espaço cada vez maior à “medicina baseada na evidência” com desvalorização da medicina baseada na experiência e nos conhecimentos teóricos.

A “medicina baseada na evidência” não merece da minha parte qualquer contestação se tiver como objectivo seleccionar e pôr à disposição dos clínicos, informação obtida através de metodologias científicas. Isso, aliás, nada tem de novo porque, pelo menos desde o princípio do século XX, se tem procurado que seja assim. O problema surge quando a este “novo paradigma” é atribuído o exclusivo de uma medicina clínica científica, ao mesmo tempo que se escondem as suas fraquezas e limitações.

Em artigo publicado há alguns anos<sup>2</sup> tive oportunidade de chamar a atenção para alguns aspectos negativos desta nova abordagem, como, por exemplo, a persistência inevitável de uma infinidade de “buracos negros” que ficarão sempre sem cobertura. Este facto é tanto mais grave quando se sabe que a “indústria das evidências”, em pleno crescimento, revela apetência cada vez maior por áreas rentáveis e nenhuma atracção por aquelas que não dão lucro. Nessa altura outros colegas<sup>3</sup> analisaram em pormenor as fragilidades dos métodos utilizados no fabrico de “evidências”, nomeadamente os *ensaios clínicos* — cujo rigor é muitas vezes duvidoso e que, sendo válidos para o doente médio que satisfaz os critérios do estudo, podem não ser aplicáveis aos casos individuais — e as *meta-análises*, verdadeiras caldeiradas de dados científicos, cuja validade tem sido muito questionada por vários sectores da comunidade médica.

Apesar disso e da atitude de clara rejeição por parte de um grande número de clínicos portugueses (digo propositalmente “clínicos” e não “licenciados em medicina”), a maré da “medicina baseada na evidência” não tem parado de subir a ponto de levar a Ordem dos Médicos a criar um “Conselho Nacional para a Evidência em Medicina”. Justifica-se por isso voltar ao assunto, não para repisar argumentos antigos, mas para focar dois aspectos que não têm sido até agora objecto de análise.

### I- Uma reflexão sobre a ciência

*Evidence-based medicine* foi a expressão anglo-saxónica que se travestiu para português em “medicina baseada na evidência”. Os mentores deste “novo paradigma” (que para facilitar chamarei “evidencistas”) consideram que “evidência” é sinónimo de “prova científica”<sup>4</sup> obtida através de ensaios clínicos controlados aleatórios ou das chamadas meta-análises. Com isto pretendem dizer-nos duas coisas: que a “medicina baseada na evidência” estabelece uma clara fronteira entre o que é e não é “medicina científica” e que a ciência possui um método próprio que permite obter “evidências”. Contudo, a palavra “evidência” tem, neste contexto, um significado ambíguo que se presta às maiores confusões. Por outro lado não é líquido que a “medicina baseada na evidência” seja o único fundamento científico da medicina clínica. Foram precisamente estas dúvidas e discordâncias que me sugeriram uma breve reflexão sobre a ciência.

A Revolução Científica do século XVII e a física newtoniana, geraram um novo paradigma de conhecimento que transformou todo o pensamento europeu. A isso chamamos hoje “ciência”, no sentido moderno do termo, e sabemos ter sido ela que permitiu explicar e prever a natureza como anteriormente não fora possível. A vantagem em relação às outras tentativas de conhecer o mundo, nomeadamente, as crenças religiosas, as teorias metafísicas e outras explicações não-científicas, tornou-se flagrante. Mesmo assim, nunca foi fácil estabelecer um critério seguro e universalmente aceite que permitisse, por exemplo, considerar que a teoria de Darwin é uma explicação melhor do que o relato criacionista do Génesis. Ou classificar a astronomia como ciência e a astrologia como pseudo-ciência. Ou distinguir a medicina tradicional das medicinas alternativas.

O problema da *demarcação* entre teorias científicas e teorias não-científicas é muito complexo e dominou grande parte do debate filosófico do século XX. Particular-

mente importante foi a contribuição de um grupo brilhante de matemáticos, físicos e filósofos que em 1922 fundaram o Círculo de Viena e que procuraram encontrar resposta para a pergunta “o que é a ciência?” O modelo que construíram a partir de enunciados baseados em factos observáveis e verificáveis que conduzem à formulação de teorias e à obtenção de verdades científicas, ficou para a história com o nome de “positivismo lógico” mas, apesar de ter influenciado fortemente as elites, não resistiu a uma análise sistemática e saldou-se num completo fracasso.

Karl Popper conhecia bem os membros do Círculo de Viena mas discordava das suas teses. O aparecimento do marxismo e da psicanálise, que desde logo se apresentaram como “teorias científicas”, tinham-no levado, também a ele, a reflectir sobre o problema da demarcação, não entre ciência e metafísica como faziam os positivistas, mas entre ciência e pseudo-ciência. Verificou então que os marxistas reinterpretabam a teoria sempre que era necessário pô-la de acordo com a evidência dos factos. Por sua vez apercebeu-se de que as teorias psicanalíticas de Freud não eram testáveis pela simples razão de que para os seus seguidores nenhum comportamento humano as podia contradizer. Concluiu assim que ambas estas teorias eram sempre confirmadas e nunca refutáveis. A partir daí Popper avançou para a sua ideia nuclear sobre demarcação: o que permite atribuir estatuto científico a uma teoria não é o facto de ela ser verificada, como pretendia o Círculo de Viena, mas a possibilidade de poder ser refutada, ou melhor, *falsificada*. Para ele, portanto, marxismo e freudismo, embora contendo “*sugestões muito interessantes*”, não eram teorias *falsificáveis* e, por isso mesmo, não eram científicas<sup>5</sup>.

Apesar do debate filosófico que se desenrolou depois de Popper, não é fácil definir um princípio simples que estabeleça uma demarcação clara entre “científico” e “não-científico”. Talvez por isso alguns espíritos pragmáticos respondam à pergunta “o que é a ciência?” desta forma: “é aquilo que é feito pelos cientistas”. Evidentemente que se trata de um argumento circular (ciência é o que é feito por cientistas e cientistas são aqueles que fazem ciência), mas seirmos bem, não totalmente destituído de sentido. A comunidade científica é herdeira da tradição crítica da filosofia grega que rejeita atitudes dogmáticas e que aceita algumas regras de um jogo que envolve o respeito pelos dados e por certos critérios de coerência. Está, além disso, vinculada a princípios de objectividade e de verificação (ou refutação) inter-subjectiva. A demarcação entre ciência e pseudo-ciência é, pois, o resultado de uma enorme actividade desenvolvida pela comunidade científica (através das trocas de informações em congressos, colóquios e publicações) que, por ser transparente, está sujeita a um permanente escrutínio.

Mas o problema da demarcação encontra-se intimamente ligado a outra questão: a convicção de que existe um *mé-*

*todo* próprio que distingue o conhecimento científico dos outros tipos de conhecimento.

É sabido que, desde o início, a ciência moderna esteve ligada ao chamado método indutivo ou “indução”. Foi Francis Bacon, um dos pais da Revolução Científica, que estabeleceu os princípios do indutivismo segundo os quais o conhecimento científico parte de observações isoladas para generalizações que tomam a forma de leis ou teorias. Mas não foi preciso esperar muito tempo para que outro filósofo, David Hume, fizesse notar que não havia argumentos válidos que permitissem justificar logicamente a indução. A nossa crença nas leis não seria para ele senão um “hábito” que nos levaria a reconhecer uma relação causal naquilo em que apenas existe uma conexão no nosso pensamento entre dois acontecimentos que se sucedem repetidamente um ao outro.

Apesar das certas objecções de Hume o indutivismo prosseguiu a sua carreira no século XIX até que com Bertrand Russell voltaria a ser objecto de uma nova abordagem crítica. Retomando os argumentos de Hume, Russell apercebeu-se de que o problema da indução estava ligado à nossa crença na “*uniformidade da natureza*”. A ciência teria o papel de identificar “uniformidades”, o que algumas vezes terá conseguido com sucesso como no caso da lei da gravitação universal. Mas mesmo assim, nada permite afirmar que o que ocorreu no passado ocorrerá necessariamente no futuro. O mais que se pode dizer é que existe uma *probabilidade* muito grande de que tal aconteça<sup>6</sup>.

Ao pôr em relevo o princípio da probabilidade, que nalguns casos se poderá aproximar da certeza, Russell encontrou uma saída para justificar as inferências indutivas. E os seus discípulos trataram de desenvolver essa ideia ao adoptarem o *bayesianismo*, teoria da probabilidade fundada no século XVIII por Thomas Bayes. Tornou-se então claro que a indução (ou seja, o método que permite fazer generalizações a partir de observações) nunca pode produzir certezas mas apenas probabilidades, embora por vezes de grau muito elevado.

Depois disto podia parecer que o método indutivo, embora com algumas reservas, estava salvo. Mas Karl Popper tinha ainda algo a dizer sobre o assunto. Para ele “indução válida” é coisa que não existe porque ninguém pode “*garantir que uma generalização inferida de observações verdadeiras, por muito repetidas que estas tenham sido, seja também verdadeira*”. A ciência, diz ele, não opera através da indução mas por *conjecturas*, e as observações e experiências funcionam apenas como testes que tentam, não verificá-las, mas refutá-las. É esta a sua teoria das *conjecturas e refutações*.

As *conjecturas* podem nascer na mente dos cientistas de muitas formas: de um vasto conjunto de observações, de uma única observação ou até de “conceitos irracionais” ou de “intuições creativas”. Exemplos? Kepler estabeleceu duas das suas leis a partir de ideias que nada tinham

de racional: a simbologia da Trindade e as harmonias musicais dos planetas. Kekulé descobriu a estrutura em anel da molécula do benzeno quando, durante as suas pesquisas, adormeceu e sonhou com uma serpente que mordida a própria cauda.

Popper fez assim uma distinção fundamental entre a *descoberta*, que não obedece a qualquer lógica, e a *justificação*, cuja função é testar e submeter as teorias a sucessivas refutações. E, além disso, rejeitou o *bayesianismo* pondo em dúvida a validade do cálculo de probabilidades. Para ele, o que a ciência procura “*não são teorias altamente prováveis mas sim explicações, ou seja, teorias poderosas e improváveis*”<sup>7</sup>.

Por aqui se vê que a questão do método também levanta questões que continuam a ser fonte de muita controvérsia. Mas uma coisa quero deixar bem clara: com esta rápida viagem através da filosofia da ciência não pretendo alimentar qualquer cepticismo; nem desvalorizar a investigação clínica que se realiza em todo o mundo; nem minar a confiança dos clínicos na informação que lhes é fornecida. O meu objectivo é apenas chamar a atenção para o debate acerca de dois aspectos — a *demarcação* e o *método* — e mostrar como o termo “científico” é por vezes invocado com demasiada ligeireza e alguma falta de rigor. Aliás todos temos tido experiência disso quando, a propósito de tudo e de nada, ouvimos a frase “está cientificamente provado”.

