JANEIRO 1995

Ordem dos Médicos

REVISTA

Aproxima-se o fim
E tenho pena de acabar assim,
Em vez de natureza consumada,
Ruína humana.
Inválido do corpo
E tolhido da alma.
Morto em todos os órgãos e sentidos.
Longo foi o caminho e desmedidos
Os sonhos que nele tive.
Mas ninguém vive
Contra as leis do destino.
E o destino não quis
Que eu me cumprisse como porfiei,
E caísse de pé, num desafio.
Rio feliz a ir de encontro ao mar
Desaguar,
E, em largo oceano, eternizar
O seu esplendor torrencial de rio.

Poema da última Caminhada

Miguel Torga

Já enfermo e profundamente debilitado, Miguel Torga quis prestar mais uma homenagem à Ordem dos Médicos.
Foi em 8 de Dezembro de 1993, quando aceitou participar na sessão solene que assinalou a ampliação das instalações da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos e a inauguração da sala a que foi dado o seu nome.
Mestre de qualidades ímpares, Torga fez então questão de nos presentear com um texto, oportunamente reproduzido na nossa revista.
Mas, por ser um texto desse cidadão ímpar, lido numa casa que tivemos a honra de partilhar com ele, entendemos que mais do que falar dos inúmeros predicados de Miguel Torga era melhor dar a ler uma página do imenso Património que legou a toda a Humanidade e em que faz uma análise para meditação de todos os médicos.

"Caros Colegas e meus Amigos:

Na inauguração desta sala, que a actual e a todos os títulos ilustre e prestimosa Direcção da nossa Ordem quis, para minha confusão e desvanecimento, que tivesse o meu nome, é-me grato deixar, ao lado da inscrição que o memora, o eco emocionado da voz embargada, a agradecer a deferência, e, ao mesmo tempo, a prestar, neste espaço que vai ser naturalmente lugar de convívio das gerações futuras, pública homenagem a todos os membros da classe a que, já lá vão sessenta anos, tenho a honra de pertencer e o gosto de me sentir no seio dela, útil e justificado socialmente. Vocacionado também para sacrificar no altar de Orfeu, foi no de Esculápio que depus as minhas melhores oferendas de homem e de cidadão, engrossando modestamente a legião interminável de ajuramentados que, de norte a sul de Portugal, dia e noite, incansavelmente, o servem e dignificam.

Primeiro, a calcorrear montes e vales, e a superar todas as carências e dificuldades, depois, num consultório citadino, já mais apetrechado tecnicamente, dei o melhor de mim, a minorar a dor a ricos e pobres, e a combater a morte em leitos de opulência e catres de miséria. E a conhecer mais proximamente o semelhante, que não é nunca a simplicidade que parece: uma tosca e humilde criatura, ou um polido e convencido indivíduo, mas sempre um complicado pobre ser de carne e osso que, sujo ou limpo, culto ou inculto, carrega a pesada cruz da vida, e geme com igual fraqueza quando a mão da fatalidade lhe pousa em cima. E também a verificar até que ponto uma profissão banalmente liberal pode perder na prática o carácter de mera actividade, e ganhar foros de imperativo moral.

Ainda nos meus começos, o médico, o padre e o professor primário formavam o triunvirato providencial e respeitado em que assentava a paz física, espiritual e mental da comunidade. Era ele a fiança da sanidade do corpo, a esperança da vida eterna e o bem supremo da instrução.

A roda do tempo, com o progresso acelarado que tudo altera, desandou, e, no turbilhão, desagregaram-se os valores. E é forçoso reconhecer e lamentar que, pelo que nos diz respeito, o que ganhamos em saber profissional, perdemos em humanidade.

Mas, se mudaram os relacionamentos, não acabaram as calamidades e o sofrimento. E, mesmo empobrecidos daquele prestigio carismático, continuamos a ser, nós médicos, a última porta sempre aberta a que bate, confiado, o desespero. O povo atormentado necessita cada vez mais dos nossos cuidados e da nossa devoção. Com todos os defeitos, que a civilização consumista infelizmente agrava, somos ainda os Cirineus compassivos do cálvario humano. Nenhuns outros elementos da sociedade nos avantajam no préstimo.

E a História o testemunha e celebra em letras de oiro. Sábios que alargaram a consciência universal da nossa condição, e inundaram de luz pacificadora os recantos mais escuros de milhões de almas atormentadas, génios que diagnosticaram e extirparam da terra males misteriosos, tidos por maldição divina, talentos que fizeram milagres de toda a natureza de estetoscópio e bisturi na mão. E que, por isso, a memória colectiva exalta e venera. Mesmo entre nós, nenhuma figura nacional vive no imaginário popular tão devotamente alumiada como a de Sousa Martins, em Lisboa, ou foi retratada mais estremecidamente do que o João Semana do romance de Júlio Dinis, logo nos alvores de todas as civilizações, o feiticeiro, o curandeiro e o mágico foram reverenciados e necessários à vida quotidiana da tribo. Para a curar, fortalecer e exorcizar. Nunca ninguém nos pode suprir neste triste e materno planeta, que alguém, numa hora mais dorida, chamou para sempre, com singular verdade e propriedade, vale de lágrimas. E gostaria que estas minhas palavras fossem ao mesmo tempo um preito, uma exteriorização de natural ufania e um voto. Preito reconhecido a quem agora tão generosamente me quis distinguir, ou que, numa longa vida de saúde precária, me acudiu e acode com os seus cuidados, ufania de pertencer à nossa gloriosa família hipocrática, e voto de que o futuro continue a pertencer-nos, pelo saber, pelo devotamento, pela compaixão e pelo amor. Que continuemos a ser amanhã o que somos hoje e fomos sempre: dentro do hábito branco da bata, os monges professos e laicos de uma Ordem civil e sagrada.

Miguel Torga"

ficha técnica

Ordem dos Médicos
REVISTA

JANEIRO 95

Director
Dr. Carlos Alberto de Santana Maia

CONSELHO EDITORIAL
Norte
Dr. Américo Rui Couto
Dr. Luís Filipe Laranjeiro
Dr. Victor Sanfins

Centro
Dr. Armindo Rebelo
Dr.ª Isabel Cristina
Dr. Rui Pato

Sul
Dr. Machado Cândido
Dr. Pedro Nunes
Dr. Silva Santos

REDACÇÃO
Dr. Adriano Natário
Dr.ª Manuela Reis

CONSELHO DE TESOUREIROS
Dr. António Pessoa (S. R. Norte)
Dr. Óscar Gonçalves (S. R. Centro)
Dr. Rasiklal Ranchhod (S. R. Sul)

SECRETARIADO
Corália Tiago Marques

PUBLICIDADE
Helena Pereira

CONCEPÇÃO GRÁFICA
Gráficos à Lapa, Lda.
Rua de S. Domingos à Lapa, 6
1200 LISBOA
Tel. 395 10 85 · Fax 395 33 47

IMPRESSÃO
Imprinter S.A.

DEPÓSITO LEGAL 7421/85

PROPRIEDADE, ADMINISTRAÇÃO
REDACÇÃO E PUBLICIDADE
ORDEM DOS MÉDICOS
Av. Gago Coutinho, 151
1700 LISBOA
Tel. 847 06 54 · Fax 847 12 15

PREÇO AVULSO 350$00

PUBLICAÇÃO MENSAL
TIRAGEM 30 000 EX.

Miguel Torga

depoimento de Frederico de Moura.

pág. 18

ACTUALIDADE

Conselho Nacional Executivo 7
Protocolo para dinamização do sector privado de prestação de actos médicos
Forum 10
Comunicado saído da reunião de 21 Janeiro
Cooperação com os PALOP 11
Despacho 34/94 do Ministério da Saúde
Segurança Social 12
Regime dos Trabalhadores Independentes
Colégios das Especialidades 14
Ginecologia/Obstetricia; Cardiologia; Nefrologia
Recepção aos novos colegas 16
Cerimónia de entrega das cédulas profissionais
Conselho Disciplinar Regional 30
Pareceres
Centro de Documentação e Informação 32
Primeiro balanço de actividade deste serviço

OPINIÃO

Clínico Geral. Médico do Futuro? 20
Joaquim de Castro Nogueira
Ingresso no Internato Complementar
A Opção por Ortopedia 22
Ana Catela
Fazer bem as coisas certas, à primeira vez.
Um programa para todos os dias 23
Cipriano Justo
SIDA, Saúde, Direitos Humanos
e Responsabilidade 25
Jorge Torgal
Medicamentos Genéricos 26
M. A. da Silva e Sousa
Formação Pós-Graduada e Avaliação Final 29
Paulo Simões

CULTURA

Amatus Lusitanus 34

CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO

Na sequência do nosso pedido, o Senhor Ministro da Saúde recebeu a Ordem dos Médicos, no dia 27 de Dezembro, tendo sido abordados os pontos constantes da agenda (conforme caixa ao lado).
Sobre as Comissões de Ética, foi acordado que a Ordem dos Médicos deveria apresentar brevemente uma proposta.
No que respeita à Clínica Geral, foi manifestada a nossa insatisfação pelo atraso no concurso para o grau de Consultor e foi, ainda, entregue o documento sobre direitos adquiridos, (publicado no último número da revista, pág. 7).
Em relação ao pagamento das Convenções, foi entregue a decisão do CNE aprovada no Porto, a 17 de Dezembro, e também transcrito na última revista.
Finalmente, apresentou-se ao Sr. Ministro um protocolo para prestação de actos médicos privados. É sobre este último ponto que transcrevemos nesta revista o nosso protocolo e a correspondência trocada com o Ministro da Saúde.

Pedido de reunião urgente com o Ministério da Saúde

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, reunido no Porto em 17 de Dezembro de 1994, deliberou sobre a necessidade de uma reunião urgente do Ministério da Saúde com a Ordem dos Médicos.
Atendendo à gravidade de alguns assuntos de que o Conselho Nacional Executivo tem vindo a tomar conhecimento, ou lhe foram pedidos pareceres, pensa este órgão que se justifica a discussão dos seguintes assuntos, entre outros:
a) Projecto de Decreto-lei sobre Comissões de Ética;
b) Concurso de Consultores de Clínica Geral;
c) Projecto de Decreto-lei sobre direitos adquiridos;
d) Atraso de pagamento de Convenções;
e) Protocolo para prestação de Actos Médicos Privados.

Protocolo para dinamização do sector privado de prestação de actos médicos

Introdução

As sociedades civilizadas caracterizam-se por uma apetência cada vez maior por cuidados de saúde de qualidade prestados de forma eficaz e com prontidão a toda a população dela carenciada.

A cada vez maior consciência dos níveis de cuidados de saúde necessários pela população, o reconhecimento do direito à saúde como um valor inalienável dos cidadãos dos países desenvolvidos e a cada vez maior oferta de tecnologia na área da saúde tem resultado num progressivo aumento dos custos da saúde em todos os países.

Os sistemas nacionais de saúde baseados na filosofia de um único administrador, regulador e prestador – normalmente o Estado não se têm mostrado adequados aos objectivos ambicionados, isto é:

- Contenção de custos dentro de limites socialmente aceitáveis
- Rapidez, adequação e universalidade na prestação de cuidados
- Eficiência e optimização da relação custo/benefício
- Desenvolvimento e estímulo do pleno aproveitamento das potencialidades instaladas quer em tecnologia quer em recursos humanos

Por outro lado nos países em que não existe Sistema Nacional de Saúde instalado, a actividade dos privados só por si não permitiu fornecer com carácter de equidade e universalidade os cuidados de saúde que as populações carecem e que hoje se reconhecem como direitos.

Assim, considera-se que a via que melhor parece apresentar-se para uma plena obtenção dos objectivos mencionados seja a que se baseia ▶

num Serviço Nacional de Saúde universal, de acesso fácil a todos os portugueses e que responda com eficácia ao conjunto de necessidades básicas em cuidados de saúde. Tal serviço tem necessariamente de ser complementado pela iniciativa de privados quer sob a forma empresarial quer sob a forma de exercício livre da medicina, individual ou de grupo.

Reconhece-se pois como urgente dinamizar a inicativa dos médicos portugueses, individuais ou sob a forma de grupo, cooperativo ou empresarial, de forma a que articuladamente com o Serviço Nacional de Saúde se constitua um verdadeiro Sistema Nacional de Saúde capaz de responder às carências da população.

Tal dinamização depende de um conjunto de factores entre os quais se afigura essencial a existência de um quadro claro e transparente em que todos reconheçam as suas funções, os seus direitos e garantias. Para que tal quadro seja possível a breve trecho decidem o Ministério da Saúde e a Ordem dos Médicos dar o primeiro passo através da assinatura deste primeiro protocolo de acordo.

Objectivo

Considera-se imprescindível a redacção e a aprovação de uma Lei Quadro de Prestação de Actos Médicos que regulamente e clarifique a relação dos médicos com o Estado e consubstancie um verdadeiro Estatuto do Médico na sua qualidade de profissional livre ou empreendedor da área da saúde.

1. Tal Lei não se destina a substituir, alterar ou revogar a legislação específica que regulamenta a actividade do Médico enquanto assalariado do Serviço Nacional de Saúde mas aplica-se exclusivamente às relações dos Médicos com o Serviço Nacional de Saúde enquanto profissionais livres.

2. Tal Lei, na sua forma final, reflectirá o acordo expresso da Ordem dos Médicos, o seu empenhamento na execução das acções que lhe foram cometidas e o empenhamento de todos os médicos que

trabalham no seu âmbito para que constitua um instrumento eficaz na melhoria dos cuidados de saúde prestados aos portugueses.

3. Tal Lei deverá consubstanciar a aprovação por o mais alargado leque de forças políticas de modo a constituir para os médicos um quadro de referência da sua actividade enquanto profissionais livres e a relação clara e transparente com a sociedade em que se integrem na garantia da estabilidade, tranquilidade e expectativa em termos de futuro.

Até ao estabelecimento da Lei Quadro da Prestação de Actos Médicos consagram-se desde já um conjunto de princípios que dão corpo a este primeiro protocolo Governo/Ordem dos Médicos e que se assumem como compromisso até à Lei Quadro e dela farão parte integrante.

Princípios

1. Considera-se residir o direito à saúde no Cidadão pelo que, qualquer que seja a entidade prestadora de cuidados, deverá este ter garantidas as comparticipações em uso no Serviço Nacional de Saúde. Assim, qualquer médico tecnicamente credenciado e na posse dos seus direitos pode ter acesso às formas de prescrição do Serviço Nacional de Saúde (requisições de exames complementares de diagnóstico, receituário comparticipado de próteses, ortoteses e fármacos, prescrição de terapêuticas e actos médicos especializados).

2. A profissão médica exerce-se com empenhamento total diário não podendo ser o médico coartado na sua liberdade de observar doentes e estes de ter acesso à consulta médica. Assim os espaços de trabalho dos médicos quer se situem na sua residência permanente, secundária, ou sejam especialmente vocacionados para actividade profissional deverão ter o tratamento legal, na compra e aluguer, reservado a habitação.

3. Procurando-se que a medicina privada e a actividade liberal do médico complementem com eficácia as carências do Serviço Nacional de Saúde, tal actividade deverá ser moderada nos seus honorários de modo a que o cidadão que por ela opte tenha acesso a custos controlados. Assim os médicos que através dos mecanismos da Lei Quadro assinem um protocolo de cooperação com o Serviço Nacional de Saúde, obrigam- se a atribuir ao valor K do código de Nomenclatura de Actos Médicos, o mínimo fixado em cada ano pela Ordem dos Médicos.

