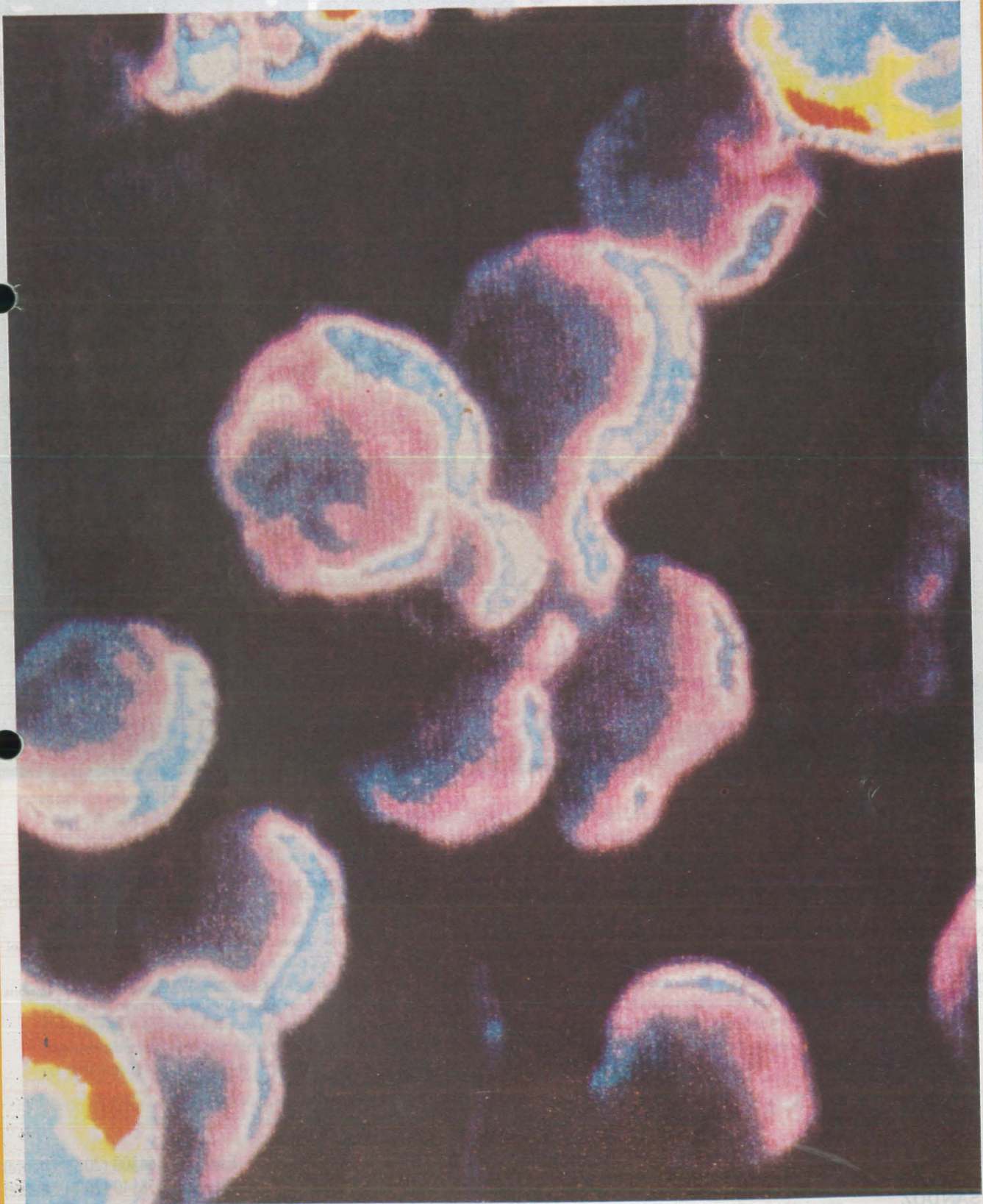


JUNHO 1990

Ordem dos Médicos



REVISTA



200\$00



RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE

Chegam ao Bastonário da Ordem dos Médicos reclamações de toda a espécie, não só à cerca do mau funcionamento hospitalar como da relação médico/doente. Parece-me que este assunto deve ser ventilado na nossa Revista porque se justifica, na verdade, um alerta que toque alguns problemas que deveriam ser resolvidos com empenhamento por parte dos médicos.

Pode resumir-se em poucas linhas o cerne da questão em volta da qual surgiram reclamações. E, como se verá, as queixas não são feitas a quem compete a melhoria da organização Hospitalar. Dirigem-se ao Presidente da Ordem dos Médicos e insistem em pormenores éticos do nosso comportamento. São, no entanto, em grande parte, ligadas à má organização hospitalar. São dessa natureza os dois casos que a seguir relato.

Primeiro: Uma criança com doença cardíaca grave e operação marcada com certa urgência, apresenta-se no hospital no dia certo e dizem-lhe que, afinal, não pode ser por enquanto operada pois a lista de espera é de um ano. Aparentemente, nada foi proposto para que a criança fosse operada em regime privado. Mas, se os familiares responsáveis recorrerem aos departamentos adequados poderá suceder que a criança seja enviada ao estrangeiro e operada, por preço elevado, à custa do Estado português, mas com a rapidez necessária. O primeiro alerta vai para as listas de espera, tão mais lamentáveis quando se trata de doentes de alto risco.

Segundo caso: Um doente que tinha uma aparente insuficiência coronária e foi internado por duas ocasiões, em hospitais diferentes. De ambas as vezes foram-lhe dados relatórios de alta. Foi eventualmente operado num desses hospitais. Segundo diz, e o médico assistente ausculta, tem uma prótese valvular mecânica. Teve alta, no entanto, sem qualquer relatório. O médico, consultado tempos depois, não tem qualquer possibilidade de saber exactamente o que lhe foi feito. Terá de escrever ao Colega do hospital, pedindo um relatório.

Todos nós sabemos as dificuldades encontradas no que se refere ao secretariado dos serviços. Sabemos também como é difícil organizar-se um processo para entregar ao doente, na altura da alta, para o caso de querer ser observado por outro médico. É evidente que a documentação de cada internamento tem de fazer parte do arquivo do hospital. Mas deveria haver a possibilidade de, com razoável facilidade, se se fizerem fotocópias da informação seleccionada pelo médico que dá alta. Ele, melhor do que ninguém, saberá o que pode ser útil a outro Colega eventualmente consultado. Esta última hipótese serviria para os dois casos apresentados. Um não foi operado. O outro foi. Nenhum recebeu documentação.

A exigência que temos de fazer a nós próprios, e que temos de deixar bem patentes nos serviços onde trabalhamos, é que a relação médico/doente engloba detalhes como os aqui exemplificados. O doente será o beneficiário directo desta atitude civilizada e indispensável entre Colegas. Mas estes têm de apresentar as suas exigências nos locais onde trabalham.

Como é natural não me foram dados pormenores, e muito menos nomes. Sabemos que situações destas são, infelizmente, frequentes. E têm de deixar de o ser. Para bem dos doentes. Para bem dos médicos.

Uma palavra ainda para o particular destaque dado neste número da Revista da Ordem dos Médicos às questões relacionadas com a Sida. Aproveitando a realização do primeiro Congresso Internacional, em Coimbra, julgou-se oportuno publicar, além das conclusões, outros textos directamente relacionados com as múltiplas questões que esta doença coloca à sociedade e aos médicos. Isto, sem prejuízo, naturalmente, de mantermos as nossas páginas abertas a outros temas relacionados com a Sida. E, no próximo número aparecerá o relato resumido da recente conferência de San Francisco.



REVISTA

Ordem
dos Médicos

Director

Manuel E. Machado Macedo

Redactores

Bernardo Teixeira Coelho
José Carlos Couto Soares Pacheco
Rui de Melo Pato
Manuel António Leitão da Silva
Fernando Costa e Sousa
José Germano Rego de Sousa

JUNHO 90

Depósito Legal n.º 7421/85

Propriedade, Administração e Redacção:
Ordem dos Médicos
Avenida Almirante Reis, 242, 2.º Esq.
Telef. 80 54 12 — 1000 LISBOA

Preço avulso: 200\$00

PUBLICAÇÃO MENSAL
27 500 exemplares

Execução gráfica:
Sogapal, Lda.
Casal da Fonte/Porto de Paia
Telefs. 479 01 42/49 — 2675 ODIVELAS

Breve História do Serviço de Saúde Naval
— Tema apresentado pelo Contra-Almirante Felix António, durante as «Primeiras Jornadas Internacionais Cardio-Vasculares da Marinha». Uma breve resenha da longa história do Serviço de Saúde Naval e do Hospital da Marinha.

Relações entre as ciências básicas e a medicina
— Implicações Institucionais, Profissionais e Pedagógicas. Trabalho da autoria do Prof. Gil Ferreira.



I Congresso Internacional sobre SIDA: Anos 90
— As conclusões do Congresso, que decorreu em Coimbra, nos dias 6, 7 e 8 de Abril de 1990. Os aspectos jurídicos da Sida e ainda a intervenção do Bastonário neste Congresso: «Sida e Ética, o Segredo Médico».



Breve história

SERVIÇO DE SAÚDE NAVAL

■ CONTRA-ALMIRANTE DR. FÉLIX ANTÓNIO

Como primeiro responsável directo pelo Serviço de Saúde Naval, que dirijo desde há cerca de 8 anos, e perto do termo desse já longo mandato, apraz-me proferir as primeiras palavras de abertura do evento que hoje aqui se inicia, começando por, em meu nome pessoal e no da Marinha, saudar a vossa presença, que muito nos honra, nesta distinta e prestigiosa Academia de Marinha, cujas instalações foram amavelmente postas à nossa disposição pelo seu ilustre Presidente, Almirante Rogério de Oliveira, a quem, por isso, manifesto o nosso mais profundo agradecimento. O nosso maior reconhecimento é também devido a V. Exa., Senhor Almirante Chefe do Estado-Maior da Armada, não só por todas as facilidades concedidas, mas também pelo espírito aberto com que recebeu esta iniciativa. Agradecimentos são ainda devidos, e gostosamente o faço, aos Laboratórios, sem o apoio dos quais não seria possível a realização destas Jornadas, conhecidos que são os sufocantes constrangimentos financeiros a nível da Marinha.

Estas «Primeiras Jornadas Internacionais Córdio-Vasculares da Marinha», tal como outras, realizadas em anos anteriores, no campo da Ortopedia, sobre artroplastia total da anca e artroscopia, pretendem fazer o ponto da situação de matérias médicas de grande actualidade, de marcado interesse científico, técnico e prático, desta vez nas áreas da **Córdio-Angiologia**, tanto na vertente de prevenção como na de intervenção, e da **Medicina Hiperbárica**, para as quais a Marinha está particularmente vocacionada. Sobre a sua respectiva temática lhes falará daqui a pouco o coordenador destas jornadas, Dr. Maldonado Simões, Chefe do Serviço de Cardiologia e da Unidade de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha, de cujas possibilidades e potencialidades actuais e futuras, vos apresentará uma sucinta panorâmica.