A “medicina baseada na evidência” utiliza a indução, o cálculo das probabilidades, o *bayesianismo*<sup>8</sup>. É um instrumento importante ao serviço da prática clínica que permite tomar decisões de acordo com informação actualizada mas que deixa muitas questões em aberto. A acreditar nos textos e nos exemplos citados pelos “evidencistas”, essas decisões envolvem sobretudo atitudes terapêuticas. Ora, o “acto clínico” (e chamo-lhe propositadamente assim porque nem todos os actos médicos são actos clínicos), é um processo muito mais complexo que, quando integralmente realizado, envolve três tempos — diagnóstico, terapêutica e prognóstico. Este é um ponto importante de que me ocuparei na segunda parte deste artigo. Por agora irei referir-me apenas à terapêutica.

A instituição de uma terapêutica assenta em três tipos de fundamentos: informação obtida na literatura especializada (“evidências” incluídas), experiência pessoal e conhecimento das ciências básicas. Todos eles podem conduzir a decisões tanto certas como erradas mas possuem um peso específico e uma importância que varia de acordo com as situações concretas. Todos eles (e não apenas as “evidências”) procuram fundamentar-se em conhecimentos científicos e constituem, sem distinções ou prioridades, ferramentas ao dispor do clínico para tomar as suas decisões. Nada justifica, pois, estabelecer uma demarcação entre “evidências” e o resto.

Para ilustrar o que estou a dizer, nada melhor do que relatar um caso da minha própria experiência clínica.

Há alguns anos foi lançado no mercado um anti-inflamatório que vinha acompanhado de “evidências” obtidas através de ensaios clínicos controlados aleatórios: aliava uma elevada eficácia a uma menor incidência de complicações gastrointestinais quando comparado com a droga de referência. Uma operação de *marketing* de proporções gigantescas levou rapidamente o novo medicamento a atingir elevadas cotas no mercado: 80 milhões de doentes tratados em todo o mundo e vendas que chegaram a atingir os 2.5 biliões de dólares num ano<sup>9</sup>. Mas em menos de cinco anos era retirado por se ter verificado que estava associado a um risco elevado de enfarte do miocárdio. Este caso está rodeado de circunstâncias éticas e científicas que têm levantado muitas dúvidas acerca da forma como são fabricadas as “evidências”. Mas não é disso que irei agora falar. Apenas quero lembrar que durante esse tempo não contribuí em nada para as vendas do novo medicamento ou seja, não me lembro de o ter receitado uma única vez. Porquê? Porque sem ignorar as preciosas “evidências”, utilizei os dois outros critérios que devem estar presentes nas decisões terapêuticas. De facto, alguns anos antes, ao preparar uma sessão clínica sobre anti-gregantes plaquetários, fui obrigado a fazer uma revisão sobre o problema das prostaglandinas. Apercebi-me então de que estava perante uma área biológica com perspectivas riquíssimas mas carregada de inquietantes incógnitas. A multiplicidade de acções (anti-inflamatória, anti-agregante, protectora da mucosa gátrica), as diferentes respostas a doses altas ou baixas do mesmo medicamento, a existência de prostaglandinas “boas” e “más” — tudo isso me deixara curioso mas pouco tranquilo quando pensava utilizar medicamentos com interferência nessa área. Recorri então ao terceiro critério: experiência pessoal. Disponha já de anti-inflamatórios eficazes que estava treinado a manejar e cujos efeitos secundários podia controlar. Além disso não estava perante uma novidade terapêutica *life-saving* que justificasse correr riscos desnecessários. Achei que era melhor esperar e foi o que fiz. Com isto, não só protegi os meus doentes, como passei a dispor de um bom exemplo, entre muitos outros possíveis, para ilustrar a forma como penso que devem ser tomadas decisões terapêuticas.

“Evidências”? Venham elas, desde que integradas numa acção clínica baseada na experiência e em conhecimentos teóricos bem estruturados e fundamentados.

## 2- O elogio da clínica

Ao tratar o problema da *demarcação* da ciência disse que, à falta de melhor definição, “ciência é aquilo que fazem os cientistas”. Com maioria de razão se pode dizer que “medicina clínica” é aquilo que fazem os clínicos. Isto tem necessariamente de ser dito porque, se é verdade que todos os clínicos são licenciados em medicina, nem todos os licenciados em medicina são clínicos. Investigação, ensino, gestão ou execução de técnicas, são respeitáveis activida-

des praticadas por muitos médicos que nunca fizeram clínica ou que há muito tempo deixaram de a fazer regularmente. A clínica é uma experiência única que pressupõe um treino longo e persistente e em que estão constantemente presentes situações marcadas pela incerteza que envolvem a doença, o sofrimento e a morte. Aqueles que a praticam adquirem, por isso, uma visão muito especial dos problemas, que nenhuma informação teórica, por melhor que ela seja, pode fornecer.

Nos textos de reflexão da autoria de médicos encontra-se com frequência esta pergunta: “A medicina clínica é uma ciência ou uma arte?” Há quem entenda que é apenas uma profissão que, na sua prática, utiliza conhecimentos e progressos tecnológicos que lhe chegam através das ciências exactas como a física, a química e a biologia. Mas esta não é, concerteza, a melhor forma de abordar o problema.

A medicina clínica envolve um processo de investigação cujo objectivo é compreender, explicar e corrigir estados mórbidos que atingem o organismo humano. Está por isso, desde o princípio, ligada ao nascimento da ciência, ou seja, ao percurso que conduziu das narrativas míticas às tentativas racionais de conhecer o mundo. Foi assim que as doenças deixaram de ser atribuídas a “castigos de deuses” ou a “maus-olhados” para passarem a ser explicadas por causas naturais que é possível conhecer e modificar. Da teoria hipocrática dos humores à medicina anatomo-clínica e à biologia molecular, houve saltos gigantescos no conhecimento dos processos patológicos mas um facto se manteve constante: a busca de uma explicação racional e não mítica.

Contudo, a medicina clínica possui características que a distinguem das outras ciências. O seu objectivo é um vasto conjunto de casos individuais — os doentes — cuja complexidade e variedade é pouco compatível com abordagens padronizadas, (por isso se diz que não há doenças, há doentes). Nisso se distingue, por exemplo, da física que lida com uma infinidade de fenómenos que se repetem com grande regularidade e em que é possível encontrar “uniformidades” traduzíveis por fórmulas matemáticas. Para além disso, a medicina clínica envolve, na sua prática, uma relação pessoal em que estão presentes fenómenos de empatia e de compaixão. Encontra-se, pois, muito condicionada pela relação inter-pessoal e pela “arte” de quem a pratica.

O diagnóstico é, na medicina clínica, o elemento chave e também o mais complexo. Concretiza-se através de um processo que conduz do “diagnóstico provisório” ao “diagnóstico definitivo”, decalcado nas descrições da filosofia da ciência acerca do método: para os *indutivistas*, trata-se de “inferência indutiva” e “verificação”; para os *popperianos*, “conjectura” e “refutação”.

É importante dizer que diagnosticar não é colocar um rótulo (por ex., pneumonia, diabetes, catarata, neoplasia) mas sim procurar conhecer as etiologias, as lesões

anatomopatológicas e as perturbações fisiopatológicas subjacentes aos quadros clínicos. Dito de outra forma: diagnosticar é compreender as causas, os mecanismos e os efeitos das doenças em cada caso concreto.

Sabemos que tal nem sempre é inteiramente possível. Mas este deve ser o objectivo presente no espírito do clínico porque é do diagnóstico que dependem todas as outras decisões. E se é certo que os diagnósticos estão sempre sujeitos a refutação, a procura de um diagnóstico fundamentado é a condição básica para tentar aplicar terapêuticas correctas e formular prognósticos credíveis.

Ora, quanto a mim, uma das questões nucleares da medicina clínica actual é esta: cada vez existe maior oferta de “evidências”, de protocolos e de *guidelines*, como se para fazer medicina clínica, bastasse ligar o “piloto automático”. É uma tendência que pode conduzir o clínico a um papel passivo em que acatará docilmente as recomendações das “centrais de conhecimento”. Mas aquilo que estas lhe oferecem são instrumentos, sem dúvida valiosos e, nalguns casos, imprescindíveis, mas apenas isso: instrumentos. A aplicação de “evidências”, protocolos ou *guidelines* baseada em avaliações clínicas incompetentes ou em diagnósticos errados, pode dar uma falsa ilusão de eficácia mas acabará por traduzir-se em perda de tempo e de dinheiro e, por vezes, em trágicas consequências para os doentes.

Apesar de se saber que é assim, nas últimas décadas tem-se assistido a uma progressiva desvalorização da clínica. As causas dessa tendência são várias mas não têm sido suficientemente avaliadas. Vejamos algumas delas.

A evolução tecnológica e a rápida acumulação de conhecimentos levou à fragmentação das grandes áreas médicas e cirúrgicas. Com isso o ensino nas faculdades passou a ser feito por “blocos”, cada um dos quais com duração de algumas semanas, em que os alunos mal têm tempo de se aclimatar aos novos espaços e aos novos docentes. Acumulam, por “colagem”, os saberes das várias sub-especialidades e assistem à execução de técnicas, mas pouca oportunidade lhes resta para uma aprendizagem global que integre o exercício da semiologia clínica e a prática do diagnóstico.

Até há pouco tempo esta lacuna era compensada pelo internato durante o qual se treinava pacientemente a colheita da anamnese e o exame objectivo, e depois se discutiam detalhadamente hipóteses diagnósticas. Era um processo formativo demorado mas indispensável que inevitavelmente roubava algum espaço a actos assistenciais concretos. Com a crescente influência de gestores e de não-clínicos nas instituições hospitalares e com a posterior disseminação dos hospitais S.A., todas estas práticas passaram a ser olhadas como perdas de tempo. Políticos, novos gestores e seus patrões, mais preocupados com os números do que com outra coisa, toleram mal tudo o que possa pôr em causa aquilo a que eles chamam “produtividade”.

Não é possível falar de desvalorização da clínica sem fa-

zer uma referência à área dos cuidados primários. A concepção que no princípio dos anos 80 presidiu ao lançamento da carreira de Clínica Geral traduziu-se num mal-entendido que retirou à formação e ao treino clínico a importância que deviam ter. Verdadeiro “pecado original”, o programa curricular dos clínicos gerais desvalorizou, de facto, a competência clínica, o que é grave por se tratar precisamente numa área em que ela devia ocupar um lugar preponderante. Em 1998 publiquei, sobre este assunto, um artigo<sup>10</sup> que provocou alguma polémica. Tive agora o cuidado de o reler e limito-me a dizer que não retiro uma vírgula àquilo que então escrevi.