A Ordem dos Médicos, que há dois anos não aumenta o valor mínimo mencionado, compromete-se a não o fazer a partir da assinatura deste protocolo, acima da taxa de inflação determinada anualmente pelo Banco de Portugal.

4. Aos médicos que se comprometam a praticar a totalidade da sua actividade pelo protocolo mencionado em 3 será garantido um conjunto de incentivos financeiros ao estabelecimento de espaços de consulta, compra de equipamentos e veículos utilizados na sua actividade específica. Tais incentivos estarão claramente definidos.

5. Procurando-se dinamizar a prestação privada de actos médicos só se compreendem os mecanismos burocráticos que resultem da necessidade de creditação em termos técnicos, científicos e profissionais.

Assim, será assegurada a liberdade de acesso e a igualdade de tratamento a todos os médicos que queiram aderir aos protocolos a estabelecer.

O Governo compromete-se a assegurar que nas convenções com entidades pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde seja livre a adesão por qualquer médico que o ▶

solicite e possua a necessária creditação técnica por parte da Ordem dos Médicos.

6. O estabelecimento de regras ou acordos parcelares entre o Serviço Nacional de Saúde e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, não poderá obrigar os médicos em termos diferentes aos dos protocolos acordados ou da Lei Quadro. Nesta conformidade o estabelecimento de honorários médicos fica desde já desligado dos acordos ou convenções existentes entre o Serviço Nacional de Saúde e os prestadores, nomeadamente as Instituições Privadas de Solidariedade Social.

Nos doentes assistidos em Instituições convencionadas com o S.N.S. os médicos comprometem-se a utilizar no cálculo de honorários os condicionalismos referenciados em 3, incorrendo em infracção disciplinar a violação de tal princípio.

Resposta do Ministério da Saúde à Ordem dos Médicos

Exm.º Senhor Bastonário

1° Concorda-se com a filosofia expressa na Introdução que aponta para a existência em Portugal de um sistema misto, um Sistema Nacional de Saúde, baseado em dois pilares: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), público, assente em carreiras profissionais e um sector privado, lucrativo e não lucrativo que, com o SNS, estabeleça relações de complementaridade, colaboração e mesmo de competividade e concorrência.

2° Quanto à elaboração de uma Lei Quadro que regulamente e clarifique a relação dos médicos com o Estado enquanto profissionais liberais, estamos de acordo com a sua importância e propomos à Ordem dos Médicos, desde já, a criação de uma comissão de peritos, para em curto prazo, prepararem esse diploma.

3° Quanto aos princípios que constituiriam um Protocolo que desde já enquadrasse as relações do Estado com o sector médico privado, não é possível, obviamente, dar de imediato o nosso acordo sem que primeiro seja feito um estudo de viabilidade financeira e funcional do sistema pela comissão que propomos em 2°.

Há, além disso, alguns "princípios" que é necessário discutir e melhor definir, antes de nos podermos pronunciar, quais sejam, por exemplo, o que se entende por médico "na sua qualidade de profissional livre", por "livre acesso dos doentes à consulta médica" ou por "incentivos financeiros" aos médicos que adiram ao sistema.

Para terminar e no sentido de dar imediata continuidade à ideia geral, que partilhamos, solicita-se à Ordem dos Médicos a indicação de duas personalidades suas representantes para que, com dois técnicos do Ministério, dêem início, o mais cedo possível, aos trabalhos conducentes à elaboração da Lei Quadro.

Com os cumprimentos pessoais
(Paulo Mendo)

Resposta da Ordem dos Médicos ao Ministério da Saúde

Excelência,

Venho por este meio agradecer o rápido e bom acolhimento contido na resposta à Ordem dos Médicos sobre o assunto em referência.

No sentido de dar imediata continuidade aos trabalhos conducentes à elaboração da Lei Quadro, a Ordem dos Médicos indica os Drs. Pedro Nunes e José Luís Biscaia como seus representantes na Comissão de peritos que irá elaborar o pretendido diploma.

Com os melhores cumprimentos pessoais.

O Presidente
Carlos Alberto de Santana Maia

Avaliação Final dos Internatos

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Portaria nº 29/95
de 11 de Janeiro

A Portaria nº 186/94, de 31 de Março, introduziu o sistema de avaliação final para os internatos médicos complementares, que veio substituir a avaliação curricular global até então vigente.
Por seu turno, a Portaria nº 1049/94, de 29 de Novembro, fixou as normas reguladoras daquela avaliação final, aplicáveis a partir da próxima época de exame de Janeiro de 1995.
O curto espaço de tempo entretanto decorrido desde a publicação da Portaria nº 1049/94 não permitiu desenvolver da forma mais adequada as tarefas necessárias ao novo modelo de avaliação, afigurando-se correcta uma medida excepcional de prorrogação de prazos, de modo que as provas possam decorrer com a normalidade desejada.
Assim:
Manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:

1º O prazo para entrega dos curricula vitae previsto no nº 7.1.6 da Portaria nº 1049/94, de 29 de Novembro, no que toca à avaliação final dos internatos complementares da época de Janeiro de 1995, é prorrogado até 20 de Janeiro de 1995.

2º Na época referida no número anterior, **as provas curricular, prática e teórica serão realizadas a partir de 15 de Março de 1995.**

Ministério de Saúde.

Assinada em 29 de Dezembro de 1994.

O Ministro da Saúde,
Adalberto Paulo da Fonseca Mendo.

Conselho Nacional Executivo

Forum

Comunicado

1. O Forum Médico, reunido no dia 21 de Janeiro de 1995, com uma representatividade recorde, em número de presenças, apreciou a gravíssima situação da vida médica nacional, em deterioração progressiva.

Foi opinião unânime que o Estado não dá provas de bom pagador, e que, com os atrasos escandalosos nos pagamentos provoca a asfixia económica de muitos prestadores neste domínio, deixando-os pasto da voracidade de grandes grupos económicos que investem em Saúde – fenómeno que se vai tornando notório e relevante.

Tal situação leva inevitavelmente a múltiplas falências, a um concentracionismo perigoso, a um afastamento dos técnicos de saúde da gestão do processo, que assim cairá nas mãos dos grandes interesses económicos, até internacionais.

Foi posto em destaque que, com este encaminhamento, as despesas de saúde continuarão em crescimento perturbador, agravando a situação, sendo portanto altura de denunciar tal caos com os seus perigos inerentes, bem como afirmar que se o Ministério da Saúde não for mais lúcido, mais transparente de intenções e em especial mais activo, estará perdendo perigosamente a credibilidade e a capacidade de dialogar com a classe médica.

As várias organizações que integram o Forum Médico decidiram constituir uma comissão que analise aprofundadamente as matérias abordadas e que dinamize a acção concertada de todas as organizações.

Foi posto em destaque a constante e profunda preocupação com a qualidade dos actos médicos.

2. O problema das convenções com médicos ou grupos de médicos continua a ser considerado importante pelas organizações presentes, mas as várias versões do documento ministerial, apresentadas sucessivamente, não são consideradas base de trabalho credível para discussão do assunto.

É documento insidiosamente perverso para os médicos, para as carreiras e até para os utentes, e continua a ser porta aberta para o processo de coartação da independência técnica dos profissionais de saúde.

3. Foi decidido estudar mais profundamente o Projecto de Protocolo apresentado pela Ordem dos Médicos sobre a Prestação de Actos Médicos Privados, que suscitou um importante debate.

Pel'O Forum Médico
O Presidente
Dr. Carlos Alberto de Santana Maia

CÓDIGO DE NOMENCLATURA E VALOR RELATIVO DE ACTOS MÉDICOS

Valores de C e K para 1995

C	240$00		
K	Mínimo	Médio	Máximo
	500$00	1.350$00	2.200$00

Jornadas Médicas Luso-Brasileiras

Organizadas pelo «Jornal do Médico» com o alto patrocínio de diversas sociedades científicas e instituições universitárias e com a colaboração efectiva de numerosas personalidades de destaque em Portugal e no Brasil

PROGRAMA

A nossa ilustre Colega Dr.ª Alda Pamplona e Roma, inscrita na Ordem dos Médicos com o nº 124, fez o favor de nos avivar a memória lembrando-nos que as recentes Jornadas Luso-Brasileiras já não eram as Iªs, mas sim as IIIªs Jornadas. Com efeito dá-nos conta da sua realização em 1952 e 1956 e dos respectivos programas. Pela nossa falta são devidas as desculpas aos leitores. À Dr.ª Alda Pamplona e Roma o nosso muito obrigado pelo alerta que nos fez e continue a mandar-nos notícias.

diga lá outra vez...

1995 - Ano da delicadeza.

Também para os médicos?

◆

Aldeia dos Bicos procura saúde

(dos jornais)

◆

O sangue leva à prisão?

PALOP

Cooperação na área da saúde

DR – IIª Série nº 192 de 20 de Agosto de 1994, páginas 8527/28
Ministério da Saúde · Gabinete do Ministro

Desp. 34/94 - A cooperação com os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) é uma das preocupações dominantes da política externa do Estado Português.

A saúde é provavelmente um dos domínios em que este tipo de actividade tem maior campo de desenvolvimento, correspondendo aliás a uma das linhas de acção do Ministério da Saúde, consagrada no nº5 da base x da Lei 48/90, de 24-8.

Neste contexto, têm-se verificado com intensidade crescente acções de cooperação de natureza bilateral – Estado a Estado – quer traduzidas, em iniciativas oficiais do sector da saúde quer executadas por entidades privadas, que, no entanto, não esgotam nem as necessidades daqueles países nem as capacidades de intervenção de Portugal.

E, atento o tipo de estrutura do sistema de cuidados de saúde português, em que a ligação dos profissionais ao Serviço Nacional de Saúde é dominante, o Ministério da Saúde é, com elevada frequência, confrontado com solicitações de apoio a tais acções, quase sempre traduzido em pedidos de dispensa de pessoal ao seu serviço em condições que lhes permitam a participação nas acções que vão desempenhar com o mínimo de prejuízo na sua carreira profissional.

Reconhecendo-se a importância que muitas dessas iniciativas têm para o País e sendo certo que, em determinadas condições, há até interesse, designadamente para o Ministério da Saúde, pelo enriquecimento profissional que este tipo de acções representa para os profissionais de saúde, torna-se necessário estabelecer as normas necessárias à respectiva deslocação.

Só assim será possível salvaguardar as responsabilidades que sejam assumidas, garantindo a qualidade das acções e viabilizando a coordenação global das actividades de cooperação, evitando dispersão ou a duplicação de esforços.

Nestes termos e para execução do disposto no nº5 da base x da Lei 48/90, de 24-8, determino o seguinte:

1. A deslocação do pessoal depende do Ministério da Saúde com o objectivo de participar em acções de cooperação com os PALOP no domínio da saúde, promovidas por entidades públicas ou privadas de fins não lucrativos, pode beneficiar dos seguintes incentivos:

a) Reconhecimento do interesse público da missão, para efeitos da concessão da licença a que se referem os arts. 76º e 77º do Dec.-Lei 497/88, de 30-12;

b) Concessão de comissão gratuita de serviço até um ano;

c) Qualificação da deslocação como missão oficial, designadamente para efeitos do disposto na Port. 165/94, de 23-3.

2. A concessão de comissões gratuitas de serviço não pode ultrapassar no conjunto, em cada ano, e em relação a cada serviço ou estabelecimento dependente do Ministério da Saúde, mais de 24 meses.

3. A concessão da deslocação em missão oficial ao estrangeiro é limitada a acções promovidas por entidades públicas.

4. Aos médicos que frequentam o internato complementar pode ser concedida:

a) A interrupção do internato complementar, mantendo a remuneração durante o período de acção de cooperação e retomando o internato findo que seja aquele;

b) A atribuição de períodos e equivalência curricular mediante avaliação prévia da Ordem dos Médicos, analisados caso a caso.

5. A concessão de quaisquer dos incentivos previstos no nº 1 é da competência do Ministro da Saúde e depende cumulativamente das seguintes condições:

a) Reconhecimento pelo Ministério da Saúde do interesse da acção a desenvolver, devendo os seus promotores apresentar para o efeito, ao Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS), documentos que especifiquem o tipo de incentivo pretendido, os objectivos da acção, programa de trabalhos, lista dos profissionais cuja colaboração se pretende com declaração da respectiva anuência, entidades financiadoras e formas de avaliação do trabalho realizado e compromisso de apresentação de relatório final da actividade ao DEPS;

b) Comunicação atempada pelo DEPS aos responsáveis pelos serviços em que os profissionais estão colocados do reconhecimento do interesse da missão.

6. A falta de apresentação do relatório final referida na al. a) do numero anterior constitui motivo de recusa de novos incentivos à entidade promotora.

7. As entidades que pelo seu escopo social promovam com frequência acções de cooperação podem estabelecer com o Ministério da Saúde, através do DEPS, protocolos anuais de colaboração, com respeito pelo disposto nos números anteriores.

26-7-94. - O Ministro da Saúde, Adalberto Paulo da Fonseca Mendo.

Medicina Privada

Conteúdo de duas cartas enviadas pela Associação de Medicina Privada ao Ministro das Finanças, na sequência da fixação do dia 31 de Dezembro como data limite para os contribuintes regularizarem a sua situação tributária perante o Fisco e a Segurança Social.

Exmo. Sr. Ministro das Finanças
Lisboa 29/11/94

A Associação da Medicina Privada – A.M.P., vem expor à consideração de Vossa Excelência o seguinte:

A maioria dos Médicos e empresas médicas que têm convenções com o Ministério da Saúde (Laboratórios de Análises, Radiologia, Fisioterapia, etc.) encontram-se impossibilitados de regularizar as suas obrigações fiscais e para com a Segurança Social devido a:

a) O Estado se ter tornado o seu quase único cliente devido a ter estendido a toda a população o acesso às requisições do S.N.S. (vulgo requisições da Caixa).

b) Ser o Estado quem impõe administrativamente os preços sendo que os preçários se encontram em valores reais a 1/3 do valor de há dez anos.

c) O Estado que no contrato para além de se obrigar à actualização anual dos preçários se obriga a pagar a cinquenta dias está a pagar a oito meses (pagou no fim de Novembro o mês de Março nas principais A.R.S.s (Lisboa e Porto).

d) Acresce que o Estado que cobra multas e juros pesados aos médicos e empresas médicas que, por incapacidade de tesouraria decorrente desse mesmo Estado não lhes pagar atempadamente, têm atrasos, não paga quaisquer juros.

Solicitamos assim a sua intervenção para considerar a situação de excepção destes contribuintes e para que junto do Ministério da Saúde consiga que este proceda sem demora ao pagamento de todas as dívidas em atraso e para que pague os respectivos juros.

Com os melhores cumprimentos,

(António M.ª Sousa Alvim)
Presidente da A.M.P.

Exmo. Sr. Ministro das Finanças
Lisboa 9/12/94

Tendo Vossa Excelência determinado a data de 31 de Dezembro de 1994 como o dia limite para os contribuintes regularizarem a sua situação tributária perante o Fisco e a Segurança Social vimos, na sequência da nossa carta de 29/11/94, renovar o nosso pedido de intervenção junto do Ministério da Saúde para que este proceda à liquidação total e definitiva das suas dívidas, até aquela data, para com os Médicos e Empresas Médicas que com ele de boa fé estabeleceram Convenções.

