

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 21 – N.º 62 – Novembro 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

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 ACTUALIDADE

Médicos: uma imagem
valorizada junto dos
portugueses

10 Ficheiros clínicos e protecção de dados de saúde

16 Cimeira OM/OMC Portugal e Espanha estreitam cooperação na defesa da medicina

20 INFORMAÇÃO

do Conselho Nacional
Executivo
Especialista em Medicina
Desportiva Concurso
extraordinário

22 Alteração ao Estatuto da Aposentação Exercício de funções públicas por aposentados. Novo regime de incompatibilidades

24 OPINIÃO

“A Casa do Médico”
por António Gentil Martins

26 O Prof. Doutor Alberto Moreira de Rocha Brito Uma figura esquecida da medicina coimbrã por A. Poiares Batista

30 Um Estudo Compreensivo da Alma do Médico- -Escritor por João-Maria Nabais

34 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

Teologia da Negritude:
Sentido e Experiência
por Ramiro Délio Borges de
Meneses

40 CONSULTÓRIO JURÍDICO

Deontologia Profissional
- Prognóstico Fatal/Dever
de esclarecimento/
/Privilégio terapêutico

43 AGENDA

Gaffes

Foi um mês mediático este que agora termina. Não que tenha sido um mês de grandes transformações políticas ou implementação de medidas de fundo significativas mas estas coisas raramente coincidem.

O Regulamento do Internato após a necessária negociação sindical foi trilhando o seu caminho estando agora praticamente pronto. Espero em próxima edição poder publicá-lo.

Como qualquer documento legal não será o que cada um de nós queria mas a política é em si mesma “a arte do possível”...

Seguramente choverão as críticas, eu próprio teria várias a fazer, mas acredito que no cômputo geral será por fim um documento enquadrador moderno e profundo que abre portas para um trabalho sério de revisão de modos de actuar, programas de formação e responsabilidade individual e colectiva, que já tardava em Portugal.

Se mais não fosse, levar este trabalho a bom porto já seria suficientemente gratificante e justificativo para as milhares de horas de trabalho que todos, do CNE aos Conselhos Regionais, damos com todo o gosto a esta casa de todos os médicos.

Também o Estatuto do Medicamento se aproxima da publicação, nele se consigna o princípio da inviolabilidade da receita médica e da responsabilidade do médico por uma prescrição adequada e tecnicamente justificada. Veremos quanto tempo levará a ser cumprida a promessa de mudar o modelo de receita transformando de facto numa resultante do acto médico o que hoje mais não é que uma requisição para compra de medicamentos enfeitada com um “totoloto” de cruzinhas a convidar à ilegalidade.

No futuro próximo trabalha-se no diploma sobre hospitais agora já não SA mas EPE (entidades públicas empresariais). Por entre este trabalho de todos os dias, a luta constante por garantir a resposta atempada da Ordem para quem se nos dirige, dar o contributo técnico e ético para as decisões do Governo e garantir aos doentes uma prática médica de qualidade, eis que a “espuma dos dias” nos absorve na agenda mediática.

Por mim diria que – Ministro para produzir não deve falar às televisões.

Assim como assim o futebol fornece suficientes notícias e se o telejornal for mais curto a única consequência é a telenovela começar mais cedo.

Porque quando Ministro ou Secretário de Estado vai à televisão já se sabe que os dias seguintes estão completamente estragados com convites para inúmeros programas, vários em simultâneo, entrevistas telefónicas e declarações formais para a imprensa escrita.

Alguns Ministros são mais produtivos em termos de televisão que outros. Neste particular o Prof. Correia de Campos faz a delícia de qualquer produtora.

Não resistindo a uma frase apimentada dita, em tom enfático, garante dez dias de controvérsia por cada dez minutos de entrevista.

No dia seguinte a uma tentativa de assassinio televisivo que não deu grande brado, foi entrevistado noutro canal e saíram-lhe duas pérolas – o escândalo nacional dos cinquenta e nove oftalmologistas dos Capuchos e a carapaça jurídica que protege os lobbies.

Não está em causa os cinquenta e nove, afinal vinte e quatro dos quais vários internos, – aliás nesta matéria de números tenho para mim que o terreno em Portugal é tão pantanoso que responsável político só deve falar deles por escrito e na presença do advogado.

Não está em causa se o ordenamento jurídico de um País é uma carapaça ou um instrumento de regulação. O que me parece relevante é um Ministro fazer afirmações deste teor e o jornalista não lhe perguntar de imediato quem foram os políticos responsáveis pela colocação dos cinquenta e nove onde não faziam falta ou que deputados ou governos elaboraram as leis que agora tão carapacicamente asfixiam o pobre País.

Quando me interrogaram insistentemente no dia seguinte sobre tais declarações garanto que me apeteceu responder com um seco – o que é que os médicos têm a ver com isso – e, simplesmente, desligar.

Como é óbvio todos sabemos que desde 88 (o célebre decreto 3/88) as instituições de saúde são comandadas

por gestores, mais ou menos profissionais, quase sempre profundamente ignorantes da realidade e que muitas vezes disfarçam tal incapacidade com uma insuportável arrogância autoconvencida.

Todos sabemos que há muitos anos foi aberta a caça ao lugar do aparentemente fértil prado da saúde, dando empregabilidade a frequentadores de tertúlias da política afastando profissionais de saúde para a lógica do “trabalha e não dê palpites”

É curioso que todos sabendo a realidade se pense agora responsabilizar médicos e enfermeiros por trabalharem em lugares a que concorreram quando outros decidiram dever abrir e se subordinarem a leis que outros decidiram dever publicar.

Um mínimo de bom senso identifica os inúmeros constrangimentos, falta de flexibilidade e inconsequência do nosso sistema de Saúde.

Todos nós no dia-a-dia nos deparamos com inacreditáveis imbecilidades que alguém imaginou e nos impedem de dar resposta como gostaríamos aos nossos doentes.

Todos nós nos confrontamos com ambientes de trabalho desorganizado que nos custam inúmeras horas de trabalho e desgaste só porque as decisões organizativas são tomadas não por quem sabe das necessidades mas por quem andou a teorizar sobre a “arte de mandar nos outros”.

Quase todos nós com muitos anos de carreira, sem um número significativo de jovens que façam o que os mais velhos fizeram quando jovens, estamos cansados de lutar contra tanta incompreensão e ignorância.

Espero que vamos encontrando motivação. Acima de tudo manda-nos a ética continuar sempre a lutar por resolver os problemas de quem se nos confia mesmo perante a incompreensão de todos, por vezes até dos próprios.

Acredito que os médicos estão disponíveis para através das suas organizações representativas – os sindicatos negociarem, os reajustamentos necessários para manter vivo e actuante o Serviço Nacional de Saúde que garante aos portugueses a adequada resposta solidária quando a doença acontece.

Acredito que os médicos, através da sua Ordem, estão disponíveis para estudar as soluções tecnicamente mais adequadas para maximizar a universalidade, a acessibilidade e equidade no acesso bem como as soluções adequadas à prestação de cuidados de saúde dignos de um país moderno integrado no espaço europeu.

Acredito por fim, que com mais ou menos deslizes televisivos, a actual equipa do Ministério está disponível para continuar em clima de mútua confiança um trabalho conjunto com os médicos para melhorar, reformar e tornar mais produtivo o nosso Sistema de Saúde.

Porque acredito, continuarei, com todo o grupo unido que hoje dirige a Ordem, a estar disponível para encontrar as melhores soluções, propor os sacrifícios necessários e defender, acima de tudo, o direito dos doentes a uma medicina balizada por referências técnicas e éticas inquestionáveis.

É porque são essas referências que nos movem e sabemos que de igual modo movem a maioria dos médicos, que não hesitaremos, se for caso disso, e sem qualquer preocupação de ser apodado de corporativo, a dizer com frontalidade o que os médicos pensam de cada momento político.



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



TSF 4

7/11/2005

Na semana que finda não um mas dois temas merecem este destaque de estar na "Ordem do Dia":

O anúncio do encerramento de hospitais psiquiátricos e o barómetro DN/TSF/Markteste que atribui aos médicos o primeiro lugar no reconhecimento positivo das profissões.

Obrigado por limite de tempo disponível a seleccionar um, permitam-me que puxe a brasa à minha sardinha e vos fale do barómetro.

Um tique corporativo como imaginam.

Não nego que ter uma apreciação positiva por quase 70% dos portugueses é gratificante para quem, para o bem e para o mal dá a cara por um grupo. Devo no entanto dizer-vos que me preocupam mais os 30% que criticam do que me encantam os 70% que aplaudem.

É que a realidade é eminentemente volátil e quando nos deixamos embalar no aplauso logo esquecemos o esforço diário necessário para manter o apoio que agora nos manifestam.

Se mais fosse necessário para o perceber bastaria a primeira página do Expresso deste fim de semana para lembrar os indivíduos que num inenarrável atropelo às regras da ética se prestam a troco de uns tostões a passar certidões de óbito sem ver o defunto.

São criminosos deste teor que põe todos os dias em causa a confiança nos milhares que trabalham com mérito e dedicação – esperemos que alguém os identifique...

Quanto ao barómetro garanto-vos que o que me fez elencar para tema de hoje foi, não tanto o primeiro lugar dos médicos, mas principalmente o último atribuído aos políticos.

Acreditando como acredito que grandes grupos humanos não os há totalmente bons nem totalmente maus, impressionou-me a baixíssima consideração que os portugueses denotam por aqueles de entre quem escolhem os ministros, os deputados, o primeiro-ministro e o presidente da república.

Nada se augura de bom a uma sociedade que escolhe as lideranças dentre quem menos considera ou respeita.

Sabendo como sabemos que a distância que separa os automóveis que a esta hora ardem na periferia de Paris dos que circulam no Marquês ou na avenida dos Aliados é curtíssima, está na hora de olhar para o barómetro e tentar perceber.

Que terão em comum médicos, jornalistas, professores e militares para de tão longe ultrapassarem aqueles que todos os dias em todos os jornais falam aos portugueses?

Que justifica esta tão baixa e provavelmente injusta consideração que os portugueses devotam a quem é pressuposto dedicar a vida à causa pública?

Pela minha parte e à laia de hipótese diria que o que mais salta à vista é a apreciação por valores tradicionais e aparentemente pouco na moda como sejam os da ética, da verdade, da transparência e da dedicação aos outros e a pouca consideração em que se tem o omnipresente pragmatismo que tudo permite para atingir os seus fins.

A leitura deste barómetro leva imperativamente a interrogarmo-nos se verdadeiramente o único objectivo da vida é para os portugueses comprar todos os anos um novo aparelho de televisão...

TSF 5

14/11/2005

A notícia já não é nova mas ainda merece comentário.

Em declarações laterais a um congresso da especialidade alguém do Governo declarou a intenção de em breve encerrar vári-

os hospitais psiquiátricos entre os quais os conhecidos Miguel Bombarda e Sobral Cid.

Não me vou perder em discussões técnicas sobre qual a melhor forma ou local para tratar a doença mental. Falta-me para tanto o necessário conhecimento e não tenho por hábito falar do que não domino.

Penso, no entanto, que tal tipo de decisões relevam muito mais do bom senso e pés assentes no chão e bem menos do mundo ideal em que se caldeiam as teses.

Mesmo leigo, parece-me pacífico que a forma ideal para tratar o doente mental seria integrando-o na comunidade, apoiado pelos que lhe são familiares e lhe querem bem, com intervenções pontuais mas assertivas de equipas multidisciplinares lideradas por psiquiatra.

Simplesmente a realidade ensina-nos que a doença mental é em si mesma a incapacidade de uma interacção social adequada, acarretando a quem dela sofre um risco acrescido de danos.

Que estes danos sejam sobre si próprio ou sobre os que o rodeiam é irrelevante e só depende do tipo de doença em causa, o que é importante e comum a todas elas é a necessidade de os evitar.

Para os impedir não basta olhar para um doente real e imaginar uma sociedade ideal, é necessário realismo dos dois lados da equação.

Ninguém ignora que o mundo de hoje é o da exacerbada competitividade que transforma os mais fracos rapidamente em doentes e obriga os que sobrevivem a um esforço que não se compadece com apoio a familiares.

Num mundo de famílias desestruturadas, de emigração, de horários longos e variáveis, a integração na família do doente mental parece pura utopia.

Calculo que encerrar hospitais seja atractivo em termos de orçamento e libertar hectares de construção no centro de cidades seja um aconchego para o déficite.

Antes de o fazer, porém, é preciso pensar quantos sem abrigo são doentes mentais desinstitucionalizados e interrogarmo-nos onde e com quem vão viver os que hoje lá encontram paz e calor.

É que quando os responsáveis se deixam encantar pela facilidade e pelas teorias bem urdidas no papel mas afastadas da realidade, são os mais fracos que, abandonados, ficam verdadeiramente... ..a andar por aí...

TSF 6

21/11/2005

Não fora o deslize do Ministro e esta semana não daria tema para comentário.

Mas na quarta-feira tudo se compôs... Ao chamar de escândalo nacional os 59 oftalmologistas de um hospital de Lisboa que afinal terá 24 e ao clamar contra a carapaça legal, Correia de Campos pôs as redacções a ferver e o meu telefone em desassossego...

No início nem percebi porque os médicos entravam neste filme.

Se o número de médicos num determinado hospital é um escândalo nacional, a única conclusão a tirar é que um ou vários ministros se comportaram com escandalosa incompetência ao definirem e proverem os quadros da sobredita instituição.

Que se saiba, os médicos limitam-se a concorrer a lugares que outros põem a concurso baseados nos insondáveis critérios do interesse nacional e do cabimento orçamental.

De igual modo, não constando que os médicos sejam dados a escrever as leis da Pátria, seguramente que a haver carapaça esta



se deve por inteiro aos sucessivos legisladores que como a aranha se enredaram na própria teia...

Por estranho que pudesse parecer, no entanto, foi aos médicos que todos identificaram como alvo das farpas ministeriais e entre colegas e órgãos da comunicação social o meu telefone só parou na quinta-feira quando acabou a bateria.

No dia seguinte o ataque desdobrava-se em profundidade e um qualquer administrador com tempo de antena veio despudoradamente falar de um hospital em que o número de médicos já seria maior que o número de camas...