Ninguém põe em dúvida que a autonomia das sub-especialidades médicas e cirúrgicas veio aumentar muito a eficácia da medicina ao criar áreas de especialização apoiadas em novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica. Mas os novos especialistas, mais do que à formação clínica, dão prioridade ao treino das respectivas técnicas que depois terão natural tendência para sobrevalorizar e utilizar de uma forma excessiva.

Mas entre as novas tecnologias foram sem dúvida as técnicas de imagem que maiores reflexos tiveram sobre a prática clínica. Ao serem capazes de mostrar com extraordinária nitidez as lesões anatómicas subjacentes aos quadros clínicos, tornaram possível “ver” aquilo que anteriormente era suspeitado através de sinais indirectos e raciocínios analógicos complexos<sup>11</sup>. As imagens vieram, de certo modo, substituir parte da perícia dos clínicos. Mas seria errado pensar que a medicina clínica perdeu com isso a sua importância. É que, além das dúvidas constantes que acompanham a interpretação das imagens, é frequente assistir-se à identificação de lesões não suspeitadas mas sem qualquer significado patológico (quistos, angiomas), bem como a diagnósticos “anatómicos” cujo fundamento levanta enormes dúvidas (esteatose hepática, derrame pericárdico). Por tudo isto, os contactos regulares dos imagiologistas com os clínicos tornaram-se fundamentais para a interpretação e valorização das imagens. Infelizmente isso acontece cada vez menos perdendo-se ingloriamente parte das virtualidades de exames com tão grande capacidade informativa. É verdade que muitos médicos e não-médicos estão convencidos de que as técnicas de imagem permitem só por si fazer diagnósticos. Desvalorizam, por isso, a importância da clínica. Curiosamente, este é um assunto em que algumas “evidências” têm mostrado uma realidade bem diferente: várias dezenas de estudos revelaram que, desde 1960 até hoje, as discordâncias *major* entre os diagnósticos clínicos e os resultados da autópsia se mantêm entre os 20 e os 40%<sup>12</sup>. Em Portugal, autópsias científicas é coisa que praticamente já não há, pelo que estamos privados de qualquer informação sobre este assunto.

Mas existe ainda outra causa que contribui para a desvalorização da clínica. Como é sabido, o acto clínico correcto caracteriza-se por uma metodologia que se inicia, não

com a requisição cega de exames dispendiosos, mas com a anamnese, a que se segue o exame objectivo, a formulação do diagnóstico provisório e, finalmente, o recurso racional a exames complementares. Isto, que exige tempo e uma atitude de rigor e disciplina, traduz-se em eficácia e numa boa relação custo-benefício que não é fácil de objectivar ou de exprimir em dados numéricos. Por isso mesmo não produz qualquer efeito mediático e não impressiona os gestores e os políticos. Em termos globais, pode dizer-se que a medicina actual, numa tendência natural para se adaptar aos novos tempos, se rendeu ao número como critério de avaliação, aderiu ao novo-riquismo com a utilização descontrolada das novas tecnologias e aceita com frequência o espectáculo como forma de passar a sua imagem. A medicina clínica, essa, que vive de um treino individual persistente, que procura o rigor semiológico e que pratica o recato como lhe compete, dá-se mal com este cenário e dificilmente consegue tornar-se notada, mesmo quando, discretamente, corrige *in extremis* diagnósticos errados que podem custar vidas. Mas, numa altura em que se fala tanto de qualidade e de gestão das unidades de saúde, poucos se apercebem de que a boa formação clínica está indissociavelmente ligada a estes dois objectivos. Vamos por partes.

Está hoje na moda a acreditação dos hospitais feita por empresas especializadas que vendem os seus serviços para tentar saber se as unidades testadas cumprem uma longa lista de parâmetros de qualidade que as tornem credíveis. São muitos os aspectos analisados, quase todos nas áreas da estrutura, dos equipamentos, da logística, da acessibilidade, da segurança, da humanização e da satisfação dos doentes. Todas essas questões são importantes, mas completamente inúteis na ausência de clínicos competentes e qualificados. Uma coisa sem a outra é, como já em tempos disse, “o mesmo que um avião com lindas hospedeiras e saborosas refeições, entregue a um piloto inexperiente e descuidado”<sup>13</sup>. Porque não é possível haver qualidade sem ensino, sem análise dos processos, sem discussão de casos clínicos, sem estudo dos efeitos iatrogénicos, sem revisão das peças operatórias, sem estudos da mortalidade, etc., etc. Ou seja, sem tudo aquilo que garanta uma boa medicina clínica.

O mesmo se pode dizer para a gestão das unidades de saúde, área em que se oferecem agora cursos de luxo orientados por especialistas em economia. São iniciativas meritórias mas que não devem fazer esquecer uma realidade: a utilização adequada de recursos e a redução dos desperdícios só é possível através de uma prática clínica competente e judiciosa. Sem ela assiste-se à utilização cega e inútil de exames dispendiosos e ao recurso a terapêuticas desnecessárias com todo o interminável cortejo de efeitos iatrogénicos.

São estes os argumentos que me levam a fazer, mais uma vez, o elogio da clínica e a alertar para o perigo de se vir a criar um espaço vazio que possa ser ocupado por ven-

dedores de ilusões. A “medicina baseada na evidência” merece ser recebida com satisfação e deve preencher o lugar que lhe compete como precioso auxiliar da prática clínica que de facto é. Mas nada justifica que se apresente como um novo paradigma científico capaz de gerar falsas expectativas. Em vez de nos empenharmos na promoção da “medicina baseada na evidência”, seria por isso bem melhor que gastássemos energias na promoção e valorização da medicina clínica.

É provável que os “evidencistas”, ao lerem este texto, o considerem retrógrado e fruto do desconhecimento daquilo que se passa “lá fora”. Por isso (e só por isso) vou transcrever parte de um texto da autoria de um membro do *Council for Postgraduate Medical and Dental Education* de Belfast que por mero acaso me chegou às mãos<sup>14</sup>:

*“A medicina baseada na evidência ganhou uma dinâmica tal a ponto de pôr em risco a prática da arte e da ciência médica de várias gerações. A convicção dos seus promotores aproximou-se de um fervor quase-religioso e os governos centrais, assessorados por pessoal civil que deseja medir tudo o que seja mensurável, estão a ser apanhados por este bem intencionado movimento. Embora a medicina baseada na evidência seja uma ajuda importante no tratamento, não é mais do que uma ajuda, e o seu lugar na prática médica está para ser definido sobretudo na área dos cuidados primários... O próprio nome, medicina baseada na evidência, presta-se a confusão. Ele contém uma sugestão de que se trata de uma nova forma de prática médica, e que anteriormente a ela, os médicos praticavam um tipo de medicina que, de certo modo, não era baseada na evidência. Nada disso é assim. Ao longo de um século a prática clínica baseou-se num corpo de conhecimentos que inclui a patologia, a fisiologia, a farmacologia e a microbiologia”.*

Confesso que não seria capaz de dizer melhor. Mas não se pense que pontos de vista como este têm alguma receptividade por parte daqueles que hoje em dia tomam decisões na área da Saúde. Sempre que tento explica-lhes aquilo que a mim me parece óbvio, sou confrontado com reacções que me lembram o episódio passado no século XVIII com um navegador francês que, ao aportar a uma ilha do Pacífico, tentou explicar aos nativos que era a Terra que andava à volta do Sol.

Não me espanta que seja difícil convencer pessoas que habitam outras latitudes ou que funcionam noutra comprimento de onda. Mas não posso deixar de lamentar que instituições com responsabilidades naturais no campo da cultura e da formação médica, como as faculdades de medicina e a Ordem dos Médicos, não assumam o papel moderador que lhes compete nesta época de rápidas trans-

formações tão favorável ao aparecimento de falsas profecias.

Lisboa, 12 de Setembro de 2005

<sup>1</sup> Carneiro, A.V. A medicina baseada na evidência. *Medicina Interna*, 1998; 5: 133

<sup>2</sup> Veloso, A.J.B. “Evidence-based Medicine”: a arte e o ofício. *Tempo Medicina*, 2 Feb. 1998

<sup>3</sup> Moreno, R. et al. Medicina baseada na evidência e meta-análise. *Medicina Interna*, 1998; 5: 139

<sup>4</sup> Carneiro, A.V. As bases científicas da Medicina. *Rev. da Ordem dos Médicos*, ano 21, n°57, 2005

<sup>5</sup> Popper, K. *Conjecturas e Refutações*, pp 55-63. Almedina, 2003

<sup>6</sup> Russell, B. Sobre a indução. In *Os problemas da filosofia*. Almedina, 2001

<sup>7</sup> Popper, K. *Conjecturas e Refutações*, pp 88. Almedina, 2003

<sup>8</sup> Goodman, S.N. Toward evidence-based medicine. *The Bayes factor*. *Annals Int Med* 1999; 130: 1005

<sup>9</sup> Topol, E. J. *New Eng J Med* 2004; 351: 1707

<sup>10</sup> Veloso, A.J.B. Contribuição de um internista. *Rev. da Ordem dos Médicos*, ano 14, n°2, 1998

<sup>11</sup> Veloso, A.J.B. Ver ou não ver. *Medicina Interna* 1997; 4: 283

<sup>12</sup> Pasquier, B. *La Revue de Medicine Interne* 2005; 26: 611

<sup>13</sup> Veloso, A. B. Três Tópicos. *Medicina Interna* 1999; 3: 140

<sup>14</sup> McGavock, H. Integrating EBM into clinical practice. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2005; 14 :211

## O PAPA JOÃO XXI

### No 8.º Centenário do nascimento



A. M. Meyrelles do Souto



Papa João XXI

Biblioteca Nacional de Madrid.

Foi homenageado, por várias vezes, em Portugal, a última, pela secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa, quando da minha presidência, em 2002., com um ciclo de conferências.

Nasceu Pedro Julião em Lisboa na Freguesia de São Julião, Rua do Mata Porcos, Próximo da Igreja da Conceição-Nova e foi baptizado na Igreja da Madalena – segundo alguns, ou na de São Julião, segundo outros – filho do Físico Julião Rebolo e de Teresa Gil.

Era de pequena ou média Nobreza (depende das fontes), mas atribuem-se-lhe, no entanto, brasão de armas.

Hoje afirma-se, de certeza, ter sido em 1205 o seu nascimento, depois de várias datas terem sido aventadas, pelos mais diversos e abalizados autores.

Freqüentou a Universidade de Paris onde foi professor; para outros teria sido em Montpellier que realizou os estudos. Há argumentos para uma e para outra. Teria sido em ambas que exerceu o magistério?