Como compreenderá não só será altamente injusto e inaceitável que tal não venha a acontecer, como ficará prejudicada de forma irremediável a indispensável relação de confiança entre o Estado e os Contribuintes.

Com os melhores cumprimentos,
(António M.ª Sousa Alvim)

Aceite Um Conselho De Amigo.

MODO DE EMPREGO (Resumo)
Indicações: KOMPENSAN'S proporciona alívio dos distúrbios gastrintestinais tais como pirose, enfartamento, flatulência, aerofagia e meteorismo. Pode também ser usado como medida de suporte na gastrite aguda e crónica, na úlcera gástrica e duodenal, na irritação da mucosa gástrica por abuso de álcool, nicotina, medicamentos ou outros agentes. Contra-Indicações: Hipersensibilidade a qualquer dos componentes da combinação. Precauções especiais de utilização: Este medicamento não deve ser administrado a doentes renais sem aconselhamento ou supervisão médicos. Este produto contém sacarose. Interacções medicamentosas: KOMPENSAN'S pode interferir com a absorção oral de vários fármacos, nomeadamente os da classe das tetraciclinas. Por se desenvolverem a nível local, as interacções medicamentosas referidas podem evitar-se administrando aqueles fármacos com um intervalo de, pelo menos, duas horas. Posologia e Administração: Administrar 1 a 2 comprimidos no intervalo ou após as refeições, ou conforme a prescrição médica. A dose pode ser aumentada até se obter o controlo dos sintomas. Os comprimidos deverão ser mastigados ou dissolvidos na boca. A dose máxima recomendada é de 18 comprimidos num período de 24 horas. Esta dosagem não deve ser utilizada continuamente durante mais de duas semanas.
Apresentação: Embalagens de 20 e 60 comprimidos.

KOMPENSAN'S
ANTIÁCIDO E ANTIFLATULENTO
Na Hiperacidez e Flatulência

Apresentação:

Caixa de 20 comprimidos:	P.V.P. 263$00	Est. 106$00/145$00	Ut. 157$00/118$00
Caixa de 60 comprimidos:	P.V.P. 650$00	Est. 260$00/358$00	Ut. 390$00/292$00

(IVA incluído)

Pfizer Roerig
Laboratórios Pfizer, S.A.
Apartado 1402
1012 Lisboa Codex

Para mais informações sobre o produto, nomeadamente as precauções, as contra-indicações e os efeitos secundários, é favor consultar o Modo de Emprego.
Sede: Porto Zemouto, Coira, Seixal • Capital Social: Escudos 850 000 000 • Conserv. Reg. Seixal - Matrícula NR 775

Segurança Social
dos Trabalhadores Independentes

Conselho Nacional Executivo
Comunicado · 6 de Fevereiro 1995

Colegas,

Fruto da persistência da Ordem dos Médicos fez-se justiça.

Aquilo que as várias Direcções da Ordem vinham procurando desde 1982 conseguiu a actual Direcção, isto é que **os médicos que já descontavam para organismos de Segurança Social** sejam isentos do pagamento para a "Caixa dos Independentes".

1º. Todos os médicos que exerçam clínica privada e sejam, simultaneamente, trabalhadores por conta de outrem, aposentados ou reformados podem agora inscrever-se no Regime de Segurança Social dos Trabalhadores Independentes e **requerer a isenção de contribuir, sem que lhes seja exigido o pagamento de qualquer quantitativo relativo aos períodos anteriores.**

Para tanto carecem de demonstrar, através de declaração da entidade competente (por exemplo a ADSE, Caixa Geral de Aposentações, Regime Geral da Segurança Social ou serviços onde os médicos trabalham) que estão abrangidos e descontam para um regime de segurança social obrigatório, desde a data em que iniciaram a sua actividade independente até ao presente.

Tal isenção sem pagamento de qualquer retroactivo ou juro desde que a inscrição e o pedido de isenção seja feito até 31 de Março de 1995, é para além de um acto de justiça uma vitória da razão que desde sempre nos assistiu.

2º. Todos os médicos que exerçam, exclusivamente, clínica privada e que ainda não estão inscritos no Regime de Segurança Social dos Trabalhadores Independentes, poderão agora aderir a este regime até 95.03.31, ficando apenas obrigados ao pagamento das contribuições devidas, sem que lhes sejam cobrados os juros de mora relativos ao período compreendido entre 94.01.01 e 95.03.31.

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos cujo serviço de Contencioso desde sempre acompanhou este processo chama a atenção dos Colegas para a necessidade de aproveitar o prazo agora concedido e de uma vez por todas resolver um problema que para alguns Colegas representava milhares de contos de dívidas injustas. Os Serviços de Assessoria Jurídica e Fiscal da Ordem dos Médicos prestarão os necessários esclarecimentos para outras situações particulares.

Carta enviada pelo Secretário de Estado da Segurança Social à Ordem dos Médicos. 6 de Fevereiro 95.

Assunto: Regime de Segurança Social dos Trabalhadores Independentes – D.L. nº 328/93, de 25.9 / Dec. Reg. 17/94, de 16.7

Relativamente ao vosso ofício nº 741 de 95.01.26, encarrega-me sua Excelência o Secretário de Estado da Segurança Social de informar V. Exª. o seguinte:

1. Foram transmitidas orientações aos Centros Regionais de Segurança Social no sentido de aceitarem os requerimentos de insenção que lhes sejam presentes por trabalhadores independentes, podendo os mesmos, desde que preencham os necessários requisitos, retroagir efeitos a 94.01.01;

2. Relativamente aos trabalhadores independentes obrigados a contribuir, poderão vir aderir ao regime até 95.03.31 sem qualquer pagamento de juros de mora pelo período de 94.01.01 a 95.03.31, pagando, apenas, as contribuições vencidas.

3. Mais me encarrega de reafirmar a disponibilidade da Secretaria de Estado para prestar todos os esclarecimentos adicionais entendidos necessários.

Com os melhores cumprimentos e consideração pessoal.

O CHEFE DE GABINETE

Carta enviada ao Secretário de Estado da Segurança Social. 26 de Janeiro 95.

Assunto: Regime de Segurança Social dos Trabalhadores Independentes – D.L. nº 328/93, de 25.9 / Dec. Reg. 17/94, de 16.7

Tomou a Ordem dos Médicos conhecimento, através de anúncios publicados na comunicação social, de que todos aqueles que se encontram numa situação fáctica de isenção dispõem agora de prazo, até 31 de Março, para requerer isenção do pagamento de contribuições, sem que lhes sejam exigidas as quantias relativas a períodos anteriores.

Ora, antes de mais, não queremos deixar de manifestar a V. Exª a nossa congratulação pela decisão tomada relativamente a este assunto.

Aproveitamos, ainda, para solicitar a V. Exª nos informe qual a forma que tal decisão revestiu e, bem assim, cópia integral do respectivo documento para que possamos esclarecer os nossos associados.

Na expectativa das V. prezadas notícias, que rogamos urgentes, subscrevemo-nos apresentando a V. Exª os nossos melhores cumprimentos pessoais.

O PRESIDENTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

Colégios das Especialidades

Nefrologia

Patrocinado pelo Colégio e pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia realizou-se na Curia em 5 de Novembro p.p. uma reunião de consenso sobre Hepatite C em Unidades de Hemodiálise, que contou com a participação de mais de uma centena de nefrologistas.
Dada a extrema importância das Atitudes e Medidas Profiláticas preconizadas para o controlo de tão grave problema de Saúde Pública vivido nas Unidades de Hemodiálise em Portugal, transcrevemos essas conclusões..

A Hepatite C (HC) é um importante problema entre os doentes hemodialisados em Portugal, os quais constituem um grupo de elevado risco. As medidas profiláticas que as Unidades de tratamento têm vindo a implementar revelaram-se, genericamente, úteis em termos de diminuir progressivamente a incidência da infecção naquela população.

A análise da literatura sobre o tema e os resultados do Estudo Cooperativo sobre Epidemiologia da Hepatite C em Unidades de Hemodiálise permite definir hoje algumas regras profiláticas e atitudes que são **recomendadas** às Unidades de Hemodiálise.

1. As medidas gerais de protecção e higiene, comummente designadas na literatura anglosaxónica por "universal precautions" e definidas pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para o controle das doenças por agentes transmitidos pelo sangue ou seus derivados, devem continuar a ser cumpridas em todas as Unidades.

2. O sangue e os seus derivados administrados aos doentes devem ter sido previamente testados quanto à normalidade das concentrações de alanina aminotransferase (ALT) e de aspartato aminotransferase (AST) (transaminases) e à negatividade do anticorpo anti-HCV (Ac-HCV) determinado por método sensível. Refira-se, a título de exemplo, como métodos sensíveis agora praticáveis entre nós, o ELISA 2 e o RIBA 2. Recomenda-se que sejam registados no processo do doente a quem estes produtos são administrados a data de administração, entidade fornecedora, testes de qualidade efectuados e elementos que possam vir a facultar a identificação do dador (número de registo da amostra, por exemplo).

3. Em resultado da análise do estudo agora efectuado, recomenda-se que deva ser utilizado para cada doente o mesmo monitor de hemodiálise e que cada monitor só deva ser usado no tratamento dos mesmos doentes ("fixação" de monitores e de doentes).

4. Da mesma forma, recomenda-se que haja monitores específicos para doentes com Ac-HCV ou com HC.

5. O levantamento agora efectuado sugere fortemente, corroborando dados recentes da literatura, que estes monitores devem encontrar-se em área separada da dos outros. É, assim, recomendado às Unidades que, logo que possível, seja definida área separada para tratamento exclusivo dos doentes com HC ou Ac-HCV, que o material aqui utilizado (esfigmomanómetros, pinças, etc.) não seja permutável com o da outra área "não infectada" e que, em cada uma das áreas, o seu pessoal seja fixo durante os turnos de tratamento. Sugere-se que, na área "infectada", a água tratada não seja recirculada.

6. O uso múltiplo de dialisadores (UMD) não constitui risco de difusão da infecção, mesmo quando praticado nos dialisadores de doentes com Ac-HCV. Esta técnica pode continuar a ser praticada nestes doentes.

7. Em termos de epidemiologia da HC, é indiferente a utilização no UMD de formol ou de ácido peroxiacético (Renalina® ou Acetoper®) como desinfectantes/esterilizantes, bem como da técnica manual ou automática.

8. Face aos resultados do estudo agora efectuado e à literatura, não é necessária a separação de áreas ou equipamentos para UMD de doentes com e sem Ac-HCV na profilaxia da HC.

9. Recomenda-se que as Unidades mantenham a sua metodologia de UMD a fim de que, em futuro estudo, possam ser avaliadas as recomendações agora efectuadas.

10. Os doentes devem ser monitorizados mensalmente quanto às concentrações de ALT e de AST e pelo menos trimestralmente quanto à presença de Ac-HCV por método sensível. ALT e/ou AST elevadas poderão significar, se não forem detectadas outras causas (HBV, hepatotóxicos, ...), infecção por HCV, mesmo na ausência de Ac-HCV. Nestes casos dever-se-á pesquisar mais frequentemente o Ac-HCV (teste mensal) e/ou recorrer a outros métodos que permitam determinar/confirmar a infecção a HCV (por exemplo, a PCR do HCV). Exceptuando os casos de urgência, os doentes admitidos numa Unidade devem ser portadores de toda a informação referente ao HCV.

11. Não sendo o estudo e a literatura conclusivos em relação à utilidade de monitorizar o pessoal quanto à existência de Ac-HCV, recomenda-se que as Unidades mantenham a política que até agora seguiram para que, em estudo ulterior, se possa avaliar a sua utilidade.

Ginecologia/Obstetricia

Informações do Conselho Directivo

No dia 26 de Agosto de 1994, reuniu a Direcção do Colégio.

1. Foram indicados os nomes dos membros do Colégio que integrarão os Júris de Exame de Titulação Única, para a época de Janeiro/1995.

2. Foram marcadas as datas das reuniões da Direcção do Colégio com os Directores dos Serviços de Ginecologia/Obstétricia dos diferentes Hospitais a realizar:

Zona Norte: 13/10/94
" Centro: 10/10/94
" Sul: 20/10/94

•••

No dia 22 de Outubro de 1994, reuniu a Direcção do Colégio

1. Foi analisada a situação da assistência prestada pela UAP aos Colegas segurados e decidido enviar ao Presidente um pedido de esclarecimento a essa Companhia de Seguros.

2. Foi decidido enviar aos membros dos júris de Titulação Única recomendações sobre a forma como deve ser feita a prova curricular.

3. Foi dado conhecimento do Workshop sobre Formação em Ginecologia/Obstetricia - avaliação e perspectivas futuras e escolhidos os elementos a integrar esse grupo.

4. Foram criadas três Comissões Técnicas para elaborarem normas genéricas sobre o Exercício Técnico do Médico, no caso de: Ecografia, Citologia e Diagnóstico pré-natal.

5. A propósito do pedido solicitado a este Colégio sobre normas de aplicação do DIU, esta foi considerada como um Acto Médico.

Cardiologia

Sociedade Portuguesa de Cardiologia
Grupo de Estudos de Electrocardiologia
Parecer sobre utilização de electrocardiógrafos de leitura automática como única fonte de relatórios electrocardiográficos, prescindindo da revisão de interpretação por cardiologista.

A resposta é clara: os relatórios produzidos automaticamente **devem ser sempre confirmados** por médico qualificado. E isto por duas ou três razões fundamentais.

A primeira é a da **acuidade diagnóstica** dos sistemas automáticos em comparação com a dos cardiologistas, que se sabe ser inferior. Assim e relativamente aos chamados diagnósticos de tipo A (i.e., diagnósticos electrocardiográficos susceptíveis de confirmação por meios independentes do electrocardiograma), esta questão foi recentemente revista num estudo cooperativo (Willems JL, Abreu Lima C, Arnaud P, et al The diagnostic performance of computer programs for the interpretation of electrocardiograms. New Eng. J. Med 1991; 325: 1767-73) que demonstrou que **alguns mas não todos** os programas de computador para a interpretação de electrocardiogramas comportam-se **quase tão bem** como cardiologistas na identificação de sete classes diagnósticas (normal, hipertrofia ventricular esquerda, hipertrofia ventricular direita, hipertrofia bi-ventricular, enfarte inferior, enfarte anterior, enfarte misto). Os outros diagnósticos morfológicos (tipos B e C perturbações da condução intraventricular, alterações da repolarização, etc) não foram objecto de estudos comparativos, pelo menos recentemente. No que toca à análise e interpretação de arritmias, a performance do computador é considerada inferior a do seu próprio desempenho na interpretação morfológica e, no caso de arritmias complexas, geralmente tida como pouco satisfatória.

A segunda razão é de natureza **médico-legal**. Um relatório, qualquer que ele seja, configura um acto médico sobre o qual podem vir a apoiar-se importantes decisões clínicas. À semelhança do que se passa com os resultados laboratoriais de todo o tipo que não são expedidos sem a assinatura de um médico que lhes dê aval, também os relatórios electrocardiográficos produzidos por uma máquina o não devem ser.

Acresce a estas uma terceira razão, menos importante é certo, que tem que ver com a **comunicação**. As máquinas existentes no mercado produzem – pelo menos por agora – relatórios redigidos em língua estrangeira (inglês, francês, espanhol). Para uma adequada comunicação estes relatórios devem, no nosso meio, ser traduzidos - não por qualquer pessoa, mas por um médico qualificado familiarizado com a terminologia em causa - o que implica, necessariamente, a revisão dos textos.