Mas porque o viver e apresentar o presente e o encarar e perspectivar o futuro não devem implicar o aban-

dono e o olvido do passado, principalmente quando este é nobre em tradições, frutuoso em factos e rico em ensinamentos, e até porque é meu entendimento devermos estar solidamente ligados ao que nos precede, para que possamos ir mais além e avançar confiadamente no futuro, permitam-me que, ainda que em breves pinceladas, lhes dê a conhecer um pouco da já longa história do Serviço de Saúde Naval, designadamente do seu velho Hospital da Marinha, a aproximar-se dos dois séculos de existência, por onde passaram vultos dos mais eminentes da medicina portuguesa, alguns deles pioneiros em Portugal de certas actividades médicas e até mesmo de algumas especialidades clínicas, como irão ouvir em seguida.

Embora a primeira tentativa que se conhece de hospitalização privativa para o pessoal da Marinha remonte a 1605, por uma carta régia de Filipe III de Espanha, dirigida ao Provedor e Irmãos da Misericórdia de Lisboa — já nessa altura havia a esclarecida visão e o avisado entendimento, curiosamente provenientes dum rei espanhol, de que os marinheiros deviam ter o seu hospital próprio — foi somente em 1796 que nasceu o primitivo Hospital da Marinha, instalado numas casas da Rua do Olival, contíguas ao Hospital Militar da Corte, por ordem do recém-nomeado Ministro da Marinha e Ultramar D. Rodrigo de Sousa Coutinho, transmitida ao então Físico-Mor da Armada Inácio Xavier da Silva, que viria a ser o seu primeiro Director.

Mas porque as instalações da Rua do Olival eram deficientes, o Hospital da Marinha só ali funcionaria durante um ano, ao fim do qual os doentes foram transferidos para o Convento do Desterro, que, durante 9 anos, serviria de Hospital provisório, enquanto se procedia às necessárias, grandes e demoradas obras de reconstrução e adaptação do antigo Convento de S. Francisco Xavier, também conhecido por Hospício dos Jesuítas, ali ao Campo de Santa Clara, destinado a Hospital da Real Armada por alvará de 27 de Setembro de 1797, assinado

pelo Príncipe Regente, mais tarde Rei D. João VI, o qual só seria, pois, inaugurado em 1806, e onde se tem mantido, com sucessivas obras de beneficiação, acrescentamento e modernização, até aos dias de hoje. Mas já antes dessa inauguração, mais precisamente em 1798, se iniciaria a actividade pioneira da Marinha no campo da medicina nacional. Na realidade, é nesse ano que o eminente cirurgião Teodoro Ferreira de Aguiar, personalidade de muito prestígio e influência naquela época, e já então 1.º cirurgião do Hospital da Marinha, elabora um original e importante projecto para a criação do ensino da cirurgia neste Hospital, tendo chegado mesmo a ser nomeado primeiro lente da respectiva cadeira por decreto de 20 de Abril daquele ano. Embora esse ensino formal da cirurgia no Hospital da Marinha nunca tivesse chegado a ter execução prática — já então, como agora, alguns projectos ficavam na gaveta — a verdade é que foi esse projecto que serviu de base, 27 anos mais tarde, a um outro projecto da sua autoria para a instituição do ensino organizado da cirurgia em Portugal e da consequente criação, em 1825, das Escolas Régias de Lisboa e do Porto, matrizes das actuais Faculdades de Medicina destas duas cidades.

É também nessa época que um outro médico naval se começa a distinguir de maneira notável: Refiro-me ao Dr. Bernardino António Gomes (pai), nome do Largo por que é hoje conhecido o velho campo de Santa Clara, onde está sediado o Hospital da Marinha, o qual começou a servir na Armada, com a graduação de Capitão-de-Fragata, em 1797, ano em que partiria para o Brasil, onde se manteve durante 4 anos.

São de realçar, entre os seus inúmeros e valiosos trabalhos, a descoberta de um dos alcalóides da quina, a cinchonina, a fundação da primeira Instituição Vacínica em Portugal, e, principalmente, a publicação do célebre livro «Ensaio Dermosográfico», editado em 1820 pela Academia das Ciências de Lisboa, obra ímpar, como tra-



balho de conjunto da especialidade de Dermatologia, na altura, e que o creditou como verdadeiro fundador da Dermatologia portuguesa.

Em seguida é o Dr. Bernardino António Gomes (filho), também ele médico naval distinto e cujo busto se pode ver no Largo que tem o nome de seu pai, que se salienta sobremaneira no meio médico de então.

Presidente do Conselho de Saúde Naval e Director do Hospital da Marinha, de 1833 a 1847, tendo naquelas funções procedido à reforma e reorganização do Serviço de Saúde da Armada e do Ultramar, foi contudo no domínio da Psiquiatria que se alcançou ao mais alto pedestal.

Tendo começado a interessar-se, desde 1841, pelos loucos internados no

Embora a primeira tentativa que se conhece de hospitalização privativa para o pessoal da Marinha remonte a 1605, por uma carta régia de Filipe III de Espanha, dirigida ao Provedor e Irmãos da Misericórdia de Lisboa — já nessa altura havia a esclarecida visão e o avisado entendimento, curiosamente provenientes dum rei espanhol, de que os marinheiros deviam ter o seu hospital próprio —.

Hospital da Marinha, na sequência de uma visita de estudo a vários estabelecimentos hospitalares psiquiátricos dos principais países da Europa, elaborou dois importantes trabalhos sobre psiquiatria, intitulados «Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principais da Europa» e «Memória Histórica sobre Alienados», que tiveram marcada repercussão no meio médico nacional da época. Mas foi com o seu plano de adaptação do antigo Convento da Luz a hospício de alienados, que, juntamente com um outro, da autoria de António Maria Ribeiro, foi sujeito a acalorada discussão pública em 1843, que aquele ilustre médico naval, então Presidente da

Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, demonstrou a sua extraordinária envergadura científica e intelectual, no seu duplo aspecto de médico e de professor, intervindo muitas vezes com o seu espírito cintilante, o que levou Caetano Beirão, outro dos principais intervenientes naquela discussão, a propor que o novo hospital de alienados fosse dirigido por Bernardino António Gomes (filho), a quem chamou o Esquirol português — Refira-se entre parêntesis, que Esquirol foi, com o seu mestre Pinel, ambos da Escola Francesa, um dos principais pioneiros e impulsionadores da psiquiatria mundial — a quem chamou o Esquirol português, referia eu, e de quem disse: O Esquirol português terá a glória e a nação a fortuna de ver convertido o edifício da Luz num belo estabelecimento para os alienados. E, embora o projecto de instalação do novo hospital no convento da Luz acabasse por ser abandonado, por vários motivos, em que, já então como agora, avultavam os financeiros, tendo-se optado posteriormente pelo Convento de Rilhafoles, onde se encontrava então o Colégio Militar, que, por esse motivo, se mudou para Mafra, criando-se assim, em 1848, o Hospital de Rilhafoles, hoje Hospital de Miguel Bombarda, aquele primitivo projecto de Bernardino António Gomes (filho) viria a ser importante instrumento de trabalho para o projecto de instalação do novo Hospital de Rilhafoles e para o seu regulamento, em cuja elaboração participou activamente e que viria a ser publicado em 1851.

Outra área da medicina em que a Marinha foi pioneira em Portugal foi a da Medicina Tropical, cujo ensino formal teve o seu início em 1887 na Escola Naval de Lisboa, estabelecimento de ensino criado por Decreto de 23 de Abril de 1845, com a instituição da cadeira de Higiene, composta de uma primeira parte (Higiene Naval e Colonial), destinada a todos os alunos do 1.º ano, e de uma segunda parte (desenvolvimento da primeira e Patologia Exótica), que, juntamente com aquela, constituía o curso complementar para médicos navais.

Foi seu primeiro professor o médico naval António Maria de Lencastre, que, considerado um dos melhores clínicos do seu tempo, foi também o principal impulsionador da criação da Assistência Nacional aos Tuberculosos, fundada em 1899 pela Rainha D. Amélia.

Com a criação da Escola de Medicina Tropical de Lisboa, em 1902, e a consequente supressão da cadeira sobre medicina tropical que então vigorava na Escola Naval, com a designação de «Noções Sobre Higiene Naval e Patologia Tropical», não

deixou a Marinha de ser, durante um certo tempo, ainda que fora das suas estruturas, a única detentora do ensino da medicina tropical em Portugal, porquanto as três cadeiras que passaram a ser professadas naquela Escola de Medicina Tropical, após a sua criação, ficaram todas a cargo de médicos navais: António Maria de Lencastre, já referido, Francisco Xavier da Silva Teles, que, além de investigador e cientista, foi também um apaixonado pelas Letras, tendo chegado sucessivamente a professor da Faculdade de Letras, a Reitor da Universidade de Lisboa e a Ministro da Instrução, e Aires Kopke, que viria a distinguir-se particularmente com os seus trabalhos sobre a doença do sono, com notável repercussão internacional.

Com a criação da Escola de Medicina Tropical de Lisboa, em 1902, e a consequente supressão da cadeira sobre medicina tropical que então vigorava na Escola Naval, com a designação de «Noções Sobre Higiene Naval e Patologia Tropical», não deixou a Marinha de ser, durante um certo tempo, ainda que fora das suas estruturas, a única detentora do ensino da medicina tropical em Portugal.

É de frisar também que, posteriormente, embora sem o exclusivo dos professores da Escola de Medicina Tropical, que mais tarde viria a dar lugar ao Instituto de Medicina Tropical, hoje designado Instituto de Higiene e Medicina Tropical, a Marinha continuou ao longo dos anos a ser alfobre de professores e assistentes dessa Escola e do Instituto que se lhe seguiu, onde alguns deles deixaram um rasto de prestígio digno de ser assinalado, como José António de Magalhães, Manuel Máximo Prates, João Fraga de Azevedo, etc.

Outra especialidade médica em que a Marinha também foi uma das pioneiras no nosso país foi a Anestesiolo-



gia, cujo primeiro serviço oficial foi criado em 1948 no Hospital da Marinha, a cargo do médico naval Mário Santos.

E, para terminar esta digressão de índole médico-naval, refira-se ainda que foi a Marinha, por intermédio do seu Serviço de Saúde Naval, que iniciou em Portugal o uso dos antibióticos, que pela primeira vez usou a vacina contra a tuberculose, o B.C.G., com posterior generalização às restantes Forças Armadas e a organismos civis, e que, com a criação do seu sofisticado Laboratório de Análises Fármaco-Toxicológicas em 1979 e com a introdução no nosso país do modelo de recuperação Minnesota, nascido nos EUA, implementou um ambicioso e bem sucedido programa de dissuasão do consumo de drogas e de álcool e de recuperação da respectiva dependência, exemplo acabado do que se deve fazer em tal matéria, tanto a nível nacional como internacional.