Ninguém terá explicado ao insigne comentador que não se tratando de um hotel, lugar em que o excesso de utilizadores em relação às camas por certo seria grave, é pressuposto um hospital moderno realizar um número significativo de cirurgias e exames em que os doentes voltam para casa no mesmo dia.

Descontando a ignorância dos que aproveitando a embalagem do deslize ministerial vieram a terreiro, fica desde episódio e das suas ondas de choque essencialmente a percepção da desconfiança e fragilidade em que se estabelecem as relações entre médicos e poder.

Em tempos de vacas magras em que vai ser necessário pedir a um corpo profissional desgastado, envelhecido e a trabalhar nos limites, um esforço suplementar, esta situação é preocupante.

É que tal como o Ministro estou preocupado com a anarquia e desorganização do Serviço Nacional de Saúde.

Mas mais que os 24 dos Capuchos preocupam-me as dezenas que faltam nos inúmeros quadros por preencher e nas dezenas de concursos que ficam vazios de candidatos.

Mais que os oftalmologistas que feitas as contas nem eram demais, preocupam-me os que todos os dias partem para a reforma ou para a iniciativa privada, cansados de uma luta sem fim e sem gratidão.

Hospitais velhos podem servir, melhor ou pior, para tratar doentes, mas hospitais novos sem médicos, enfermeiros e técnicos só servem mesmo para fazer telenovelas.

É que concordo com o Ministro que é necessário rever os quadros, reorganizar serviços e procurar a eficácia. Sei, no entanto que tal só é possível com esforço, sentido de serviço e muita boa vontade. Não ajuda a este estado de espírito as recriminações.

Tanto mais quando já passou o tempo em que os médicos assistiam estupefactos e calados ao convite subliminar para expiar na praça pública as culpas alheias.

Pela minha parte e optimista que sou estou convicto que o episódio foi unicamente uma escorregadela e um enorme mal entendido. E as escorregadelas merecem unicamente um sorriso e o imediato esquecimento...

TSF 7

28/11/2005

Curiosamente o facto mais importante da semana em termos de Saúde não vem da Saúde.

O facto mais importante foi indiscutivelmente a entrega no Parlamento pela Ordem dos Arquitectos de uma proposta de Lei tendente a delimitar quem em Portugal tem autorização para assinar projectos de construção.

Não vou entrar em minudências nem tomo parte, por ignorância, na disputa com a Ordem dos Engenheiros sobre alguns artigos em particular que dizem respeito à articulação entre as duas profissões.

Para mim, o importante é o facto de fundo e este é inteirinho

a verdade de Lapalice de que para exercer uma profissão tecnicamente exigente é imprescindível possuir a necessária habilitação.

O notável desenrascanço que os portugueses desde tempos milenares dão mostras é útil para desbravar paisagens inóspitas mas definitivamente fatal se queremos ser parte do mundo civilizado.

Caçar com o gato na ausência do cão, matéria em que somos exímios, não é infelizmente prova de adaptação mas, pelo contrário, demonstração de incompetência e falta de previsão terceiro-mundista.

Vencer num mundo globalizado e competitivo implica exigência de comportamentos, ser capaz de fazer e demonstrá-lo, conhecimentos técnicos adequados, ética profissional que torne coerentes e esperáveis os resultados, enfim, aquilo que se aprende nos cursos superiores e que as Ordens certificam.

Deixar que qualquer habilidoso sem habilitações certificadas assine projectos é um convite descarado ao mau gosto e ao patobravismo construtivo como permitir que um qualquer faça de conta que é médico é um descarado convite à vigarice...

Quando as Ordens exigem diplomas legais que definam condicionantes para o exercício das profissões não estão à procura de qualquer privilégio corporativo mas tão somente a exercer com dignidade os poderes de regulação que lhes foram consignados.

Não tem esta introdução, como seria de esperar o objectivo de vos falar do diploma do Acto Médico, que os médicos aguardam algum Ministro se lembre de publicar.

Pelo contrário o que este tema introduz é a compreensão de um fenómeno que a todos surpreendeu e que, de um momento para o outro nos pode tocar pela porta – refiro-me aos recentes motions que assolaram Paris.

Poucos como o filósofo francês Finkielkraut no seu espantoso livro “L'imparfait du présent” compreenderam a origem do fenómeno.

A sociedade actual, ao privilegiar nas escolas os números do pseudo sucesso em detrimento da exigência, do rigor e do esforço gratificados pelo emprego remunerado em função do mérito, contribui fortemente para o desencanto que gera a violência.

De facto a agressividade de uma geração muito jovem que queimou automóveis e tudo destruiu à sua frente tem mais a ver com a falta de esperança que com o número de bifés que consegue comer ao fim do mês.

O facilitismo que confere a todos um grau sem substracto ou a todos permite fazer tudo sem nada ter que provar, contrariamente ao que seria de prever não trouxe a justiça social mas a cada vez maior injustiça.

Como o filósofo notou, em França, os alunos oriundos dos meios populares que frequentavam as escolas superiores que davam acesso aos altos cargos públicos eram quase 30% em 1950 enquanto hoje já só o são 9%.

É que o facilitismo e a desregulamentação ao uniformizar todos numa massa donde ninguém se consegue distinguir, garante a diferença exclusivamente aos que tenham escancarada a porta dos estabelecimentos privados que outorguem diplomas de excelência.

A ausência de exigência e selecção, o permitir sem esforço ou critério tudo a todos, não reduz a desvantagem social mas, pelo contrário, garante uma enorme, definitiva e injusta vantagem aos que provêm de famílias com conhecimentos e dinheiro.

Aguarda-se o dia em que os decisores políticos compreendam estas verdades elementares...

Médicos: uma imagem valorizada junto dos portugueses

Uma sondagem elaborada pela Marktest para o Diário de Notícias e a TSF coloca os médicos em primeiro lugar numa tabela que inclui a análise do desempenho de dez profissões, entre as quais advogados, jornalistas, políticos, professores, etc.



O reconhecimento interpares da qualidade e capacidade de trabalho dos médicos portugueses tem tido diversas manifestações nas sucessivas eleições que têm ocorrido para a direcção de associações médicas internacionais. Ainda recentemente, na cimeira entre a Ordem dos Médicos (OM) e a Organização Médica Colegial de Espanha, os colegas espanhóis reafirmavam que o reconhecimento da sociedade era maior em Portugal do que no país vizinho. Contudo, nem sempre esse reconhecimento é visível quando o maior destaque é dado a notícias que envolvem conflitos ou situações excepcionais que não podem ser generalizadas a uma classe que defende, em primeiro lugar, os direitos dos doentes. A defesa intransigente desses direitos, a par de actuações isentas em termos disciplinares nos casos em que tal se justifica, granjeou à Ordem dos Médicos e aos médicos em geral o respeito e admiração da sociedade, algo que se reflecte nos resultados obtidos no Barómetro DN/TSF/Marktest, em que 67,8% dos entrevistados referiu os médicos como os profissionais mais admirados. O Barómetro representa uma sondagem elaborada pela Marktest para o Diário de Notícias e a TSF e era elaborado mensalmente, tendo sido descontinuado no final de 2000. Até essa altura, os médicos ficavam sempre pelo meio da tabela na classificação que avalia a satisfação dos portugueses com o desempenho das dez profissões seguintes: advogados, juizes, forças de segurança, militares, médicos, professores, engenheiros, empresários, políticos e jornalistas.

Pedro Nunes, bastonário da OM, comenta esta 'subida na tabela' precisamente como resultado do comportamento ético dos profissionais mas real-

ça a necessidade de ser prudente na análise dos dados (considerando que o mau desempenho em termos de barómetro dos políticos e juizes é resultado do grande desgaste que a imagem pública destes profissionais tem) e de continuar a pugnar pela defesa dos direitos do doente.

Os médicos receberam uma análise positiva do seu desempenho entre 67,8% dos inquiridos. Esse resultado melhora se analisarmos apenas a faixa etária entre os 18 e os 34 anos (subindo para 74,7%) ou se restringirmos os critérios à classe média (70%). Uma clara valorização social da profissão.

Barómetro DN/TSF/Marktest

1º Médicos
(67,8%)

2º Jornalistas
67,2%

3º Professores
66,5%

4º Militares
60,4%

5º Forças de Segurança
59,1%

6º Engenheiros
53,9%

7º Empresários
36,7%

8º Advogados
35,9%

9º Juizes
31,2%

10º Políticos
13,2%

Ficheiros clínicos e protecção de dados de saúde

A Ordem dos Médicos organizou, com a colaboração da Sociedade de Advogados Vieira e Almeida, um seminário sobre ficheiros clínicos e protecção de dados de saúde. Mediante a análise de um relatório da Comissão Nacional de Protecção de Dados concluiu-se que a maior parte das instituições de saúde que lidam com dados sensíveis não cumprem as disposições legais. Uma situação alarmante muitas vezes consequência do desconhecimento dos preceitos aplicáveis.

Numa sessão em que participaram Amadeu Guerra, vogal da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) e Margarida Couto, advogada, o tema foi introduzido por Isabel Caixeiro, presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos (OM), que explicou o interesse e a preocupação da OM nas mais diversas áreas. Especificamente sobre a problemática dos ficheiros clínicos e protecção de dados, referiu que por estar intrinsecamente relacionada com a ética e o sigilo profissional, esta é uma questão que interessa, naturalmente, aos médicos em geral e à OM em particular. Amadeu Guerra, responsável pelo relatório da auditoria ao tratamento da informação de saúde nos hospitais, foi o primeiro interlocutor deste seminário e apresentou as conclusões dessa auditoria realizada pela Comissão Nacional de Protecção de Dados.

A auditoria abrangeu trinta e oito hospitais de todo o país e tinha como objectivos verificar se o tratamento da informação de saúde respeitava as condições da Lei Quadro de Protecção de Dados (Lei 67/98) e se eram respeitados os direitos dos doentes consignados nas leis de bases da saúde e de protecção de dados, especificamente nos aspectos que tinham a ver com a observação da confidencialidade. «Porque estamos perante o tratamento de dados pessoais houve uma incidência específica sobre determinado tipo de regras relativas ao tratamento da informação. Nomeadamente o princípio da transparência, o direito de informação do doente (como é que é assegurado o direito de acesso dos doentes no que diz respeito à informação que existe a seu respeito), o ponto de situação relativamente à notificação dos tratamentos porque todos os tratamentos que se realizam nos hospitais têm que ser previamente notificados à CNPD, regras de segurança, e se o tratamento de informação era feito com finalidades legítimas no contexto dos hospitais, finalidades essas que têm normalmente a ver com a prevenção, diagnóstico, prestação de cuidados de saúde, facturação do serviço de saúde, gestão, etc.» Também analisada pela Comissão foi a questão de saber se o tratamento subsequente dessa informação era feito de acordo com as condições de legitimidade estabelecidas no art. 7º da Lei 67/98, em particular na vertente da investigação científica, visto que as bases de dados com a informação clínica são muitas vezes utilizadas para realização de acções de estudo e investigação.

As conclusões da CNPD, relatadas por Amadeu Guerra, foram, nas palavras dos participantes deste seminário, alarmantes. Se não vejamos: «no que diz respeito às notificações, dos 38 hospitais visitados, verificámos que seis deles não tinham efectuado qualquer notificação. Nos restantes 32 apenas 50% das notificações tinham sido feitas. De realçar que falamos de metade nos tratamentos que verificámos, mas ficaram muitos serviços por auditar. Fizemos apenas uma amostragem». No âmbito das análises clínicas e do serviço de sangue, a comissão da CNPD verificou que, curiosamente, o serviço de sangue, que tem a informação mais sensível (dados sobre HIV, problemas de natureza sexual, doenças contagiosas, tipo de parceiros, questões relativas ao risco) era a área em que havia a maior ausência de notificações.

Nas áreas da telemedicina (onde a informação é partilhada por vários médicos) e video-vigilância, em que normalmente são situações com imagem identificada ou identificável dos utentes, verificou-se que não havia qualquer notificação feita. Quanto ao direito de informação dos doentes sobre o tratamento dos seus dados o mesmo não é assegurado: «normalmente os doentes não são informados relativamente à existência desse tratamento de dados a seu respeito, é óbvio que os hospitais dizem que havia uma forma implícita de assegurar o direito de informação, que muitas vezes o tratamento é feito na respectiva urgência onde são recolhidos os dados e que portanto os doentes sabem que isso acontece. No entanto, o que a lei estabelece não é informação implícita mas sim direito à informação».

As propostas da CNPD para resolução destas falhas são claras: «propomos que os impressos de recolha de dados contenham uma informação no sentido do esclarecimento que os dados do doente são sujeitos a tratamento e sobre a forma como os doentes podem ter acesso a esses mesmos dados e à respectiva rectificação - essencialmente para dados de identificação pois os de saúde não são os doentes que os actualizam serão necessariamente os médicos como é óbvio. Nos locais onde os dados são recolhidos poderão existir painéis e outras formas de informação que elucidem que a informação é tratada». A Comissão entende igualmente que para finalidades específicas onde existe maior sensibilidade da informação deverá haver especial cuidado quanto ao cumprimento do direito de informação: «nomeadamente num serviço de sangue, no âmbito da telemedicina, etc. Con-

vém explicar ao doente que a sua informação vai ser partilhada com outros profissionais de saúde. Tem que se cumprir o direito à informação e obter o consentimento; devem ser especificados os destinatários dos dados e as condições como se exerce o direito de acesso e rectificação de dados, ainda que o direito de acesso seja pouco utilizado por parte dos utentes».

Acesso à informação e investigação científica

Geralmente a intermediação para acesso e rectificação de dados é feita pelo director clínico ou pelo director de serviço. Como foi referido por Amadeu Guerra durante este seminário, existem problemas jurídicos e mesmo práticos quanto a estas questões e discute-se ainda se o acesso deve ser directo ou indirecto. A solução actual portuguesa, contrariamente ao que acontece em França, é a opção pelo acesso indirecto, uma questão que deve ser pensada em face da Lei 12/2005. No que se refere ao acesso de terceiros, as situações mais corren-

tes foram definidas na deliberação da Comissão nº 51/2001 (que pode ser encontrada em <http://www.cnpd.pt/bin/decisoes/2001/html/del/del051-01.htm>). «Entendemos que os hospitais devem fazer um esforço no sentido de criar procedimentos escritos para assegurar estes princípios do direito de informação e de acesso».