Porto, Novembro de 1993
Pelo Grupo de Estudos
C. Abreu-Lima

Recepção aos novos colegas

Nos passados dias 5 a 7 de Janeiro, realizou-se a recepção aos novos colegas recém-licenciados. Esta iniciativa, que decorreu no Auditório, constou de dois debates subordinados aos temas Os pilares da Deontologia Médica e A responsabilidade profissional do médico encerrando com a entrega das cédulas profissionais, numa cerimónia presidida pelo Presidente da Ordem dos Médicos.

O Porquê desta iniciativa?

A medicina deve perspectivar-se nas suas três dimensões fundamentais: como actividade técnico-científica; como arte e como profissão com profundas implicações éticas.

O poder e o reconhecimento de capacidades que a Sociedade confere à profissão médica para lidar com os aspectos mais íntimos e caros à Pessoa Humana (o bem estar, o sofrimento, a vida e a morte) têm como contrapartida que cada médico se comprometa a respeitar um conjunto de valores, a seguir um conjunto de regras de conduta profissional e a assumir a responsabilidade dos seus actos perante os seus pares e perante a Sociedade.

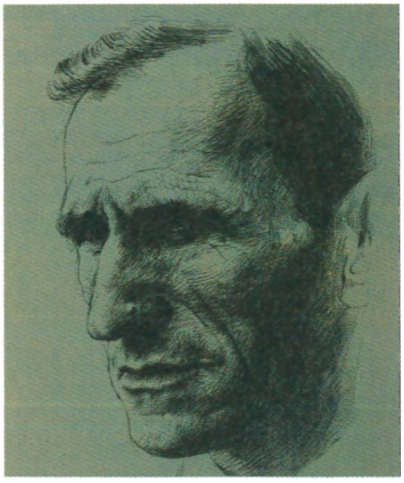
A vertigem tecnológica das últimas décadas e, sobretudo, a interferência crescente de poderes administrativos e burocráticos (dos Estados às seguradoras e a entidades empresariais de natureza diversa) ameaçam constantemente os compromissos Hipocráticos e tendem a minar os fundamentos éticos e deontológicos da profissão.

A resposta passa necessariamente pela manutenção e pelo desenvolvimento de elevados padrões éticos na prática profissional.

Esta iniciativa é simultaneamente, um acto de Boas-Vindas e uma partilha de Testemunho com os novos colegas que, ingressando agora na profissão médica, desenvolverão a maior parte da sua actividade profissional em pleno Século XXI.

Juramento de Hipócrates e entrega das cédulas profissionais presidida pelo Presidente da Ordem dos Médicos

Miguel Torga



Ao encontro do médico na obra de Miguel Torga

Frederico de Moura

Agora, nestes momentos em que a Pátria chora a perda de Miguel Torga que tão fundamente lhe sentiu e interpretou o essencial, pedem-me umas palavras evocativas para a **Revista da Ordem dos Médicos** – da Ordem dos Médicos de que ele foi membro sem nunca enjeitar a sua qualidade de médico.

Receio que uma amizade de sessenta e cinco anos possa obnubilar com um contributo afectivo a objectividade dos meus juízos sobre uma personalidade tão rica de atributos e tão vincadamente recortada no nosso panorama literário. E, por isso, limitarei este meu modesto contributo a abordar as inter-relações que possam existir entre o escritor e o médico.

Razões tem de sobra a classe médica para se orgulhar pelo facto de a pena que prescrevia a poção ser a mesma que escreveu **A Criação do Mundo**; razões tem a classe para sentir a perda do artista que, juntamente com ela, tacteava a radial do semelhante enfermo e com ela ouvia de confissão os mesmos rústicos que sofriam fisicamente e que suportavam as repercursões afectivas que a moléstia determinava.

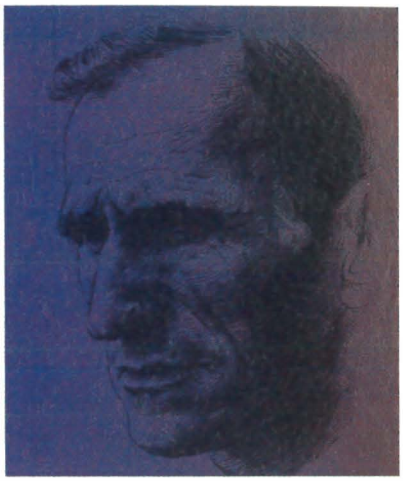
Não creio, apesar do que atrás deixei escrito, que o médico tenha influenciado decisivamente o Artista a não ser por alguns documentos humanos que lhe tenha deixado na mão. Mas creio, ao contrário, que o Artista teve profunda influência no clínico que enriquecia a história clínica, seca e científica, com elementos da história puramente humana do doente.

E, mais do que isso, porque a constatação da somatopatia logo o alertava para a ressonância psíquica que ela determinava. E, então, a sua palavra expressiva e convincente era um láudano para dar analgesia à angústia e um anti-espasmódico para a inquietação do doente e que antes de empunhar o ferro cirúrgico usava como uma pré-anestesia tranquilizante.

Todos os actos da sua vida eram impregnados por uma ética invulnerável e indivisível que estava presente, ao mesmo tempo na sua actividade de escritor, na sua conduta puramente humana e quando enrolado na bata de médico ouvia de confissão o seu irmão doente. Já razão teria Nemésio quando em 1937 dizia que Torga *ia ver provas a uma tipografia ou um doente a uma viela com a gravidade de quem praticava de cada vez, e sempre, o maior acto da sua vida.*

Sendo o grande poeta que foi, o humaníssimo escritor que nos deixou uma obra que é rico património da nossa literatura e da nossa cultura, não enjeitou nunca a sua profissão de médico e durante mais de sessenta anos a exerceu com a maior dignidade nunca se exilando, como muitos médicos escritores que, a certa altura da vida, deixaram cair da mão o estetoscópio; Torga só mesmo quando as forças físicas claudicaram, inexoravelmente, abriu mão do laringoscópio e deixou de se abeirar da enxerga do enfermo que lhe pedia socorro.

Escritor humaníssimo como foi, suponho que será restrição vincar excessivamente o seu telurismo. Telúrico foi sem dúvida mas restringi-lo ao telurismo parece-me que é limitá-lo injustissimamente. Certo que acariciou com mão subtil as fragas de Trás-os-Montes, as exten-



sões alentejanas e todo o chão português. Mas não foi apenas a litosfera que solicitou a sua pupila hiante porque é – e eu diria sobretudo – a antropoesfera que predomina na maravilhosa obra que nos legou.

Homem fiel a valores, inimigo jurado de relativismos de manga larga, estendia essa atitude na direcção de todos os quadrantes - quer se tratasse de transigências dos seus camaradas de letras, quer de colegas de profissão, quer mesmo de amigos íntimos. Homem de valores absolutos escreveu no seu **Diário**, essa impressionante obra, aliás única na nossa literatura:

Não. Não tenho limites
Quero de tudo. Tudo
O ramo que sacudo
fica varejado

Mantive com Torga uma amizade quase fraternal durante sessenta e cinco anos. Companheiro no curso médico, companheiro de inúmeras horas de devaneio e lazer, creio conhecer da sua personalidade no que pelo menos ela patenteia.

Conheci-o no ano em que publicou a **Rampa**, quando aguardávamos uma aula de anatomia à porta do Teatro Anatómico e nasceu aí uma estima que pela vida fora se foi reforçando em mim com o contributo de uma admiração sempre renovada.

Agora que nos deixou, permitam-me que lembre que foi o nosso curso – o Curso Médico de 1933 – que lhe prestou a primeira homenagem pública, deixando na casa onde viveu como estudante um paralelepípedo de granito de Trás-os-Montes onde em letras de bronze exprimimos o nosso orgulho de o termos tido por condiscípulo.

Nesse tempo o Torga era ainda um escritor quase maldito que, apesar de já ter publicado os dois primeiros dias da **Criação do Mundo**, **Os Bichos**, **O Outro Livro de Job**, obra que não conseguira, ainda, desembaciar as córneas de certa crítica para que pudesse ver, com alguma nitidez, a força criadora do artista e a beleza literária da expressão.

E só muito mais tarde, quando a luz intensa rompeu amauroses impeditivas, começaram a perder transito na savana das letras e nos conluios ditos literários, a crítica começou a render-se em frente de uma evidência que já se metia pelos olhos dentro.

Hoje não são apenas os que desde o início vislumbraram a riqueza do filão mas, até, alguns que lhe infestaram o trajecto de trapassas – desembaciadas as córneas e extintas por inanição as igrejinhas – a renderem-se perante a grandeza de uma obra que aí está, não apenas a ocupar prateleiras com lombadas mas a testemunhar uma grandeza que, sem quaisquer clivagens, pode ser desconhecida ou achatada.

Poeta dos **Poemas Ibéricos**, do **Orfeu Rebelde**, das **Penas do Purgatório**; o contista extraordinário d' **Os Bichos**, dos **Novos Contos da Montanha**; romancista dessa espantosa **Criação do Mundo**, todo esse manancial está ao alcance de quem saiba ver sem antolhos que poluam a visão axiológica sem falar por agora desses espantosos XVI volumes do Diário - obra ímpar na nossa literatura de todos os tempos.

Clínico Geral Médico do Futuro?

Este pequeno artigo apenas pretende contribuir para o debate em torno da clínica geral. Talvez seja iconoclasta, mas é fruto de conhecimentos adquiridos ao longo de mais de vinte e cinco anos de trabalho nas áreas da saúde e da educação.

Situação Actual

O clínico geral tem vindo ultimamente a fazer tentativas para dignificar a sua carreira e o seu trabalho. Mercê de vários problemas que analisaremos, essa dignificação tem sido mais uma auto-sugestão do que uma repercussão efectiva na população. O clínico geral na maioria dos casos contínua a ser para o utente o médico da caixa que passa remédios e transcreve exames dos especialistas. A mentalidade de que ir ao especialista é ir á "fonte limpa" juntamente com a impossibilidade prática do utente escolher o médico de família, dificulta a melhoria desta situação.

A Formação de Base

O clínico geral formado em contacto essencialmente com especialistas e com doentes predominantemente do foro lesional, quando inicia o seu trabalho no centro de saúde depara-se com doentes predominantemente do foro funcional, o que constitui o primeiro choque entre a sua formação e o trabalho que lhe é exigido. Mas não pára aí a surpresa de quem quer ser médico de doentes e não de doenças. Perante a avalanche de utentes que procura o clínico geral como quem vai ao supermercado comprar uns exames e uns medicamentos, por vezes pouco mais pode fazer do que ser o secretário dos especialistas e do próprio utente.

Formação Complementar

A formação complementar é ainda feita essencialmente por especialistas. Já não falo das ditas jornadas de formação para clínicos gerais em que por vezes colegas que apenas ingressaram numa qualquer especialidade, vão ali ler uns tantos gráficos, fazendo dos clínicos gerais, tarimbados por anos de prática clínica de campo, uma espécie de extra-terrestres. Prouvera que hoje já assim não seja! Esta formação ministrada por especialistas são retalhos de conhecimentos não integrados. Assim o clínico geral se torna num sub-especialista tutelado pelas várias especialidades. Não passará dum médico de segunda e razão têm os utentes quando intuem que a serem tratados por partes e não globalmente vale mais ir ao verdadeiro especialista.

Enquanto nas Faculdades não forem reformados os programas e métodos de ensino, é necessário criar um esquema de formação autónomo que leve a clínica geral à categoria de uma verdadeira especialidade. Vou expôr alguns pontos que considero fundamentais para obtermos uma verdadeira autonomia como especialidade.

I — A formação de base adquirida durante a licenciatura no que respeita às especialidades é suficiente para o exercício da clínica geral. A literatura existente e a possibilidade de fazer estágios práticos esporádicos nos hospitais são suficientes para uma actualização permanente nesse campo.

II — O domínio da clínica geral é mais preventivo do que curativo. A ele lhe compete a orientação dos utentes para que estes tomem em mão a sua própria saúde e não substituam a velinha posta ao santo, pelo comprimido, demitindo-se da sua própria responsabilidade na manutenção da saúde. É função do clínico geral promover estilos de vida saudáveis, conhecer as populações assistidas e seus hábitos de vida, aproveitando o que de bom têm e corrigindo os inadequados por insalubres. Como diz a O.M.S. integrar os curandeiros na promoção da saúde das populações, quando possível, assim como a "medicina" popular. Numa palavra, deixar de ser aquele personagem que atrás duma secretária armado duma esferográfica prescreve remédios e exames, para ser um operador da palavra, um educador e um ouvido atento e disponível.

III — Para reconquistar o lugar de verdadeiro médico de família o clínico geral terá que ter uma vasta cultura e uma formação própria que nenhuma das outras especialidades lhe dará. Dessa formação também fará parte a psicologia, sociologia, nutriterapia, fitoterapia e naturismo. A utilidade da psicologia e sociologia não é segredo para ninguém. A nutriterapia é hoje indispensável dadas as alterações nos últimos cinquenta anos da produção dos alimentos e dos hábitos alimentares. Não se compreende que a nutriterapia seja uma "especialidade" dos endocrinologistas. Uma alimentação saudável é uma base para a manutenção da saúde de qualquer pessoa e não só de quem sofre de doença do foro do endocrinologista. Mais uma vez o clínico geral cede o seu campo de acção. A fitoterapia é outra arma terapêutica de que o clínico geral terá de usar se não quiser continuar dependente dos delegados de "informação" médica. Não se compreende que havendo mais de cem medicamentos fitoterápicos, com acção terapêutica comprovada, e postos à disposição por laboratórios, os clínicos gerais apenas usem aquela meia dúzia que vem no simposium. O naturismo abrange um vasto ramo de práticas mais ou menos populares tais como a talassoterapia, termalismo, etc, cujo conhecimento não irá por certo diminuir a dignidade do médico. Outros domínios da ciência há que farão parte da formação do clínico geral, apenas enumerei estes a título de exemplo.

IV — Daqui se infere que a formação do clínico geral não será completa enquanto depender das outras especialidades. Deverá haver colaboração entre os colegas na formação mas essa colaboração terá que ser biunívoca. Se repararmos num qualquer programa de jornadas destinadas a clínicos gerais verificamos que são constituídas essencialmente por especialistas aparecendo ultimamente o clínico geral apenas como enfeite.

Para concluir acho que a clínica geral só será uma verdadeira especialidade quando se autonomizar. Tendo um campo de acção próprio terá que ter uma formação específica. Isso só se conseguirá com investimento na própria formação, com investigação e uma nova mentalidade que leve o clínico geral a uma prática médica holística, despindo-se duma herança médica mecanicista que divide o doente em partes esquecendo que em biologia não se pode dissociar a parte do todo.

Enquanto nos organismos representativos dos clínicos gerais houver especialistas em lugares de orientação, bem podemos concluir que nos continuam a ver como médicos de segunda e por isso tutelados.

O clinico geral médico do futuro? Em Portugal, a ver vamos.

Joaquim de Castro Nogueira

Ingresso no Internato Complementar

A opção por Ortopedia

Ana Catela

Em 1741, Nicholas Andry, a partir de duas palavras gregas *orthos*, que significa direito, sem deformidade, e *pais*, criança, formou a palavra *Orthopaedia* que serviu de título ao seu trabalho «L'Orthopédie, ou l'Art de prévenir et de corriger dans les enfants les deformités du corps». Inicialmente dedicada à prevenção e correcção das deformidades na criança, é agora um ramo da cirurgia que trata todas as doenças afectando o sistema locomotor, quer através de ortóteses, manipulação ou cirurgia (Livingstone's Pocket Medical Dictionary, 1966).