Ao certo foi professor de Medicina em Siena, cerca de seis anos: de 1245 a 1250, de acordo com a maioria dos autores, embora, seguramente, o tenha sido de 1246-1250.

Foi médico e filósofo, embora haja quem afirme terem sido dois varões distintos um medico (ou Físico) outro Filósofo.



Frei Juan Gil se Zamora em *De praeconis Hispaniae* (começada em 1278 no ano seguinte ao da morte do nosso biografado) tira qualquer dúvida em que Pedro Hispano português era médico e filósofo.

Publicou mais de quarenta obras – Filosofia e Medicina – saliento aqui, apenas, aquelas que eram texto nas Universidades ainda no século XVI.

MEDICINA: *Thesaurus pauperum*, *Summa de conservanda sanitate*, *Liber de morbus oculorum* – ou *De oculo*; FILOSOFIA: *Summulae Logicales* (12 partes) o que levou Dante a coloca-lo no Paraíso – é o único Papa no Paraíso – “... e *Pietro Ispano / Lo qual luce in dodice libeli* (Canto XII, 133-134) ”.

Ainda seria de recordar: *Summa de conservanda sanitiate* – pelo que granjeou o título de “O Primeiro Sanitarista”; *Dieta morborum vulneratorum* (a pedido do cirurgião Fantino de Sena, quando da Batalha de Montaperti, quatro de Novembro de mil duzentos e sessenta; um Tratado de Anatomia, vários comentários: a Galeno, Hipócrates, Phyrareto, Isaac, o Judeu, etc.

Segundo Frei Fortunato de São Boaventura, tinha grandes conhecimentos da língua grega (o que era raro no sec XII), não necessitando, portanto, das traduções árabes para ler Hipócrates e Galeno.

É eleito Arcebispo de Braga – 25 de Maio de 1272 – não confirmado pelo Papa, (para não perder o seu arquiatra?) que o faria Cardeal Bispo de Túsculo<sup>[1]</sup> em 5 de Junho de 1273.

Papa de 13 de Setembro de 1276 (coroadado em 20) a 16 de Maio de 1277 – oito meses, apenas.

Como Papa, foi diplomata: terminou a luta entre Guelfos e Gibelinos, e outras contendas entre cidades da Península Itálica, conseguiu a reunificação da Igreja, terminando com o Cisma da Igreja Grega (1274), etc.

Preparou Cruzada ao Lugares Santos que não se realizou pela Sua morte inesperada.

Interveio na questão – quanto lhe terá custado – dos Reis de Portugal, os Irmãos Dom Afonso III, O Bolonhês, e Dom Sancho II, O Capelo!

Na crise da Universidade de Paris – o *averroísmo latino* (aristotelismo arabizado pelos comentários de Averrois) – envia, nomeado por carta data de 18 de Janeiro de 1277, o Cardeal-Legado Simon de Brie – viria a ser Martinho IV (Ex *Telonio liliceai martini* – 22 de Fevereiro



# HISTÓRIAS da HISTÓRIA

---

1281 a 28 de Março de 1285). Sempre teria sido expedida a Bula “*Flúmen aquae vivae*”?

Faleceu em “16 de Maio 1277” de hematoma epidural em consequência da queda de um tecto “na noite de 10 para 11 de Maio de 1277”, sem nunca ter perdido totalmente a consciência.

Teria murmurado ao morrer:

“Qui fiet de libello meo?  
Quis complibit libellum meum?”

Isto, traduzido para português, seria:

O meu livro quem o poderá completar?  
A obra quem a continuará?

Está sepultado na Catedral de Viterbo.  
Teve já vários túmulos, espero que o de 2000 – o quinto! - tenha sido o último.

Mas, isto, é outra história!

## **BIBLIOGRAFIA**

Meyrelles do Souto, A. M. – *Porquê a Homenagem a Pedro Julião?*; [www.fcm.unl.pt](http://www.fcm.unl.pt)

<sup>1</sup> Tusculo, antiga cidade de Lacio, situada na vertente norte dos Montes Albanos, a 18 km SE de Roma; corresponde à actual Fracati a qual está numa colina sobranceira à antiga cidade. Ainda se encontram, hoje, bem conservados vestígios arqueológicos.

Uma antiga lenda atribuía a sua fundação a Telógono, filho de Circe e Ulíces.



**A. Coutinho de Miranda**

Antigo Chefe de Serviço e Director Clínico do Hospital Curry Cabral

## Lavagem das mãos dos médicos e separação das águas

“Lavar as mãos” é uma recomendação médica com sólidos princípios científicos e com o propósito de beneficiar o indivíduo e a comunidade a que pertence. Mas pode ser também uma recomendação política com frágil fundamentação, regulamentação muitas vezes verbal e com finalidade de efeito duvidoso. O teste proposto tem como objectivo contribuir para uma separação das águas entre os dois pontos de vista, como se segue (a chave do inquérito vem no final do texto).

1. Em que tipo de instalação de saúde (enfermaria ou outra) surgiu pela primeira vez a infecção nosocomial?

- a) Maternidade;
- b) Manicómio;
- c) Nosocómio;
- d) Gabinete Director do Hospital de nomeação partidária.

2. Qual o sector profissional do Hospital onde surgiu a situação clínica?

- a) Médico;
- b) Enfermeiro;
- c) Farmacêutico;
- d) Gestão.

3. Quem equacionou o problema pela primeira vez?

- a) John Lister;
- b) Robert Koch;
- c) Ignaz Semmelweiss;
- d) Gestor de Saúde por nota circular verbal.

4. Qual o material patológico inicialmente considerado responsável pela situação?

- a) Sangue e pus;
- b) Material cadavérico;
- c) Bactérias;
- d) Regulamentação verbal.

5. Qual a nacionalidade de quem propôs a lavagem das mãos para controlo da infecção?

- a) Austríaca;
- b) Húngara;
- c) Inglesa;
- d) Portuguesa

6. Há quanto tempo foi identificado o papel da mão dos médicos (e de outros profissionais operacionais) na propagação da infecção?

- a) C. de 100 anos;
- b) C. de 50 anos;
- c) C. de 25 anos;
- d) C. de 10 anos por director partidarizado.

7. Quem estabeleceu a importância da lavagem das mãos?

- a) Cirurgião;
- b) Médico;
- c) Químico analítico;
- d) Político partidarizado.

8. Qual o método utilizado para o esclarecimento da importância da lavagem das mãos?

- a) Microscópico;
- b) Anatomopatológico;
- c) Estatístico;
- d) Decreto oral punitivo.

9. Para lavagem das mãos utilizou-se:

- a) Água Colorada;
- b) Água;
- c) Desinfectante concentrado;
- d) Água politizada.

10. Quando o cirurgião na sala de desinfectação está com a posição de “mãos ao ar” isto significa que:

- a) Ainda vai lavar as mãos;
- b) Já lavou as mãos;
- c) Precisa de toalhete asséptico para enxugar as mãos;
- d) Está indignado por falta de material de sutura 0000.

### Chave do Inquérito:

1a; 2a; 3c; 4b; 5b; 6d; 7b; 8c; 9a; 10b.

Para o não-médico candidato a director do hospital a resposta correcta a metade das questões é suficiente.

Com um júri partidarizado a adopção da letra d em todas as respostas poderá ser aceitável para alguns.

## o teorema de Pitágoras

Havia muito quem dele gostasse. Todos com quem delicadamente se cruzava no café, nos serviços, nos autocarros, de si gostavam. Já entre os alunos as opiniões se dividiam, embora ele se considerasse respeitado e bom professor. Só os mais próximos não tinham opiniões muito lisonjeiras. Para a mulher e filhos, o Senhor Pitágoras não passava dum chato e dum teimoso, colecionador de quinquilharias.

Selos eram a sua perdição, xadrez a sua distração. Mas a sua vertigem eram os teoremas, desde a adolescência. A sua maior glória fora uma nota de 15,6 num ponto de Matemática do Liceu, trinta anos atrás, quando brilhara nos teoremas e fora o melhor da turma. Batera todos os sabichões que por lá se envaideciam, nunca disso se esquecendo. Nos momentos de fraqueza, sempre que alguma derrota fosse necessário transpor, a grande façanha reaparecia: contava tudo de novo, a família fingia ouvir...

Aparte tão inesquecível acontecimento, glórias tentara mas sucessos não houvera. No futebol, um dia meteu um excelente golo mas na própria baliza, sendo rapidamente despedido pelos matulões que nunca mais o puseram na equipa. Sem tom nem som, episodicamente também se imaginou cantor, mas o mesmo lhe aconteceu. E chegou a sonhar-se figurante de telenovela, nem sabendo onde esses produtos se fabricam: igualmente se viu obrigado a esquecer.

Sem grandes ambições, concluída uma daquelas Engenharias de meia haste, professor do secundário foi o caminho.

### I

“Inventara” o seu teorema, mas sabia muitos outros: bizzarrias matemáticas, números e geometrias, eram com ele. O seu gozo era explicar, vareta no ar:

“... o quadrado da hipotenusa é igual à soma do quadrado dos catetos...”

garganteando na passada...

“... está-se mesmo a ver que é assim, nem podia ser doutro modo. Nem precisa de demonstração... reparem como isto é verdade:

“Qualquer pessoa inteligente percebe que esta hipotenusa (inclinava obliquamente a vareta) é igual à soma destes dois catetos (endireitava a vareta, suspendi-a um momento e dizia “um...!” acentuando bem a palavra; depois colocava-a na horizontal e dizia “dois...!” acentuando novamente a palavra), desde que façamos uma ligeira manobra e multipliquemos tudo ao quadrado, antes de realizar a soma. As contas batem sempre certo, podem experimentar. E acrescentava:

“...este é um teorema de grande alcance... é um dos pilares da civilização ocidental... sem ele não passaríamos duns árabes de segunda... restaríamos na Idade da Pedra... e nem disto haveria...” (enquanto apalpava a vareta e ninguém percebesse exactamente onde ele queria chegar).

Com os alunos indiferentes, ele repetia. Mas, se mesmo assim não cativasse, falava mais alto:

“Se não percebem, é porque... suspendia brevemente a respiração... nunca perceberam nada. Nem nunca serão capazes de perceber seja o que for, ouvirem...?”

Os alunos fingiam então que percebiam. Mas se fosse necessário

repetir três ou quatro vezes, o Senhor Pitágoras perdia a cabeça e do meio da sala começava a berrar:

“Seus malandros, seus atrasados mentais, vocês andam a roubar os vossos pais, a roubar o dinheiro do Estado, ide trabalhar...”

o que não se repercutia em triunfos, como será fácil de calcular. Trazia-lhe até algumas complicações: os alunos queixavam-se, os pais ofendiam-se, as associações resmungavam. Os professores não se comprometiam, um ou outro troçava.