No que se refere à investigação científica a Comissão verificou um generalizado incumprimento da lei. Contudo, conforme explicou o responsável pelo relatório, a lei é extremamente exigente, considerando o mesmo que devia ser alterada pois impõe que a investigação com dados nominativos, portanto com dados individualizados do doente, se deve fazer sempre com o consentimento do doente. «Acho que deveria existir uma certa flexibilidade na lei para as entidades que se dedicam à investigação e projectos com interesse para o desenvolvimento científico. Deveria existir outra forma que não o consentimento porque é muito difícil obter o consentimento dos doentes, nomeadamente quando a informação se vai buscar às fichas clínicas. Mas essa é uma questão que deverá ser equacionada pela Assembleia da República».

Falhas em procedimentos de segurança

Ao nível da segurança foram verificadas várias falhas: «passwords escritas em post-its no ecrã do computador, aplicações sem password, passwords partilhadas,

passwords mais ou menos evidentes do tipo 'Benfica' com um placar atrás cheio de emblemas do clube ou com o nome do profissional; inexistência de cópias de segurança em situações em que nem sequer existem cópias em papel com risco grave de se perder toda a informação; níveis de acesso às aplicações iguais para todos: administrativos, enfermeiros, médicos... Computadores 'abandonados' com a aplicação aberta e acessível a qualquer pessoa».

As propostas de solução da Comissão passam, nomeadamente, por «estabelecimento de critérios de atribuição de passwords, obrigatoriedade de alteração das mesmas com determinada periodicidade, procedimentos técnicos que obriguem o utilizador a digitar novamente a password sempre que a aplicação esteja por utilizar durante um determinado período de tempo».

Foi ainda referido que o facto de algumas aplicações pertencerem aos próprios profissionais causa alguns problemas pois os médicos em causa consideram que as aplicações são suas porque o software é seu. Logo consideram que a informação também é sua propriedade. Essa situação também origina problemas técnicos pois muitas vezes as aplicações não funcionam com a mesma linguagem que os restantes programas usados no hospital e como não estão em conformidade não são feitas as notificações devidas. A recusa de partilha de informações é outra consequência dessa deturpação do procedimento correcto, «mas a informação que está nas aplicações é dos utentes e, como tal, não pode ser retirada ou levada pelos médicos quando, por exemplo, deixam de prestar serviço em determinado hospital. Para resolução deste diferendo, propomos que os hospitais cheguem a acordo com os médicos para ficarem com a aplicação e que a devem notificar à CNPD. Se efectivamente não se chegar a acordo e a Comissão não for notificada a nossa posição é muito clara: a aplicação deve ser retirada do hospital com recuperação da informação para que os utentes continuem a ter a devida prestação de cuidados de saúde».

Também no âmbito das análises clínicas se verificaram algumas dificuldades as quais, segundo recomendações da Comissão, se poderão resolver se os pedidos de consultas dos resultados das análises clínicas passarem a ser todos efectuados através da rede informática. «Todos os hospitais que visitámos têm já uma rede onde a

informação pode circular, já há sistemas de correio electrónico que facilitam essa transmissão de informação».

Arquivo clínico

Em trinta e dois dos hospitais que foram visitados existia um arquivo centralizado enquanto que os seis restantes têm arquivo específico para algumas especialidades. Três hospitais não tinham qualquer aplicação e apenas sete tinham regulamentos relativos ao arquivo. Em muitos aplicava-se a regra de que o ficheiro clínico não podia sair do arquivo. «Mas saía... Alguns médicos levavam 50 fichas clínicas para casa. Em papel, com identificação do doente, ou seja em desconformidade com o que a lei estabelece. Verificou-se que existe muita dificuldade em localizar os processos».

Sobre a digitalização da ficha clínica foi referido o facto de a ficha em formato digitalizado não ter a força probatória dos outros documentos. «Considero que este preceito devia ser revisto pois para mim tem mais valor uma ficha clínica digitalizada que ninguém pode alterar do que uma ficha clínica em suporte de papel que pode ser adulterada».

Implicações do incumprimento legal e como alterar a situação

Margarida Couto, advogada, classificou os resultados da auditoria e as respectivas conclusões como sendo muito dramáticas. «A principal conclusão do relatório é que vivemos num país em que a começar pelos hospitais, passando pelos centros de saúde e por diversos outros estabelecimentos em que se faz tratamento de dados pessoais de saúde, não há um respeito mínimo que seja pela lei aplicável». As conclusões da CNPD indicam precisamente o generalizado incumprimento da lei, «facto que deve preocupar todos aos responsáveis pelo tratamento de dados e todos os cidadãos que não vêem a sua privacidade protegida». Há uma enorme percentagem de tratamentos não notificados por parte da generalidade dos hospitais.

Margarida Couto realçou o alerta deixado pela CNPD aos responsáveis pelo tratamento dos dados nos hospitais: «se esta situação algo trágica se mantiver a CNPD irá desenvolver acções de fiscalização com vista à aplicação das sanções legalmente previstas. Além de coimas também existe, ou pode existir, responsabilidade criminal envolvida. A CNPD alerta que irão merecer especial cuidado os tratamentos de dados sujeitos a controlo



prévio pela especial sensibilidade da informação tratada».

Como pontos de referência legais nestas matérias foram citadas: a Lei de Protecção de Dados Pessoais, a Lei da Informação Genética e da Saúde, a Portaria que contém os prazos de conservação que os hospitais devem respeitar relativamente aos dados de saúde que possuem em arquivo, a Lei de Bases da Saúde, o Estatuto da OM e o Código Deontológico da OM (sobretudo na perspectiva do sigilo médico).

Do panorama encontrado nos hospitais concluiu-se que «não há uma sensibilidade muito grande à noção de dados pessoais. A definição correcta corresponde a todo e qualquer tipo de informação referente a uma pessoa singular, quer ela esteja identificada ou seja meramente identificável através desses dados». Quanto ao tratamento dos dados, a interlocutora explicou que a própria recolha e acesso aos dados pessoais é uma forma de tratamento.

Sendo o direito à informação, algo considerado basilar em todo este processo, «neste momento não é respeitado, ainda que ninguém deva ter os seus dados a ser alvo de tratamento sem ter uma informação esclarecida quanto a esse facto». «Por outro lado, o âmbito da aplicação da lei é muito mais abrangente do que as pessoas intuitivamente supõem: tanto estão abrangidos ficheiros informatizados como ficheiros manuais. As fichas clínicas em papel também têm que ser sujeitas a notificação pois não deixa de ser uma operação de tratamento de dados pessoais». Conforme foi explicado, algumas actividades que se vão generalizando nos estabelecimentos de saúde como a video-vigilância, a gravação de chamadas urgentes, a telemedicina, etc. por implicarem a captação de imagens e sons que são dados pessoais também estão sujeitas à aplicação da lei.

Tratamento legal específico – dados de saúde e genéticos

Em seguida, Margarida Couto, explicou o regime legal específico aplicável a dados sensíveis como os relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos. Apesar da regra geral ser a proibição de tratamento de dados sensíveis, neste caso, o regime é, naturalmente, um pouco mais flexível. «A Lei tem um duplo regime: o regime de mera notificação prévia à CNPD em deter-

minadas situações - as que estão previstas no art. 7, nº 4 da Lei de Protecção de Dados Pessoais, e um regime de autorização da CNPD para todos os casos de tratamento de dados de saúde que não caem na previsão do citado artigo. O regime de mera notificação aplica-se apenas se forem dados relativos à saúde, à vida sexual ou genéticos. Como tal dados frequentemente tratados, como raça, toxicodependência, comportamentos de risco, hábitos alcoólicos, não estão abrangidos pelo regime de mera notificação e portanto nenhum hospital poderá legalmente tratá-los se não obtiver uma prévia autorização da CNPD».

Em razão da finalidade poderá haver outra limitação, mesmo que se esteja a tratar o tipo de dados abrangidos no nº 4 do art. 7º. «Só se está isento de pedir autorização prévia se o fim a que se destinam os dados for: diagnóstico médico, prestação de cuidados médicos, medicina preventiva ou para gestão dos serviços de saúde, facturação, etc. Se for para qualquer outra finalidade, nomeadamente investigação clínica ou científica já é necessária a autorização prévia».

Existe uma terceira limitação que facilmente se conclui pelo que já foi referido que obsta na maior parte das situações à isenção de autorização prévia: a segurança dos procedimentos.

«Mesmo preenchendo os dois requisitos anteriores se o tratamento não for efectuado por um profissional obrigado a sigilo ou se não forem garantidas medidas adequadas de segurança - como no exemplo em que a password era Benfica e junto à secretária existia um grande cartaz desse clube - nesses casos por falha de segurança já não se pode considerar que estamos perante um tratamento de dados que esteja isento da autorização da CNPD. De relembrar que além da autorização da CNPD é necessário o consentimento do titular dos dados».

Quanto à conservação, os dados só devem ser mantidos durante o tempo necessário para a prossecução da finalidade da recolha. Foi referido que o hospital deveria ter um responsável por apagar os dados quando são atingidos os prazos que a lei prevê para manutenção em arquivo dos mesmos.

Conforme foi explicado, a Lei do Tratamento de Dados Genéticos veio impor regras muito claras, tendo sido criada a imposição legal da separação lógica entre a



informação de saúde e genética dos dados administrativos. «Isto é, o funcionário que pode aceder aos dados administrativos não tem que ter permissões para aceder aos dados de saúde. Têm que se criar protecções quanto a acessos indevidos, backups, etc.».

Mas como se poderá compatibilizar as necessidades de investigação científica com os muito exigentes requisitos legais para acesso à informação? «A Lei vem dizer que se a informação for anonimizada, então os profissionais de saúde podem aceder-lhe para fins de investigação. No tipo de dados que pode ser recolhido nunca se inclui o nome completo do participante, no máximo poder-se-á usar as iniciais. Em termos de investigação científica, a regra é: se não anonimizarmos os dados só podemos utilizá-los respeitando a regra do duplo consentimento».

Outras imposições legais relevantes estatuídas na Lei 12/2005 foram referenciadas pela oradora: «aí estabelece-se que o processo clínico só pode, prioritariamente, ser consultado pelo médico que realmente presta cuidados de saúde. Não é só por se ser médico e porque se está sujeito a sigilo profissional que se pode ver o ficheiro clínico de um qualquer doente. Por referência ao direito de acesso, está também claramente estatuído que os dados são propriedade do doente e, nessa medida, as unidades de saúde são meros depositários dos dados, tendo o titular dos dados o direito de conhecer todas as suas informações. Este regime de direito de propriedade tem a especificidade de os dados serem do doente mas ele não lhes pode aceder sem a intervenção de um médico. Sobre o acesso a dados de saúde por terceiros, por exemplo a polícia ou os tribunais, a verdade é que, face à lei, essas entidades não sendo destinatárias dos dados não podem ver ser-lhes facultar o acesso. Quer o acesso quer facultar esse acesso podem constituir crime. Como há cada vez maior consciência dos direitos por parte dos doentes as queixas também aumentam. Um sistema de vídeo vigilância também fica sujeito às regras de tratamento de dados: não se pode instalar câmaras e não o comunicar à CNPD. As gravações obtidas só podem ser utilizadas nos termos do Código de Processo Penal e é obrigatória a afixação de um aviso com um desenho de uma câmara para alertar as pessoas que os seus dados estão a ser recolhidos. As câmaras não podem estar viradas para a rua».

Consequências do não cumprimento da lei e recomendações

A violação das regras aqui explicadas implica responsabilidade civil e pode implicar responsabilidade penal e contraordenacional além da possibilidade de aplicação de sanções acessórias. Omitir as notificações, fazer uti-

lizações indevidas dos dados, fazer cruzamento de bases são situações que, na maior parte das vezes, não podem ocorrer por não cumprimento dos requisitos legais pelo que constituem crime.

Para evitar a aplicação de sanções, as recomendações deixadas pela advogada Margarida Couto foram simples:

- Que os hospitais, centros de saúde, clínicas, consultórios, ou qualquer outra entidade que trate dados de saúde, efectua a devida notificação à CNPD ou, consoante o caso, peça a prévia autorização à CNPD para proceder ao referido tratamento;
- Que existam formulários de recolha de dados adequados e que se cumpra a legislação; # Que seja implementada uma política que permita respeitar os prazos de conservação dos dados, que adopte mecanismos de obtenção do consentimento por forma a possibilitar que a investigação científica continue a fazer-se mas de forma legal;
- Afixar avisos por forma a assegurar o direito à informação tutelado pela lei;
- Informatização progressiva dos dados de saúde que tornará tudo isto mais fácil;
- Implementar regras e procedimentos que garantam a segurança e a inviolabilidade dos dados - se não houver regras de segurança automaticamente todos os tratamentos de dados que se fizerem ficarão fora do âmbito artigo 7º e terão que ser autorizados e não meramente notificados.
- Elaboração de uma auditoria a todas as bases de dados que permita identificar as situações de incumprimento, corrigir as irregularidades detectadas e evitar algumas coimas «e, acima de tudo, sensibilizar os responsáveis para esta importante questão».

«Em termos de futuro o que recomendamos é que se façam nos hospitais acções de formação/sensibilização dos diversos profissionais envolvidos no tratamento de dados.

A consciencialização de que a lei existe e que é importante cumpri-la é essencial, tal como é essencial que todos os estabelecimentos que tratam dados pessoais tenham uma política definida quanto a essa actividade e que promovam uma gestão centralizada das diversas bases para pôr fim ao problema de cada médico considerar que a base de dados é sua. Tudo isto implica avaliações regulares por parte dos hospitais».

Cimeira OM/OMC Portugal e Espanha estreitam cooperação na defesa da medicina

Realizou-se no passado dia 12 de Novembro uma reunião cimeira entre a Ordem dos Médicos (OM) e a Organização Médica Colegial de Espanha (OMC).

Nesta reunião participaram igualmente representantes do Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e da Confederação Estatal dos Sindicatos Médicos de Espanha (CESM).

Formação médica, exercício profissional transfronteiriço e acção disciplinar foram alguns dos temas debatidos no encontro.