A Ortopedia como especialidade é muito recente e entre nós este aspecto é ainda mais notório se lembrarmos que o primeiro curso de Ortopedia, como cadeira autónoma, para estudantes de Medicina foi ministrado em 1966-1967 pelo Prof. Jorge Mineiro.

Nas últimas três décadas verificou-se a ascensão da Ortopedia como especialidade, passando de disciplina empírica para uma especialidade com exactidão científica, abrangendo um vasto campo de ciências médicas. Este desenvolvimento levou ao aparecimento de subespecializações em diferentes áreas como, por exemplo, joelho, ombro, anca, etc.

Actualmente abre-se um mundo enorme de estudo que se reparte por áreas como a biologia, a fisiopatologia e biomecânica do aparelho musculoesquelético. Há igualmente que considerar todo o conjunto de doenças de outros sistemas que podem ter repercussão a nível deste aparelho como por exemplo doenças neuromusculares, endócrinas, hematológicas, etc.

Avanços em campos colaterais contribuíram de forma decisiva para que se começasse a perceber a fisiopatologia de doenças osteoarticulares previamente mal compreendidas. Como disse J. Gage os ortopedistas têm que ser cada vez mais não «carpinteiros» mas «engenheiros biológicos».

Tudo o que hoje existe de melhor na medicina resultou dos avanços verificados na tecnologia e estes têm interferido de forma determinante no desenvolvimento desta especialidade. Basta considerar o poder de diagnóstico da ressonância magnética e o impacto terapêutico da cirurgia artroscópica. Inovações técnicas quer a nível de novos implantes, quer de novas cirurgias, determinaram as possibilidades de reconstrução cirúrgica existentes actualmente.

Este grande desenvolvimento técnico pode levantar no entanto problemas de ordem ética. Apesar da tendência crescente para identificar cirurgia como procedimento cirúrgico, é preciso lembrar que Ortopedia é mais do que o somatório das suas intervenções cirúrgicas, por muito espectaculares ou engenhosas que elas sejam. A capacidade de execução e os meios técnicos adequados não devem constituir por si só indicação para a realização de determinada técnica cirúrgica. Como mencionou Nathan A. Womack «if there is no indication for an operation, there is no indication for doing it well». É importante saber qual a aplicabilidade das diferentes técnicas cirúrgicas e se existe ou não indicação para as realizar. Isso exige da parte do clínico tempo para ouvir, observar e pensar no doente. Por outro lado, a competência para a execução das diferentes intervenções depende de uma preparação de base fundamentada em princípios biológicos e físicos actuais.

A Ortopedia tem sido vista como uma especialidade que envolve uma certa «brutalidade» e talvez por isso particularmente vocacionada para homens. No entanto não há nada em Ortopedia que a caracterize como um «território de homens» não podendo a participação feminina ser vista como intrusa ou aberrante. O nosso mundo profissional deve ser aberto a todos aqueles que tenham a competência, o talento e a vontade de participar no seu desenvolvimento.

O modo de encarar a Ortopedia e a perpetuação ou invalidação dos conceitos existentes, quer de ordem científica, técnica ou de comportamento, depende em grande parte das pessoas com cargos responsáveis nos Serviços e do contributo que cada um de nós possa dar.

A Cirurgia Ortopédica continua a expandir os seus horizontes a um ritmo rápido, havendo uma constante evolução quer a nível de técnicas, quer de bases conceptuais. Tudo isto torna a Ortopedia uma especialidade cheia de potencialidades permitindo ainda opções várias nas suas múltiplas subespecialidades.

Bibliografia Consultada:

— Bleck E E: The formation of the orthopaedic physisian and surgeon. J. Bone Joint Surg, 73 A: 1408-1412, 1991.
— Gage J: Personal communication. 1993.
— Rang M (Ed.): Anthology of orthopaedics. E.S. Livingstone Ltd, 1966.
— Wilson F C: Psycomotor Education: Point and counterpoint. J. Bone Joint Surg, 75 A: 1263- 1264, 1993.

Fazer bem as coisas certas, à primeira vez.

Um programa para todos os dias

Cipriano Justo

A inclusão de uma Mesa Redonda sobre Garantia da Qualidade em Cuidados de Saúde no VIII Congresso Nacional de Medicina remete para os corpos gerentes da Ordem dos Médicos a responsabilidade de se colocarem doravante como garantes e principais impulsionadores de uma política de garantia da qualidade dos cuidados prestados na rede dos serviços de saúde, públicos e privados. É um acontecimento importante e inédito na história da Ordem e se se vier a revelar consequente poderá contribuir para a mudança do panorama dos serviços de saúde portugueses. É desejável que assim seja, e a verificar-se só vem confirmar a tendência que um pouco por toda a Europa tem vindo a verificar-se neste campo: Ordens, Associações e Sociedades Médicas constituem, nuns casos, os principais parceiros, e noutros os *leaders* do processo de constituição de uma filosofia, de uma prática e de uma cultura da qualidade.

Apesar disso, é conhecida a resistência que os profissionais da saúde, designadamente os médicos, ainda colocam à avaliação dos seus procedimentos e dos resultados decorrentes das suas decisões. Com alguma razão, aliás. Quase sempre esta resistência tem andado associada ao carácter eminentemente inspectivo das actividades de certos organismos públicos, longe das metodologias utilizadas em Garantia da Qualidade, à facilidade e impunidade com que os decisores políticos se auto desresponsabilizam em questões particularmente críticas, e não menos importante, à herança de uma cultura médica que fazia de cada profissional um gestor indiscriminado de recursos, e perante uma situação de incerteza decidirem por "fazer-se alguma coisa" mesmo que a melhor decisão fosse "não fazer nada".

Em Portugal não é grande a experiência acumulada nesta área da administração da saúde. O que não significa que não se prestem cuidados de qualidade. Ressalvando iniciativas isoladas, quase sempre fugazes e apelando ao voluntarismo individual, não se pode dizer que saibamos qual o nível da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Regista-se com bastantes lacunas o que se faz, raramente se comparam procedimentos e decisões e quase nunca se analiza a variabilidade dos resultados conseguidos. Os únicos indicadores confiáveis dizem respeito à mortalidade, e a sua análise comparada é sempre feita tendo como referência valores pregressos. Mais do que retrospectivo o impacto das políticas, das medidas e das prestações de saúde deve ser avaliado prospectivamente, tendo como padrões valores que consubstanciem a melhor combinação dos recursos técnicos, tecnológicos e organizativos disponíveis.

De entre os vários requisitos prévios para se poderem desenvolver programas de garantia e melhoria da qualidade, um é particularmente sensível no caso português e diz respeito ao modelo de organização e de gestão das unidades prestadoras de cuidados, sejam hospitais ou centros de saúde. Quem simultaneamente financia e gere raramente acumula a função explícita de avaliação, e se o faz é com o viés piedoso de quem tem de prestar contas a si próprio. Além disso, o modelo burocrático de direcção dos serviços de saúde em vigor é o inverso de um dispositivo organizacional: achatamento da pirâmide decisional, intensificação da comunicação horizontal, disposição dos recursos segundo os problemas e os objectivos. No Talmude está escrito que *a única coisa que não muda é a mudança.* Esta é também a filosofia subjacente às instituições que se orientam por objectivos de qualidade.

A incorporação do ponto de vista dos utilizadores dos serviços de saúde é outro aspecto incontornável de uma política de garantia e melhoria da qualidade. Ainda que seja delegada no médico muita da soberania dos utilizadores, nomeadamente em situações de risco, a sua participação em programas de garantia da qualidade constitui uma fonte de regulação externa indispensável. Não é legítimo ignorar-se que quando um cidadão contacta os serviços de saúde fá-lo na condição implícita de contribuinte do sistema e na condição explícita de seu utilizador, e que as decisões que sobre a sua condição de saúde são tomadas têm como objecto a sua pessoa e como finalidade a restituição da sua integridade biopsicológica. Apesar de tudo isto se realizar à luz de uma "ética da ignorância", os argumentos são mais do que suficientes para que a percepção do efeito dos cuidados recebidos e as variações percebidas no nível de saúde sejam suficientemente valorados numa estratégia de melhoria dos serviços de saúde.

O andaluz Rafael Alberti diz num dos seus versos que o caminho faz-se caminhando. Em Qualidade é a mesma coisa. Com a condição de se começar a caminhar.

SIDA, Saúde, Direitos Humanos e Responsabilidade*

Jorge Torgal

Os grandes desafios da Saúde Pública actual, moderna, dizem respeito aos comportamentos individuais e colectivos. Lembro os acidentes, o alcoolismo, o tabagismo, a violência colectiva, as toxicodependências, a maternidade das adolescentes, as doenças de transmissão sexual, a SIDA.

O paradigma social que atribuía ao destino a responsabilidade da doença, do acidente, da morte, é hoje claramente injustificado pelo conhecimento dos factores de risco, pela definição e comprovação científica de condicionantes sociais, económicas e culturais. Lembro que os desempregados em situação social difícil apresentam uma mais deficiente condição de saúde do que a população activa, recordo estudos mostrando ser a mortalidade infantil dos filhos de mães analfabetas dupla da observada em mães escolarizadas, lembro que nos Estados Unidos da América, estudos mostram que a probabilidade de receber um tratamento adequado para a SIDA em doentes em situação clínica e imunológica semelhante é menor para as mulheres e para as minorias étnicas do que para os homens de raça branca. O progressivo conhecimento dos factores sociais de risco de doença evidencia a ligação intíma entre Saúde e organização da sociedade.

O respeito dos Direitos Humanos, direito à educação, direito à habitação, direito ao trabalho, direito à justiça, liga-se inexoravelmente ao conceito de Saúde " completo estado de bem estar físico, mental e social" (Organização Mundial de Saúde), afirma-se como um dos meios essenciais para uma prática de Saúde Pública que tem como primeiro objectivo "assegurar as condições que permitem as pessoas permanecerem saudáveis".

Não se estranha, consequentemente, que o Banco Mundial anuncie que a educação das mulheres é o meio mais poderoso para melhorar a saúde das populações dos países em vias de desenvolvimento; não é surprendente que a Assembleia da Organização Mundial da Saúde aprove em 1988 a resolução "Não discriminação das pessoas infectadas pelos Vírus da Imunodeficiência Humana ou com SIDA" que refere que os Estados membros estão " firmemente convencidos de que os respeito dos Direitos Humanos e a dignidade das pessoas infectadas pelos Vírus da Imunodeficiência Humana ou com SIDA... é indispensável ao sucesso dos programas nacionais de luta contra a SIDA" e solicita, por razões de eficácia, que os Estados membros sejam vigilantes a fim de "proteger os direitos do homem e a dignidade" das pessoas afectadas; é natural e consequente que a Comunidade Europeia considere que, no âmbito dos princípios políticos específicos da luta contra a SIDA, estes devem basear-se numa estratégia de abordagem social não coerciva que fomente o respeito dos Direitos do Homem e a dignidade humana (Resolução do Parlamento sobre a SIDA, 1986, Resolução do Conselho, 1986, Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento,1994).

A prossecução de objectivos de Saúde, de Saúde Pública, exige o respeito dos Direitos Humanos, exige o respeito pelos princípios do Estado democrático, exige que os conceitos gerais de solidariedade e justiça social tenham uma tradução concreta.

A confiança das pessoas nas Instituições e nos Serviços que existem para seu uso, depende, certamente, do respeito das leis a que as Instituições e os Serviços estão obrigados.

É um princípio estruturante presente em vários artigos da Constituição da República Portuguesa o de que todo o prejuízo deve ser indemnizado. Uma República bem ordenada e respeitadora dos princípios democráticos inclui no bem comum o princípio da responsabilidade decorrente de qualquer prejuízo causado aos particulares. Apenas as monarquias absolutas isentam o Soberano de responsabilidade.

(continua pág. 28)

** Transcrição autorizada do jornal "O Público"*

Algumas reflexões sobre o uso de Medicamentos

M. A. da Silva e Sousa

Ao desejo do Homem de prolongar a vida e evitar o sofrimento tem correspondido a Medicina com esforços de maior precisão diagnóstica e de medidas profilácticas e terapêuticas cujos resultados benéficos, em termos de esperança e qualidade de vida, têm sido bem patentes, em especial nas últimas décadas. Responsabilidade importante na correcção dos mecanismos etiopatogénicos e fisiopatológicos cabe aos medicamentos. A Indústria Farmacêutica tem, juntamente com laboratórios universitários e centros de investigação oficiais e privados, contribuído com a síntese de novas moléculas, de maior actividade biológica ou farmacocinética ou índice terapêutico mais favorável. Ao mesmo tempo que se progride no conhecimento da biologia molecular e na visualização de estruturas ultramicroscópicas o mecanismo de acção dos medicamentos vai sendo progressivamente mais definido e pormenorizado daí resultando, na maior parte dos casos, uma maior especificidade terapêutica.

A grande actividade das moléculas que hoje constituem o princípio activo da maior parte dos medicamentos por um lado restitui a saúde num maior número de quadros patológicos mas, por outro, tem criado receios de iatrogenia ou até de toxicidade fatal. Daí que o habitual cuidado posto pela Indústria Farmacêutica no controlo de qualidade do produto que põe à disposição da Classe Médica tenha sido reforçado e codificado nas Regras da Boa Manufactura. Também o estudo dos efeitos farmacológicos já hoje não se pode limitar às observações nos animais mas os resultados nestes obtidos devem ser comprovados no Homem, em ensaios efectuados segundo as Regras da Boa Prática Clínica. Para maior controlo e segurança, a vida do medicamento é hoje acompanhada, na sua potencialidade iatrogénica ou tóxica, por Comissões de Farmacovigilância. Esta convergência de rigor traduz a preocupação da Indústria Farmacêutica e das Autoridades Sanitárias em oferecer à Classe Médica medicamentos mais eficazes e seguros.

Seleccionar o mais adequado e o melhor esquema posológico num determinado doente é um acto de rigor científico. A individualização terapêutica pressupõe, da parte do médico, conhecimento das características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e toxicológicas do medicamento, do mecanismo da sua acção correctora da disfunção patológica, da influência que as suas propriedades farmacológicas sofrem pelas condições anatómicas, fisiológicas e fisiopatológicas do organismo doente ou, mesmo, da eventual administração concomitante dos outros medicamentos.

E porque os organismos não são meros sistemas cibernéticos e toda a variabilidade biológica não é facilmente quantificável, o acto terapêutico impõe, muitas vezes, adaptações a "standards" estabelecidos, para se conformar à dinâmica da situação a tratar, as quais são o resultado de sínteses que evidenciam a experiência do clínico. Esta, que como qualquer experiência profissional vai aumentando com o exercício da actividade, é o resultado da análise crítica dos resultados obtidos na vivência terapêutica de situações

Genéricos

anteriores. Muitas vezes ainda a doença é causada por microrganismos cuja população, com a sua dinâmica biológica, introduz novos factores de variação por modificação da sua capacidade agressora e/ou de resistência à terapêutica .

A interacção fármaco-célula, vivida a nível da biologia molecular e manifestada no efeito terapêutico, é a cúpula do acto médico onde se repercute todo o rigor da semiologia e do diagnóstico.