Outra especialidade médica em que a Marinha também foi uma das pioneiras no nosso país foi a Anestesiologia, cujo primeiro serviço oficial foi criado em 1948 no Hospital da Marinha, a cargo do médico naval Mário Santos.

Quanto à Medicina Hiperbárica, de que já falámos, e que irá ser um dos assuntos abordados nestas Jornadas, emanação natural do Serviço de Saúde Naval, dispõe hoje o nosso Hospital de uma enorme câmara, apta a prestar assistência não só à Marinha e aos outros Ramos das Forças Armadas, mas também a outros organismos, civis, quer estatais, quer particulares.

Ao aproximar-se do fim esta minha já longa dissertação, não gostaria de a concluir sem expressar o nosso mais vivo reconhecimento a todos vós, que quiseram honrar-nos com a vossa participação nas «Primeiras Jornadas Internacionais Córdio-Vasculares da Marinha», permitindo-me que sublinhe, pelo seu significado muito especial, três presenças, que nos são particularmente gratificantes, a nós Forças Armadas, a nós Marinha, a nós Saúde Naval, a nós médicos:

Em primeiro lugar, Sua Excelência o Ministro da Defesa Nacional, que, dignando-se presidir a esta sessão solene, nos vem demonstrar o seu interesse por esta nossa realização de saúde militar. E estou convicto de que este seu interesse é mais uma indelmentível prova abonatória da sua inteligente e lúcida visão do que devem ser as novas Forças Armadas Portuguesas, que a grande maioria dos militares deseja ver adequada e realisticamente redimensionadas, reestruturadas, reorganizadas e reequipadas, não só de acordo com a nossa situação política, económico-financeira e social, em que terá que avultar o sentimento generalizado dos portugueses dignos deste nome, mas também conforme a realidade da nossa situação geo-estratégica de país euro-atlântico que sempre fomos, e que pretendemos, devemos e temos que continuar a sê-lo, sem prejuízo da nossa adesão às Comunidades Europeias, como polo aglutinador de uma desejável comunidade de países de língua portuguesa. É neste contexto que ninguém devidamente esclarecido poderá duvidar do papel primordial que caberá à Marinha no novo dispositivo das Forças Armadas Portuguesas, mas para cuja eficácia e credibilidade não se poderá prescindir de uma Logística da Saúde, sólida, pujante e de qualidade, apoiada em material moderno e eficiente e em profissionais competentes e bem informados. Daí, o manifesto interesse de jornadas como as de hoje.

Quanto à presença do representante de Sua Excelência o Ministro da Saúde, ela não pode deixar de significar para nós uma atitude, deveras honrosa, de receptividade, interesse e compreensão por um importante sector da medicina nacional, a medicina castrense, que, ainda que fora do âmbito do seu ministério, por naturais e facilmente compreensíveis condicionamentos inerentes à instituição militar, está aberta à mais franca, leal e profícua colaboração, nos dois sentidos, com os organismos estatais de saúde civil, como é prova bem evidente a câmara hiperbárica recentemente instalada no Hospital da Marinha, e, como esperamos que venha a sê-la também, o moderno e sofisticado Laboratório de Hemodinâmica em fase de instalação.

Finalmente, a presença do Excelentíssimo Bastonário da Ordem dos Médicos, referencial importante e imprescindível relativamente a tudo o que diga respeito à saúde em Portugal, mesmo que a nível estatal, vem trazer-nos, como lídimo representante da dedicada, incansável e generosa classe profissional, a que nos orgulhamos de pertencer, e sem a opinião da qual não se pode fazer uma política séria de

saúde, o estímulo e o apoio reconfortantes para a prossecução de acontecimentos como este de hoje, com o inegável crédito que lhe advém de, ao longo destes últimos anos, ter sabido defender, com coragem, com firmeza, com determinação, e, acima de tudo, com verdade, algumas infelizes e quiçá demagógicas invectivas contra a classe médica tendentes a assacar-lhe a maior parte da responsabilidade das, infelizmente ainda existentes, graves insuficiências e deficiências do sistema nacional de saúde, difíceis de superar, acredito, mas que terão que ser resolvidas com o contributo de todos, designadamente dos governos e de todos os profissionais de saúde, num esforço

E, sendo a saúde factor essencial para o bem-estar e o progresso das populações, sem os quais não pode haver nação próspera e pátria engrandecida, valores e conceitos esses que consideramos inalienáveis e que nos são muito caros, a nós médicos, a nós Saúde Naval, a nós Marinha, a nós Forças Armadas, poderão os portugueses estar certos da nossa permanente disponibilidade.

colectivo, constante, harmónico e dialogante.

E, sendo a saúde factor essencial para o bem-estar e o progresso das populações, sem os quais não pode haver nação próspera e pátria engrandecida, valores e conceitos esses que consideramos inalienáveis e que nos são muito caros, a nós médicos, a nós Saúde Naval, a nós Marinha, a nós Forças Armadas, poderão os portugueses estar certos da nossa permanente disponibilidade, no âmbito das nossas capacidades e das nossas possibilidades, para contribuirmos, com humildade, mas com interesse e determinação, para esse esforço colectivo, em prol da sua saúde, e, conseqüentemente, do seu bem-estar e do seu progresso.

Lisboa, 18 de Junho de 1990.



CONSIGO POR TODA A CASA

O ar condicionado portátil AXERGIE é muito prático e especialmente vantajoso em sua casa ou no seu escritório.

O ar condicionado portátil **AXERGIE** acompanha-o para onde quer que vá. Pode tê-lo durante o dia na sala, à noite no quarto... É total e facilmente transportável, o que lhe permite tê-lo onde for mais necessário, sem ter que investir na multiplicação de aparelhos por vários ambientes.

A distribuição do ar fresco é contínua e regular, com desumidificação simultânea. Você controla a temperatura do ar e pode programar o aparelho para funcionar automaticamente. A alta eficiência e economia do ar condicionado portátil **AXERGIE** é assegurada por um compressor rotativo que reduz a energia necessária, garantindo a mesma potência.

Faça do ar condicionado **AXERGIE** um companheiro inseparável.

AXERGIE

SISTEMAS DE UTILIZAÇÃO DE ENERGIA, LDA.

Estrada de A-da-Maia, 49-A - 1500 LISBOA
Tels. 74 80 48/49 - Telefax 74 80 41 - Telex 62863 AXER

Relações entre as ciências básicas e a medicina

IMPLICAÇÕES INSTITUCIONAIS, PROFISSIONAIS E PEDAGÓGICAS

■ PROF. GIL FERREIRA

A Medicina é um ramo da Biologia Aplicada e é pedestre afirmar-se que parte apreciável dos seus avanços, em especial desde o fim da última guerra mundial, se devem à importação de conceitos e técnicas das ciências básicas e da engenharia. A radiologia oriunda da física, a bioquímica clínica vinda da química e as técnicas electrofisiológicas de diagnóstico, simples extensão dos métodos de processamento de dados dos engenheiros, são talvez os exemplos mais conhecidos. Mas de todas as ciências básicas a biologia é sem dúvida a mais importante. A anatomia, a fisiologia, a bioquímica e a farmacologia (e, evidentemente, a patologia) têm sido e continuam a ser o enquadramento científico da medicina ao longo deste século.

Esta incorporação na medicina de conteúdos científicos e técnicos de outras áreas tem vindo a acelerar-se. A explosão da biologia molecular, da imunologia, da microbiologia, da morfologia de alta resolução, da farmacologia e das técnicas instrumentais e informáticas de obtenção e processamento de imagens está a transformar a prática médica a um ritmo que põe problemas logísticos não triviais. Os médicos e as instituições onde trabalham estão sobre uma pressão contínua e cada vez maior de reconversão. Mais do que nunca urge perguntar se as Escolas Médicas, e as nossas em particular, formam médicos capazes de absorver e de incorporar na sua actividade profissional os factos, conceitos e técnicas novas que surgem a cada passo e se os hospitais, e os nossos em particular, estão em condições de integrar no seu funcionamento os avanços técnicos transferíveis para a medicina mesmo admitindo não haver restrições financeiras.

A formação dos médicos

Muitos currículos médicos baseiam-se na convicção de que a medicina como ciência se baseia no conhecimento da maneira como os componentes celulares, as células, os tecidos, os órgãos, e os sistemas do corpo

humano estão organizados, como funcionam e como reagem orgânica e funcionalmente a agressões variadas e a drogas. Se quisermos encapsular este conceito ele equivale a dizer-se que quem souber a anatomia, a fisiologia, a bioquímica, a farmacologia humanas e o mecanismo de acção dos agentes patogénicos estará em condições não só de perceber os sinais e sintomas das doenças dos humanos mas até de os prever e tratar.

Com base neste conceito constroem-se, em todo o mundo, currículos consistindo essencialmente numa parte pré-clínica destinada ao ensino dos fundamentos científicos da medicina e uma parte clínica destinada ao estudo dos doentes, das doenças e das técnicas do diagnóstico, da profilaxia e do tratamento. Como as ciências onde a medicina vai buscar conteúdos têm vindo a crescer e a multiplicar-se as Escolas Médicas não têm resistido a incorporar cada vez mais disciplinas nos seus currículos. Hoje não existe uma anatomia mas várias, para já não falar da emancipação da histologia, da ultramorfologia, da biologia celular. A fisiologia está em vias de extinção tendo vindo a dar lugar à endocrinologia, à neurobiologia, à fisiologia da reprodução, à biofísica, etc. A imunologia emergiu como ciência autónoma tal como a virulogia. A biologia molecular nasceu, adquiriu independência e

está nesta altura a lançar rebentos noutras áreas: já se fala duma farmacologia molecular, duma imunologia molecular, duma fisiologia molecular e até já ouvi falar de uma pediatria molecular...

É frequente ouvir-se perguntar: como pode um médico compreender a insuficiência cardíaca se não souber fisiologia cardiovascular? Os professores das disciplinas pré-clínicas já se habituaram a ouvir os seus colegas das clínicas queixarem-se que os alunos não sabem fisiologia, ou anatomia, ou bioquímica. Para citar só estes exemplos. A única resposta a estas críticas é perguntar: qual fisiologia, qual anatomia, qual bioquímica? Não é impossível que os clínicos tenham razão e que os professores do ciclo pré-clínico nem sempre sejam culpados. Muito provavelmente a fisiologia usada pelo clínico é diferente da ensinada pelo fisiologista.

Os fundamentos científicos da prática médica

É inegável que as Escolas Médicas e a medicina em geral vivem da coabitação de duas actividades intelectuais ou científicas de natureza distinta. São quase «duas culturas» diferentes.