A troca de ideias deste encontro começou com o tema 'formação'. Foram explicitadas as mudanças que estão a ocorrer em Portugal nessa área e algumas das implicações que as mesmas: se até agora os médicos que se formavam nas universidades espanholas, por força da legislação da União Europeia, não necessitavam de efectuar o internato geral pelo que eram integrados no grupo de médicos portugueses dois anos mais velhos. Com as alterações agora efectuadas, o internato passou a ser um ano mais curto para os portugueses e um ano mais longo para os espanhóis, colocando assim os internos em pé de igualdade.

Problema comum aos dois países, também focado nesta cimeira, é o envelhecimento da classe e a provável falta de médicos em algumas especialidades, dentro de poucos anos. Perante este problema, em Espanha o Ministério optou pelo aumento da oferta em termos de formação através do alargamento do número de vagas. Contudo verifica-se no país vizinho uma má distribuição por especialidade das vagas existentes, como foi salientado pelo vice-presidente da OMC, Manuel Sanchez. Celso Mostacero (OMC) referiu as incongruências da planificação da distribuição de vagas: «em Espanha existem 28 faculdades públicas e duas privadas. Quem define o número de vagas é o Ministério assessorado pelos reitores das universidades. Os hospitais com capacidade para formar residentes são incapazes de recusar a formação numa especialidade



por essa estar saturada...».

Conforme foi referido pelo bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, segundo as directivas que existem o correcto é haver uma faculdade por cada dois milhões de habitantes. Sendo que em Portugal existem sete faculdades de medicina isso significa que existem duas a mais. «Em vez de se aumentar o número de vagas, criaram-se mais duas faculdades».

Os representantes do SIM realçaram a importância da colaboração com a Ordem dos Médicos na defesa dos interesses dos profissionais referindo que a negociação de acordos colectivos de trabalho é neste momento efectuada sempre com a presença da OM como assistente, por exemplo, na área ética. «Com esta união e estes pressupostos, os médicos sentem que as suas estruturas os defendem efectivamente», referiu António Bento. Como base de negociação exige-se que a carreira médica esteja definida, uma carreira única e transversal. Os representantes da Organização Médica Colegial de Espanha referiram que esta coordenação entre Ordens e Sindicatos nas negociações com o Estado é fundamental para a defesa dos médicos.

Carlos Amaya do CESH explicou que em Espanha se constituiu um fórum de debate para redefinição do estatuto mas que, um ano após o seu início, o processo ainda não está concluído. O que se pretende é, entre outros aspectos, uma clara definição de categorias, como a do médico-tutor, e as questões que se prendem com a remuneração. Um dos problemas que se tem colocado no país vizinho é a falta de equiparação dos médicos em formação, em termos de remuneração, ao regime dos funcionários públicos, sendo que as urgências são muitas vezes asseguradas por esses médicos. Em face do sistema de acreditação

dos médicos espanhóis surge ainda a questão de não se valorar os cursos que os médicos em formação efectuam por terem sido efectuados antes de obtida a especialidade. Questão referida quanto à formação foi também o facto dos médicos residentes de cardiologia ou pediatria, por exemplo, serem «aproveitados» para a urgência geral, acabando por não efectuar a urgência da especialidade em que se estão a formar. Concordando com a necessidade de uma carreira única e transversal, os representantes da OMC referiram que em Espanha existem hospitais que, entre especialidades, tem carreiras diferentes.

Uma das maiores dificuldades referida pelos representantes da Organização Médica Colegial de Espanha foi o facto das decisões políticas estarem a condicionar as decisões a nível da planificação médica: «enquanto que a tendência na União Europeia é unir, em Espanha, por razões políticas, tem que se dar atenção às regiões autónomas e às suas necessidades», especificou Celso Mostacero. Outro facto que dificulta a concertação de posições e con-



sequente união é a existência em Espanha de cinquenta e dois sindicatos independentes. Da troca de ideias que teve lugar de salientar as palavras de Celso Mostacero quando referiu a necessidade de união da classe: «até agora não fomos capazes de desenvolver uma união da profissão mas isso é algo fundamental e que devemos almejar. Os responsáveis máximos por essa falha somos nós. Acusam-nos de sermos corporativismo mas eu considero que corporativistas são os jornalistas. Estamos a desenvolver esforços no sentido da união da classe pois consideramos que só com uma profissão unida conseguiremos autoregular-nos e não termos que ser regulados a partir do exterior por po-





líticos. Essa seria uma situação muito prejudicial».

Tema abordado foi a criação da competência em gestão de unidades de saúde da Ordem dos Médicos, tendo a OMC solicitado e ficado acordada a colaboração da instituição portuguesa, através da divulgação do programa e currículo, com vista à criação de idêntica valência em Espanha.

Sobre o poder disciplinar das Ordens Celso Mostacero salientou: «enquanto conseguirmos exercer bem a nossa função disciplinar seremos respeitados. É um erro enorme defender o indefensável. A credibilidade perante a sociedade só se consegue se se tiver um comportamento isento».

Reconhecendo as implicações da livre circulação de profissionais, OM e OMC concordaram na necessidade de agilizar e desburocratizar os processos de comunicação de infrações ou processos disciplinares pendentes nos dois países e uma maior troca de informações com vista a garantir a excelência da prá-



tica da medicina e da capacidade técnica para esse exercício e evitar situações de contratação de profissionais cujo curso não esteja devidamente reconhecido ou que não tenha a devida equivalência e os casos em que os médicos estão inscritos mas não têm qualquer especialidade reconhecida. Foi igualmente reconhecido que, dada a possibilidade de existência de títulos falsos, é fundamental confrontar e confirmar a inscrição apresentada. Outra questão equacionada foi as condições em que se deve/pode passar o certificado de «boa conduta», nomeadamente nos casos em que existam processos disciplinares pendentes.

Foi acordado entre as Ordens dos Médicos portuguesa e espanhola a procura de uma forma de promover intercâmbios formativos de curta duração com processos que permitam a redução dos entraves burocráticos (como por exemplo a exigência de um seguro de responsabilidade civil obrigatório para o exercício profissional que é exigido aos médicos internos portugueses quando pretendem realizar estágios em Espanha).

Numa avaliação comparativa da condição dos médicos portugueses e dos médicos espanhóis, o vice-presidente da Organização Médica Colegial de Espanha referiu considerar que no nosso país existe um maior reconhecimento da sociedade pelo trabalho dos médicos e que a relação interpares também é melhor do que em Espanha.

Nesta reunião participaram, em representação da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, Isabel Caixeiro, Eduardo Santana, António Santa Comba e Rui Guimarães; António Bento e Carlos Arroz, do SIM; Manuel Sanchez, Celso Mostacero e José Maria Rodriguez, em representação da OMC e Carlos Amaya do CESH.



Especialista em Medicina Desportiva Concurso extraordinário

Aditamento à informação publicada na edição de Outubro da Revista da Ordem dos Médicos

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.

Prazo de entrega de candidaturas:

31 de Janeiro de 2006

Os exames deverão decorrer a partir de Fevereiro de 2006.

Alteração ao Estatuto da Aposentação Exercício de funções públicas por aposentados Novo regime de incompatibilidades

Foi publicado no Diário da República de 2005-11-02 o Decreto-Lei n.º 179/2005 de 2 de Novembro, que procede à alteração dos artigos 78.º e 79.º do Estatuto da Aposentação.

O novo regime entra em vigor no dia 7 de Novembro de 2005.

A redacção dos ditos artigos passou a ser a seguinte:

«Artigo 78.º Incompatibilidades

1 - Os aposentados não podem exercer funções públicas ou prestar trabalho remunerado, ainda que em regime de contrato de tarefa ou de avença, em quaisquer serviços do Estado, pessoas colectivas públicas ou empresas públicas, excepto quando se verifique alguma das seguintes circunstâncias:

a) Quando haja lei que o permita;

b) Quando, por razões de interesse público excepcional, o Primeiro-Ministro expressamente o decida, nos termos dos números seguintes.

2 - O interesse público excepcional é devidamente fundamentado, com suficiente grau de concretização, na justificada conveniência em assegurar por essa via as funções que se encontram em causa.

3 - A decisão é precedida de proposta do membro do Governo que tenha o poder de direcção, de superintendência, de tutela ou de outra forma de orientação estratégica sobre o serviço, entidade ou empresa onde as funções devam ser exercidas ou o trabalho deva ser prestado.

4 - Em caso algum pode ser tomada a referida decisão em relação a quem se encontre na situação prevista no n.º 1 em razão da utilização de mecanismos legais de antecipação de aposentação ou em relação a quem se encontre

aposentado compulsivamente.

5 - A decisão produz efeitos por um ano, excepto se fixar um prazo superior, em razão da natureza das funções ou do trabalho autorizados.

6 - O disposto no presente artigo é aplicável às situações de reserva ou equiparadas fora da efectividade de serviço.

Artigo 79.º

Cumulação de remunerações

1 - Quando aos aposentados e reservistas, ou equiparados, seja permitido, nos termos do artigo anterior, exercer funções públicas ou prestar trabalho remunerado, é-lhes mantida a respectiva pensão ou remuneração na reserva, sendo-lhes, nesse caso, abonada uma terça parte da remuneração base que competir àquelas funções ou trabalho, ou, quando lhes seja mais favorável, mantida esta remuneração, acrescida de uma terça parte da pensão ou remuneração na reserva que lhes seja devida.

2 - As condições de cumulação referidas no número anterior são fixadas pela decisão prevista na alínea b) do n.º 1 do artigo anterior.

Por força do art.º 2.º do diploma ora publicado o novo regime é aplicável às situações constituídas anteriormente nos seguintes termos:

- Os contratos celebrados por período superior a um ano são sujeitos a reapreciação, para efeitos de eventual renovação, de acordo com o regime ora instituído, se já tiverem excedido aquele período ou logo que o perfaçam. Se o prazo de um ano já decorreu a reapreciação deverá ocorrer no prazo de 90 dias a contar de 7 de Novembro de 2005.

- Os contratos celebrados por período inferior a um ano mantêm-se em vigor, sem qualquer reapreciação. Estas situações apenas serão apreciadas à luz do novo regime aquando da sua eventual renovação.

O Consultor Jurídico - Paulo Sancho
2005-11-02

“A Casa do Médico”

“A história é o que fica escrito e nem sempre o que realmente acontece”

António Gentil Martins

Desde que a Ordem dos Médicos, em 1976, deixou de estar subordinada à sigla “Sindicato/Ordem” (sobrevinda abusivamente após a revolução de 25 de Abril de 1974), que as suas Direcções tiveram como uma das principais preocupações a Criação do Fundo de Solidariedade (nele procurando integrar a então existente Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses) e o estabelecimento da “Casas do Médico”.

Eram, à época, Presidente da Ordem dos Médicos, António Gentil Martins, e Presidente da Secção regional do Norte, José Guimarães dos Santos.

Por iniciativa de um voluntarioso e dedicado grupo de Médicos, liderado por Amadeu Campos Costa e constituído por Aníbal Justiniano, Alexandre Corte-Real, António Avides Moreira, João Cardoso Barros, José Castro Lopes, José Maria de Carvalho e Ruy Vaz Osório, fizeram-se tentativas para encontrar instalações e terreno onde pudesse vir a situar-se a nova Sede da Ordem, com salas polivalentes, um Bar/Restaurante e instalações desportivas, a que se seguiriam, numa segunda fase, uma Residencial e um Pavilhão de Congressos.

Surgiu então a possibilidade de compra da Quinta da Arca de Água, para cuja aquisição seria necessário dispor de 60.000.000\$00.

Apesar do esforço despendido pela referida Comissão, o número de Médicos dispostos a contribuir com 50.000\$00 (o que competia a cada Sócio Fundador) não se mostrou suficiente para o investimento projectado,

o que levou a Comissão, em carta datada de 11 de Agosto de 1981, assinada por Aníbal Justiniano, a informar os Colegas da necessidade de desistir da compra, dispondo-se a devolver o dinheiro aos que tinham colaborado com a Comissão e a Direcção da Secção Regional.

Ao ler tal notícia, o Presidente da Ordem, na Reunião imediatamente seguinte do Conselho Nacional Executivo, propôs, e foi aceite unanimemente pelos Membros do Conselho presentes (numa saudável e indiscutível manifestação de solidariedade médica), que todo o dinheiro então disponível nas Secções Regionais do Centro e do Sul, fosse integralmente entregue à Secção Regional do Norte, para que ela pudesse concretizar o seu sonho (o que veio assim a acontecer). Daí o Presidente da Ordem ter tido a honra de ser nomeado o primeiro Sócio Honorário da Casa do Médico do Norte, e a quem foi oferecida a respectiva placa comemorativa).

Com a aquisição da Quinta da Arca d'Água e em seguida à recuperação do Palacete, liderada ainda por Amadeu Campos Costa, Aníbal Justiniano, Artur Osório de Araújo e José Remísio Castro Lopes, foi então possível desenvolver os planos iniciais, agora já com novos protagonistas, de indiscutível mérito, como António Meireles e Rosalvo de Almeida, mas cuja obra teria sido impossível sem o esforço e dedicação dos seus predecessores.

No Regulamento, oportunamente elaborado para a Casa do Médico (ao abrigo do ponto n. do Artigo 44º do Estatuto da Ordem) e no cumprimento de uma das suas finalidades essenciais (Artigo 6º b) - “fomentar e defender os interesses dos Médicos a todos os níveis...”), procurou-se respeitar os direitos de todos os Médicos (consagrados no Artigo 15º), definindo-se que a titularidade da “Casa do Médico” seria sempre da própria Ordem (princípio, aliás, a utilizar em futuras Casas do Médico, a ir criando, sucessivamente, no País).

O Prof. Doutor Alberto Moreira de Rocha Brito

Uma figura esquecida da medicina coimbrã

Inúmeros são os professores que foram da Faculdade de Medicina de Coimbra e que hoje estão totalmente esquecidos. Não me refiro aos dos séculos passados, mas aos das gerações mais recentes. Uns porque as suas actividades docentes e profissionais não foram de modo a granjear-lhes fama e rapidamente caíram no esquecimento; outros porque, embora considerados sabedores e tendo fama, não deixaram discípulos ou não produziram obra escrita ou outra; outros ainda, apesar de terem feito escola, de terem sido excelentes pedagogos e de terem produzido significativa bibliografia, estão esquecidos por “má fortuna”. Alguns há que, pelo contrário, foram “glorificados” por razões políticas de momento e ainda alguns, poucos, mas muito justamente, por terem criado ou fomentado obras institucionais, sociais ou assistenciais. Todos nós, médicos já com alguns (muitos...) anos de formatura e de vida profissional, tal como os das gerações passadas, temos exemplos bem demonstrativos (Fig. 1).