Não eram fáceis as vidas: nem do Professor, nem do Teorema.

### II

Para ordenar as turmas mistas do 9º ano, o Senhor Pitágoras habituara-se a simbolismos colectivos: para ele, raparigas eram “saías”, rapazes seriam “calças”. O quotidiano mostrava a falibilidade dessas distinções, mas habituara-se e prosseguia. Com displicência as utilizava, na sorumbática distração de quem para mais tarde adia as realidades reais.

Num dia de maior irritação, viu-se compelido a separar os rapazes das raparigas, para tentar discernir as respectivas incompetências. Tinha repetido o teorema vezes sem conta, os basbaques não percebiam, era grave demais. Seria melhor investigar a sua impreparação, distinguindo eles e elas. Talvez o resultado até pudesse, no futuro, enquadrar-se na educação familiar. Talvez frutos trouxesse.

Num desespero, em voz alta:

“Vou separar-vos na sala: elas para a parte de cima, eles para a parte de baixo:

“ depressinha, vamos a isto:

“ saias p’ra cima, calças p’ra baixo...!”

Como ninguém se movesse, gritou mais alto:

“saias p’ra cima, calças p’ra baixo...!”

À terceira, de cabeça perdida, desatou a berrar:

“ saias p’ra cima, calças p’ra baixo...”

E repetiu, repetiu, de tal forma exaltado que nas outras salas se começou a perceber...

e todo o Liceu, num verdadeiro espanto, ouviu.

As empregadas da limpeza foram as primeiras a fugir. Desataram, corredor fora, supondo-se incluídas. As salas abriram-se, as alunas gritaram, os rapazes cochicharam. Num burburinho nunca visto!

No mesmo dia, o Conselho Directivo interrogou-se:

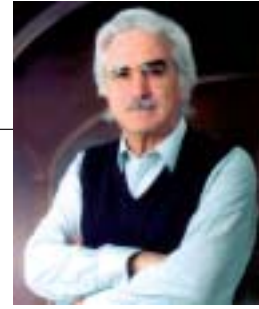
Será o Senhor Pitágoras um pedófilo encapotado?

### III

Com a urgência habitual, a Escola tomou as medidas que lhe competiam. E os pais e jornalistas alarmados, concluíram o que já todos sussurravam: há sempre um perverso atrás dum teorema. Choveram denúncias. Os pais foram os carrascos principais: com a mais justa das indignações, reclamavam as qualidades dos seus virtuosíssimos rebentos e os castigos devidos para tais iniquidades. Na turbulência que rapidamente ganhou volume, o Ministério Público tomou a palavra e sonoramente exclamou:

“vamos investigar...”

instaurando um processo-crime, com o secretismo característico. E a mobilização tornou-se geral, com opinião pública cheia de



**Jaime Milheiro**  
*Psiquiatra; Psicanalista*

#### IV

Meses depois, o processo continua e o seu destino parece tão oblíquo como a vareta na hipotenusa, mas...

...neste desassossego, alguns benefícios o Senhor Pitágoras obteve. Saiu do anonimato, tal como o seu teorema. Repetidamente entrevistado, repetidamente requisitado, tornou-se celebridade, prevendo-se agora que essa condição esteja assegurada enquanto durar o processo, com as vantagens que daí resultam.

O seu advogado, também tornado figura pública, já aparece assessorada por estagiárias de óptimo aspecto e, com o peso da sua avalizada opinião, garante que o processo está para durar. Na sua voz grave, garante que pelo menos até 2015 tudo continua: só nessa altura a instrução estará próxima do fim, após os extensíssimos estudos que terão de se efectivar.

O Senhor Pitágoras, entretanto, pediu reforma da função pública, alegando depressão e fibromialgia. E obtém excelentes rendimentos em artigos, colóquios e mesas-redondas. A princípio falava sobre a sua inocência, agora fala de tudo. Abandonou os teoremas: percebeu que vive melhor sem eles e que faria mal se não aproveitasse. Até a família já o aprecia doutra forma. E, depois deste abalo, o sistema educativo corre na perfeição. Tornou-se mais claro ainda que as crianças não podem ser traumatizadas e que não há razão nenhuma para recapitular os conceitos educativos, nem os desempenhos de professores e afins.

Mas, a consequência mais significativa estará para vir: toda a gente sabe, de fonte certa, que no fim do processo o Primeiro-ministro de Portugal será o Prof. Dr. Francisco Louçã e que este, juntamente com a Senhora Ministra da Educação, Dona Lolita Consuelo D'Aranjuez, acabará de vez com o problema. Num acto de coragem, retirarão o Teorema de Pitágoras do ensino.

E todos ficaremos em paz.

certezas e a comunicação social do mesmo modo.

Telejornais frente à Escola, noticiavam entradas e saídas: enquanto o "alegado" criminoso as faces cobria, os pais em directo ameaçavam e as mães choravam. Psiquiatras vieram explicar ao País a gravidade dos traumatismos sexuais e os horríveis sintomas do stress pos-traumático. Associações de psicólogos ofereceram-se para apoiar as vítimas. Ninguém permitia que as filhas continuassem naqueles antros de luxúria da Escola: sem escolta seria conveniente nem aparecer. Grande parte dos alunos começou a faltar, sucedendo-se inúmeros atestados médicos, quer dos presentes na famosa aula, quer dos muitos que por contágio adoeceram. Não havia mãos a medir, os mais expeditos começaram a reclamar subsídios.

A grande mobilização aconteceu também a nível de Estado.

Em horário nobre, o Senhor Presidente da República, acompanhado pelo Senhor Ministro da Educação, veio recomendar serenidade aos portugueses. No dia seguinte, o Senhor Ministro da Administração Interna veio garantir que o Governo já tinha tomado as medidas certas e que estava tudo sob controlo, aproveitando o momento para lembrar a eficácia das medidas que habitualmente tomava, à colação trazendo os combates contra os incêndios do ano passado, quando ardeu metade do País. Moderníssimos piquetes de segurança estariam já a ser montados.

O Senhor Ministro da Justiça veio assegurar que o sistema judicial desempenharia cabalmente as suas funções, fosse contra quem fosse, aproveitando igualmente a ocasião para lembrar que, antes da condenação, todos se devem presumir inocentes, mesmo em casos tão evidentes como este.

Nas semanas seguintes, alarme mantido, novas afirmações aconteceram:

O senhor Ministro da Defesa veio recordar quanto os submarinos seriam úteis nesta guerra, lamentando que não estivessem ainda operativos...

O Senhor Procurador-Geral da República veio garantir o segredo de Justiça e celeridade no processo...

O Sindicato dos Professores anunciou várias greves...

A oposição, numa conferência de imprensa arrasadora confirmou que tudo isto devia a incompetência do Governo...

As organizações gay reclamaram às instâncias europeias a discriminação de que estavam a ser alvo...

Na Rua do Salitre uma grua estava prestes a cair...

Os debates na televisão mostraram como o insucesso escolar não estava resolvido...

Sempre em directo, em constantes entrevistas, houve jornalistas que se sacrificaram ao ponto de as realizar às seis da manhã, à saída de discotecas, freneticamente interrogando alunas de minissaia e decote recheado:

"...o que é que sentiu naquele malfadado dia... diga-me, diga-me o que sentiu... quando o Senhor Pitágoras proferiu aquelas indecentes propostas... diga-me, diga-me, para o Telejornal das oito: recebendo veementes respostas:

"... senti vergonha, senti muita vergonha..."

"...ainda hoje me sinto completamente envergonhada..."

"...só o meu namorado me deu algum conforto... mas ele agora já não chega, vou ter arranjar mais alguém..."

"...mas, o pior, é que o Governo não fez nada... ainda não fez nada..."

## Recusa de tratamento com fundamento em crença religiosa

### Testemunha de Jeová

### Análise da Declaração de “Isenção de responsabilidade” Princípio da Autonomia – Conflito de Deveres

Foi solicitado ao Departamento Jurídico a análise e parecer sobre a atitude a tomar perante uma declaração, titulada como “**Isenção de Responsabilidade**” que aqui se dá por transcrita e que reiteradamente é entregue aos médicos pelas Testemunhas de Jeová<sup>1</sup>.

Os médicos consulentes, pertencentes ao quadro da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, concretizam as suas dúvidas colocando em síntese e no que releva para o parecer deste Departamento, as seguintes perguntas:

1. As grávidas têm o direito de recusar as transfusões de sangue total, de elementos figurados do sangue ou de plasma sanguíneo, mesmo em caso de risco para a sua saúde ou vida?
2. No caso das grávidas não terem direito a recusar as transfusões de sangue total, de elementos figurados do sangue ou de plasma sanguíneo, podem os profissionais da MAC optar por este tipo de terapêutica em caso de risco para a saúde ou para a vida?
3. A declaração de “Isenção de Responsabilidade”, isenta efectivamente os médicos e os outros profissionais das responsabilidades legais decorrentes da morte ou da morbilidade por privação da terapêutica transfusional?
4. É adequada para o efeito pretendido pela doente?
5. Para a sua validade não é necessário o reconhecimento das assinaturas nela constantes?
6. No caso das grávidas terem direito a recusar as transfusões de sangue total, de elementos figurados do sangue ou de plasma sanguíneo, mesmo em caso de risco para a saúde ou para a vida, mas esta declaração não ser adequada, e não isentar efectivamente os médicos e os outros profissionais das responsabilidades legais decorrentes da morte ou da morbilidade por privação da terapêutica transfusional, podem os ditos profissionais optar por este tipo de terapêutica em caso de risco para a saúde ou para a vida?
7. No caso das grávidas terem direito a recusar as transfusões de sangue total, de elementos figurados do sangue ou de plasma sanguíneo, mesmo em caso de risco para a saúde ou para a vida e esta declaração ser adequada, e isentar efectivamente os médicos e os outros profissionais das responsabilidades legais decorrentes da morte ou da morbilidade por privação da tera-

pêutica transfusional, há alguma excepção ou excepções, em que possam os ditos profissionais optar por este tipo de terapêutica, designadamente quando estiver em causa a saúde e a vida do feto? Em que circunstâncias?

8. Sabendo que estão inibidos de uma opção terapêutica frequentemente insubstituível para salvar a vida de uma grávida, e que a recusa consciente da mãe pode levar à interrupção da gravidez com morte fetal ou com morte de um recém-nascido vivo, mas sem viabilidade, podem os profissionais de saúde recusar-se, em consciência a assistir uma grávida com esta limitação? Façamos, em primeiro lugar, uma abordagem genérica ao problema para então respondermos, tanto quanto possível, de modo simples e sintético.

Vejamos então qual o **ENQUADRAMENTO DEONTOLÓGICO**.