Qualquer acto terapêutico envolve sempre um risco, mas nenhum doente pode ser privado do seu benefício por o médico não ser capaz de assumir o risco que esse acto terapêutico comporta. A terapêutica medicamentosa, um dos ramos da Terapêutica, pela sua complexidade e especificidade, é da responsabilidade exclusiva do médico ao qual impõe formação científica exigente e adequada e perfil psicológico equilibrado, prudente e corajoso.

O êxito terapêutico depende da qualidade dos medicamentos e da sua utilização científica, racional e ética. Assenta aqui, também, um dos pilares da tão desejada redução de custos com a doença.

Com efeito, o aparecimento ou a identificação de nova patologia, que impõe a necessidade de recorrer a métodos de diagnóstico mais sofisticados e descriminativos e as possibilidades terapêuticas actuais tornam particularmente dispendiosos os cuidados com a saúde. Os próprios medicamentos aumentam significativamente o seu preço, quer por a descoberta de moléculas realmente inovadoras se tornar mais difícil quer pelo acréscimo de custos que a multiplicidade e rigor dos estudos farmacológicos, toxicológicos e clínicos determina.

Este aumento dos custos com a saúde tem preocupado as autoridades governamentais que procuram, com medidas diversas segundo a sua própria filosofia política, uma melhor relação custo-benefício.

Em Medicina a análise custo-benefício para quaisquer decisões diagnósticas ou terapêuticas é geralmente complexa. Algumas vezes porque os dados são insuficientes e, noutras, porque se apoiam em critérios de valor questionável, nomeadamente quando surgem divergências entre os dados fornecidos pelo doente e os recolhidos pelo médico.

Os esforços mais conseguidos na obtenção de dados valorizáveis na análise da relação custo-benefício têm sido obtidos na terapêutica da hipertensão arterial, da insuficiência renal aguda, no uso de anticoagulantes, designadamente da profilaxia de fenómenos tromboembólicos como, por exemplo, em situações de fibrilhação auricular.

A introdução de medicamentos genéricos no mercado, isto é, medicamentos essencialmente similares a especialidades farmacêuticas mas cuja protecção da patente expirou, procura, como objectivo, diminuir os custos da terapêutica medicamentosa, através da liberalização da sua produção e comercialização.

De acordo com o que em alguns países tem acontecido, a substituição da especialidade farmacêutica prescrita por um similar genérico é permitida e, muitas vezes, aconselhada, a menos que especificamente proibida pelo médico prescritor. Muito episodicamente tem sido proposto o pagamento de uma quantia ao farmacêutico pela substituição. Tal propina não parece contribuir para a redução de custos que almeja conseguir. A simples substituição terapêutica pode levantar problemas éticos e introduzir mais um elemento de responsabilidade no acto médico, estranho à relação médico-doente.

Sendo a qualidade uma preocupação fundamental dos que produzem, utilizam e consomem medicamentos, a controvérsia que atinge o uso dos medicamentos genéricos radica no controle de qualidade da sua manufactura, da qual podem resultar diferenças da sua biodisponibilidade e bioequivalência.

O conceito da biodisponibilidade aplica-se geralmente a medicamentos administrados por via oral, para absorção entérica e, menos frequentemente, a outras vias de administração como, por exemplo, a via intramuscular.

As medições da biodisponibilidade são mais adequadamente realizadas em ensaios clínicos no Homem e a avaliação é feita pela determinação da quantidade que atinge a circulação sistémica (ou que é excretada pela urina) em relação à dose administrada. Muitos factores influenciam a biodisponibilidade como: a solubilidade, a dimensão das partículas, o excipiente, factores intestinais (velocidade do trânsito, estado da mucosa, concentração de secreções, ecossistema, etc.), rapidez da metabolização hepática (efeito da primeira passagem), entre outros. Pequenas diferenças na formulação da mesma substância podem causar grandes diferenças na biodisponibilidade.

Dois medicamentos quimicamente idênticos podem produzir diferentes níveis sanguíneos devido a dife-

(continuação da pág. 25)

A Lei estabelece a responsabilidade do Estado por actos lícitos (DL 48091, texto legislativo da autoria de Afonso Queiró).

Actos que, embora lícitos, causem prejuízos aos particulares são geradores de responsabilidade, logo passíveis de dar origem a indemnizações em certas circunstâncias. Como diz J.J. Gomes Canotilho (1974) - " o art. 9º da lei da responsabilidade extra contractual do Estado, considera apenas como condição do dever de indemnizatório a causação de um sacrifício especial e grave e nada permite distinguir entre danos patrimoniais e pessoais para considerar só os primeiros como os visados pelo legislador".

Não podendo ser reposta a situação, há lugar à reparação do mal causado.

Nas transfusões ocorridas anteriormente a 1985-86 não havia ainda meios para diagnosticar a infecção pelos Vírus da Imunodeficiência Humana, pelos vírus da SIDA no sangue utilizado. Certo, não há lugar a responsabilidade por um acto ilícito, negligente ou outro, mas o Estado não pode, nem à luz dos princípios nem face às leis vigentes eximir-se das suas responsabilidades, do ressarcimento dos prejuízos.

Tenha-se em consideração que neste caso não é condição para a atribuição de responsabilidade o conhecimento do mecanismo que causa o prejuízo.

O debate em curso sobre a indemnização das mulheres e dos homens que tiveram a infelicidade de ser infectados pelos Vírus da Imunodeficiência Humana quer no decurso de transfusões sanguíneas quer pelo tratamento de hemofilía não tem, a meu ver, sentido. O Estado deve assumir a sua responsabilidade.

O arrastamento da situação é um obstáculo à aceitação social de um programa de luta contra a SIDA, é nocivo ao desenvolvimento de programas de Saúde, é gerador de desconfiança para com os Serviços de Saúde, agravada de um sentimento de injustiça.

(continuação da pág. 27)

renças na sua preparação. Neste caso não são bioequivalentes porque têm diferente biodisponibilidade. A avaliação da bioequivalência:

- é "crítica" no caso de medicamentos:
  - com indicação "life-saving"
  - com curvas dose-resposta exagerada
  - com baixo índice terapêutico
- é importante no caso de fármacos com:
  - pouca solubilidade
  - farmacocinética não linear
  - absorção apenas em zonas muito localizadas do intestino

De acordo com a orientação da International Association for Pharmaceutical Technology apenas não são necessários estudos de biodisponibilidade para medicamentos:

- administrados intravenosamente
- que só exercem um efeito tópico
- que demonstrem alterações não significativas de ingredientes inactivos ou no processo de fabrico

Justifica-se, portanto, que todos os que se preocupam com a qualidade dos medicamentos encarem também com igual rigor a manufactura dos medicamentos genéricos até porque, para além de um problema de saúde pública, uma menor bioequivalência pode anular o objectivo de poupança que fundamenta a sua introdução no mercado.

A FDA, nos Estados Unidos, permite que a biodisponibilidade de um produto genérico difira até 30% da biodisponibilidade da especialidade farmacêutica similar embora, para alguns medicamentos, como os anticoagulantes orais, não autorize que tal valor seja superior a 10%. Um problema que se levanta é o de estes estudos de bioequivalência serem geralmente realizados em ensaios cruzados de dose única, num relativamente pequeno número de voluntários saudáveis, o que pode não ser suficiente para detectar diferenças só apreciáveis com administrações multi-dose, com o próprio estado patológico ou, até, com interacções medicamentosas.

Um factor limitativo da poupança desejada e desejável com o uso dos medicamentos genéricos é a necessidade da criação de laboratórios de controle de qualidade capazes de garantir que os medicamentos genéricos tenham bioequivalência aceitável. Ora o funcionamento de tais centros de controle de qualidade terá de ser, para obter resultados fidedignos, necessariamente, dispendioso quer no seu equipamento, inevitavelmente sofisticado, quer no seu funcionamento, pela qualificação dos técnicos de que precisa.

A manufactura de medicamentos genéricos deve estar subordinada aos mesmos padrões de qualidade que são exigidos a todos os medicamentos introduzidos no mercado, nomeadamente no respeito pelo cumprimento das boas regras de manufactura que garantem a pureza das substâncias activas e dos excipientes, a estabilidade da forma farmacêutica e a minimização da variabilidade entre os lotes. Tal controle, para ser adequado, também exige recursos humanos e financeiros.

De um ponto de vista clínico a diferente bioequivalência pode não ser sempre um problema de importância prática mas o mesmo não acontecerá quando se trate da administração crónica de medicamentos que tenham índice terapêutico reduzido ou uma indicação "life-saving" como os antiarrítmicos, os cardioglicosídos, os antiepiléticos, os anticoagulantes e antidiabéticos orais, algumas hormonas, antibióticos e antidepressores, e com os agentes antineoplásicos. Para muitos destes medicamentos a maior eficácia e segurança terapêutica implica a determinação das concentrações circulantes.

A eventual variabilidade do efeito farmacológico por uma substituição terapêutica estranha ao acto médico, em especial em doentes crónicos cujo equilíbrio terapêutico poderá ter sido difícil de conseguir, além de introduzir um factor de imponderabilidade poderá também, eventualmente, aumentar o risco terapêutico, risco esse produzido por um acto ao qual o médico foi completamente alheio.

Formação Pós-Graduada e Avaliação Final

Paulo Simões

Já muito foi escrito e debatido sobre este tema, desde que há cerca de 2 anos esta lista tomou posse na Ordem dos Médicos (O.M.). Sob o lema "Ordem a Casa de Todos os Médicos" iniciou-se um ciclo de debates sobre muitos dos temas que nos preocupavam - e preocupam - e de entre estes, a formação e avaliação pós-graduada foi o mais polémico e o que mais discussão suscitou. Sem dúvida que as admissões por consenso nos colégios da especialidade terão sido o mote, e o motivo aglutinador de muita contestação verificada nessa altura. Porventura, até a causa da demora que se tem verificado nas admissões aos colégios desde Dezembro de 1993.

Do debate retiraram-se muitas ideias, posteriormente transcritas nesta revista, e sobretudo o princípio que era do consenso geral de juntar numa única prova a avaliação final do Internato Complementar feita nos Hospitais com o exame para o título de Especialista feito na O.M.. A este processo chamou-se pomposamente "Titulação Única", e desde logo suscitou alguma contestação dada a impossibilidade estatutária da O.M. efectivar tal prova. Se tal era verdade num plano formal e teórico, no plano prático bastava definir-se uma prova onde se englobasse elementos nomeados pelo Ministério da Saúde (M.S.) com elementos nomeados pela O.M. – como forma de uniformizar e creditar esta avaliação – para, através da figura da "admissão por consenso", conseguir-se atingir este objectivo.

Como sempre acontece na concretização de ideias e princípios, a deturpação destes surgem nos momentos mais críticos. A proposta que surge na mesa de negociações entre a O.M. e representantes do M.S., de "Titulação Única" só tinha o nome. E um processo, supostamente simples, acabou por gerar um tal movimento de contestação interno que quase acabou com a prova. Não se contestava o princípio, mas a forma como se pretendia concretizá-lo. Era inaceitável apelidar de "Titulação Única" uma prova com cinco elementos todos nomeados pela O.M., estranhos à instituição do candidato, que avaliariam o trabalho feito por este ao longo dos vários anos do seu Internato e de acordo com critérios mal definidos (ou indefinidos) o classificariam.

Foi preciso que o caso se tornasse público, com abaixo-assinados, notícias em vários jornais para se obter uma inflexão nestas posições. Só então foi possível chegar a um acordo de princípios, que para nós a nível do Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI) eram inultrapassáveis: a existência de um júri misto, com a presença obrigatória do director do serviço e do orientador de formação do candidato; a contagem (de pelo menos 50%) da classificação obtida pelo interno no seu Internato para a nota final. E ainda, a necessidade de ficar definido na lei : a possibilidade de recurso, bem como as orientações e tempo de formação suplementar para os que eventualmente chumbassem nesta prova. E, como falo de um acordo, também houve cedências da nossa parte: a existência de uma prova teórica (defendíamos que esta deveria ser englobada na prova curricular); a possibilidade de se reprovar em qualquer uma das 3 provas que compunham esta avaliação final (defendíamos este princípio apenas para o global das 3 provas).

A 31 de Março de 1994 saiu a Portaria 186/94, que incluiria todos estes pontos num exame final aparentemente equilibrado e equitativo. No entanto, faltava ainda resolver algumas questões importantes. Em primeiro lugar, era necessário regulamentar este exame e as suas diversas provas. Em segundo lugar, definir currículos mínimos nas diversas especialidades bem como reformular outros tantos que se mostravam desajustados da realidade. Por fim, last but not least resolver o problema das idoneidades dos serviços, ajustando estas entre a O.M. e o M.S.. Destas, apenas a primeira teve resposta, e tardia, em finais de Novembro de 1994.

Os exames de "Titulação Única" irão ter início dentro de aproximadamente 1 mês e meio (15 de Março de 1995), e com eles uma das grandes apostas de muitos dos que se preocuparam por este assunto nos últimos 2 anos. Nem tudo será perfeito - a uniformização dos critérios dos júris dificilmente será conseguida - haverá provavelmente candidatos beneficiados e candidatos prejudicados, mas espero sinceramente que estas provas concorram para uma melhor formação no Internato Complementar e uma maior exigência da parte de todos os envolvidos, formadores e formandos.

CONSELHO DISCIPLINAR REGIONAL

Inicia a Revista da Ordem dos Médicos neste número a publicação dos pareceres e acórdãos dos Conselhos Disciplinares.
Dá-se cumprimento ao artigo 42° do Dec.-Lei 217/94 que determina:
"As decisões finais são notificadas ao arguido, aos interessados e ao Presidente da Ordem dos Médicos e publicadas no órgão oficial da Ordem dos Médicos".
Não é com gosto que o fazemos. Os acórdãos do Conselho Disciplinar são obviamente descritivos e não podem, nem a Lei o permite, omitir o nome dos participantes e dos visados. Sabendo-se por outro lado, que em muitos casos se tratam de queixas infundadas é sempre desagradável para um colega ver o seu nome na Revista da Ordem dos Médicos, réu de uma acusação injusta e quantas vezes maliciosa.
Contrariamente ao que dizem de nós, médicos, possuímos regras transparentes de assumirmos e avaliarmos as nossas responsabilidades. Qualquer cidadão, pode em qualquer momento acusar um médico do mais trivial ao mais grave dos crimes profissionais. Assim, dada a ausência de trâmites processuais limitativos, qualquer um de nós pode ser acusado e ver o seu nome surgir num processo disciplinar.
Cumprindo, embora as determinações da Lei, cumpre-nos chamar a atenção dos Colegas que alguém só é culpado quando fôr entendido como tal por quem tem o dever difícil de julgar.