O Professor Rocha Brito é, segundo creio, um exemplo dos de “má fortuna”. São decorridos quatro dezenas de anos após o seu falecimento na cidade do Porto, em 6 de Março da 1961, e após 41 anos (1914-1955) de intensa e multifacetada actividade como universitário, médico e cidadão preocupado pelos problemas sociais, como historiador da medicina e amante de arte. No entanto, poucos são os que o conhecem ou se lembram do seu nome e do lugar que desempenhou na vida da Faculdade de Medicina e da cidade de Coimbra e, em alguns aspectos, na medicina portuguesa. O facto de termos sido seu aluno em 1951, o de termos sido o seu 4º sucessor, em 1965, na regência da disciplina

de Dermatologia e Venereologia, e de termos tido a oportunidade de acesso a alguns dos seus documentos pessoais, justificam esta nota de recordação e de homenagem à sua memória (Fig. 2).

Nascido em Campinas (Brasil), a 19 de Julho de 1885, fez os seus estudos liceais no Porto, tendo-se matriculado na Universidade de Coimbra sucessivamente em matemática (1904), em filosofia (1905) e em medicina (1907). Em 8 de Agosto de 1912 é bacharel. Sempre classificado com elevadas notas, é nomeado assistente de Clínica Médica (1912), depois da Clínica Psiquiátrica (1914-15) e novamente da Clínica Médica (1915-17). Já como professor (então denominado “professor ordinário”), após defesa da dissertação sobre “Insuficiência Cardíaca”, é colocado na Clínica de Dermatologia e da Sifilografia em 1917 onde permaneceu 19 anos, até 1936. É então transferido para a Clínica Médica e ali termina a sua carreira, como professor catedrático, em 1955. A sua última lição, proferida em 6 de Julho, intitulou-se “O cérebro, a mão e a máquina”.

Era de baixa estatura, moreno, um pouco calvo, de cara redonda acentuada por um par de óculos e por um curto bigode, muitas vezes ornamentado com um belo “papillon”. Era um homem bom, alegre, expansivo, entusiasta pela vida e pela sua profissão de universitário e de médico, ávido de novidades que sempre procurava partilhar com os que o rodeavam. O seu contacto era fácil e agradável.

As suas aulas eram agradáveis, simples e animadas. Os alunos eram tratados com simpatia e bastante benevolência.



Fig. 1 - Caricaturas de um grupo de professores da Faculdade: - Morais Sarmento, J. Duarte de Oliveira, Novais e Sousa, Ângelo da Fonseca, Bissaya Barreto, Daniel de Matos, Rocha Brito, Elísio de Moura.



A. Poiares Baptista

Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina de Coimbra

Com frequência transmitia-nos as últimas novidades da literatura médica, “coisa” que naturalmente os alunos não consultavam. Entusiasmava-se com raridades clínicas a que chamava casões, e não raramente, quando nos encontrava na rua ou no hospital avisava-nos: - “Amanhã não falem à aula. Vamos mostrar-vos um casão!...”

O Professor Dr. Maximino Correia, Reitor e professor de Anatomia, aquando da sua jubilação, afirmou que a personalidade de Rocha Brito se caracterizava essencialmente por “um optimismo contagioso, construtivo, benéfico, fonte de bondade e de altruísmo que lhe faz ver virtudes mesmo nos defeitos dos outros” e que “É capaz de ver os defeitos dos outros, mas não os aponta”. Também o Professor Dr. Augusto Vaz Serra, seu sucessor na Clínica Médica, lembrava, na cerimónia do seu funeral, que “esta personalidade invulgar, sempre perspicaz e alerta, eternamente curiosa e viva, rica de observações e sugestões, era afinal um crente da obra da natureza e do homem, seu modelador terreno e seguiu pelo mundo com os olhos bem abertos sempre ávido por admirar e compreender” e que “era acima de tudo uma pessoa bondosa”.

Era um clínico interessado e amigo do doente. Creio que o seu marcado interesse pelas raridades clínicas o “desviavam” da patologia mais frequente. A análise da sua bibliografia sobre matéria clínica permite constatar a descrição dos chamados “casões”, como a “leptospirose icterohemorrágica”, a doença de Gaucher, a “criptoleucemia linfóide esplenomegálica”, a “lupo-eritemato-viscerite maligna” (denominação inicial do lupus eritematoso agudo), a doença de Meleda, a doença de Hand-Schuller-Christian”, etc. O valor dos seus artigos era evidente, expostos de modo claro, segundo os parâmetros habituais na época, ricos em descrições sintomatológicas e discussões diagnósticas. Salientemos, como típico exemplo o trabalho intitulado “Uma família deiringomiélicos ou de hansenianos polinevríticos?”, publicado na “Coimbra Médica” em 1936, e cuja leitura actual permite formular o diagnóstico de polineuropatia amiloidótica familiar, entidade individualizada em 1952 por Corino de Andrade.

Como foi referido, é nomeado em 1917, regente da disciplina de Dermatologia e Sifilografia. Foi em Portugal, o primeiro professor oficial desta especialidade como disciplina autónoma, resultante da reforma do ensino médico de 1911. Na verdade, o ensino da especialidade era, desde há longos anos, efectuado com carácter facultativo ou parcelarmente integrada na disciplina de Cirurgia, nas Escolas Médicas de Lisboa e do Porto e na Faculdade de Medicina em Coimbra. Nesta, os cursos livres haviam sido iniciados em 1889 por Xavier Lopes Vieira, professor de Medicina Legal, falecido em 1911. Não tendo particular preparação em Dermatologia e Sifilografia, procurou remediar essa insuficiência fazendo curtos estágios na escola francesa, em Paris e Estrasburgo, então no auge do seu prestígio. Durante os 19 anos de regência dedicou-se essencialmen-

te aos graves problemas assistenciais e sociais relacionados com a sífilis e sobretudo com a lepra, então patologias dominantes, sem terapêuticas eficazes. A revista “Arquivos de Dermatologia e Sifiligratia” que tentou criar em 1931, e que teve apenas um número, é inteiramente dedicada à lepra. Em 1922 desloca-se ao Rio de Janeiro, “em missão gratuita de estudo”, para participar no Congresso Pan-americano da Lepra e inteirar-se do já então reputado sistema brasileiro de assistência leproológica. Em Agosto de 1930 aceita o convite dirigido pelo Dr. Machado Pinto, então Director Geral de Assistência, para “fazer parte da Comissão que, sob a minha presidência, vai estudar a melhor maneira de se prestar assistência aos leprosos”. Curiosamente e de modo surpreendente, faz parte desta comissão, além de Rocha Brito e do Dr. Uriel Salvador, também Bissaya Barreto, professor de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Coimbra! Em 1933, publica no “Portugal Médico”, um extenso artigo intitulado “Quadro estratégico da defesa contra a lepra” no qual propunha “as bases duma legislação portuguesa”, resultante das experiências existentes no Brasil, em Espanha e nalguns outros países europeus. Os pontos propostos eram a criação de um organismo central de assistência aos leprosos e de profilaxia, a declaração obrigatória, o inquérito familiar, o isolamento dos contagiantes em gafarias e em colónias agrícolas, o tratamento gratuito em dispensários com fiscalização

periódica, a vigilância dos filhos até aos 5 anos de idade, a criação de três gafarias do tipo colónias agrícolas, com capacidade de cerca de 1000 doentes, em que os trabalhos agrícolas ou outros seriam pagos e o acompanhamento do cônjuge não doente seria voluntário e, finalmente, a criação de um Instituto de Leprologia destinado à investigação. Nesta linha de ac-



Fig. 2 - Retrato de Rocha Brito, por António Cordeiro (1926)

ção, Rocha Brito proferiu inúmeras conferências, no meio médico e em especial ao público em geral: na Associação Académica de Coimbra, na Associação do Estudantes de Medicina do Porto, na Associação dos Artistas de Coimbra, etc, etc. Publicou numerosos artigos nos jornais regionais e nacionais, deu entrevistas, promoveu reportagens sobre a vida dos leprosos e sobre a sua assistência nos Hospitais da Universidade de Coimbra, no pavilhão então existente e chamado Hospital dos Lázaros (Fig. 3).

É sempre de recordar o lema da campanha: “Guerra à Leprosia, paz aos leprosos”.

Toda esta luta parecia dar os seus frutos, pois decorridos alguns meses os jornais anunciavam a “Campanha que triunfa” com a compra de uma quinta em Caminha para instalar uma colónia agrícola para leprosos e a possível instalação de duas outras, no Convento do Lorvão, na região de Coimbra e no Alentejo. Na realidade nada disto aconteceu. A concretização do desejo de Rocha Brito aconteceu em 1938 com o início da construção, na Tocha, do Hospital-Colónia Rovisco Pais (inaugurado em Setembro de 1947) mas sob a direcção do seu colega de Faculdade, Bissaya Barreto e sem a participação dos outros elementos, especialistas, da comissão nomeada em 1930 !!!

É também de sublinhar que, em 1933, escolheu como tema da “Oração de Sapiência” da abertura solene da Universidade a criação de Escolas de Serviço Social, ainda não existentes em Portugal.

Em 1936 é nomeado professor de Clínica Médica, disciplina então considerada como a da consagração da carreira universitária na Faculdade. Infelizmente não fizera escola na

dermatologia. A este propósito não podemos deixar de estranhar que Rocha Brito não tenha estabelecido relacionamentos mais estreitos com outros serviços da especialidade do Porto e de Lisboa, em particular com o do Hospital do Desterro, então o de maior nomeada, dirigido por Sá Penella.

Rocha Brito efectuou também palestras públicas de divulgação sobre outros problemas médico-sociais: “A pele suja” (1921),

“Sua majestade a criança” (1933), “A campanha anti-tuberculosa” (1933) (foi director do jornal “O bom combate” dedicado à luta contra a tuberculose), a necessidade da criação dos Serviços Sociais (1934), etc. Simultaneamente proferia numerosas conferências e publicava cerca de duas dezenas de artigos, sobre variados temas relacionados com a história da medicina e da cidade de Coimbra. Em 1944, na Colecção Fórum, “biblioteca de iniciação cultural”, uma boa e muito instrutiva monografia sobre “Harvey e a circulação do sangue”, e, por intermédio da Sociedade de Defesa e Propaganda de Coimbra, um interessante livro intitulado “Horas Coimbrãs”, dedicado à vida da cidade durante o século XVI, baseado na leitura dos arquivos das actas Câmara Municipal dessa época.

Em 1950, publica, em colaboração com o seu colega Feliciano de Guimarães, professor de Farmacologia e Hidrologia e de História da Medicina, uma excelente monografia de 58 páginas dedicada à “Faculdade de Medicina de Coimbra (de 1290 a 1911)”, edição das Actas Ciba. Na reedição de 1952 acrescenta um capítulo sobre “A Faculdade de Medicina de Coimbra e os primórdios do Ensino Médico no Brasil”.

Os seus escritos de matéria médica (31) ou de matéria histórica (37) sobre tão variadas; são ainda hoje de agradável leitura.

Era uma figura bem conhecida e respeitada nos meios intelectuais e artísticos, tendo participado em várias missões oficiais não apenas no âmbito médico. Acresce que foi um lado e apaixonado amator da fotografia.

O seu fácil relacionamento com os alunos e a sua conhecida disponibilidade, justifica que tenha promovido visitas de estudo a sanatórios e instâncias termais em Portugal e na Galiza, e que tenha acompanhado nos anos de 1930 e 1931, grupos de alunos em excursão a Marrocos. Sobre estas proferiu, na Associação Académica de Coimbra, as palestras “Amendoeiras e turbantes” e “Algarves d’aquém e d’além”.

Como é bem conhecido, a Universidade de Coimbra, como de resto acontecia em grande parte da vida cultural portuguesa da época, estava muito relacionada e influenciada pela cultura francesa. Rocha Brito era um dos inúmeros exemplos, pois foi sócio honorário da Academia de Ciências, Artes e Letras de Lyon, foi Presidente da Alliance Française em Coimbra e condecorado pelo governo francês com o grau de “Officier de la Légion d’Honneur”.

Termino estas notas, reafirmando que o Professor Doutor Rocha Brito foi uma figura bem marcante na vida universitária, médica e cultural de Coimbra e, em alguns aspectos, na vida nacional. Recordar o seu nome e a sua obra multifacetada é um acto de justiça e uma homenagem à sua memória.

- agradecimentos à filha do Prof. Rocha Brito, por nos ter oferecido, e ao nosso colega e historiador da dermatologia, João Carlos Rodrigues, do Hospital do Desterro, por nos ter facultado, valiosa documentação pessoal.



Fig.3 - Desenho acompanhando a reportagem da visita jornalística ao serviço de dermatologia nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Um Estudo Compreensivo da Alma do Médico-Escritor

A medicina, como ciência humanística, é permeável à criação artística.

Hipócrates comparou o exercício da Medicina a uma peça de teatro, na qual intervêm três actores principais: o paciente, o médico e a doença. Talvez seja essa a razão que explique por que a literatura e a medicina têm andado de mãos dadas através da História, ambas interessadas na vida e nas inquietações do ser humano.

Muitos escritores não-médicos imaginam as suas personagens com um sem-fim de enfermidades e vícios, tendo por finalidade introduzir conflitos e outras crises existenciais nos argumentos das obras.

Homero reflectia os ideais médicos da Antiga Grécia, demonstrando ao mesmo tempo possuir um profundo conhecimento de traumatologia, mencionando na *Ilíada*, com muita precisão, mais de uma centena de feridas provocadas por armas brancas e pedras.

Na Idade Média, a peste assola a Europa, o que vai impressionar profundamente escritores como Bocaccio, que utiliza a epidemia como pano de fundo nos contos de *Decamerón*.