Preceitua o art. 38º do Código Deontológico (C.D.) que:

**“1. O médico deve procurar esclarecer o doente, a família ou quem legalmente o represente, acerca dos métodos de diagnóstico e de terapêutica que pretende aplicar.**

2. ...

3. Se o doente ou a família, depois de devidamente informados, recusarem os exames ou tratamentos indicados pelo médico, pode este recusar-se a assisti-lo, nos termos do artigo antecedente.

**4. Em caso de perigo de vida, a recusa de tratamento imediato que a situação imponha, quando seja possível, só pode ser feita pelo próprio, pessoal, expressa e livremente.”**

Ainda com interesse para a situação que nos foi colocada, estabelece o n.º 1 do art.º 41.º do C.D., sob a epígrafe “Respeito pelas crenças e interesses do doente”:

**“1. O médico deve respeitar escrupulosamente as opções religiosas, filosóficas ou ideológicas e os interesses legítimos do doente.”**

Finalmente e atenta a última pergunta feita pelos consulentes, importa referir que o artigo 30º do C.D., sob epígrafe “Objec-

ção de consciência” diz o seguinte:

“O Médico tem o direito de recusar a prática de acto da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária, ou contradiga o disposto neste Código.”

Perante tais normativos, parece-nos ser pacífico afirmar que se um doente depois de devidamente esclarecido, recusar um tratamento, de forma expressa e inequívoca, livre e conscientemente, o médico está obrigado a respeitar a sua vontade.

Tal facto não prejudica que o clínico não deva assumir a sua condição de conselheiro e manter-se com o paciente, informando-o pormenorizadamente das consequências da sua opção.

Trata-se, pois, do respeito pelo princípio da liberdade e da autodeterminação que, aqui, sobreleva ao princípio da beneficência e ao interesse curativo.

Nestes termos, agem de forma deontologicamente correcta os médicos que respeitem a opção religiosa de não ser feita uma transfusão de sangue, quando a doente exprimiu a sua vontade de forma pessoal e escrita, de que não a pretendia, mesmo sabendo que com isso poderia pôr em risco a sua própria vida.

Por outro lado, o médico poderá normalmente exercer o seu direito de objecção, recusando-se a praticar actos que entrem em conflito com a sua consciência.

## Do enquadramento jurídico-penal

Em conformidade com o disposto no art.º 150º do Código Penal (C.P.)<sup>2</sup>, as intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos levados a cabo por um médico com intenção de debelar doença ou lesão, não se consideram ofensa à integridade física, desde que respeitem a *leges artis*.

No entanto, **se o médico realizar intervenção ou tratamento sem consentimento do paciente**, mesmo que seja com a intenção de debelar doença ou lesão, **pratica um crime** de intervenção e tratamento médico-cirúrgico arbitrário, previsto e punido pelo art.º 156.º<sup>3</sup> do C.P.

Ou seja, é relevante para efeitos da lei penal (e também da civil), a recusa do tratamento, já que esta pressupõe uma concretização da liberdade pessoal, na sua vertente negativa<sup>4</sup>.

A autonomia sobre o próprio corpo é, pois protegida com a incriminação das intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários, fazendo sobrepor o interesse da autodeterminação ao interesse curativo.

O doente tem a possibilidade de consentir ou de recusar a intervenção médica, por mais drásticas e irreversíveis que sejam as consequências da recusa.

Facto é que, como acima se disse, o direito de recusa de tratamento por parte do doente não desobriga o médico do dever de informar, de convencer, de explicar claramente os efeitos dessa mesma recusa e, inclusive, fornecer elementos sobre as alternativas terapêuticas (sem uso de produtos hematológicos), designadamente sobre os estabelecimentos que melhor atendem as exigências destes doentes.<sup>5</sup>

A lei tutela, assim, uma liberdade de disposição sobre a saúde e a vida<sup>6</sup>.

O direito de autodeterminação sobre o próprio corpo não tem que ceder face ao dever de protecção da saúde e da vida que incumbe ao Estado. O primado do princípio da autonomia resulta directamente da dignidade humana, valor supremo da ordem jurídica portuguesa. Pelo menos enquanto estão apenas em causa interesses próprios.

De facto, quando se confronta com interesses alheios, o primado da autonomia esmorece.

Ao direito de liberdade e autodeterminação da mãe, sobrepõe-se o direito à vida da futura criança. Há, pois, um conflito entre o interesse de autodeterminação da mulher e o interesse à saúde e à vida do nascituro.

Será que a mãe tem legitimidade para consentir numa agressão a um bem jurídico eminentemente pessoal do feto?

Situação semelhante se passa na interrupção voluntária da gravidez, onde, nalgumas circunstâncias, temos igualmente em conflito estes dois valores: Vida – Liberdade.

E aí, a legislação penal portuguesa, pelo menos até à data, opta por proteger a vida intra-uterina sacrificando a liberdade de dispor do corpo ou da própria vida da mulher (cf. art. 140º do C. Penal<sup>7</sup>).

No entanto, a lei não protege ilimitadamente o direito à vida. Existem limites, indicações que excluem a ilicitude do aborto. São os ditos abortos terapêuticos, realizados para salvaguardar a saúde da mãe; eugénicos, por haver provas de que o feto apresentava lesões ou deformações; e éticos, quando a gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da mulher.

Assim se vê que nenhum dos direitos prevalece claramente sobre o outro.

Agora, a questão que interessa colocar é saber se se pode extrapolar para o caso em apreço esta linha de pensamento do legislador. Será que estamos perante um daqueles casos em que prevalece a vontade da mãe, por estar em causa a sua liberdade e autodeterminação, desprotegendo-se por completo a vida do feto?

Entendemos que a questão é bastante complexa e não temos uma resposta definitiva. No entanto sempre se dirá que em direito penal, o “valor” do nascituro é tanto maior quanto maior for o estágio da gravidez.

Por isso, consideramos que, nessa medida, a solução também poderá ser diferente consoante a grávida esteja já no termo do período de gestação, no seu início ou a meio.

Acresce que, para o direito penal a vida humana (expressão aqui utilizada por contraposição à vida intra-uterina) tem início quando começa o trabalho de parto, pelo que eventuais danos causados ao nascituro já serão qualificados como ofensas à integridade física ou, em situações de morte, como homicídio e não como aborto.

Deste modo, tenderíamos a considerar que se ocorrerem problemas no decurso do trabalho de parto que afectem a vida do nascituro e que possam ser removidos através de uma transfusão sanguínea, a vontade manifestada pela mãe não deverá ser relevante, porquanto a vida do filho não está já no seu âmbito de disposição. Na verdade, é considerado crime de infanticídio (e não de aborto) o facto da mãe matar o filho durante o parto (art.º 136.º do C.P.).

Mas há que limitar a linha de raciocínio ao que realmente está em discussão.

Das duas atitudes a tomar, sem dúvida que a menos susceptível de litigância para o médico parece ser a de respeitar a vontade da paciente. Assim se pode interpretar o Código Deontológico e a Lei, ao punir a intervenção não consentida. Nesta situação, em princípio não lhe serão pedidas responsabilidades por eventuais mortes, na medida em que se limitou a respeitar o direito à autodeterminação da paciente.

Contudo, o mesmo Código Deontológico no seu artigo 26º prescreve que “**o Médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se por esse facto à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, (...), no exclusivo intuito de promover ou restituir a Saúde, suavizar os sofrimentos e prolongar a vida, no pleno respeito**

**pela dignidade do ser humano**”. Mais, no artigo 47º diz-se que “**o Médico deve guardar respeito pela vida humana desde o seu início**”.

Assim, se por razões de consciência a opção do médico seja a de efectuar a necessária transfusão, ele incorre na prática de um crime de intervenção médico-cirúrgica arbitrária, previsto e punido pelo artigo 156º do C. Penal, pois não respeitou a decisão da paciente, intervindo sem consentimento. Como no caso presente não se aplicam quaisquer das causas de não punição, o médico terá eventualmente de responder em Tribunal, caso a ofendida apresente queixa.

Nessa hipótese, o médico deverá alegar que estava perante um **conflito de deveres** (art. 36º do C. Penal)<sup>8</sup>. Ou seja, respeitava a vontade da paciente, correndo o risco de perder a mãe e o filho ou cumpria a sua função e salvava ambas as vidas ou mesmo só uma.

Neste caso, como estamos perante dois deveres de valor igual, o médico deverá decidir de acordo com a sua consciência, sabendo sempre que o comportamento adoptado, efectuando ou não a transfusão, poderá não ser considerado ilícito por se encontrar perante um dilema, um conflito de deveres: Ou a Vida ou a Liberdade.

## Em conclusão:

- O médico tem o dever de salvar vidas, bem como o dever de respeitar as decisões da paciente;
- Contudo, quando essas decisões colidam com interesses de terceiros, o médico cai necessariamente num dilema, que só poderá solucionar em consciência;
- Independentemente das atitudes que tome, a sua responsabilidade poderá estar salvaguardada;
- Se optar por respeitar a vontade da mãe, a eventual morte do feto ou daquela poderá não lhe ser imputada, por falta de consentimento;
- Se decidir intervir, e uma vez que o faz sem autorização, incorre em crime de intervenção médica arbitrária, pelo qual, no entanto, poderá não ser punido uma vez que agiu em conflito de deveres.

Sintetizando as respostas às perguntas formuladas diremos:

**5. As grávidas têm o direito de recusar as transfusões de sangue total, de elementos figurados do sangue ou de plasma sanguíneo, mesmo em caso de risco para a sua saúde ou vida;**

6. A resposta à segunda questão encontra-se prejudicada por aquela que foi dada no n.º anterior, devendo todavia ser compreendida nos termos que infra se explicitarão.

**7. A declaração** a que se referem as terceira, quarta e quinta perguntas **é susceptível de isentar os médicos e os outros profissionais das responsabilidades decorrentes da morte ou morbilidade da grávida por privação da terapêutica transfusional.** Faz-se, no entanto, nota de que o do-

cumento deve, preferencialmente, ser assinado no momento da sua entrega pela própria doente e por duas testemunhas que possam ali ser identificadas; seria ainda preferível se as assinaturas se encontrassem previamente reconhecidas, nos termos da lei. Certo é que, em qualquer das situações **o documento**, para que produza os efeitos pretendidos, **terá de estar sempre assinado pela grávida**. Não obstante, o certo é que a lei não exige o reconhecimento presencial das assinaturas, pelo que o documento que apenas contenha as assinaturas da grávida e, eventualmente, de testemunhas, com a menção dos respectivos bilhetes de identidade, data e local de emissão, terá de ser aceite, sendo adequada para o efeito pretendido.

8. A resposta à sexta questão fica prejudicada por aquelas que foram dada nos pontos anteriores, já que consideramos que a declaração é adequada para os efeitos pretendidos.