PARECER

1. Neste processo a Sra. D. Maria Emilia da Fonseca Ramos Lisboa queixa-se da médica Dra. Maria Matilde Monteiro de Almeida.
2. Segundo a participante, o facto de a Dra. Maria Matilde Monteiro de Almeida lhe ter feito uma ecografia com sonda transvaginal à 6a. semana de gravidez, ter-lhe-ia provocado um aborto que só foi detectado à 11a. semana de gravidez.
3. Tendo em conta, porém, as explicações dadas pela médica acusada e o parecer do Director Clínico da maternidade Dr. Alfredo da Costa, somos da opinião que a queixa carece de fundamento. (vide folhas 2 a 4, 5 e 6 dos autos).
4. Com efeito, a simples descrição cronológica dos factos ocorridos permite concluir o seguinte:
   a) Elaboração correcta da história clínica feita aquando da primeira consulta em 94.04.03.
   b) Exame ginecológico com palpação bimanual, como é de regra na primeira consulta.
   c) Exame complementar com sonda transvaginal, considerado pela médica como necessário e que a nosso ver se justifica por:
   - Escasso tempo de amenorreia - seis semanas;
   - Útero em retroversão o que associado ao sinal de Hegar poderia falsear os dados obtidos pelo exame bimanual;
   - Diagnóstico diferencial de ectopia gravidica ou gravidez anembriónica;
   - Confirmação de feto vivo e pela medida craneo - caudal estabelecimento da concordância com a idade cronológica da gestação.
   d) Indicação correcta das regras dietéticas, terapêuticas e de vigilância futura, não descurando o pedido de exames laboratoriais a serem analisados na consulta seguinte.
   e) A participante declara que se sentiu bem desde a 1a. consulta até trinta e quatro dias depois, quando surgiram os primeiros sinais de aborto em evolução.
   f) Nem o exame ginecológico bimanual nem o exame ecográfico com sonda transvaginal são causas próximas ou afastadas do aborto.
5. Aliás não nos podemos esquecer que a maior parte dos abortos, nomeadamente os ocorridos durante o primeiro trimestre da gravidez, são de causa desconhecida.
6. Atendendo ao exposto propomos ao Conselho Disciplinar Regional do Sul o arquivamento do presente processo por não ter sido praticada qualquer infracção disciplinar.

Lisboa, 8 de Novembro de 1994

O RELATOR
Prof. Doutor José Manuel Braz Nogueira

– ACORDÃO –

Acordam os membros do Conselho Disciplinar Regional do Sul em que o presente processo seja arquivado nos termos e pelas razões expostas pelo Vogal Relator no seu parecer.
Lisboa, 8 de Novembro de 1994

PARECER

1. Neste processo o Dr. Joaquim Pinheiro Martins Coelho, jurista, queixa-se do médico Dr. Orlando Cabral Barreto, por a funcionária da Clínica onde este o ía operar lhe ter exigido, quando ele já se encaminhava para o bloco operatório, o pagamento antecipado de Esc. 130.000$OO sob pena de não ser efectuada a intervenção.
2. Face a tal atitude, o participante, que afirma não haver sido previamente alertado para tal obrigação, terá voltado a vestir-se e abandonado as instalações da Clínica.
3. A prática de pagamento de uma caução no momento do internamento dos doentes nas instituições de saúde é corrente e perfeitamente legitima.
4. No caso vertente o que se poderia criticar seria o modo como o pedido de caução foi feito.
5. É chocante, na realidade, que o pagamento da caução seja solicitado – como afirma o participante – no momento em que o doente se encaminha para a sala de operações, sendo ainda criticável que o doente seja ameaçado de que a intervenção não será realizada senão após o referido pagamento.
6. Na sua resposta o Dr. Cabral Barreto começa por salientar que o pedido de esclarecimento do Conselho Disciplinar deveria ter sido dirigido à Cipla – Clínica de Cirurgia Plástica, Lda., visto que, no seu entender, todo este episódio está apenas relacionado com as normas de funcionamento da referida Clínica.
7. Acrescenta o Dr. Cabral Barreto que, no momento do internamento, já teria sido solicitado ao participante o pagamento da caução, tendo este vindo a protelar o seu pagamento até ao momento da operação; dando azo a este lamentável episódio.
8. Frisa também o Dr. Cabral Barreto que não foi ele que se recusou a operar o doente, mas sim este que, face à solicitação da funcionária, se recusou e preferiu ir-se embora, sendo de realçar que não havia qualquer urgência, visto tratar-se de um micro transplante de cabelo.
9. Face a estas explicações do Dr. Cabral Barreto e apesar das versões contraditórias das partes envolvidas, somos do parecer que este processo deve ser arquivado com base no princípio "in dubio pro reo".

Lisboa, 8 de Novembro de 1994

O RELATOR
Prof. Doutor Alberto Rodrigues de Matos Ferreira

– ACORDÃO –

Acordam os membros do Conselho Disciplinar Regional do Sul em que o presente processo seja arquivado nos termos e pelas razões expostas pelo Vogal Relator no seu parecer.
Lisboa, 8 de Novembro de 1994

PARECER

1. O médico Dr. Filipe Gonçalves da Rocha insurge-se contra o médico Dr. José Alberto da Silva Faria por este ter elaborado um documento onde eram tecidas considerações, que o participante considera pouco abonatórias, acerca das suas qualidades de organização e chefia e acerca da sua capacidade para levar à prática as suas numerosas ideias e iniciativas.
2. Tal documento, datado de Junho de 1990, foi elaborado pelo Dr. José Alberto da Silva Faria por ocasião do seu abandono de funções de Director do Serviço de Acção Médica 3 do Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão.
3. Tal documento surge como que uma espécie de "testamento" do Dr. Silva Faria e destinava-se a comunicar à hierarquia do referido Centro de Reabilitação a opinião que ele tinha relativamente aos cinco médicos que trabalhavam no seu Serviço.
4. O primeiro comentário que nos ocorre fazer é o de que, atendendo à data do documento, qualquer eventual infracção disciplinar já estará prescrita por força do art° 9 n° 1 do Estatuto Disciplinar dos Médicos de 1994.
5. Acresce que tal hipotética infracção também já terá sido amnistiada por duas vezes pela Assembleia da República. (vide Leis da Amnistia de 1991 e de 11.05.94)
6. Mas independentemente do que se acaba de dizer, não nos parece haver motivo para procedimento disciplinar, visto entendermos ser legitimo a um Director de Serviço tecer por escrito, e para uso interno, considerações (boas ou más) acerca dos médicos que trabalham sob as suas ordens, sendo de notar que as criticas que o Dr. Silva Faria dirigiu ao queixoso foram formuladas em termos correctos, não relevando para o efeito saber se eram totalmente fundadas ou não.
7. Atendendo ao exposto propomos ao Conselho Disciplinar Regional do Sul o arquivamento do presente processo.

Lisboa, 22 de Novembro de 1994

O RELATOR
Dr. Francisco Manuel Canelhas Freire de Andrade

– ACORDÃO –

Acordam os membros do Conselho Disciplinar Regional do Sul em que o presente processo seja arquivado nos termos e pelas razões expostas pelo Vogal Relator no seu parecer.
Lisboa, 22 de Novembro de 1994

Secção Regional do Sul

Centro de Documentação e Informação

Decorrido um ano após o início do Centro de Documentação e Informação encontramo-nos em condições de fazer um balanço da procura deste serviço. Foi sem dúvida a partir do momento em que este CDI foi divulgado nas revistas de Fevereiro de 1994, que a procura se tornou notoriamente crescente. Desde essa data houve uma maior consulta pelos utilizadores que têm passado a palavra, mostrando-se bastante satisfeitos com o serviço prestado.

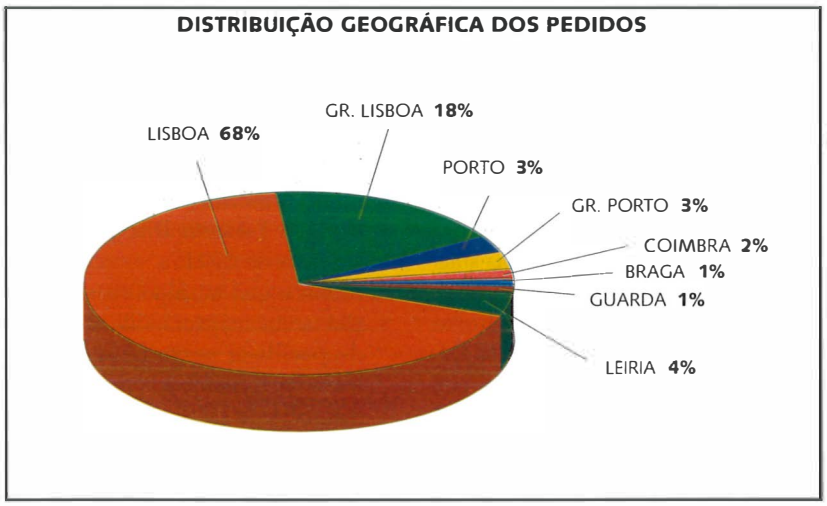
Lisboa e a Grande Lisboa são, sem sombra de dúvida, os grandes utilizadores, como se pode ver pelo gráfico. A Região Norte e Centro têm tido algum significado, ainda que relativo, no crescimento do CDI. Verifica-se, no entanto, que a zona do Alentejo e Algarve não têm solicitado o nosso trabalho.

Teremos que, eventualmente, junto dos Conselhos Distritais de Évora e Faro, proceder a uma maior divulgação desta prestação de serviços que a Secção Regional do Sul se propôs fazer e que poderá ter passado despercebida aos médicos destas regiões.

O número de utilizadores, durante um ano, ascendeu a 174. Os seus pedidos dividem-se em pesquisas bibliográficas e em pedidos de artigos na íntegra, requisitados, depois, às bibliotecas portuguesas ou, ainda, à British Library, no caso de não se encontrarem no país. Das bibliotecas contactadas em Portugal, destacam-se os Hospitais da Universidade de Coimbra, Faculdade Medicina de Lisboa, Faculdade de Medicina do Porto, Instituto Luso Fármaco, Ciba, IPO do Porto, Maternidade Dr. Alfredo da Costa e outras tantas bibliotecas, mas sendo as mencionadas aquelas que mais se destacam pelo grande número de publicações periódicas que têm, bem como, pela rapidez da sua resposta.

MEDLINE

um serviço da Ordem à sua ordem



Contacto: **Maria Teresa Sousa · Tel. (01) 847 06 54 · Fax (01) 847 12 15**

I Campeonato do Mundo de Futebol para Equipas Médicas
Barcelona 1995

Vai decorrer entre 3 e 10 de Julho de 1995, o I Campeonato do Mundo de Futebol para Equipas Médicas. Para informações e inscrições, contactar:

Rosa Llòria · Serviço de Pneumologia do Hospital General Vall d'Hebron
Passeig Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona · España
Telefone e Fax: (3) 428 61 04

Contributos para a História da Medicina Portuguesa (3)

Vieira Reis

Amatus Lusitanus

Sempre tratei os meus doentes com igual cuidado, quer fossem pobres ou nascidos em nobreza, sem procurar saber se eram hebreus, cristãos ou sequazes da lei Maometana; sempre fui parcimonioso nos honorários e muitas vezes sem qualquer paga tendo sempre mais em vista que os doentes recobrem a saúde do que tornar-me rico pelos seus dinheiros. Em 1511 nascia na cidade de Castelo Branco, João Rodrigues, que mais tarde, já adulto e médico, viria a ser conhecido como João Rodrigues de Castelo Branco. Ainda uma vez mais viria a alterar o seu nome já que anos passados e fama conquistada adoptou o nome de Amatus Lusitanus.

Falar de João Rodrigues de Castelo Branco é falar do mais célebre médico português do século XVI, celebrado em toda a Europa, o mesmo que dizer em todo o mundo civilizado, como Amatus Lusitanus, nome que ele voluntariamente escolheu para assinar as suas obras e que se supõe ter derivado da tradução latina do nome hebraico da família Hábid, que naquela língua significava *querido ou dilecto.*

Nascido no seio de uma família de posses e de ascendência judaica, João Rodrigues teve a hipótese de estudar e de o poder fazer na Universidade de Salamanca, uma das mais prestigiadas Universidades de então. Deve ter optado por Salamanca porque a Universidade de Lisboa encontrava-se em fase de total desprestígio o que levou D. João III a transferi-la para Coimbra acompanhada de uma séria restruturação e cuidadosa escolha dos docentes.

Terminado o Curso de Medicina em Salamanca, João Rodrigues nunca mais parou. Regressou a Portugal onde permaneceu pouco tempo e onde percebeu que o fogo da Inquisição o podia molestar mais tarde ou mais cedo.

Com apenas 23 anos, portanto em 1534, vivia já em Antuérpia que era uma das mais florescentes e ricas cidades, com uma grande densidade de judeus, e com um notável conjunto de médicos consagrados que as famílias poderosas e ricas não dispensavam ter a seu lado.

Rapidamente conseguiu notoriedade e já em 1536 publicava a sua primeira obra o "Index Dioscoridis" que não assinou ainda como Amatus Lusitanus.

Em 1541 e a convite do Duque d'Este aceitou reger uma cadeira na Faculdade de Medicina de Ferrara, e que era uma das mais prestigiadas e afamadas Universidades de Itália.

Seis anos depois, em 1547, já João Rodrigues de Castelo Branco se tinha mudado para Ancona, deixando em Ferrara uma sólida amizade com um seu assistente, de seu nome João Baptista Canano, de quem mais adiante voltaremos a falar.

Mas, não foi ainda em Ancona que Amatus Lusitanus iria estabilizar, pois oito anos depois, em 1555, mudou-se para Pesaro, numa tentativa de se afastar do perigo Inquisitorial que a entronização de Paulo IV como Papa representava, já que este corporizava o Papa da Contra Reforma que conduziu a um aumento das perseguições a judeus.

A estadia em Pesaro durou apenas um ano, findo o qual Amatus Lusitanus se muda para Ragusa, hoje Dubrovnik, aceitando finalmente um convite que lhe tinha sido feito aquando da estadia em Ferrara.

É evidente e claro que o prestigio de Amatus Lusitanus se tinha ido desenvolvendo e consolidando ao longo destes anos e assim permitindo que ele se possa dar ao luxo de tantas e tão frequentes mudanças.

Pese embora o facto de Amatus Lusitanus ter servido ao longo destes anos nobres e poderosos, desde o Papa Paulo III de quem foi médico pessoal, até às melhores Casas Senhoriais de Veneza e Florença, mesmo assim teve sempre uma imperiosa necessidade de mudança, sempre tentando afastar-se um pouco mais e por mais algum tempo dos tentáculos da Inquisição, numa estratégia de gato e de rato, podendo concluir-se ou verificar-se que o poder eclesiástico se sobrepunha a todos os poderes, não deixando dúvidas que nenhum poder ou amizade conferia segurança e a atitude sensata era evitar o perigo, jogando por antecipação.

Só mais uma vez se mudou Amatus Lusitanus. Em 1559, e porque a inquisição continuava a alargar os seus poderosos braços, João Rodrigues de Castelo branco pensou, e bem, que a única forma de não ser apanhado num abraço de morte por aqueles braços que se lhe estendiam, era ir ver e fixar-se em lugar seguro onde a Inquisição não pudesse chegar.

Resolveu fixar-se em Salónica que se encontrava sob o domínio do Sultão da Turquia. E, em boa hora o fez pois ali pôde viver tranquilo e em paz, até a morte o ter apanhado, apenas com 57 anos de idade, durante uma epidemia de peste e enquanto contra ela combatia.

Durante estes escassos 57 anos de vida, imensamente curtos para quem tanto tinha a dar, Amatus Lusitanus foi construindo a sua obra escrita paralelamente com a sua actividade de médico e sempre tirando conclusões da sua prática clinica.

Iniciou em Ferrara, em 1546, a escrita da sua mais importante obra, as 7 Centúrias, mas só as terminou em 1561, já em Salónica. Mas, outras obras foi escrevendo e publicando ao longo destes anos, ao mesmo tempo que escrevia as Centúrias. A que ficou mais célebre foram os Comentários a Dioscórides que saiu a lume em Veneza, no ano de 1553.