As doenças venéreas exerceram, durante séculos, uma grande influência sobre a literatura; na inversa, os médicos têm utilizado a experiência clínica como fonte de inspiração nas suas construções literárias.

Os escritores do século XX apresentam, geralmente, os médicos de uma forma heróica, lutando contra a ignorância, a corrupção e as tentações do dinheiro.

Sem dúvida que a Medicina e a Escrita, ao construírem vínculos de união afectiva, têm-se incentivado, mútua e reciprocamente, ao longo dos tempos.

Existe um número eloquente de médicos, não só hoje, mas

igualmente através da já longa História da Medicina, com uma singular atracção para as Artes - num determinado momento no caminho das suas vidas começaram a dedicar-se também a outros ofícios (ex. os escritores-médicos), antes de abjurarem a clínica, ou de se lhes fecharem as alcovas dos doentes, atingindo uma notoriedade tal que ofuscou em definitivo, e muitas das vezes irremediavelmente, a sua actividade médica, passando a ser conhecidos no futuro apenas e só pelas segundas escolhas.

O Médico-Escritor

O número de médicos que se tem dedicado à Literatura é elevado.

Os médicos-escritores podem dividir-se em dois grupos: os que dedicam os seus escritos só às áreas técnico-científicas e aqueles que tentam projectar-se mais além, na literatura universal.



A lista em todo o mundo é interminável, muitos vão atingir a fama e reconhecimento mundial, tornando-se vultos da Humanidade. São, entre outros: **Anton Tchekhov** (escritor russo de genialidade mundial, autor de contos famosos e que durante toda a sua vida trabalhou como médico); **Albert Schweitzer** (grande humanista, teólogo, missionário, escritor, músico, além de médico,

tendo em 1952 ganho o Prémio Nobel da Paz); **André Breton** (estudante de psiquiatria - poeta, mentor do movimento surrealista tendo publicado o seu *Manifesto* em 1924; **Axel Munthe**, médico psiquiatra, autor aclamado de *O Livro de St. Michael* - um trabalho autobiográfico; **Conan Doyle** (célebre novelista, criador do famosíssimo Sherlock Holmes, o mais famoso detective da literatura); **Somerset Maugham**, médico contemporâneo e homem de letras que escreve *Servidão Humana*, onde concilia a observação médica com a arte literária e, em toda a sua extensa obra, os seus pares ocupam um lugar central. A sua severa gaguez não o impede de se tornar um dos escritores com maior sucesso em todos os tempos. E muitos, muitos mais.



João-Maria Nabais
Pediatra

Entre nós, como referi, ultrapassa o meio milhar, mas a grande maioria não atingiu o mínimo de divulgação e, se conseguiram publicar algum trabalho, este encontra-se perdido no silêncio do pó das estantes e nos arquivos das bibliotecas, parecendo que o destino se decidiu a lutar contra eles.

Quem de entre nós diria que o único Papa português da História, o **Papa João XXI** (Pedro Hispano - que viveu no século XIII) foi, além de médico, escritor e professor em várias universidades estrangeiras; assim como **Pedro Nunes**, mais conhecido como matemático e cosmógrafo; **Garcia de Orta**, pioneiro da Farmacologia; **Amato Lusitano**, precursor da circulação sanguínea, com a descoberta do sistema de válvulas nas veias; **Ribeiro Sanches**, um dos primeiros higienistas e um nome grande da história da medicina universal.

Mais recentemente, destaco entre os mais reconhecidos, pelo menos de nome, os seguintes escritores: **Luz Soriano**, **Silva Gaio**, **Júlio Dinis**, **Sousa Viterbo**, **Marcelino da Silva Mesquita**, **Fialho de Almeida**, **Leite de Vasconcelos**, **Egas Moniz** (o nosso primeiro Prémio Nobel), **Júlio Dantas**, **Manuel Laranjeira**, **António Patrício**, **Jaime Cortesão**, **Miguel Torga**, **Fernando Namora**, **Bernardo Santareno**, **António Lobo Antunes** e tantos, tantos outros, numa lista de personalidades que só em Portugal alcançará um número ainda difícil de determinar, mas sempre na ordem de algumas centenas.

Entre os demais da literatura lusófona refiro João Guimarães Rosa, Pedro Nava, **Moacyr Scliar**, Agostinho Neto, etc..

Esta tendência do médico para ser escritor é historicamente evidente (pois existiu sempre uma certa relação entre a Medicina e as Artes), em comparação com as demais profissões.

Mas por que é que o médico é também muitas vezes escritor, obrigando-se a escrever nas suas escassas horas de ócio e quietação? Penso que não existe uma resposta simples e linear.

A natureza da profissão obriga o médico a interessar-se generosamente por todas as manifestações humanas, o que apura o dom da observação e lhe predispõe o espírito da Medicina para a criação artística.

A prática da medicina decorre de maneira determinante em torno da doença, sofrimento, dor, solidão, loucura, incompreensão, sexualidade, morte, etc., que são precisamente os grandes temas das novelas, comédias, dramas, contos e poesias da literatura mundial.

O contacto humano, a evasão do stress profissional, a re-

flexão diária sobre as grandes questões filosóficas, o desejo de imortalidade são alguns dos motivos pelos quais os médicos escrevem.

É na fonte das humanidades que o clínico encontra a graça primordial ao bom exercício da sua prática médica: a arte, a literatura e a experiência ajudam a intuir sobre o Homem.

Não há que ser o príncipe iluminado que tudo aprendeu dos livros, mas apenas o homem que estuda toda a uma vida!

Numa época de humanismo pessimista, o significado profundo dum estado de alma pode revelar-se na observação quotidiana atenta, sobre a beleza e a verdade que emanam de modo subtil das obras de arte.

Todas essas considerações sobre o papel da literatura, das artes e, enfim, das humanidades no saber médico derivam, sem dúvida, de uma visão muito particular desse mesmo saber.

O primeiro acto médico terá surgido da necessidade de fazer alguma coisa pelo homem enfermo, numa relação mágica e de encantamento, pelo mistério da morte que, em determinadas circunstâncias, ainda se mantém nos nossos dias.

E todos nós vivemos na esperança do progresso infinito da Medicina, mas também ainda se morre com a precariedade e fracasso dessa mesma esperança.

Sabe-se que, cada vez mais, uma percentagem significativa de doentes apresenta uma constelação de sintomas, de evidente significado psicológico, em que os problemas do dia-a-dia se manifestam como queixas médicas; ou ainda por uma mistura de transtornos psico-sociais e somáticos que vão interferir de um modo mais ou menos directo no tratamento e influenciar em absoluto o prognóstico.

Aliás, tanto por parte do paciente como do médico, a enfermidade é sempre um acto cultural e varia com as condições socioculturais de cada região.

É singular que o Homem que escolhe como carreira profissional uma actividade dedicada ao próximo, com o fim principal de aliviar a dor e o sofrimento, num verdadeiro acto de sacerdócio, atinja um perfil espiritual único que estimula a busca de outros caminhos e alargue o seu horizonte para novas capacidades e outras experiências para as quais, de início, não se sentiria provavelmente habilitado.

O médico, pela sua formação académica e na sua prática clínica diária, convive com a vida, com ou sem doença (*a arte de curar*), tentando manter o seu doente com saúde e, se possível, adiar *sine die* o inevitável tempo da morte.

O escritor aparece e desenvolve a sua criatividade pela necessidade de libertar-se, através da expressão literária, da angústia que sentiu, assimilou e experimenta ao caminhar pelos *destinos da humanidade*; e ao conviver ainda com todo o tipo de vicissitudes, numa espécie de *mundo-cão* real.

O médico absorve intrinsecamente essa angústia que é superior às suas próprias forças, pela intranquilidade interior permanente a que todos os dias está sujeito.

Os doentes *despem-se* perante o seu médico, com um conjunto de sentimentos por vezes contraditórios, em que está quase sempre presente uma sentida angústia que, em muitas ocasiões, poderá ser mesmo intensamente dolorosa.

O médico vive certamente esse ambíguo, meditativo e místico equilíbrio instável, a que se juntam simultaneamente - *saúde/doença; esperança/desespero; eficaz/impotência; certeza/dúvida; prazer/dor; ordem/decomposição, etc..*

O médico que também é escritor, ao apreender os valores da tenacidade, autodisciplina e dedicação aos doentes, tem um sentir especial perante:

- O contacto quotidiano com o sofrimento e a morte
- O mistério da relação entre a Vida e a Morte

O sofrimento é, só por si, uma *chama-livre* que acende e estimula o fogo da criação literária.

O verdadeiro escritor, assim como o médico, são criadores, por excelência, de Vida!

E é esta inquietação permanente (numa verdadeira demanda, para dilatar os horizontes do futuro) que vai fomentar uma ansiedade única que origina o *médico-escritor* - são as insónias das noites de angústia, a disponibilidade total a cada momento, a luta contra o risco e o perigo, o respeito pela vida mas também o saber aceitar a morte com dignidade e, por fim, a satisfação imensa do triunfo.

É nesta atitude médica para compreender os estados de alma, perante a doença e a morte, que a literatura pode falar melhor que a ciência; possivelmente porque se consegue aproximar de uma abstracção (ou a *menmeditação*) total ou, pelo menos, falar e entender essa mesma experiência de uma forma mais livre.

INFORMAÇÃO

Na sequência de pedidos em que cidadãos brasileiros e portugueses têm procurado o Consulado-Geral do Brasil em Lisboa, para autenticar atestados médicos, emitidos por profissionais portugueses, sem o reconhecimento da respectiva firma por notário local.

Sabendo que, segundo a legislação portuguesa, não é necessário o reconhecimento notarial das assinaturas dos médicos nos atestados comprovativos

de doença, mas que segundo a legislação brasileira, para que atestados médicos originários do exterior tenham efeito no Brasil é necessária a legalização da Autoridade Consular brasileira, por meio do reconhecimento da assinatura de notário local que autenticou a firma do médico.

Nesse sentido, o Consulado-Geral do Brasil informa que não poderá legalizar atestados emitidos por médicos portugueses sem o devido reconhecimento de suas assinaturas por notário local.

Teologia da Negritude: Sentido e Experiência

Ramiro Délio Borges de Meneses

Médico e Professor Adjunto da Escola Superior Politécnica do Vale do Sousa
(Paredes)

Introdução

A – black theology – não é uma teologia africana, mas antes uma leitura teológica do “povo negro”, que vive em estado de segregação e em situações de marginalização, numa sociedade racista. Assim, a teologia negra, além de apresentar um contexto geográfico conhecido, insere-se na desumana experiência do racismo. A teologia da negritude parte da experiência histórica e sociológica da dependência servil e da pobreza efectiva. Este discurso teológico surge da historicidade da escravatura e da segregação racial. Na verdade, fundamentada na longa história da escravatura dos negros da guerra civil, uma das mais degradantes experiências porque passou a condição humana, preparada primeiro pelo movimento em favor dos direitos cívicos, é simbolizado no apaixonado líder Martin Luther King Jr. e, posteriormente, na constituição do “Poder Negro”, com a formação de um movimento de consciencialização da identidade negra, que se iniciou, entre 1966 e 1969, com o designativo de “black theology”.

A 13 de Junho de 1969, a Conferência de teólogos e pastores negros, convocada para o “Interdenominational Theological Center of Atlanta (Georgia)”, emitiu uma Declaração sobre Teologia Negra “statement black theology”, que fora adoptada pela “National Committee of Black Churchmen” na convocatória anual de 1969 em Oakland.

Será, nesta Declaração de Atlanta, que se caracterizará a teologia da negritude, começando pelo fundamento. Este não é o dom do evangelho cristão transmitido aos escravos mas, de preferência, uma aproximação do que os escravos negros elaboraram pelo “Keriygma” da Salvação, que fora transmitido pelos opressores brancos. A teologia da negritude é o produto da experiência e da reflexão dos cristãos negros. Vem do passado, é forte no presente e será redentora no futuro. Esta leitura teológica inspira-se e fundamenta-se na expressão veterotestamentária inscrita no livro épico “O Êxodo”. O povo

de Israel fora “escravo” sob o faraó do Egipto. A teologia da negritude é uma leitura da fé pela libertação negra. Este discurso teológico insere-se na teologia da negritude (Blackness). É a afirmação da humanidade negra, que emancipa os negros do racismo branco, proporcionando uma autêntica liberdade, quer aos brancos, quer aos negros.

Com efeito, a mensagem de libertação é a revelação de Deus – Pai, tal como se revelou no *Verbum caro factum est et habitavit in nobis* (Joan. 1.;:14) na pessoa de Cristo Jesus. Como o anúncio soteriológico é liberdade, Jesus é libertador. O dom e a tarefa de Cristo libertador, para todos os seres humanos, exigem a todos os negros afirmar a sua dignidade como pessoas e a todos os brancos abandonar a sua presunção de superioridade e abusos de poder.

A teologia da negritude deverá fazer frente a todos problemas que constituem a realidade da opressão negra, não se podendo ignorar o papel e a importância da comunidade negra, bem como a sua expressão teológica. Ao longo de séculos, culturas e civilizações foram vilipendiadas e vitimizadas. E a identificação que deverá apresentar Jesus como libertador e o evangelho, como liberdade, habilita aos negros para atingir a fé na libertação cristológica. Daqui surge a dignidade da personalidade negra, que os torna homens e cristãos.

A expressão – blackness theology – apareceu, pela primeira vez, em 1968, nos discursos eclesiais negros, mais sensíveis aos problemas políticos e sociais, na busca de uma base teológica para afrontar a nova situação que se tornou mais explosiva nos “ghettos”, com as suas duas primeiras expressões teológicas, em 1969, com a Declaração de Atlanta e o livro de James Cone - Teologia negra e Poder Negro.



Deotis Roberts

Elaboraremos teologicamente uma *Negritudinis Ordo*, porque a “negritude” surge como hino soteriológico de Deus ao homem negro. Deus é parte da negritude e esta é sempre parte de Deus, muito embora Este não tenha cor.