9. Quanto à sétima pergunta e como acima já ficou sinteticamente fundamentado, **os médicos podem utilizar a terapêutica transfusional desde que a mesma seja a única solução actual<sup>9</sup> e disponível no momento para salvar a vida do nascituro ou evitar grave perigo para a sua saúde**. Nesta situação e como supra se disse, o médico deverá decidir de acordo com a sua consciência, **podendo a sua actuação não ser considerada ilícita, com fundamento na resolução de um conflito de deveres**.

No caso da **grávida se encontrar em trabalho de parto** e se verifique que **a vida ou a saúde do nascituro está em perigo que só possa ser removido através de uma transfusão sanguínea**, a vontade manifestada pela mãe não será relevante, porquanto a vida do filho não está no seu âmbito de disposição. Nesta circunstância, somos de opinião que **os médicos têm o dever de utilizar a terapêutica transfusional**.

10. Por fim e no que respeita à oitava questão, diremos que perante a recusa de tratamento por parte da doente, com estas características, os médicos podem exercer o seu direito de recusa de assistência desde que os actos médicos necessários sejam assegurados por médico de qualificação equivalente, tenham sido fornecidos os esclarecimentos necessários para a continuidade da assistência e a doente ou a família tenham sido advertidos com antecedência.

Esta é, salvo melhor, a n/opinião.

O Consultor Jurídico  
**Paulo Sancho**  
2005-03-31

<sup>1</sup> As Testemunhas de Jeová seguem um credo religioso que considera que o consumo de sangue ou de hemoderivados está proibido por ordem divina.

<sup>2</sup> **Artigo 150º**

**Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos**

1 - As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal,

ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.

2 - As pessoas indicadas no nº anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as *leges artis* e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal.

(Redacção da Lei nº 65/98, de 2 de Setembro)

<sup>3</sup> **Artigo 156º**

**Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários**

1 - As pessoas indicadas no artigo 150º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.

2 - O facto não é punível quando o consentimento:

a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou

b) Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde;

e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado.

3 - Se, por negligência grosseira, o agente representar falsamente os pressupostos do consentimento, é punido com pena de prisão até 6 meses ou com pena de multa até 60 dias.

4 - O procedimento criminal depende de queixa.

<sup>4</sup> “No plano dos direitos fundamentais, reconhece-se um direito à recusa de tratamentos médicos, mesmo que surja como irrazoável, que se funda quer na liberdade de consciência (art. 41, n.º 1, CRP), quer no direito à integridade física e moral (art. 25º, n.º 1, CRP), quer ainda na liberdade religiosa (art. 41º CRP).” – in “O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente” – Dr. André Gonçalo Dias Pereira – Coimbra Editora – 2004, pag 502.

<sup>5</sup> Ver por todos “O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente” – Dr. André Gonçalo Dias Pereira – Coimbra Editora – 2004, pags. 419 e segs e 503 e segs, onde é citada inúmera doutrina e jurisprudência estrangeira sobre esta matéria.

<sup>6</sup> Este princípio é reconhecido em estados europeus como a França, Bélgica, Áustria, Alemanha, Inglaterra, Escócia, Irlanda e Suíça.

Ainda da Obra citada na nota anterior retira-se que, o Tribunal dos Direitos do Homem pronunciou-se em 1999, pela violação do consentimento informado, resultante da administração de tratamentos obrigatórios a membros de uma seita, maiores de idade, que foram retidos e submetidos, durante 10 dias, a um tratamento médico contra a sua vontade.

No Canadá, num caso de 1990, um médico foi condenado por ter salvo a vida de um paciente Testemunha de Jeová, mas usando meios claramente proibidos num cartão que o doente trazia consigo. Os tribunais ingleses também dão indicações de que decidiram da mesma forma num caso de 1992.

<sup>7</sup> **Artigo 140º**

**Aborto**

1 - Quem, por qualquer meio e sem consentimento da mulher grávida, a fizer abortar é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos.

2 - Quem, por qualquer meio e com consentimento da mulher grávida, a fizer abortar é punido com pena de prisão até 3 anos.

3 - A mulher grávida que der consentimento ao aborto praticado por terceiro, ou que, por facto próprio ou alheio, se fizer abortar, é punida com pena de prisão até 3 anos.

<sup>8</sup> **Artigo 36º**

**Conflito de deveres**

1 - Não é ilícito o facto de quem, em caso de conflito no cumprimento de deveres jurídicos ou de ordens legítimas de autoridade, satisfizer dever ou ordem de valor igual ou superior ao do dever ou ordem que sacrificar.

2 - O dever de obediência hierárquica cessa quando conduzir à prática de um crime.

<sup>9</sup> Segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina.



## MÚSICA



### Working Class Hero The Definitive Lennon

No passado dia 9 de Outubro John Lennon comemoraria o seu 65º aniversário e dia 8 de Dezembro completam-se 25 anos sobre a sua ausência. Vários eventos foram agendados para celebrar a vida e música de John Winston Lennon, entre os quais o lançamento da Parlophone, no passado dia três de Outubro, de um cd duplo "Working Class Hero - The Definitive Lennon". Este cd contém 38 composições, uma compilação com a colaboração essencial de Yoko Ono Lennon.

No passado dia 9 de Outubro John Lennon comemoraria o seu 65º aniversário e dia 8 de Dezembro completam-se 25 anos sobre a sua ausência. Vários eventos foram agendados para celebrar a vida e música de John Winston Lennon, entre os quais o lançamento da Parlophone, no passado dia três de Outubro, de um cd duplo "Working Class Hero - The Definitive Lennon". Este cd contém 38 composições, uma compilação com a colaboração essencial de Yoko Ono Lennon.



### Playing the Angel Depeche Mode

No ano em que comemoram 25 anos de carreira os Depeche Mode regressam aos originais com Playing the Angel, o novo álbum editado no dia 17 de Outubro. Este trabalho foi escrito por Martin Gore e

produzido por Ben Hillier. Gravado em Santa Barbara, Nova York e Londres, Playing The Angel pela primeira vez, inclui três temas escritos por Dave Gahan. Outro facto inédito é a colaboração de Ben Hillier na co-produção do disco.

## LIVROS



### O consentimento informado na relação médico-paciente

Esta edição da Coimbra Editora da autoria de André Gonçalo Dias Pereira inclui a abordagem, entre outros, dos seguintes temas: a construção da doutrina do consentimento informado, fontes internacionais e europeias do direito biomédico, estrutura dogmática do consentimento informado e considerações dogmáticas prévias, o consentimento como acto jurídico stricto sensu, capacidade para consentir, consentimento inválido, sanção jurídica e ónus da prova, vícios que afectam o consentimento e sua sanção, problemas especiais do contrato médico quando o paciente é menor, interdito ou inabilitado, o dever da obrigação de informação, os formulários para prestação do consentimento e excepções à obrigação de obter o consentimento.

do consentimento informado, fontes internacionais e europeias do direito biomédico, estrutura dogmática do consentimento informado e considerações dogmáticas prévias, o consentimento como acto jurídico stricto sensu, capacidade para consentir, consentimento inválido, sanção jurídica e ónus da prova, vícios que afectam o consentimento e sua sanção, problemas especiais do contrato médico quando o paciente é menor, interdito ou inabilitado, o dever da obrigação de informação, os formulários para prestação do consentimento e excepções à obrigação de obter o consentimento.

### Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal

Um grupo de 18 especialistas ligados ao diagnóstico, tratamento e apoio aos doentes de Alzheimer, com o apoio da Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer (APFADA), da Lundbeck e da editora Lidel, lançou o livro "A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal", no âmbito das comemorações do Dia Mundial da Pessoa com Alzheimer, comemorado no passado dia 21 de Setembro. O livro, coordenado por Alexandre Castro-Caldas e Alexandre de Mendonça, tem como objectivo sensibilizar o público em geral para esta doença incapacitante e simultaneamente contribuir para aumentar um conhecimento mais aprofundado sobre esta patologia, que afecta cer-

ca de 60 mil portugueses, na sua maioria idosos. A publicação destina-se a um leque vasto de leitores, entre os quais os familiares e amigos dos doentes, mas também estudantes, médicos ou simples curiosos. A obra aborda, entre outras, as temáticas dos sinais e evolução da doença, as terapêuticas farmacológica e não farmacológica, os auxílios disponíveis, o papel das associações de doentes, os aspectos éticos e médico-legais e ainda a importância de uma nova abordagem deste tipo de patologias nas políticas de saúde nacionais. Todos os autores que participaram nesta obra cederam os respectivos direitos à Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer (APFADA).



### Consentimento Informado Pedra Angular da Responsabilidade Criminal do Médico

Álvaro da Cunha Gomes Rodrigues  
Coimbra Editora

### eu gostava de ir ver gente

Cipriano Justo;  
Graciete Dias; Dália  
Nogueira; Fátima  
Nogueira; Ana Escoval;  
Jorge Correia Jesuino  
Campo da  
Comunicação -  
Colecção Saúde





## Setembro - 1.ª série

### Portaria n.º 812/2005, de 2005-09-12

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

Autoriza a celebração de contrato de prestação de serviços de conferência de impressos do SNS - receituário médico e requisições de meios auxiliares de diagnóstico, através da digitalização dos respectivos códigos de barras.

### Portaria n.º 827/2005, de 2005-09-14

Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde  
Estabelece as condições de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM).

### Portaria n.º 826/2005, de 2005-09-14

Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde  
Altera a Portaria n.º 618-A/2005, de 27 de Julho, que actualiza os preços de medicamentos.

### Decreto-Lei n.º 156/2005, de 2005-09-15

Ministério da Economia e da Inovação  
Estabelece a obrigatoriedade de disponibilização do livro de reclamações a todos os fornecedores de bens ou prestadores de serviços que tenham contacto com o público em geral. *Entra em vigor em Janeiro de 2006. Aplica-se às U.P.S., revogando quaisquer outras normas que contrariem o disposto neste decreto-lei. A fiscalização, a instrução dos processos e a aplicação das coimas e sanções acessórias previstas no presente diploma às U.P.S. cabem às entidades que, nos termos da legislação específica exis-*

*tente que estabelece a obrigatoriedade do livro de reclamações, são competentes para o efeito. O livro de reclamações do modelo que, à data da entrada em vigor deste diploma, estiver a ser utilizado pode ser mantido até ao respectivo encerramento.*

### Decreto-Lei n.º 158/2005, de 2005-09-20

Ministério da Administração Interna

Approva o regime jurídico de assistência na doença da GNR e PSP (contém regras sobre a celebração de convenções).