A característica intelectual da prática clínica consiste na manipulação «inteligente» de padrões que podem ser constelações de sinais e sintomas ou de acções de drogas. Durante o acto médico recorre-se à experiência acumulada por outros e transmitida pela literatura da especialidade ou à experiência pessoal de cada um para se atribuir uma probabilidade estatística à associação entre determinados sintomas e sinais e determinada situação patológica. A construção de sistemas informáticos de diagnóstico reflecte directamente esta estratégia. Os pro-



gramas elaborados para o efeito não indicam diagnósticos resolvendo um modelo matemático. Partem antes de um conjunto numeroso de dados e estabelecem correlações estatísticas. Evidentemente que a estratégia intelectual do médico é mais complicada porque inclui também a manipulação de conceitos da biologia humana que até certo ponto são racionalizáveis. Para dar apenas um exemplo a retenção de potássio e de ureia nas insuficiências renais pode ser **deduzida** a partir do conhecimento, mesmo superficial, dos mecanismos que regulam o seu balanço e em especial dos da sua excreção pelo rim. Hiperkaliémia deixa assim de ser simplesmente um sinal estatisticamente relacionável com a insuficiência renal. Quando falamos sobre a importância da formação científica do médico temos em mente esta componente do seu funcionamento profissional.

Mas debrucemo-nos um pouco mais sobre a cultura científica médica por oposição à dos biólogos. Alguns exemplos ajudarão a estabelecer a distinção.

As acções mais bem estudadas dos digitálicos são o seu efeito terapêutico sobre a insuficiência cardíaca (cultura médica) e a inibição específica da bomba de sódio (cultura da biologia básica). Quando o biólogo estuda este segundo efeito procura escolher sistemas muito simples, como sejam células isoladas ou até o complexo molecular da bomba, de modo a poder caracterizar quantitativamente os resultados. O médico por sua vez está interessado nas modificações hemodinâmicas induzidas pela droga e na toxicidade desta. Saber que o efeito hemodinâmico é o resultado final de uma acção sobre as bombas de sódio do músculo cardíaco não é muito relevante para o clínico. Mais até, é impossível extrapolar a partir dos milhares de trabalhos publicados sobre as acções dos digitálicos nos diferentes sistemas celulares do organismo qual o seu efeito no organismo como um todo. Quando o clínico quer saber o que os digitálicos fazem, consulta livros de farmacologia e de terapêutica e não de fisiologia ou biologia celular. Esta separação enorme entre a maneira de pensar e agir do investigador das ciências básicas e do médico é algo de muito fundamental. A maioria dos métodos instrumentais de diagnóstico baseia-se em conceitos que não são acessíveis à quase totalidade dos médicos. Vejamos o caso do electrocardiograma.

O electrocardiograma é o registo dos potenciais eléctricos de superfície em pontos escolhidos do corpo humano. Desde os meus tempos de faculdade que os alunos aprendem as bases fisi-

cas do ECG a partir de um modelo muito simples que compreende um dipolo gerador a partir do qual se cria um campo eléctrico que por estar instalado num meio condutor e ser variável no tempo implica a existência de correntes simultâneas (iónicas e de deslocamento). Com base nestes conceitos e no conhecimento muito geral do ciclo cardíaco e depois de se estabelecerem relações entre a anatomia patológica e os registos explicam-se, à posteriori, os acidentes normais e patológicos do ECG. Na realidade não se trata de uma explicação. É antes uma menemónica. A descrição rigorosa da distribuição de correntes e poten-

Em comparação com a biologia dos componentes a biologia dos sistemas, de que é um exemplo extremo a biologia do comportamento, encontra-se numa fase quase pré-científica e apetece pensar que não só se conhecem poucos factos passíveis duma organização teórica rigorosa como não existem até as ferramentas conceptuais adequadas.

ciais eléctricos em meios condutores heterogéneos de geometria caprichosa, quando é possível, exige formulações matemáticas e recursos informáticos apreciáveis. Este estado de coisas não impede que os cardiologistas usem os ECGs com grande eficácia mas fazem-no, mais uma vez, manipulando padrões estatísticos.

A biologia dos componentes e dos sistemas

Esta relação distante entre a prática médica e a sua eventual fundamentação científica rigorosa nada tem de específico. Existem situações semelhantes noutras áreas de que a meteorologia é um bom exemplo. No caso da medicina a situação é um reflexo

directo do que se passa com a investigação fundamental em biologia.

Ainda que correndo o risco de simplificar exageradamente é possível dizer que a investigação em biologia se orienta segundo duas estratégias fundamentais: a caracterização de componentes e a caracterização de sistemas. Quando um fisiologista estuda as propriedades biofísicas da membrana de um neurónio pode fazê-lo, como Hodgkin e Huxley, com apreciável rigor e está a aplicar técnicas e conceitos consagrados da química e da física. Quando a partir de órgãos, tecidos ou células se isolam, cristalizam, se sequenciam complexos moleculares responsáveis por determinada função biológica seja ela o transporte iónico, a contracção muscular ou a transdução num sensor nervoso segue uma estratégia idêntica. Pela natureza da sua metodologia a morfologia de alta resolução é também o estudo de componentes. Os grandes progressos da biologia nos últimos cinquenta anos, possíveis graças ao desenvolvimento da genética molecular, das técnicas de fraccionamento celular, da bioquímica, da imunologia, da virologia e da morfologia de resolução molecular, deram-se na área dos componentes e a situação que se vive tem muito de parecido com o que se passou na física quando a estrutura do átomo começou a ser descortinada.

Em comparação com a biologia dos componentes a biologia dos sistemas, de que é um exemplo extremo a biologia do comportamento, encontra-se numa fase quase pré-científica e apetece pensar que não só se conhecem poucos factos passíveis duma organização teórica rigorosa como não existem até as ferramentas conceptuais adequadas. Se compararmos com a física está-se numa fase anterior ao desenvolvimento da mecânica estatística. Mesmo quando se lida com sistemas de dimensões mais reduzidas, como é o caso da via da visão conhece-se o comportamento de umas largas centenas de neurónios quando só o nervo óptico humano tem mais de um milhão de fibras. Não será nunca possível reconstituir o funcionamento do sistema visual pela simples adição das funções dos seus neurónios componentes.

Pontes possíveis entre as duas estratégias

Não temos a pretensão de sugerir sequer uma solução para esta situação mas não podemos ignorar que se vislumbram algumas vias modestas nesse sentido. Uma delas é a construção de modelos matemáticos ferramenta que os físicos usam há séculos.

Os modelos matemáticos dos biólogos têm mais afinidades com os dos engenheiros e estão numa fase embrionária. Há modelos dos aparelhos urinário, circulatório e respiratório, do mecanismo de controlo da glicémia, para só citar alguns, cuja única utilidade é o ensino. Há modelos mais avançados de árvores neuronais, de glóbulos vermelhos e de epitélios que já podem considerar-se como ferramentas de investigação poderosas. Com os recursos informáticos a crescer continuamente é de esperar que a modelação matemática venha, a médio prazo, a desempenhar um papel comparável ao que tem na engenharia. Mas a modelação matemática de sistemas biológicos põe problemas de logística científica porque não é uma tarefa facilmente acessível à maioria dos biólogos, dos físicos e dos matemáticos tal como são formados hoje. Um dos passos determinantes da modelação é a escolha de simplificações que não comprometam a utilidade do modelo tarefa que compete aos biólogos. Por outro lado a construção matemática de modelos e a sua resolução numérica só em condições excepcionais poderá ser feita por biólogos.

A interdisciplinaridade da biologia

Fazer biologia é hoje uma tarefa interdisciplinar, toda a gente o sabe. A morfologia não existe já como disciplina isolada. Pratica-se em conjunto com as técnicas de fraccionamento celular, da bioquímica e da biologia molecular. A fisiologia não pode existir sem a biologia molecular, a morfologia, a bioquímica e a farmacologia.

Mas fazer medicina também o é mesmo que consideremos os seus aspectos mais práticos. Todos nós nos maravilhámos com as imagens da ecografia, da tomografia axial computadorizada, da ressonância magnética ou da tomografia de emissão de positrões. Mas habituados como estávamos à radiologia não nos apercebemos que a imagem radiológica é totalmente distinta daquelas. No caso da radiografia estamos em presença da simples projecção de sombras num plano. Trata-se de uma imagem facilmente acessível à simples intuição. Nos outros casos a imagem que o médico vê é o resultado de uma complexa cadeia de processos instrumentais e numéricos cujo entendimento está vedado à quase totalidade dos clínicos. Eu diria até que, por exemplo, os fenómenos físicos em que se baseia a ressonância magnética são incompreensíveis para eles. Pode perguntar-se: será que esta situação pode ser resolvida pela reformulação dos currículos? Suspeito que não. Será que ela impede o médico de

usar estes métodos? Também não. Então porque não usar os instrumentos de diagnóstico como quem toca telefonia? Trata-se de algo inerente à sua actividade que em nada a desvirtua. A manipulação inteligente de padrões, característica específica do acto médico, é em si uma actividade altamente especializada e muito difícil de dominar.

Os médicos estão portanto fadados a tocar telefonia quase todo o tempo. Fazem-no até quando recorrem à fisiologia, à bioquímica, à imunologia, à virulogia, à oncologia e às ciências básicas em geral e isso não os impede de tratar doentes. O problema está em saber-se até onde pode ir esta atitude.

Se por um lado os médicos não podem saber tudo por outro têm de viver num clima profissional que lhes permita importar técnicas e conceitos de outras áreas logo que a sua utilidade seja evidente e só nessa altura. O papel, nesta transferência, do ensino praticado nas Escolas Médicas só pode ser muito modesto como é modesta a eficácia das acções de reciclagem nos moldes em que são feitas entre nós.

Suspeito que será necessário manter contactos permanentes com outras áreas do saber mas que esses contactos não podem ser feitos apenas através de aulas, conferências ou leituras e que terão de ser continuamente avaliados. O uso da informática é relevante neste contexto.

Desde o fim da década de sessenta que há máquinas, software e recursos instrumentais que tornavam possível a aplicação da informática à medicina e isso foi feito nos países nórdicos, no Reino Unido e nos EUA. Em Portugal a informática só adquiriu peso no meio médico após o aparecimento dos computadores pessoais ou seja quando se tornou acessível ao público em

geral. Este atraso ocorreu porque até aqui as Escolas Médicas e os hospitais em geral não usavam a informática para fins científicos o que só poderiam ter feito se tivessem incorporado nos seus quadros investigadores com formação em física, matemática ou engenharia. Mas porque isso ainda não acontece o uso da informática pelos médicos é ainda hoje, perdoem-me a expressão, trivial. Faz-se processamento de texto, fazem-se gráficos a várias cores, aplicam-se programas de estatística a dados cuja colheita não foi planeada e raramente, constroem-se bases de dados. Na maioria das tarefas os computadores vieram para realizar algumas das tarefas das secretárias. Será que a utilidade dos computadores em medicina acaba aqui?