Amatus Lusitanus escreveu as suas obras em latim, o que lhes assegurou a larga difusão que merciam, com edições e traduções várias, que se calculam ser mais do que as 59 conhecidas.

As Centúrias foram escritas a pouco e pouco e ao longo do tempo, como não podia deixar de ser, já que

por Centúria se entendia a descrição e apresentação de 100 casos clínicos. Escreveu-as com a preocupação de lhes dar ordem e sistematização, numerando caso a caso e dando título a cada um dos cem casos clínicos de cada Centúria. E, o que é de salientar é que Amatus faça seguir a descrição de cada história clínica dos comentários que cada caso lhe merece, justificando as suas opiniões e a forma como actuou, comparando a sua actuação com a forma como outros actuariam ou actuaram e mostrando a razão do seu desacordo com eles.

De salientar ainda que, ao contrário de muitos autores daquela época, e prestigiados, como era o caso de Ambroise Paré, sempre Amatus se apoiou na literatura médica existente, mostrando dessa forma a marca que a sua formação universitária lhe tinha deixado.

Deve-se a Amatus Lusitanus a primeira descrição da encefalite letárgica e uma das primeiras de um caso de púrpura.

Amatus Lusitanus invadiu frequentemente o domínio da Cirurgia, não se limitando à visão médica dos problemas que se lhe deparavam. Ficaram conhecidas e célebres as suas opiniões sobre os locais indicados para executar as sangrias, como famosa ficou a sua descrição pioneira das válvulas da veia ázigos. E, não só se limitou a ter opinião sobre os assuntos cirúrgicos, como frequentemente invadiu a práctica cirúrgica realizando intervenções, as mais variadas, desde trepanações, toracotomias, herniografias, drenagens de hidrocelos, um sem fim de actos cirúrgicos que espanta serem praticados por alguém que tinha formação médica e não cirúrgica.

E esta faceta de Amatus é tanto mais de espantar quanto é certo que os médicos desse tempo, e ainda dos dois séculos que se lhe seguiram, tinham pela Cirurgia e pelos cirurgiões uma baixa estima, ou mesmo desprezo, e limitavam-se em geral a ver e a indicar com a ponta das suas bengalas o local onde o prático cirurgião devia sangrar ou amputar.

Continua ainda nebulosa a autoria de uma prótese para a abóbada palatina que uns continuam a reinvidicar para Ambroise Paré e outros, entre os quais se encontram Leibowitz, Samoggia e Paiva Boléo, para Amatus Lusitanus.

Por causa do melhor local para sangrar em casos de pleurite, estabeleceu-se uma disputa entre Amatus, Vesálio, Falópio e Eustáquio. Em oposição a Vesálio defendia Amatus que se devia sangrar do lado da pleurite enquanto aquele dizia que se devia sangrar sempre no braço direito. Foi durante esta discussão que Amatus se referiu pela primeira vez à existência de válvulas na veia ázigos.

Esta afirmação e revelação compartilhou-a com o seu assistente João Batista Canano, o que não impediu Amatus tivesse sido vítima de um agravo e que tenha sido acusado de plágio por parte daqueles que atribuem a Canano a sua descoberta. E, nessas acusações chegou-se à situação extrema e parcial de se culpar Amatus de afirmar a sua existência quando todos diziam que não existiam e ignorava-se Amatus e apenas se referia Canano quando se confirmava a sua existência.

Ora, se pensarmos que Canano, insigne anatomista e assistente de Amatus, destruiu toda a sua obra escrita e nunca fez referência às válvulas da veia ázigos, podemos inferir da honestidade e integridade de Amatus que nas Centúrias refere o seu colaborador Canano, ligando-o também à descoberta das válvulas e que, a não ser citado aqui, nunca veria o seu nome ligado àquela descoberta.

Mas, não só nas questões do local para sangrar ou das válvulas venosas se forjaram ataques a Amatus. A propósito da publicação dos seus Comentários a Dioscórides, Pletro Andrea Mattioli atacou forte e feio chegando à deselegância de lhe chamar marrano, denunciando-o assim à inquisição, e de lhe acrescentar uma letra ao seu nome, escrevendo Amathus para tentar um trocadilho com a palavra latina que significava ignorante ou sem ciência. Esta controvérsia foi tão divulgada que quando Johann Bauhin publicou o seu livro "História Plantarum Universalis" os colocou aos dois no rosto do livro como referência à controvérsia havida.

Podemos facilmente perceber e avaliar a importância de Amatus Lusitanus na medicina da época se atentarmos nos nomes daqueles que se bateram ou discutiram com ele. Não fosse Amatus alguém respeitado e conhecido e não veríamos por certo Vesálio, Falópio, Eustáquio ou Mattioli a perderem tempo em longas discussões com ele. Outro qualquer seria ignorado. Mas contra Amatus lutava-se, porque era um par.

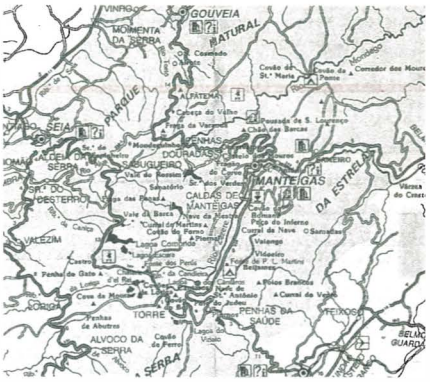
Se hoje Mirko Malavoti afirma, em livro editado pelo Instituto di Storia della Medicina dell'Universitá di Roma, que as Centúrias são una della maggiori testimonanze dello stato della Medicina nel cinquecento, pode isso ser muito agradável de ler pelos portugueses de hoje, mas mais interessante teria sido que Amatus pudesse ter tido a tranquilidade de se dedicar livre e inteiramente aos estudos e ao ensino médico, sem aquela contínua e larvar inquietação e receio que a sua condição de criptojudeu lhe criava face a uma Inquisição que não perdoava a ninguém uma maneira de pensar diferente.

Penso que será fechar com chave de ouro estes breves considerações sobre Amatus Lusitanus recordar-se aqui a forma como ele inscreveu o seu testamento espiritual no seu Juramento e mostrou que ser médico é tratar de igual modo Papas, nobres, prostitutas, soldados, mercadores, marinheiros e a todos dedicar a melhor atenção e saber.

Naturalmente, este Juramento faz-nos recordar Ambroise Paré, esse nome ímpar do século XVI e Pai da cirurgia, que, quando nomeado cirurgião do Rei, e por este perguntado se agora o ia tratar melhor, lhe respondeu que não, pela simples razão de que a todos tratava como se fossem Reis.

É de homens assim que a História se faz.

Férias na neve



Iniciamos neste número uma série de propostas para o tempo de lazer. Para tal, convidamos colegas médicos a darem-nos as suas impressões sobre viagens, evidenciando roteiros locais. Este primeiro episódio leva-nos à Serra da Estrela e à Serra Nevada pela mão de Luís António Gil Barreiros (Presidente do Distrito Médico da Guarda) e Adolfo Palma Santos.

À Serra da Estrela, naturalmente...

Quem optar por visitar a Serra da Estrela tem que vir preparado para surpresas sem fim, paisagens agrestes mas rudemente belas e inesperadas. Pode-se optar por uma das quatro entradas da Serra, a mais conhecida pela Covilhã, já agora se forem horas pode começar por parar no Clube de Campo e deliciar-se com boa cozinha e uma vista da encosta da Estrela que servirá como aperitivo. Outra entrada será pela Guarda em direcção a Manteigas, percorrerá um caminho sinuoso em que a paisagem se vai transformando de zona arborizada com pinheiros magestosos até ao agreste do granito cinzento escuro. Na Guarda recomendamos uma refeição na "Mexicana" onde o Senhor Manel lhe servirá os excelentes pratos da cozinha da D. Olimpia, já agora dentro em breve terá à sua disposição a Casa do Médico, para pelo menos beber um café e um copo. Se optar por comer em Manteigas vá ao "Berne", o ambiente é bom e a vista maravilhosa, daquelas de nos fazer sentir pequeninos... É altura para subir pelo vale do Zezere, maravilhoso vale de origem glaciar, até ao "Covão da Ametade" onde o rio nasce e onde pode beber um café, um pouco mais acima encontra a Nave de Santo António, com relva dos tempos dos glaciares, única na Europa. Se optar pelo caminho da direita passa nos Piornos, Centro de Limpeza da Neve e Penhas da Saúde, onde o Hotel Serra da Estrela o esperará com ambiente agradável e de pura montanha, se optar pelo caminho da esquerda irá poder ver a "Senhora dos Pastores" (curiosa escultura no granito) o "Covão do Boi", os "Cantaros", (três imponentes

maciços de granito) e a "Torre". Estará a 1990 metros de altitude, tão alto quanto se pode ir neste jardim à beira mar plantado. Aqui pode ir ao Centro Comercial, comprar umas peles, uns queijos e mais artigos regionais, ver a pista de Ski, tomar uma bebida, alugar um trenó ou uns esquis e deslizar na neve ou seguir rumo às lagoas comprida e escura. Veja se o tempo está bom, o pior da serra é ser traiçoeira nas suas tempestades de vento, neve e nevoeiro. Agora tem de sexta a segunda e nos feriados, a funcionar na Torre, um Posto da G.N.R. que o pode ajudar. Se tudo estiver bem siga para o Sabugueiro, não repare muito nas "Maisons", mas pode comprar mais queijos, peles e aguardente de azimbro para as noites frias. Aqui opte, ou vai para a direita e sobe para Gouveia, faça um desvio e vá ver o Vale do

FÉRIAS DE CARNAVAL Opções

Da consulta que fizémos a vários programas turísticos, encontrámos preços variados:

SERRA DA ESTRELA
Hotel (Quarto duplo/pessoa): entre ESC. 4.000$00 e ESC. 7.500$00
Aparthotel: entre ESC. 9.450$00 (2Pax) e ESC. 23.750$00 (6Pax)
Como opção existem os programas especiais de Carnaval entre 24 e 28 de Fevereiro, cujos valores oscilam de ESC. 27.000$00 a ESC. 52.350$00, em quarto duplo/pessoa.

SERRA NEVADA
Domingo a Sábado (7 dias/6 noites mínimo)
Hotel (Quarto duplo/pessoa/meia pensão): entre ESC. 47.400$00 e 98.350$00
Aparthotel: entre ESC. 32.050$00 a ESC. 161.900$00 (2Pax)

Alternadamente, vá até CHAMONIX, nos Alpes, onde poderá divertir-se a partir de ESC. 168.300$00. Esta oferta inclui 8 dias, viagem de avião até Genéve e estadia em quarto duplo com pequeno almoço.

Rossim com a sua lagoa bem bonita e a nascente do Mondego, passe as Penhas Douradas e pare na Pousada de S. Lourenço. O conforto, a qualidade, certamente o farão sentir bem. Volte para a estrada de Gouveia, talvez a menos conhecida, mas a mais bonita para o nosso gosto, chegue à "Princesa da Serra", passeie a pé veja as suas belezas de cidade antiga e arrumada, opte por fazer uma refeição ou no Hotel de Gouveia, boa comida, ambiente agradável e talvez se decida a ficar a dormir nos excelentes quartos, pergunte pelo Senhor José António, ou tente-se pela comida da "tasquinha" do Júlio, comida farta, boa, regional como nenhuma e o afável trato do nosso amigo Júlio Lameiras. Se optar por não cortar à direita no Sabugueiro vai para Seia. Cidade agradável não deixe de ir ao Hotel Camelo, comerá bem, ficará bem, terá momentos muito agradáveis com o charme e profissionalismo do proprietário, o nosso amigo Jorge Camelo um mestre de bem receber, igualmente lá poderá pernoitar confortavelmente.Venha e diga que vai da nossa parte, aqui na Serra todos somos Amigos. Experimente!

Luís António V. Gil Barreiros

... ou à Serra Nevada

A Serra Nevada constitui o maciço central da cordilheira Penibética e nela se encontram os picos mais altos da Península Ibérica (Mullhacén com 3.482m e Veleta com 3.392m). A sua vertente Sul forma a região das Alpujarras, zona de extraordinária beleza que merece bem a pena de perder um dia de ski para a conhecer, se bem que, seja a primavera a altura ideal pelo coloridas flores das suas casas. Na vertente Norte deparamos com a estação de ski "Solynieve" que começa no pico da Veleta e se estende até aos 2.000m do Prado Llano, vulgarmente denominada Serra Nevada, a cerca de 30Km de Granada. Em termos de clima é uma autêntica praia de neve e de sol onde não é raro ver belezas de bikini bronzeando-se no fundo branco.

Para quem deseje vir conhecer ou, o que será melhor, iniciar-se na prática do maravilhoso desporto que é o ski, a estação põe à sua disposição cerca de 25 hotéis de diversas categorias, um elevado número de apartamentos para alugar. Uma vez instalado e, partindo do princípio que quer iniciar-se na prática do ski (sempre aqui ouvi dizer que se pode aprender dos 3 aos 80 anos, portanto não receie) tem à sua espera cerca de meia dúzia de escolas, onde professores pacientes e dedicados o põem a escorregar em cima das tabuinhas em menos de uma semana, ou em cursos de 10 pessoas, ou em lições individuais; depois, é desfrutar das maravilhas paisagísticas e não só, que só o ski pode proporcionar. Mas, esquecíamos um pormenor importantíssimo, o equipamento.

Também, à excepção do vestuário, dispõe de imensos estabelecimentos de aluguer de material, ou seja, botas, skis e bastões, por preços acessíveis (desde 1.500 pesetas o 1º dia baixando progressivamente).

Um conselho: antes de dar o passo seguinte não se esqueça de fazer um seguro contra acidentes se não for já portador de qualquer um que cubra estes riscos.

Agora é comprar (variando entre 3.050 e 2.650 pesetas/dia segundo a época) o passe "forfait", subir na telecabina e, chegado a Borreguiles, desfrutar dos prazeres da neve e do ski. Se não arranjou coragem para experimentar o ski, então, numa esplanada de Borreguiles ou do Prado Llano desfrute do sol e do espectáculo que lhe oferecem os esquiadores enquanto toma uns agradáveis refrescos.

E depois do ski?

Para o chamado "aprés-ski" tem diversas opções: os "pubs", os disco bares as "bodegas" onde pode saborear as deliciosas tapas da Tasca do António ou do Cartujano, isto para não falar da ronda pelas "Tiendas" e deixar-se levar pela tentação de comprar variadíssimas lembranças. Também, se quiser, pode descer até Granada (30 minutos de automóvel) e apreciar a beleza monumental da cidade e, com tudo isto, a hora do jantar vai-se aproximando, não esqueça marcar mesa para o "Chiquito" que é ponto obrigatório.

Como novidade, para além do campeonato do mundo de ski de 2 a 14 de Fevereiro, foram iluminadas as pistas de Borreguiles a Prado Llano de modo que pode esquiar até às 21.30H. É muito agradável, a neve óptima, e a vista que nos oferece a iluminação das urbanizações é preciosa só sendo necessário ir um pouco mais agasalhado.

E pronto, chegámos ao fim. Convictos de que em tão pouco espaço lhe demos uma ideia, embora vaga, do que é a Serra Nevada e de que lhe despertámos o desejo de conhecê-la, só nos resta desejar-lhe BOA VIAGEM E BOM SKI.

Adolfo Palma Santos