I. Teologia da Negritude Política

Segundo o teólogo baptista Deotis Roberts, a libertação e reconciliação são dois pólos da nova teologia, não se tratando de aspectos espirituais anti-éticos. Através da metá-

fora entre Deus e o Homem, movemo-nos *naturaliter* de um para o outro. O teólogo da negritude concede, na miséria da situação presente, tratar-se da libertação, ultrapassando-a, porque traçamos as linhas directrizes para uma reconciliação. Se se adverte que a reconciliação é futurista para a considerar *hic et nunc*, então respondemos à crítica que, segundo a natureza da *fides ac ratio*, devemos buscar a reconciliação. Perdoar sempre, como na cabalística neo-testamentária se refere no setenta vezes sete.

O cristianismo enraíza-se na fé, segundo a qual foi Deus quem reconciliou consigo o mundo com Cristo: *quoniam quidem Deus erat in Christo mundum reconcilians sibi, non reputans illi delicta ipsorum, et possuit in nobis verbum reconciliationis* (2 Cor. 5, 19). Desta feita, a reconciliação entre Deus e o homem poderá ter lugar mediante a reconciliação entre os homens. Esta poderá justificar-se na tradição profética da justiça de Amós, completada pela tradição profética da misericórdia do Oseas. Segundo a paranése racional consistiria em passar do deontologismo kantiano à aretologia da compaixão de Schopenhauer.

Mas, há divergências sobre a ontologia e hermenêutica da libertação e reconciliação. Por um lado, Roberts refere não haver autêntica libertação sem reconciliação; por outro, Cone salienta que *primum semper movens* actua a libertação e *deinceps* falar-se-á de reconciliação com os brancos. Na cairologia, a reconciliação seria, em termos bonehoefferianos, graça barata. Nesta ulterior perspectiva, não se pode discutir a reconciliação, quando a relação entre os que discutem é a relação patrão – escravo, mas somente quando a relação é entre iguais e ainda quando os negros tenham um poder que se contraponha ao poder branco, só depois se poderá falar de reconciliação e de amor.

O motivo, porém, pelo qual a teologia da negritude é “política”, refere que a relação pessoa a pessoa é inadequada e impraticável para qualquer negro, que seja consciente da seriedade e das falácias do racismo.

Logo, a teologia da negritude não poderá ser somente personalista, mas também deverá ser política, desde o étimo à filosofia.

Segundo Roberts, a reconciliação deve colocar-se sempre em conjugação com a libertação. Aquilo que se pretende, com este discurso teológico, será buscar a experiência libertadora da reconciliação. Não existe libertação sem reconciliação, nem haverá reconciliação sem libertação.

A única via cristã praticável nas relações interraciais será a experiência libertadora da reconciliação, quer para o branco opressor, quer para o negro oprimido. Este é o caminho traçado pela teologia política da negritude e a sua mensagem dirige-se a toda a igreja de Cristo.

Mas, segundo a crítica do teólogo Cecil Cone, a experiência religiosa do negro não é uma visão política, muito embora apresente razões políticas. O ponto de partida da religião não é a política, mas Deus. Os negros resistiram à escravatura, não pensando em Cristo, como revolucionário radical, mas porque Jesus saiu-lhes ao encontro. Trata-se,

pois, de uma experiência religiosa.

A luta política, pelo Poder Negro, era uma consequência, não o ponto de partida. Assim a teologia da negritude contempla-se como teologia política; bem como uma teologia religiosa.

Esta teologia deve procurar as suas raízes na experiência religiosa negra e não encontrar o seu ponto de partida na confrontação com um movimento secular e político como o Poder Negro.

O “leitmotiv” da teologia da negritude não pode ser o tema político da libertação dos negros, nem a reconciliação entre brancos e negros, mas a temática do “encontro” dos negros com o Deus da sua existência, na profundidade da sua luta para serem humanos. Só se é divino quando se é profundamente humano, desde o negro até ao branco.

2. Teologia da Negritude como esperança

H. Cox, teólogo de Atlanta, elabora uma teologia da esperança ou uma teologia de esperança referida à experiência negra, considerada esta no enquadramento histórico da opressão, bem como no momento concreto e histórico, que vive a comunidade negra.

Assim, uma teologia da negritude, que parte da escatologia, deve correlacionar os conteúdos da esperança escatológica com as condições da experiência negra e com uma compreensão inteligível da mesma.

O homem negro não passou através de qualquer experiência, mas teve que viver a dramática experiência da escravidão e da segregação racial.

M. Jones recorre à história da comunidade negra, antes da guerra até ao presente, sobressaindo a função da igreja negra. Trata-se portanto de uma história dos negros da América na perspectiva da esperança.

Os séculos anteriores à guerra civil foram obscuros sécu-

los de escravatura. Aqui emerge a figura do pregador negro, como pregador da esperança para o seu povo. A época do pós-guerra civil norte-americana foi testemunho do fim da escravatura, bem como do começo do segregacionismo, tendo que experimentar um processo de adaptação e de debilitamento da igreja negra.

O grande pecado das igrejas negras ou brancas, do período posterior à guerra civil, foi o de não ter mantido viva a esperança.

O teólogo de Atlanta (Jones) denuncia uma falta de esperança, grande parte da experiência negra do passado articulou-se na literatura negativa, quando teria que evidenciar um potencial positivo. Uma boa parte de literatura da religião “Poder Negro”, consciência da negritude e a própria teologia, está vazia de esperança, porque nem sempre a esperança revolucionária é esperança sob Deus, limitando-se a ser uma esperança reivindicativa, que não supera o racismo. A estratégia do Poder Negro acaba substituindo o segregacionismo branco pelo negro.

O denominante Poder Negro parece ter-se ficado pelos protestos e pelas lutas da libertação. Uma teologia de esperança deve propor uma meta ao movimento da consciência negra, de onde se levanta uma comunidade nova, inclusiva e não exclusiva, que se apresenta como uma comunidade mais além do racismo, incluindo negros e brancos.

Mais tarde Jones (1974) traçou as linhas de uma ética de esperança e de compaixão no contexto de uma teologia de negritude. Esta teologia tem como objectivo adaptar os princípios oriundos da teologia de esperança europeia de Moltmann.

3. Teologia da Negritude como Libertação

Para Cone, a questão racial, vista teologicamente, está para o nosso tempo, como a controvérsia ariana foi para o século IV. Na segunda metade dos anos sessenta, o movimento “Poder Negro” aparecia como instrumento mais apropriado para um caminho de libertação. Assim o teólogo procura mostrar como a leitura da negritude constitui uma resposta cristã ao movimento político “Poder Negro”.

O movimento político “Poder Negro” significou uma emancipação completa dos processo que poderão ir do boicote, passando por marchas e manifestações, até à rebelião, chegando à violência revolucionária.

Segundo Cone (1970), a teologia da negritude poderá justificar-se em três razões:

- Numa situação revolucionária, é inevitável a unilateralidade, concretamente a que milita em favor dos oprimidos;
- Numa sociedade racista branca é inevitável a unilateralidade em favor dos negros oprimidos, que é a mesma unilateralidade de Deus. Deus não é daltónico (color blind), isto é, indiferente às cores raciais. Dizer que Deus não faz distinção de cores é como dizer que Deus não faz distinção entre justiça e injustiça, entre razão e fé;

- A negritude aqui não é um dado fisiológico, mas erige-se em símbolo ontológico dos oprimidos e de todas as opressões. Este é o elemento necessário e universal da teologia da negritude, a qual crê que todos os homens foram criados para a liberdade e que Deus está sempre do lado dos oprimidos e contra os opressores, como se descrevem em épicos, sagas e mitos no Pentateuco.

A teologia da negritude não tem a academicidade da teologia clássica. É uma teologia de sobrevivência, que não desdenha uma linguagem passional. Se se assume o método da correlação, segundo P. Tillich, teremos que dizer que as fontes da teologia da negritude são a experiência negra, a história da negritude e a cultura da negritude, interpretadas e iluminadas pelo testemunho bíblico. O princípio hermenêutico que realiza a correlação entre ambas as fontes será, para a teologia da negritude, o Cristo-negro, que oferece à comunidade a alma necessária para a libertação da negritude.

A revelação é um acontecimento que não poderá ser relegado para o passado de Israel e à ressurreição de Cristo Redentor. Deus fala e actua, também, no presente e concretamente na história da opressão.

Daqui se aúfere que a revelação é um acontecimento de negritude, ou seja, aquilo que os negros fazem pela sua libertação. A revelação de Deus ao homem na Palavra, para a teologia da negritude, é autodesvelamento de Deus numa situação de libertação.

Se, para Tillich, a fé, como resposta à revelação, proporciona a coragem de ser e de afirmar o próprio ser apesar da ameaça, então pesa sobre ele.

A tese central da teologia é que Deus é “negro”. Não só “God is not color blind”, não indiferente à cor, mas nem há lugar para um “Colorless God”. A negritude de Deus (Blackness) significa que Deus fez da condição dos oprimidos a sua própria condição.

Assim, Deus é negro, porque, do lado dos oprimidos, segundo esta teologia, devemos nos tornar negros com Deus, sendo possível se nos associamos à sua obra de libertação. Com toda a razão se afirma a mais compreensiva definição, nestes termos bíblico (Joan. 4,8). Perante o versículo joânico, Cone pergunta: que significado poderá ter o amor numa sociedade racista, sem fazer da “ira” uma componente essencial desse amor? Deus diz sim e não. Diz não a quem oprime e diz sim a que é oprimido (aos negros). O não de Deus à sociedade racista branca é a expressão da sua ira, tantas vezes rezada himnicamente no Saltério. Do mesmo modo, o sim de Deus é expressão do seu “amor”. A ira de Deus é o reverso do seu amor. A ira de Deus será o amor por referência às forças que se opõem à obra da libertação dos oprimidos. Amor e ira são duas modalidades do discurso sobre Deus numa sociedade racista.

O discurso da teologia da negritude, sobre a negritude de Deus, desenvolve motivos, que se aforaram na história da religiosidade negra.

Da mesma forma que os brancos vêem a Deus por um



Martin Luther King Jr.

prisma branco, começou-se a ver Deus pela “óptica negra”. Assim a tese sobre a negritude de Deus é *a priori* relativamente à tese sobre a negritude de Cristo.

O profeta da nação negra, Cleage, refere que o Antigo Testamento é a história dos judeus negros. Os sinópticos contam a história de Jesus, atendendo ao material original, como sendo um Messias-negro.

Porém o símbolo do Messias-negro de Cleage assume-se no contexto da reconstrução histórica, representando uma categoria fundamental da teologia da negritude.

O Jesus histórico era o oprimido e esteve sempre do lado dos oprimidos, significando ser um judeu marginal, devido aos seus gestos e pregação.

Do mesmo modo que a comunidade negra é uma comunidade oprimida por causa da sua negritude, assim também o significado cristológico de Jesus deverá buscar-se na “negritude”. O nosso ser com Ele depende do seu ser com os outros na condição negra oprimida, que nos revela o que é necessário para a nossa libertação. Jesus histórico não é neutral, não esteve com os ricos, mas antes com os pobres e desvalidos. Cristo de Nazaré toma postura pelos pobres e pelos negros.

Aqui temos os primórdios de uma “Cristologia da Negritude”. Cristo é negro, porque diz não à opressão e sim à libertação. Ele é *per naturam suam* o Libertador. Neste sentido poderemos *in lato sensu* afirmar que o reino de Deus é um acontecimento, enquanto está vivido nas lutas de libertação da comunidade de negritude iniciadas na cairologia e terminados na escatologia. A negritude de Cristo é assumida como símbolo teológico, não como conotação física. A afirmação cristológica da negritude da Palavra do Pai é um lugar teológico, que revela a concreção da presença libertadora de Jesus histórico nos acontecimentos da salvação.

Para Cone, se se assume o Cristo negro, polemicamente como sinónimo de não branco, Jesus é negro, também literalmente, se se assume a negritude teologicamente, no seu significado soteriológico. A partir daqui a teologia da negritude está autorizada a falar de um Cristo negro como Messias – negro. Segundo a Declaração de Atlanta (1976) afirma-se que esta teologia tomou o Messias – negro como símbolo de Jesus Cristo.

A negritude de Cristo não é mera necessidade psicológica e política dos negros, como dissertação ideológica do Novo Testamento, mas fundada num argumento teológico.

Cristo é realmente negro, tanto na realidade literal quanto na simbólica, porque literal e teologicamente veio para libertar os oprimidos da casa de Israel, feito eco nas profecias de Isaías.

A negritude de Cristo não é mera afirmação sobre a cor da pele, mas, de preferência, a afirmação de que Deus não abandona os oprimidos na sua luta. O Deus negro, que é o mesmo Deus de Israel, esteve com ele no Egipto do Faraó e está com ele na América do Norte, na África ou na América Latina e virá na Parúsia para dar cumprimento à liberdade humana.

Poderá parecer, na versão de Cone, que a “negritude” da teologia cristã não será insuficientemente radical na sua interpretação da teologia de negritude e de suas raízes africanas. Mas Cone responde defendendo a caracterização cristã da religião da negritude enraizada na cultura e história dos povos negros.

Mas, segundo o filósofo Jones, a primeira pergunta sobre esta teologia deveria ser sobre o sofrimento dos negros. Contudo, os diversos esboços desta teologia de negritude são, com efeito, insuficientes, em maior ou menor medida, porque partindo do pressuposto que Deus está do lado dos negros e não é alheio aos seus sofrimentos e suas lutas. Mas, parece inexplicável a longa história de sofrimento dos negros e parece justificada a imputação do racismo em relação a Deus.

Jones fica-se pelo humanismo secular, na linha de Cannes e de Sartre, que reivindica para o homem a plena e absoluta causalidade pela responsabilidade da história. O racismo não é de Deus, mas dos homens.

Mas, Cone adverte que a filosofia da negritude deverá cair na conta de que existe uma comunidade negra cristã que

HISTÓRIAS da HISTÓRIA

professa a sua fé em Cristo e que segue, obtendo desta fé, a força para a resistência e para a libertação.

Na verdade, na comunidade negra norte-americana existe um filão cultural secular. Ainda na sua grande maioria, os negros são cristãos que crêem na importância da presença de Deus na vida de negros numa sociedade branca e a Teologia de negritude apresenta-se como instrumento de reflexão para acompanhar os negros no seu caminho da libertação.

A teologia da negritude está muito longe dos discursos sistemáticos das teologias hermenêutica, dialética e transcendental.