Se por um lado os médicos não podem saber tudo por outro têm de viver num clima profissional que lhes permita importar técnicas e conceitos de outras áreas logo que a sua utilidade seja evidente e só nessa altura. O papel, nesta transferência, do ensino praticado nas Escolas Médicas só pode ser muito modesto como é modesta a eficácia das acções de reciclagem nos moldes em que são feitas entre nós. A solução habitual de ir lá fora ver como se faz é uma solução de recurso. Em meu entender o passado mostrou que as relações entre a nossa medicina e as ciências básicas não são saudáveis.

A avaliar pelo que se passa em instituições médicas de ponta, sejam elas hospitais como o Massachussets General Hospital ou Escolas Médicas como as da Universidade de Harvard ou de Stanford o segredo do sucesso parece estar ligado em grande parte à existência de um sector de investigação básica interdisciplinar, vigorosa. Acontece até que as Escolas Médicas de Harvard e de Stanford não têm sequer hospitais universitários. Subcontratam o ensino das clínicas a hospitais. Arrisco-me a afirmar que à medida que a qualidade de uma Escola Médica diminui também diminui a importância do seu sector básico. Ora acontece que o sector básico das nossas Escolas Médicas está subdotado em pessoal, em espaço, em recursos instrumentais e em fundos. É preciso que isso seja dito e que se esteja consciente das implicações daí decorrentes.

Investir em ciência

Voluntariamente tenho evitado discutir uma questão que, no nosso país, está no ar desde a década de quarenta: será justificado em Portugal desviar recursos do diagnóstico e tratamento de doentes para a investigação básica ainda que esta seja potencialmente útil para o progresso da medicina? Trata-

-se de uma questão que me excede mas custa-me a admitir que não haja lugar em Portugal para a criação e funcionamento de uns tantos centros de excelência, sejam eles hospitais ou Escolas Médicas e como já vimos a existência de tais centros implica um sector básico forte.

Não vou portanto discutir se se justifica ou não investir no sector básico ligado às ciências médicas. Vou antes admitir que isso tem de ser feito e perguntar como.

O investimento em ciência é, em princípio, fácil de analisar. É preciso identificar as áreas científicas mais relevantes, criar condições materiais atraentes nessas áreas para cientistas dotados e criar mecanismos de avaliação do trabalho que for sendo produzido. Na aparência estas tarefas podem ser empreendidas com base em informação escrita facilmente acessível, no acesso às opiniões da comunidade científica e na análise de instituições de reconhecido mérito. É este o ponto de vista dos gestores da ciência expresso nas chamadas «políticas científicas» institucionais ou estatais.

O crescimento de recursos financeiros, materiais e humanos atribuídos à actividade científica, mesmo em países como o nosso em que eles são mais do que modestos, teve como consequência o aparecimento e o crescimento de máquinas administrativas destinadas à gestão desses recursos constituídas por profissionais muito variados que vão desde o economista, o gestor, o contabilista ao consultor científico. Os cientistas queixam-se destas máquinas porque se vêm forçados a elaborar projectos, relatórios, a lidar com a burocracia da execução dos orçamentos e a «explicar» muitas vezes em termos quase surrealistas porque fazem esta ou aquela investigação, mas não podem ignorar que a sociedade sente, legitimamente, a necessidade de controlar o dinheiro que gasta com a ciência. Aceitando a necessidade desse controlo não podemos ignorar-lhe os riscos.

Desde a segunda guerra mundial que as comunidades científicas passam por tormentos em muito semelhantes aos que têm vindo a ser enfrentados ao longo de séculos pelos artistas. A sua actividade é analisada, criticada, controlada por aqueles a quem Shaw chamava «filisteus» e que no caso da ciência eu chamarei os «cientocratas». São pessoas com uma formação científica não diferenciada — não são cientistas praticantes — ocupando posições na burocracia científica onde tomam decisões sobre o destino a dar ao dinheiro. Lidando com relatórios, projectos, pareceres mas não com artigos científicos — o produto, por excelência, da actividade científica — adqui-

rem muito rapidamente a convicção que podem falar sobre ciência e com base nessa convicção tomam decisões sobre política científica. São ajudados nessa actividade por outros membros da comunidade dos filisteus, os jornalistas e os próprios cientistas que também funcionam como filisteus em relação à actividade dos seus colegas cujos trabalhos muitas vezes não conhecem nem conseguem avaliar correctamente.

O filistinismo da burocracia científica veio para ficar em todas as comunidades científicas mas, estou em crer, é tanto mais sério quanto mais frágil for a ciência de um país. No caso de Portugal assistiu-se nos últimos anos a uma súbita expansão relativa, ela é modestíssima em valor absoluto, dos recursos atribuídos à ciência e a gestão desses recursos é neste momento o gargalo da garrafa do nosso desenvolvimento científico porque há pouca experiência nesse campo, porque há muito poucos cientistas a que recorrer

O investimento em ciência é, em princípio, fácil de analisar. É preciso identificar as áreas científicas mais relevantes, criar condições materiais atraentes nessas áreas para cientistas dotados e criar mecanismos de avaliação do trabalho que for sendo produzido.

para pôr em funcionamento o sistema do «peer review», porque não há as infra-estruturas mínimas necessárias à investigação e porque, com excepção de uma ou outra área, os cientistas trabalham isolados por se ocuparem de temas em que muito pouca gente trabalha no país. Numa situação como esta é ilusório pensar-se na adopção de políticas científicas copiando o que se faz no Reino Unido, na França, na Alemanha ou até em países pequenos como a Holanda, a Dinamarca ou a Suécia. Só pode haver uma política científica quando se pode escolher ou seja quando há mais projectos e cientistas de qualidade do que é possível financiar. Suspeito não ser essa a situação portuguesa. Tendo esta opinião não seria coerente da minha parte pretender que conheço as soluções.

Estou no entanto firmemente convencido que a medida fundamental anterior a qualquer política científica é a identificação de talentos. Sem jovens dotados não há ciência como não há futebol de qualidade sem bons futebolistas. A escolha das áreas vem depois.

Investir em ciências básicas como forma de investir em medicina: o factor humano

Não vale a pena discutir longamente as necessidades em espaço, infra-estruturas (oficinas, bibliotecas, biotérios, etc.) e outros recursos materiais porque são óbvias e porque dependem duma decisão fundamental: investir ou não em ciências básicas. Se essa decisão for tomada a atribuição de recursos materiais vem por arraste.

É mais pertinente discutir em quem investir. Como já dissemos o recrutamento de jovens com talento é o passo mais importante. Se os cientistas são mediocres, mesmo que sejam muitos, só produzem ciência medíocre.

Mas recrutar como?

Como já vimos a biologia e a medicina são interdisciplinares e isso deve reflectir-se na formação dos cientistas que nelas trabalham. A aquisição de competência em áreas não estritamente médicas por parte de médicos não é impossível, é hoje mais provável como resultado da qualidade dos alunos que, como consequência do «numerus clausus», hoje chegam às faculdades de medicina. Implica no entanto que esses médicos deixem de o ser para se ocuparem integralmente da investigação básica. Não se fazem ciências básicas às segundas, quartas e sextas à tarde, como também se não faz medicina a sério em «part-time».

Mas não basta recrutar médicos. É preciso encher os hospitais de ponta e os ciclos pré-clínicos das Escolas Médicas de jovens com formação diversificada. Isso não pode fazer-se contratando-os como técnicos. É preciso atribuir-lhes estatutos e criar-lhes possibilidades de carreira em tudo idênticas às dos médicos. Não se faz investigação básica por encomenda. A ser assim os próprios sistemas de recrutamento têm de mudar. Talvez seja vantajoso olhar-se nesta altura para a nossa vizinha Espanha. O Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Sevilha tem uma dúzia de professores três dos quais físicos de formação.

Como medida complementar poderia pensar-se, à maneira do que está a ser feito na Holanda, em criar cursos em ciências médicas (não clínicas) para aqueles cujo destino é a investigação básica. Tal medida implicaria a participação de outras faculdades nesses cursos. A eficácia desta solução está



ainda por demonstrar. Independentemente da criação destes cursos os currículos médicos têm de mudar com base no reconhecimento que se destinam à formação de médicos (praticantes da «cultura médica») e não de cientistas. O ensino pré-clínico deve ser simplificado e encurtado e orientar-se de acordo com as necessidades específicas da clínica. Os alunos vão para as Escolas Médicas para serem médicos e o grosso do tempo que ali passam deve ser dedicado ao treino das aptidões que definem o perfil profissional do médico. As bases científicas da medicina devem ser estudadas nos laboratórios, investigando. Os médicos devem complementar a sua formação científica através da convivência com os cientistas que trabalham ao lado e não através da leitura de artigos que não percebem.

Os temas

Como já dissemos o ingrediente fundamental da investigação em ciência é o talento do cientista e nós não dispomos ainda de sistemas de recrutamento que seleccionem predominantemente jovens dotados e que continuamente desviem para outras actividades os cientistas que o não são. Vamos no entanto admitir não ser este o factor limitante e debruçemo-nos sobre a questão das áreas prioritárias em relação à qual há atitudes com todas as «nuances». Num caso extremo há quem escolha a resolução de problemas práticos — a cura do cancro, por exemplo — como único critério, no outro extremo há quem pense ser o progresso da ciência o único critério válido. Na prática o problema esvaziar-se se quem escolher souber escolher e saber escolher não é em geral possível.

Quando Cesar Milstein escreveu o seu primeiro artigo sobre anticorpos monoclonais, antes de o submeter para publicação de acordo com a regulamentação a que estava sujeito, enviou o manuscrito ao Medical Research Council, para que esta instituição decidisse se deveria registar-se uma patente. Foi-lhe dito que não... O investimento na ciência é, quer se queira quer não, um investimento de alto risco e a longo prazo. Inicialmente muito pouca gente se apercebeu das implicações dos estudos de Perutz com a hemoglobina cristalina. A teoria da contra-corrente renal foi ignorada durante quase dez anos. Os algoritmos usados na tomografia axial computadorizada estavam concebidos muito antes da sua utilização prática. A lista de exemplos deste tipo é interminável. Ninguém sabe se nesta altura um cientista desconhecido está a trabalhar numa hipótese de trabalho que vai de

novo revolucionar a biologia dentro de uns anos há semelhança do que aconteceu com os pioneiros da biologia molecular do presente. Na prática os cientocratas escolhem como prioritários temas que conhecem pelo contacto com os jornais, com a literatura paracientífica mais ou menos filosófica que os múltiplos congressos e reuniões de cientocratas e de cientistas importantes, que muitas vezes já não fazem ciência, produzem, com os políticos e com os técnicos da sociedade em que se inserem. A comunidade científica europeia está neste momento a ser bombardeada quase semanalmente com «guidelines» e programas da CEE gerados dessa maneira e não será surpreendente se reagir como acontece lá fora em circunstâncias semelhantes: passa a utilizar o sistema à sua maneira dizendo que vai fazer alhos e fazendo bugalhos. Nas comunidades científicas anglo-saxónicas uma grande parte dos cientistas concorre a fundos com projectos quase concluídos e utiliza o dinheiro para iniciar linhas novas.