### Resolução do Conselho de Ministros n.º 150/2005, de 2005-09-21

Presidência do Conselho de Ministros

Autoriza a realização, pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, da despesa com a aquisição do fosfato de oseltamivir, considerado, de acordo com a informação disponível, o mais eficaz de entre todos os antivirais licenciados no mundo e existentes no mercado contra o vírus H5N1.

### Decreto-Lei n.º 167/2005, de 2005-09-23

Ministério da Defesa Nacional

Estabelece o regime jurídico da assistência na doença aos militares das Forças Armadas

### Resolução da Assembleia da República n.º 52-A/2005, de 2005-09-29

Assembleia da República

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

## Setembro - 2.ª série

### Despacho n.º 19124/2005, de 2005-09-02

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Determina que todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde que ainda não tiverem implementado um protocolo de triagem de prioridades o devem fazer até 31 de Dezembro de 2005.

### Despacho conjunto n.º 656/2005, de 2005-09-02

Ministérios da Saúde e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

Dá por finda a Comissão Coordenadora do Tratamento das Doenças Lisossomais de Sobrecarga, criada pelo despacho n.º 4903/2003 (2.ª série), publicado no Diário da República, 2.ª série, de 13 de Março de 2003 e atribui ao Instituto de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães a coordenação do diagnóstico e tratamento das doenças lisossomais de sobrecarga, ao abrigo do n.º 2 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 79/2005, de 15 de Abril.

### Despacho n.º 19 650-A/2005, de 2005-09-09

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Define os grupos farmacoterapêuticos em que se integram os medicamentos considerados imprescindíveis em termos de sustentação de vida e encarrega o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) de manter permanentemente actualizada na sua página electrónica na Internet a lista das apresentações dos medicamentos que em cada momento integram aqueles grupos farmacoterapêuticos e que são, por isso, considerados imprescindíveis em termos de sustentação de vida.

## PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS

**EVENTO:** I Jornadas de Prevenção e Terapêutica em Gastroenterologia para Medicina Familiar

**LOCAL:** Lisboa

**DATA:** 2 a 3 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 – 358 43 80; Fax: 21 – 358 43 89

Email: dmcongressos@mail.telepac.pt

**EVENTO:** Hope 2005

**LOCAL:** Índia

**DATA:** 3 a 5 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** BioSaúde; Tel: 21 – 722 61 10; Fax: 21 – 722 61 19

**EVENTO:** III Congresso da Associação portuguesa de Psicogerontologia

**LOCAL:** Torre do Tombo

**DATA:** 3 a 5 de novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Associação portuguesa de Psicogerontologia; Email: appsicogerontologia@clix.pt

**EVENTO:** IX Congresso da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade

**LOCAL:** Auditório Cardeal de Medeiros, Universidade Católica - Lisboa

**DATA:** 3 a 5 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Sociedade Portuguesa para o estudo da Obesidade; Tel/Fax : 21 – 390 40 65

**EVENTO:** Meeting de Outubro de Anestesiologia

**LOCAL:** hospital distrital de faro

**DATA:** 4 e 5 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Associação de Anestesiologistas do Sotavento; email: aanestesiologistass@hotmail.com

**EVENTO:** I Simpósio de Diabetes do Algarve

**LOCAL:** hotel Tivoli Almansor Carvoeiro

**DATA:** 4 e 5 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Núcleo de Diabetes do centro Hospitalar do Barlavento Algarvio e o

Núcleo de Diabetologia, Nutrição e Doenças Metabólicas do Hospital Distrital de Faro

**EVENTO:** II Reunião de Risco Cardiovascular do Hospital de santarém

**LOCAL:** Corinthia Hotel Lisboa

**DATA:** 4 e 5 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Secretariado: Ideias ao quadrado; Email: isabelmoita@ideiasaoquadrado.com

**EVENTO:** IPFDS2005 – International Pelvic Floor Dysfunction Society Congress

**LOCAL:** Buenos Aires

**DATA:** 8 a 11 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Eurorumo; tel. 21- 798 11 20/29; Fax: 21 – 797 03 97

**EVENTO:** 9th International Union Against Transmitted Infections World Congress (IUSTI)

**LOCAL:** Bangkok

**DATA:** 8 a 13 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** BioSaúde; Tel: 21 – 722 61 10; Fax: 21 – 722 61 19

**EVENTO:** ASN – Renal Week 2005

**LOCAL:** Filadélfia

**DATA:** 8 a 13 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** AMGEN; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

**EVENTO:** IV Congresso Hispano – Português de Nefrologia Pediátrica

**LOCAL:** Barcelona

**DATA:** 9 a 12 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Ferring, Produtos Farmacêuticos; Tel: 21 – 940 51 90; Fax: 21 – 940 52 09

**EVENTO:** 22<sup>as</sup> Jornadas de Medicina Interna do Porto

**LOCAL:** Porto

**DATA:** 10 a 11 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 – 358 43 80; Fax: 21 – 358

43 89; Email:

dmcongressos@mail.telepac.pt

**EVENTO:** 12<sup>a</sup> Reunião Nacional do Núcleo de Medicina Interna dos Hospitais Distritais

**LOCAL:** Évora

**DATA:** 11 a 12 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Serviço de Medicina I – Hospital do Espírito Santo – Évora; email: cbarata@sapo.pt

**EVENTO:** III Jornadas de Controlo de Infecção do Algarve

**LOCAL:** Hotel Almansor - Carvoeiro

**DATA:** 11 e 12 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Comissões de Controlo de Infecção do algarve, Centro Hospitalar do barlavento Algarvio, Hospital Distrital de Faro; Secretariado: PPP-Formação em Saúde, Lda; Fax: 289-321 254; email: ppp.formacao@sapo.pt

**EVENTO:** Scientific Sessions 2005

**LOCAL:** Texas

**DATA:** 13 a 16 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Merk, Sa; tel. 21 – 361 35 00; Fax: 21 – 361 36 65

**EVENTO:** XVII Encontro Internacional de Cirurgia

**LOCAL:** Porto

**DATA:** 14 a 16 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Departamento de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia; Tel: 22 – 786 51 00; Fax: 22-783 02 09

**EVENTO:** 4<sup>o</sup> Curso de Reumatologia “Prof. Lopes Vaz” para Medicina Familiar - Reumatologia nos Cuidados de Saúde Primários

**LOCAL:** Porto

**DATA:** 17 a 18 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Departamento Médico de Congressos

## PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS

sos; Tel: 21 – 358 43 80; Fax: 21 – 358 43 89 Email: dmcongressos@mail.telepac.pt

**EVENTO:** Congresso do Hospital de Dona Estefânia

**LOCAL:** Lisboa

**DATA:** 17 a 19 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Hospital de Dona Estefânia; Tel: 21 – 312 66 13; Fax: 21- 312 66 67

**EVENTO:** 7th Symposium IBD and Salicylates

**LOCAL:** Madrid

**DATA:** 18 a 19 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Ferring portuguesa; Tel: 21 – 940 51 90; Fax: 21 – 940 51 99

**EVENTO:** 2º Encontro de Ética e Parcerias de Medicina Geral e Familiar

**LOCAL:** Brasil

**DATA:** 20 a 27 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Medicongressos - Departamento de Clínica Geral (DCG); Tel. 91 – 662 81 50/ 96-600 74 74; Email: imc@netc.pt

**EVENTO:** VII Curso Intensivo Teórico-Prático de Diálise Peritoneal

**LOCAL:** Madrid

**DATA:** 21 a 25 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** AMGEN; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

**EVENTO:** Jornadas Internacionais de Reumatologia “2001 – 2010 – A Década do Osso”

**LOCAL:** Buenos Aires

**DATA:** 22 a 24 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 – 358 43 80; Fax: 21 – 358 43 89; Email: dmcongressos@mail.telepac.pt

**EVENTO:** XIII Jornadas de Diabetes

de Coimbra, III Jornadas de Endocrinologia de Coimbra, VIII Simpósio Diabetes e Gravidez, II Curso Prático de Diabetes para Enfermeiros, Simpósio Satélite sobre Acromegalia e Simpósio Multidisciplinar do Pé Diabético

**LOCAL:** Coimbra

**DATA:** 23 a 25 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo dos Hospitais da Universidade de Coimbra; Tel: 239 – 400 423; Fax: 239-825 879; Web: www.s.endocrinologia-huc.org

**EVENTO:** 7ªs Jornadas do Centro de Saúde de 7 Rios

**LOCAL:** Auditório do centro de saúde de 7 Rios - Lisboa

**DATA:** 24 e 25 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Secretariado Admédic; Tel. 21 – 842 97 10; Fax: 21 – 842 97 19; Web: www-admedic.pt

**EVENTO:** 3º Simposium Internacional da Sociedade Portuguesa de Doenças Metabólicas

**LOCAL:** Grande Hotel das termas do Luso

**DATA:** 24 e 25 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Associação de Saúde Infantil de Coimbra – Hospital pediátrico; Tel: 239 – 484 464; Fax: 239 – 482 918; Web: www.asic.pt

**EVENTO:** XIII Jornadas de Pediatria dos Hospitais de Leiria e Caldas da Rainha

**LOCAL:** Auditório da Casa da Música - Óbidos

**DATA:** 24 e 25 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha; tel. 262-830 300; Fax: 262 – 834 757

**EVENTO:** VI Jornadas de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular do Hospital Pedro Hispano

**LOCAL:** Sheraton Porto Hotel  
**DATA:** 25 e 26 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Instituto de Investigação e Formação Cardiovascular; Tel. 239- 476 740; Fax: 239 – 476 741

**EVENTO:** IX Reunião sobre Infecção por VIH/SIDA

**LOCAL:** Centro Congressos de Lisboa

**DATA:** 26 de Novembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** GlaxoSmithKline; Tel: 21 – 412 95 00; Fax: 21 – 412 04 54  
web: www.gsk.com

**EVENTO:** Reunião Conjunta da Secção de Hipertensão da Sociedade Espanhola de Cardiologia com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão

**LOCAL:** Lisboa

**DATA:** 2 e 3 de Dezembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Novartis; Tel: 21 – 000 86 00; Fax: 21 – 000 87 16

**EVENTO:** 47th Annual Meeting of the American Society of Hematology

**LOCAL:** Nova Orleães – EUA

**DATA:** 3 a 6 de Dezembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** AMGEN ; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

**EVENTO:** 10th World Congress in Osteoarthritis

**LOCAL:** Boston – EUA

**DATA:** 8 a 11 de Dezembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** BioSaúde; Tel: 21 – 722 61 10; Fax: 21 – 722 61 19

**EVENTO:** XIII Jornadas Internacionais do Instituto Português de Reumatologia

**LOCAL:** Centro Congressos de Lisboa

**DATA:** 15 e 16 Dezembro de 2005

**ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:** Instituto português de Reumatologia; Tel: 21 – 793 58 71; fax: 21 – 797 02 10