Trata-se de um discurso mais teologal do que soteriológico, dando preferência ao concreto e ao grupal do caminho para Deus. Apresenta-se com muito pouco do “paranético” e refere-se, em muito, ao “situacional”, que leva a apresentar-se como legado empírico no domínio teológico.

Porém, a teologia de negritude ainda está na sua infância, porque espera pelo aprofundamento literal e histórico – crítico de exégese e será necessário adaptá-la à cultura, antropologia, psicologia e à sociologia da negritude.

A teologia de negritude ainda é “poiésis”, que terá um longo caminho a percorrer para explicar e fundamentar a sistemática, do Deus da negritude como *De Deo uno et trino*. Toda a teologia da negritude deverá ser a síntese da narrativa paulina aos Gálatos. Deus não faz acepção de pessoas (Gal 2,6).

Conclusão

A “Blackness theology” afirma a espiritualidade negra no sentido em que pretende fundamentar-se na experiência religiosa da comunidade negra e nas lutas contra o racismo e a opressão.

A teologia da negritude afirma o ecumenismo, no sentido de que se dá prioridade à unidade operativa de todos os cristãos negros, na qual se suprime as relações de dominação na sociedade e na igreja.

Esta nova leitura teológica apresenta um Messias – negro, no sentido em que a “negritudes” se afirma como símbolo teológico de Cristo, como o homem oprimido de Deus ou como a imagem bíblica do servo de YHWH, que carregou, na Cruz, com o sofrimento dos oprimidos e se tornou solidário com a luta de libertação dos negros. Ainda, a teologia de negritude sugere num paradigma político, asseverada como teologia “política” capaz de criticar o *satus quo* americano e optar pela mudança.

A grande novidade da declaração sobre a Teologia da negritude, de 1976, consiste, sobretudo, na adopção do título de “Messias Negro”, como lhe chamou Cleage. Aqui se encontra unida à luta contra o sexismo e à luta contra o capitalismo e o imperialismo, reafirmando-se o significado essencial da teologia, como fonte de inspiração e de acção para todos os negros, os povos explorados e oprimidos.

A teologia da negritude americana está empenhada, desde o aspecto cultural, em recuperar o passado através de teó-

logos como S. Hopkins e G. Cummins e em estudar as *slaves narratives*, os relatos do tempo da escravatura, que encerram uma teologia, na qual a fé em Deus e em Cristo se expressa na linguagem ancestral da cosmovisão africana que se faz eco na *rainbow coalition*, proposta por Jesse Jackson, (coligação do arco-iris), que nas minorias dos Estados Unidos e todos quantos lutam pela liberdade no mundo.

E, assim, no Antigo Testamento, conta-se a história de José, que tendo sido vendido como escravo, pelos irmãos, acabou interpretando para eles a palavra libertadora de Deus: “Enquanto pensaste causar-nos dano, Deus o pensou para o bem” (Gn. 50,20)

A saga bíblica, como conclui no Génesis, poderá ser assumida como paradigma para traduzir a necessidade dos brancos e a função profética da teologia da negritude.

Assim terminava Martin Luther King, o homem do discurso de Washington “I have a dream”. O sonho da fraternidade humana e da reciprocidade entre raças, povos e nações sintetizando os versículos do Génesis sobre “José Vendido”: “Disseram uns aos outros: “Eis que se aproxima o homem dos sonhos. Vamos, matemo-lo, atiremo-lo a qualquer cisterna e, depois, diremos que um animal feroz o devorou. Veremos então como se realizarão os seus sonhos” (Gn 37, 19-20).

Bibliografia:

- Cleage, A. – *The Black Messiah*, Sheed and Ward, New York, 1968.
Cone, J. – *Black Theology and Black Power*, Seabury Press, New York, 1969.
Cone, J. – *A Black Theology of Liberation*, Orbis Books, New York, 1986.
Cone, J. – *My soul Looks Back*, Orbis Books, New York, 1986.
Gardiner, J.; Roberts, D. (eds) – *Guest for a Black Theology*, Pilgrim Press, Philadelphia, 1971.
Gibellini, R. (Ed.) *Teologia negra*, Queriniana, Brescia, 1978.
Grant, J. – *White Women's Christ and Black Women's Jesus*, Scholars Press, Atlanta, 1990.
Joens, M. – *The Color of God. The concept in Afro-American Thought*, Mercer University Press, Macon Georgia, 1987.
Roberts, D. – *Black Theology*, Westminster Press, Philadelphia.
Wilmore, G.; Cone, J. (eds) – *Black Theology. A documentary History 1966 – 1979*, Orbis Books, New York, 1979.
Witvliet, Th. – *The Way of the Black Messiah*, Meyer Stone, Oak. Park, 1987.
Williams, D. – “The Color of Feminism: speaking the Black Woman's Tongue”, in *The Journal of Religious Thought*, 43/1 (Washington, 1986) 42 – 58.
King, M.L. – *La fuerza de amar*, tradução, Ayma, Barcelona, 1971.
Chenu, B. – *Dieu est Noir. Histoire, religion et théologie des Noirs américains*, Centurion, Paris, 1977.
Chenu – *Le Christ noir américain*, Desclée, Paris, 1984.
Dantine W. – *Schwarze Théologie: Eine Herausforderung der Theologie der Weissen*, Herder, Wien, 1976.
Moyd, O. – *Redemption in Black Theology*, Judson Press, New York, 1979.
Lincoln, E. – *The Black Experience in Religion*, Anchor Press Garden City, New York, 1974.
King, M. L. – *Dove Siamo andando; verso il caos o la comunità*, SEI, Torino, 1970.
Canobbio (edit.) – *Cristianismo e Religioni in Dialogo*, Quaderni Teologici del Seminário de Brescia, Morcelliana, Brescia, 1994.

Deontologia Profissional - Prognóstico Fatal / Dever de esclarecimento / Privilégio terapêutico

Foi questionado o Departamento Jurídico no sentido de esclarecer se existe alguma norma jurídica ou deontológica que legitime os médicos a omitirem o estado terminal de um doente quando interpelados pelos seus familiares mais próximos.

Sobre esta matéria prevê o art.º 40.º do Código Deontológico, no seu n.º I, que o prognóstico e o diagnóstico devem ser revelados ao doente, salvo se o médico, por motivos que em sua consciência julgue ponderosos, entender não o dever fazer.

Refere ainda o n.º 2 do mesmo preceito, que um prognóstico fatal só pode ser revelado ao doente com as precauções aconselhadas pelo exacto conhecimento do seu temperamento, das suas condições específicas e da sua índole moral, mas em regra deve ser revelado ao familiar mais próximo que o médico considere indicado, a não ser que o doente o tenha previamente proibido ou

tenha indicado outras pessoas a quem a revelação deva ser feita.

Em nossa opinião, **numa perspectiva estritamente deontológica e focalizando tão só a relação directa médico – doente, a regra é a da revelação, constituindo excepção a omissão.**

Embora a letra do n.º 2 do artigo citado possa apontar para uma interpretação contrária à que acabámos de formular no que atine ao prognóstico fatal, estamos em crer que o entendimento actualizado desta norma e adequado ao princípio da autonomia da vontade deverá levar à inversão apontada: o prognóstico fatal não constitui, de per si, uma excepção ao dever de esclarecer que impende sobre os médicos. **Só circunstâncias “ponderosas” que conduzam a graves danos para a saúde física ou psíquica do paciente poderão justificar a não comunicação**, sem prejuízo de serem tomadas em conta as condições específicas, o temperamento e a índole moral do doente para a forma como possa ser feita a comunicação.

Quanto à comunicação aos familiares mais próximos, o Código Deontológico prevê que esta seja a regra, mas estabelece também o dever de respeito pela vontade do paciente – expressa ou tácita – e a ponderação do próprio médico sobre quem, de entre os familiares, quando e como deverá ter conhecimento.

Numa abordagem mais jurídica desta questão*, diremos que as previsões do Código Penal e a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina são mais restritivas do que as normas da deontologia médica.

No Direito Penal actual o privilégio terapêutico embora tenha sido expressamente acolhido está limitado.

Com efeito, o art. 157º do referido Código, sob a epígrafe “Dever de esclarecimento”, prevê que o citado dever (que, repita-se, é a regra) **só pode ser excepcionado em situações em que a comunicação de determinados factos ao doente possam pôr em perigo a sua vida ou sejam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde física ou psíquica.**

Nas palavras do Dr. João Vaz Rodrigues “o *privilégio terapêutico* consiste na *faculdade de actuação médica, perante situações de mal iminente ou consequente sem que previamente se prestem as informações devidas ao esclarecimento do paciente e, conseqüentemente, sem obtenção do seu consentimento (...). O privilégio terapêutico funciona como regime excepcional à protecção da liberdade e da autonomia*”.

O esclarecimento não tem assim de obedecer a um modelo único de densidade e intensidade. Em determinados casos ele pode ser reduzido ou até omitido.

Neste sentido vai o entendimento do Prof. Manuel da Costa Andrade¹, ao defender que mesmo os estádios terminais, “na medida em que determinam uma perda da autonomia da pessoa, podem legitimar formas mitigadas de esclarecimento ou mesmo a sua omissão.”

A doutrina tem entendido que os estádios terminais de pessoas atingidas por doença incurável determinam uma perda de autonomia.

Cabe, pois, ao médico nestas situações, ponderar para efeitos de informação / esclarecimento aquilo a que poderemos chamar os efeitos práticos do “direito à esperança” por parte do doente. Dito de outra forma, caso o médico estivesse sempre obrigado a revelar, sem mais, uma doença incurável, poder-se-ia prejudicar não só o “direito à esperança”, mas também, a tolerabilidade de um tratamento ou a criação de um estado que compromettesse significativamente as medidas terapêuticas e/ou paliativas adequadas.

Certo é que, se no que atine ao doente, a legislação e a doutrina apon-

tam para as soluções que supra já ficaram expostas, não existem disposições que nos permitam afirmar que as mesmas devam ser aplicadas aos familiares ou pessoas mais próximas do paciente.

Em nosso entender, tais pessoas não têm um “direito” a ser informadas quanto a um prognóstico fatal, ao contrário do que ocorre com o doente.

Na verdade, importa ter presente que a regra que vigora é a do segredo profissional: o médico não deve revelar a terceiros, ainda que familiares do doente, o estado de saúde do paciente, excepto se para tanto estiver por este autorizado ou se circunstâncias excepcionais o permitirem (Art.º 195.º do Código Penal).

E este princípio não pode sofrer modificações que tenham origem na gravidade da situação do paciente.

A comunicação de um estágio terminal a quem seja próximo do enfermo, na falta do consentimento deste, só pode ser justificada quan-

do haja a necessidade absoluta de existir uma decisão que deva ser partilhada, o que é matéria que cabe na ponderação estrita do médico, atendendo às circunstâncias concretas da situação.

O Consultor Jurídico
Paulo Sancho
2005-08-30

(Footnotes)

* Para um estudo mais profundo da matéria ver “O Consentimento Informado para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português” de João Vaz Rodrigues, Coimbra Editora, 2001, Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra e “O Consentimento Informado na Relação Médico Paciente” de André Gonçalo Dias Pereira, Coimbra Editora, 2004, Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

¹ Vide: Comentário Conimbricense ao Código Penal, Parte Especial Tomo I, Coimbra Editora, 1999, Nota 16 ao art.º 156, pág. 383 e Nota 15 ao art.º 157, pág. 400.

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS

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 en 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

2006

EVENTO: Jornadas do Departamento de Oncologia Médica do IPO - Porto
LOCAL: Hotel Solverde - Espinho
DATA: 11 a 13 de Janeiro de 2006
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Factor Chave ; Tel: 21 – 430 77 40; Fax: 21 – 430 77 49

EVENTO: XXI Jornadas de Cardiologia e HTA de Almada
LOCAL: Hotel do Mar em Sesimbra

DATA: 11 a 13 de Janeiro de 2006
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada; Tel: 21 – 274 32 55; Fax: 21 – 274 32 23

EVENTO: Congresso de Fisioterapia do Mercosul – FIEP 2006
LOCAL: Foz do Iguaçu
DATA: 15 a 17 de Janeiro de 2006

EVENTO: V Colóquio de Cefaleias
LOCAL: Centro de Cultura e Congressos da Ordem dos Médicos - Porto
DATA: 20 e 21 de Janeiro de 2006
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Centro de Estudos de Cefaleias - Serviço de neurologia HSAntónio; Tel/Fax: 22-2007699; cecefaleias@mail.telepac.pt

EVENTO: Gastrointestinal Cancers Symposium 2006
LOCAL: São Francisco – Califórnia
DATA: 26 a 28 de Janeiro de 2006
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Merck SA; Tel: 21 – 361 35 00; Fax: 21-361 36 65

EVENTO: 10º Curso de Endoscopia Ginecológica – 2006
LOCAL: LISBOA
DATA: 26 e 27 de Janeiro 2006
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Schering Lusitana; Tel. 21 926 99 00; Fax: 21 – 921 84 71

EVENTO: 17th international Congress on Anti-Cancer Treatment (ICACT)

LOCAL: Paris
DATA: 30 de Janeiro a 2 de Fevereiro
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Merck SA; Tel: 21 – 361 35 00; Fax: 21-361 36 65

EVENTO: 5ªs Jornadas de Atualização em Doenças Infecciosas
LOCAL: Culturgest – Lisboa
DATA: 2 e 3 de Fevereiro de 2006
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Merck Sharp & Dohme; Tel. 21 – 446 57 28; Fax: 21 – 446 57 29

EVENTO: European Multidisciplinary Colorectal Cancer Congress 2006
LOCAL: Berlim
DATA: 12 a 14 de Fevereiro de 2006
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Merck SA; Tel: 21 – 361 35 00; Fax: 21-361 36 65

EVENTO: Jornada Internacional de Dermatologia Clínica y Atención Primaria
LOCAL: Buenos Aires
 7 a 9 de Março de 2006
ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Associação Médica de Cooperação Lusófona e Iberoamericana e Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 – 358 43 80; Fax: 21 – 358 43 89

EVENTO: XIII Congresso Nacional e I Congresso Ibero-Italiano de Cirurgia Oral e Maxilofacial
LOCAL: Hotel Meridien – Porto
DATA: 16 a 18 de Março de 2006