Se pomos estas reservas e muitas outras ao funcionamento da burocracia científica também é verdade não podermos exigir-lhe cheques em branco. Talvez seja mais construtivo colocar-nos na posição dos cientocratas e o problema para resolver é a resposta à pergunta: investir em que áreas da biologia (médica)?

Quando se tenta seguir o desenvolvimento actual da biologia nos seus aspectos mais ligados à biologia humana, e ninguém pode fazê-lo exaustivamente, emergem certas áreas como obviamente promissoras.

A neurobiologia está nesta altura numa fase explosiva. Com o aparecimento das técnicas de cultura de células nervosas, das fatias de cérebro, do traçamento das vias, do isolamento e caracterização (por clonagem e técnicas de DNA recombinante) de proteínas do sistema nervoso e em especial receptores, do estudo dos fenómenos de regeneração está-se no limiar de avanços significativos nessa área tanto em relação aos mecanismos de transmissão como a mecanismos a nível de sistema de que são exemplos os mecanismos de memória e aprendizagem ligados seguramente à hoje reconhecida plastificação do sistema nervoso.

Outra área que não pode ser ignorada é a biologia molecular. Dela estão a surgir a caracterização de numerosas proteínas, não obrigatoriamente enzimas em sentido estrito, e de outros factores responsáveis pela comunicação entre o interior e o exterior das células, as proteínas G por exemplo, pela adesividade celular, pelo controlo da diferenciação, pela oncogénese, pela motilidade celular, pelo trans-

porte de substâncias entre compartimentos biológicos, pelo reconhecimento e actuação de drogas. Num campo mais prático a biologia molecular e especialmente a genética molecular vão contribuir a ritmo crescente para o diagnóstico através da produção de «sondas genéticas». Com o projecto «Genoma Humano» a arrancar em força não será compreensível a existência de Escolas Médicas de qualidade sem um forte sector dedicado à biologia molecular. De passagem direi que a imunologia, felizmente já instalada em Portugal, não poderá ser ignorada.

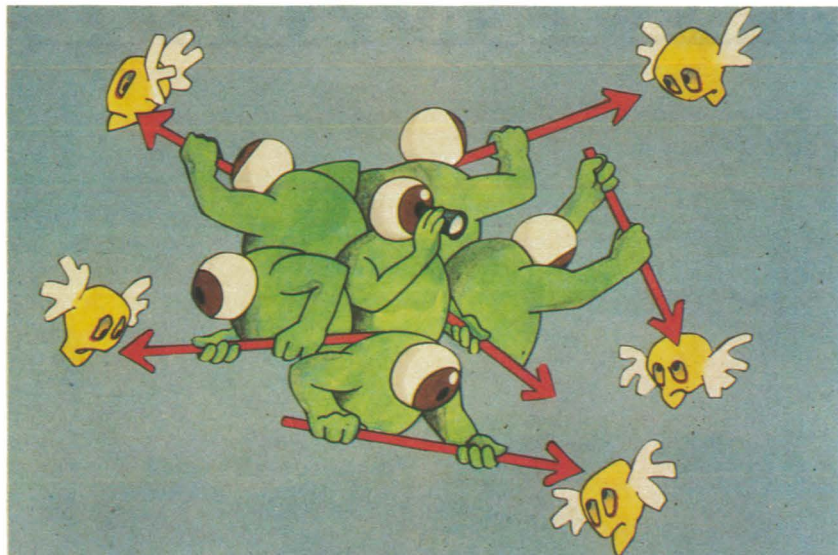
Finalmente parece evidente a necessidade de um sector ligado ao processamento de imagens e de sinais em geral, idealmente ligado à neurobiologia, como meio de criar «know-how» nas áreas mais nobres da informática aplicável às ciências médicas.

Estas indicações óbvias são vazias de conteúdo pela sua generalidade. Tem mais sentido dizer-se que só existirá investigação básica em biologia, e portanto em medicina, nas instituições que dispozerem de facilidades para fraccionamentos celulares e isolamento de macromoléculas, para marcação de moléculas com isótopos e detecção de radiações, para cultura de células e tecidos, para clonagem, para microfluorescência qualitativa e quantitativa, para micro-electrofisiologia, para morfologia de alta resolução. A lista não acaba aqui.

Dispor destas facilidades é dispor do espaço, das máquinas, das verbas para as despesas de operação, dos cientistas treinados e activos e de estruturas institucionais capazes de apoiar, gerir e analisar continuamente esta operação.

O futuro

A pressão para a modernização das nossas Escolas Médicas vai crescer continuamente e vai deparar com a enorme resistência destas à mudança. Em toda a parte é muito difícil mudar as universidades porque são estruturas muito complexas com funções e ligações sociais muito diversas. Na Europa as mudanças impostas pelos governos só são possíveis quando este dispõem de verbas substanciais para distribuir ou para cortar. Quem esteja a par do que se passa actualmente no Reino Unido verá aí a operação deste mecanismo. Por razões óbvias entre nós (por enquanto) as mudanças só podem vir de dentro das próprias universidades. No caso das Escolas Médicas as transformações que me parecem desejáveis terão de ser profundas porque irão bulir não apenas com estruturas mas também com tradições fortemente enraizadas.



SIDA E ÉTICA

O SEGREDO MÉDICO

■ PROF. MACHADO MACEDO

Quando há pouco menos de um mês proferi a conferência inaugural do IX Congresso Português do Clínico Geral, com o título de «Aspectos Éticos da Profissão Médica» tive ocasião de focar a posição dos médicos perante a Sida. Repito algumas referências feitas nessa ocasião para depois limitar a intervenção de hoje ao «Segredo Médico».

No mundo em que considerava já asséptico, pelo menos nos países mais adiantados, a chegada violenta da Sida como um flagelo mundial veio trazer uma enorme emoção e angústia, muito especialmente, pelo relacionamento que esta nova doença tem com o sexo, com o sangue e com a morte. O indivíduo com Sida é uma pessoa doente e, como tal, não poderá pôr aos médicos problemas éticos diferentes ou específicos. Tem direito a ser tratado, a ser respeitado, a ter informação verdadeira e a ter a confidencialidade total. Mas o carácter fatal da doença, o estigma social, a possibilidade de contágio e a existência de um reservatório de portadores potencialmente infectantes, tudo faz com que a Sida ultrapasse o âmbito da medicina e até mesmo o âmbito da saúde pública. Quer isto dizer que a Sida invade a opinião pública. No entanto é necessário manter que não é a doença que poderá alterar o comportamento do médico em relação ao indivíduo que o procura. O respeito pela pessoa

humana é a primeira garantia necessária. A segunda, será o respeito pela ciência, pois só ela será capaz de nos trazer uma solução verdadeira. Mas enquanto se aguarda esta vitória da ciência, é necessário caminhar com rigoroso esforço de educação e de informação de todos os intervenientes.

Justamente no aspecto que me foi distribuído para que tratasse junto de vós nesta conferência, os problemas éticos do comportamento do médico constituem uma base fundamental de que nunca nos poderemos afastar. Não só nós, médicos, **nunca nos podemos afastar** mas também não podemos admitir que qualquer outro sector do pessoal de saúde envolvido na prevenção e no diagnóstico da Sida, assim como no tratamento sintomático ou no relacionamento com os doentes, intervenha de maneira a trair os princípios éticos que defendemos por convicção e por dever.

E então podem-se pôr algumas questões.

Será legítimo defender a completa liberdade do doente, permitindo-lhe que continue a infectar outras pessoas? Como sabem, em alguns países, como em Cuba, os doentes com Sida são privados da liberdade e vivem em autênticos campos de concentração que não são hospitais.

Será legítimo não revelar ao cônjuge ou ao companheiro a natureza seropositiva do parceiro quando é ele próprio que se recusa a tomar essa iniciativa? Há aqui um conflito grave entre o dever de cumprir as regras da profilaxia da doença e, ao mesmo tempo, não trair o segredo profissional.

Será legítimo criar unidades de internamento hospitalar, por assim dizer especializadas **só para a Sida**, de maneira a isolar estes doentes protegendo, ao mesmo tempo, a comunidade? Serão realmente serviços especializados? Mas em quê?

Passemos a um outro ponto de importância ética, relacionado com os problemas que se podem criar em volta dos profissionais de saúde que se recusam, ou pelo menos têm relutância, em tratar e acompanhar estes doentes. Pelo que já foi dito se deduz que a doutrina, o dever, será que o comportamento do médico e do profissional de saúde seja igual para todos. Para os que podem ser contagiosos, seja qual for a etiologia da doença, como para os que têm uma doença sem risco de contágio. São numerosos os casos de médicos e de enfermeiras que têm



morrido com doenças adquiridas pelo contágio a que foram sujeitos, ainda que tomando certos cuidados, mas não transmitindo aos seus doentes a ideia de que estão a ser marginalizados.

Há doenças em que se aceita a declaração diagnóstica obrigatória para evitar o contágio, ou a epidemia. O problema é diferente pois essas doenças são curáveis e não envolvem o peso psicológico do diagnóstico da Sida. Há menos de um ano, um advogado americano escreveu um artigo importante em que se refere uma legislação proposta no estado de Nova Iorque, que daria ao médico o direito de identificar um doente com Sida ou sero-positivo, se suspeitar que este iria praticar actos arriscados para os seus companheiros, como, por exemplo, a utilização de agulhas comuns para injeções ou qualquer actividade sexual sem as necessárias precauções. O médico seria então autorizado a identificar a pessoa de onde partiria o risco. Esta lei, proposta em Nova Iorque, **mas que ainda não foi aprovada**, servirá para defender o médico que fosse acusado de informar quem ele julgasse que poderia estar envolvido neste processo. Continua o advogado, dizendo que **quer seja por estatuto ou por decisão judicial**, os médicos deveriam ter o direito de informar os que estão em perigo. Em entanto, conclui que, **até que essa lei seja claramente especificada**, os médicos enfrentam, de facto, situações em que qualquer decisão pode levar a queixa e culpabilização. E isto é não só injusto como perigoso e não ético. Cito estas considerações para lhes pôr a perspectiva do jurista. **E, ainda mais**, para lhes dizer que a perspectiva do médico é totalmente diferente. É que o médico não pode, **unca**, trair o segredo profissional. Pode e deve tratar o seu doente de maneira a convencê-lo a que seja ele próprio a tomar as precauções todas, quer com o cônjuge, quer com o parceiro sexual. Não vou dizer quais são essas precauções, que certamente foram tratadas nesta reunião sobre Sida. Mas, a perspectiva de actuar sem conhecimento e com o desacordo do doente, não é aceitável em medicina.

No número de Novembro passado da revista Liberation, inteiramente dedicado à Sida, há uma referência que não consegui confirmar. Diz-se que o Prof. James Davis, presidente da American Medical Association, decidiu pôr em dúvida as bases da deontologia médica acerca da confidencialidade no fenómeno psico-social da Sida. E que, na reunião de Chicago da A.M.A., foi decidido deixar em aberto, em atitude consultiva, a possibilidade de trair o segredo profissional **no caso desta doença**. Vou esclarecer-

-me **acerca desta grave referência** nas próximas reuniões, dentro de poucas semanas, da Associação Médica Mundial e da Comissão Permanente dos Médicos da CEE em que tenho o cargo de presidente eleito. Em ambas estas instituições se tem sempre defendido que a ética médica se manterá inalterável qualquer que a seja a doença. O que interessa, de facto, é **o doente e não a doença**.

Ainda há cerca de um mês, o boletim da Ordem dos Médicos francesa trazia um artigo importante sobre Sida e Direito. O presidente da Ordem dos Médicos francesa, o Dr. Louis René, nosso convidado para o Congresso da Ordem dos Médicos, em Novembro passado, presidiu a umas jornadas organizadas pelo Instituto de Formação Contínua do «Barreau» de Paris.

Nessa reunião, o direito ao segredo profissional foi reafirmado em relação aos doentes com Sida, **ou mesmo só seropositivos**. O segredo profissional representa, só por si, a única garantia para o doente que vem confiar-se a um médico pois ele sabe que o médico não o vai como que denunciar. Estes princípios básicos da ética médica foram realçados por duas juristas que sublinharam que, nesta matéria, não há nenhum vazio jurídico. **Antes pelo contrário**. Os direitos da pessoa humana, e isto foi também realçado, são consagrados pelo nosso direito positivo e são constantemente reafirmados nos tribunais.

Nessa reunião, os oradores concluíram que trair a confiança dos doentes seria o mesmo que afastar o doente do médico, colocando-o na clandestinidade. Isso seria o mesmo do que afastar, não somente o doente dos cuidados, mas também dos conselhos destinados a evitar uma extensão da epidemia que existe. Nesse sentido, a conclusão de uma das juristas é que a reafirmação do segredo aparece como a garantia da **relação de confiança** que se torna, **ela própria**, um instrumento da luta contra a epidemia.

Na prática, convém lembrar que o cônjuge ou o parceiro sexual não deve ser avisado pelo médico da seropositividade ou do estado de saúde do doente sem o consentimento deste mesmo. O dever do médico é de se esforçar em convencer o doente a informar os que correm risco. Será um papel difícil. Mas a experiência prova que, na grande maioria dos casos, logo que se dispõe do tempo suficiente para conversar com o doente, este aceita comprometer-se e assim defender os seus parceiros, tomando em conjunto as medidas profiláticas necessárias. O presidente da Ordem dos Médicos francesa acrescentou que, no estado actual dos nossos conhecimentos sobre esta doença nada autoriza, represen-

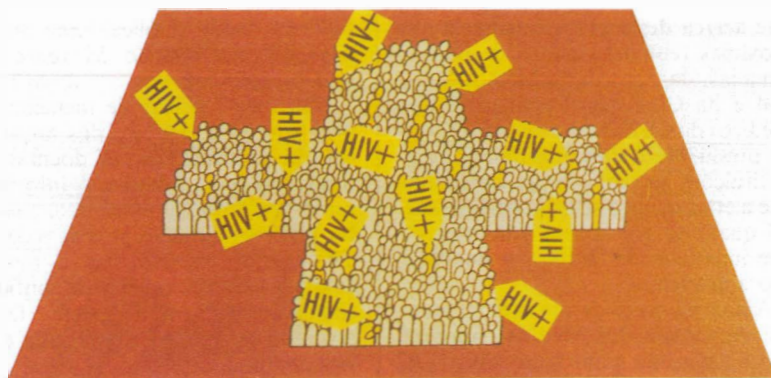
tando a saúde pública, uma atitude negativa em relação às regras do segredo médico.

Não quero deixar de mencionar o problema dos registos, dos arquivos, em que se identificam os doentes e se transcreve o diagnóstico. A informatização dos arquivos ainda vem complicar mais esta questão pois dá o conhecimento do diagnóstico a pessoal administrativo cujo dever de confidencialidade não tem de existir. Difícil assunto, de solução complicada e em vias de estudo.

Um ponto que convém recordar, terminando esta intervenção acerca da confidencialidade ou segredo profissional nos doentes com Sida, é o que respeita ao teste diagnóstico para determinar a existência de anticorpos HIV. Está determinado a nível de todas as instituições internacionais que o teste só pode ser feito com autorização do indivíduo cujo sangue se colhe. E o resultado positivo desse teste **pertence** ao doente. Terá de ser feito por rotina a todos os dadores de sangue. E se algum potencial dador se recusar a que o teste seja efectuado não lhe será colhido o sangue. Explicar-se-á a razão de não se poder correr o risco de, com a transfusão, se infectar outra pessoa.

No caso de haver um doente que necessita de uma intervenção cirúrgica, também terá de ser solicitada autorização para ser feita a pesquisa de anticorpos HIV. Se o doente não der essa autorização o teste não poderá ser feito, mas, necessitando o doente de cirurgia, esta não pode ser cancelada. Terá, antes, de ser praticada como se o doente fosse seropositivo, tomando-se todas as precauções para que o contacto com o sangue do portador potencial não possa infectar qualquer interveniente no acto cirúrgico.

Para terminar, gostaria de referir que a infecção, o contágio, é muito raro quando se observam todas as precauções necessárias. O respeito pelo acto médico depende, acima de tudo, da correcção e da ética da sua prática. Os médicos e todos os que intervêm no tratamento dos doentes com Sida, ou seropositivos, assim como aqueles que os vigiam e aconselham, constituem o grupo com possibilidade de lutar com alguma eficácia contra esta terrível doença enquanto não aparecer a sua profilaxia por vacina ou o tratamento por qualquer forma de antibioterapia. Os doentes, entretanto, vão aumentando em número. A nossa missão é simples porque não tem alternativa. Mas nem sempre tudo quanto é simples é fácil. O nosso comportamento tem de ser rigoroso e em conformidade absoluta com os princípios que nos regem.



SIDA

ASPECTOS JURÍDICOS

Em Portugal não existe qualquer legislação que se aplique especificamente aos problemas levantados pela infecção provocada pelo vírus de Imunodeficiência Humana (VIH).

A legislação de carácter geral contém, no entanto, algumas disposições com interesse a este respeito.

A situação é a seguinte.

1. Normas anti-discriminatórias

A Constituição da República Portuguesa (CRP) consagra alguns princípios e direitos fundamentais aplicáveis à protecção das vítimas de infecção com VIH contra atitudes ou medidas discriminatórias:

Artigo 13.º — Princípio da igualdade entre todos os cidadãos.

Artigo 25.º — Direito à integridade física e moral.

Artigo 26.º — Direitos à identidade pessoal, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra e à reserva da intimidade da vida privada e familiar.

Artigo 27.º — Direitos à liberdade e segurança.

Artigo 34.º — Direito à inviolabilidade do domicílio e da correspondência.

Artigo 35.º — Direito de acesso dos cidadãos a dados pessoais constantes de ficheiros ou registos informáticos a seu respeito e proibição de acesso a dados pessoais por terceiros; proibição do uso da informática para tratamento de dados referentes à vida privada dos cidadãos.

O Artigo 18.º da CRP determina que «as disposições constitucionais relacionadas com direitos, liberdades e garantias são directamente aplicáveis e obrigam as entidades públicas e privadas».

Os princípios e direitos constitucionais citados prevaleceriam sobre quaisquer leis ou diplomas normativos que pretendessem restringi-los. Quer isto dizer que estes últimos se considerariam implicitamente revogados à partida.

2. Testes e Rastreios

Não existe no nosso país nenhuma lei que permita realizar testes obrigatórios de despiste da infecção com VIH a uma dada pessoa ou a um dado grupo da população.

A lei nacional sobre doenças contagiosas (Lei n.º 2:036, de 9 de Agosto de 1949) para além de se encontrar obsoleta em relação às mais modernas concepções de combate às epidemias, aplica-se essencialmente às doenças contagiosas de contágio «directo e imediato» o que deixa de fora a infecção com VIH cujo contágio só se dá através do sangue e seus derivados.

O consentimento é condição essencial para a realização lícita de quaisquer tratamentos ou exames de saúde. O artigo 158.º do Código Penal pune criminalmente os autores de actos deste tipo, realizados sem a obtenção do consentimento do paciente. O consentimento deve ser esclarecido, isto é, o paciente tem que ser «devidamente esclarecido sobre a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar o esclarecimento de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, seriam susceptíveis de lhe provocar perturbações comprometedoras da finalidade visada» (artigo 159 do Código Penal).

O médico responsável deve obter o consentimento do doente ou dos seus pais ou tutores, se o doente for menor, salvo nos casos de extrema urgência (artigo 82, n.º 1 do estatuto Hospitalar — D.L. n.º 48.357, de 27 de Abril de 1968).

3. Confidencialidade

Todo o profissional é obrigado a guardar sigilo dos factos de que tenha tomado conhecimento no exercício e por causa da sua profissão. O crime de quebra de segredo profissional é punido em termos gerais pelo artigo 184.º do Código Penal.

Em relação aos profissionais que sejam funcionários públicos o artigo aplicável é o artigo 433.º do mesmo código. O crime de violação de segredo por funcionário é punido mais severamente que o de quebra de segredo profissional.

Os profissionais de saúde afectos ao Serviço Nacional de Saúde têm um dever de sigilo agravado por normas especiais que o prevêm como o artigo 10.º da Lei de Bases do SNS (Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro), o artigo 13.º, n.º 1, al. f, do Regulamento dos Centros de Saúde (Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril) e o artigo 57.º do Estatuto Hospitalar.

O artigo 82.º, n.º 2 do Estatuto dos Hospitais permite contudo aos médicos assistentes a revelação à família do paciente dos prognósticos graves bem como dos prognósticos fatais.

4. Interrupção voluntária da gravidez em caso de infecção com VIH

A Lei n.º 6/84, de 11 de Maio que permite a interrupção voluntária da gravidez em certos casos, é aplicável às situações em que existem fortes razões para crer que a criança virá a sofrer de doença séria e incurável desde que seja realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez.

5. Contágio consciente

O crime de propagação de doença contagiosa a um número indeterminado de pessoas é punido pelo artigo 270.º do Código Penal. Quanto à propagação consciente a uma ou a um número restrito de pessoas da infecção com VIH nenhuma disposição legal a pune especificamente podendo, contudo, este tipo de situação subsumir-se ao crime de ofensas corporais previsto no artigo 143.º do Código Penal e constituir base para um pedido de indemnização por danos à luz do regime jurídico da responsabilidade civil.

Nenhum caso deste género foi ainda tratado pelos tribunais portugueses.

6. Notificação

Apesar de não estar incluída na lista das doenças cuja notificação é obrigatória (Portaria n.º 766/86, de 26 de Dezembro) a infecção com VIH deve ser comunicada, mesmo quando apenas em estado assintomático, pelos médicos assistentes, ao Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças

"BiP"
"BiP.."
«Chamam por Si!»

Pequeno, leve e cómodo,
o Telebip da Transtel
é tão pequeno que cabe
no bolso.

Dois modelos muito
práticos:
de sinais sonoros
e de display numérico.
Funcionam com uma
simples pilha.

TELEBIP
Um instrumento
indispensável de trabalho.



**Marque encontro imediato
com o Telebip da TRANSTEL**

O serviço TELEBIP é subsidiado pelo FEDER (programa STAR)

Transtel

Componentes de Telecomunicações, SA
Quinta do Barão, 30 - s/cave
Carcavelos - 2775 PAREDE

- Gostaria de receber mais informações Gostaria de receber:
SP-100 (tonalidades) SP-200 (numérico) à cobrança
Cartão UNIBANCO/VISA

Nome _____

Empresa _____

Actividade _____

Morada _____

Telef. _____

Localidade _____

C. Postal _____

Cartão n.º _____

Assinatura _____

Telefone para Serviço Telemarketing - 453 08 81 ou envie o cupão para:

Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde. Folhetos próprios para este acto foram elaborados e distribuídos em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde.

Os hospitais devem também declarar a existência de infecção com VIH em cadáveres para os quais haja justificação médico-legal para a realização de autópsia, aquando da sua remoção para os institutos de medicina legal (v. Parecer da Procuradoria-Geral da República, publicado no Diário da República n.º 120, II Série, de 24 de Maio de 1988).

7. Obrigatoriedade da Prestação de Cuidados em caso de infecção com VIH

Em termos legais e deontológicos os médicos são livres de dispensar ou recusar o tratamento a um qualquer paciente (princípio da independência da profissão médica) ao mesmo tempo que estão obrigados a prestar-lhe os melhores cuidados ao seu alcance no pleno respeito pela sua dignidade de ser humano (Código de Deontologia Médica).

No entanto, um médico poderá ser considerado como obrigado a cuidar de um paciente sempre que esse seja o **único modo de auxílio existente**. De facto, o artigo 276.º do Código Penal prevê que «o médico que recusar o auxílio da sua profissão, em caso de perigo para a vida ou de grave lesão para a saúde ou integridade física de outrem, que **de outra maneira não pode ser removido**, será punido com prisão de 6 meses a 4 anos e multa até 150 dias». O crime de «recusa de facultativo» não está dependente de queixa do ofendido podendo o autor do mesmo ser chamado a juízo directamente pelas autoridades públicas competentes.

8. Dúvidas quanto a deontologia médica

Geradora de problemas deontológicos e éticos delicados, a infecção pelo VIH levará os médicos a dificuldades particulares neste domínio.

Neste sentido dispõe o n.º 3, do artigo 82.º do Estatuto Hospitalar que «todas as dúvidas sobre deontologia médica devem ser submetidas ao director clínico, que decidirá, ouvindo, se necessário, a comissão médica».

Esta disposição legal poderá aplicar-se analogicamente a todos os outros tipos de serviços prestadores de cuidados para além dos hospitais.

A resolução conjunta de problemas éticos ou deontológicos relacionados com algum caso de infecção por VIH nunca deverá deixar de respeitar os princípios da confidencialidade profissional.



CONCLUSÕES DO CONGRESSO

Sabemos desde tempos imemoriais que para haver saúde tem que haver doença, assim como para haver vida tem de haver morte. Sob o peso deste equilíbrio todos os seres foram, evoluindo ao longo de milhares de anos, alguns tornando-se maiores e mais fortes, outros desaparecendo, mas todos se modificando.

O homem, para além desta componente biológica, tem também toda a sua magnífica dimensão espiritual e psíquica, também esta tão passível de desequilíbrio e rotura. Ao longo da existência da Humanidade, já tivemos de nos debater com um enorme número de doenças, lançando sempre mão da nossa curiosidade empírica e científica e do nosso engenho, para lidarmos com elas e procurarmos tratamentos e curas.

Enfrentamos hoje em dia um dos mais pesados factores de desequilíbrio da nossa homeostasia física e psíquica — O Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Como poderemos enfrentá-lo, procurando sermos completos ao lidarmos com as suas consequências e tentarmos o seu controlo?

Nestes três dias estivemos juntos como uma comunidade, uma comunidade que procurou ver mais longe e que tentou conhecer as suas próprias limitações e potencialidades de acção.

Soubemos que a Sida, a nível mundial mantém a sua ascensão em termos de incidência, variando esta muito de continente para continente e de país para país. Portugal, a nível europeu é, em relação aos trinta e dois países da Europa que declaram os seus casos de Centro de Colaboração da O.M.S. em Paris, o 18.º país em termos da taxa de

incidência acumulada — 25 casos/milhão de habitantes (dados de 31 de Dezembro de 1989).

Aprendemos qual a situação em Portugal, com os seus 395 casos declarados até 31.3.90.

Reconhecemos os nossos principais grupos de risco (homo ou bissexuais, heterossexuais, toxicod dependentes, hemofílicos e outros).

Reconhecemos na SIDA, a sua enorme apetência para as camadas mais activas e jovens da população, com mais de 70% de casos ocorrendo entre os 25 e os 45 anos.

Soubemos, também, da elevada mortalidade entre os casos declarados, rondando os 50%.

As principais doenças decorrentes deste estado de imunodeficiência adquirida são entre nós, as infecções oportunistas (nomeadamente a tuberculose) e o Sarcoma de Kaposi.

Foram-nos dados a conhecer, de forma aprofundada, as características dos Vírus HIV1 e HIV2 (esta, com grande expressão entre nós, rondando os 13%).

Aprendemos a Fisiopatologia da doença, a debilitação progressiva do sistema imunitário, à custa da predilecção especial do HIV pelos linfócitos T4, grandes coordenadores da resposta imunitária.



Vimos quais as formas de apresentação clínica, sinais e sintomas gerais e aprendemos como lidar terapêuticamente com infecções oportunistas.

Verificámos as nossas ainda escassas possibilidades terapêuticas antiretrovirais. Falámos da AZT (azidotimidina), da sua possibilidade de promoção do aumento da sobrevivência dos doentes, diminuição do número de infecções oportunistas, mas soubemos também da sua toxicidade e da diminuição da sua eficácia a partir dos 6-9 meses da utilização.

Falou-se de outros fármacos ainda em estudo (CD4 solúvel, derivados TIBO e didesoxinucleosídeos, de entre os quais o mais promissor o d.d.i (ou 2', 3' - didesoxiinosina).

Quanto ao aspecto de vacinação, ainda nos debatemos com grandes dificuldades laboratoriais para obtenção da vacina. Em termos epidemiológicos, a dificuldade reside no problema da eventual selecção da população a vacinar (em massa? Só em populações-alvo? (e nestas, enfrentaremos todos os problemas de identificação dos elementos de grupos de risco), na idade desta população (recém-nascidos? Adolescentes? Adultos?), no tipo de países onde a aplicar (países desenvolvidos? Países em desenvolvimento?).

Enfim, aparentemente não haverá vacina disponível antes do ano 2000 e não nos esqueçamos que a eventual escolha de estratégias de vacinação variará com prevalência da infecção na população em geral, no grau de responsabilidade atribuído à população em causa e à tradição de Saúde Pública dos diversos países.

Perante esta situação, aqui relatada de forma sucinta, o que poderemos fazer?

Destes três dias, alguns pontos sobressaem como mais importantes:

— Acima de tudo, como pessoas, procuraremos não cair na facilidade de estigmatização do seropositivo, nem fecharmos os olhos e seguir em frente, sem procurarmos indagar mais aprofundadamente acerca das principais formas de transmissão e manobras de as evitar;

— Como profissionais de Saúde, não só procuraremos esclarecermo-nos acerca dos problemas de diagnóstico clínico laboratorial, mas também levarmos a cabo sessões de esclarecimento com outros profissionais de Saúde e pessoal técnico que trabalhe nos Hospitais e instalações de Saúde;

— É necessário que sejam veiculadas informações precisas por todos os Serviços de Saúde, nomeadamente no que respeita aos cuidados higiénicos, cuidados de protecção nos partos, intervenções cirúrgicas ou outros actos médicos invasivos;

— É necessário que estas informações sejam claras, de forma a reduzirem o problema «mistificado» do contacto com o doente seropositivo ou com SIDA à sua dimensão mais simples e complexa, a do respeito total e à prestação de cuidados médicos totais e conscienciosos a outrém;

— Importante será também continuarmos a desenvolver acções conjuntas com outros profissionais (p.e. Professores, Religiosos, Sociólogos, Guardas-Prisionais), que estão em contacto com outros sectores da população, nomeadamente presos, jovens, prostitutas, toxicómanos;

Enfim, aparentemente não haverá vacina disponível antes do ano 2000 e não nos esqueçamos que a eventual escolha de estratégias de vacinação variará com prevalência da infecção na população em geral, no grau de responsabilidade atribuído à população em causa e à tradição de Saúde Pública dos diversos países. Perante esta situação, aqui relatada de forma sucinta, o que poderemos fazer?

— Não se deverá esquecer o trabalho que terá de ser feito em conjunto com elementos dos grupos de risco (associações de homossexuais, ex-toxicómanos, prostitutas e outras), aproveitando o facto destes grupos integrarem e conhecerem bem os problemas inerentes às suas situações específicas, podendo assim dar um contributo enorme para a compreensão da mensagem médica;

— Dever-se-á promover uma rede de comunicação, de intercâmbio de experiência e informações entre os médicos de cuidados de saúde primá-

rios (médicos privilegiados por estarem em contacto directo e integrados no seio das populações) e os cuidados de saúde diferenciados, pois será pelo entrosamento destas formações complementares que os cuidados a prestar serão mais eficazes e completos;

— Como profissionais de Saúde, não nos podemos esquecer que os doentes têm o direito à assistência médica global, respeitando-os como seres humanos, respeitando os seus direitos à confidencialidade, liberdade, privacidade e qualidade de vida;

— É importante que a população seja esclarecida, em quantidade e principalmente em qualidade, acerca da SIDA e seus problemas, essa abordagem terá de ser pluridisciplinar, com acções de formação, por exemplo, de pais e professores (como já se tem feito), de forma a que a criança adquira noções importantes de sexualidade e da ambiência social correcta a ter perante doenças como a SIDA;

— O Hospital tem de estar aberto aos problemas da comunidade e a comunidade cooperante e aberta à intenção do Hospital;

— Fundamental é também o papel do Psiquiatra e do Psicólogo, não só no apoio ao doente (p.e. através das consultas, diálogos e debates com doentes), mas também na educação geral da população, nos cuidados psicológicos a ter com aqueles que lidam com doentes com SIDA (ansiedade, medo de contágio, reputação, depressão), na prevenção da toxicod dependência e na educação sexual, tudo isto quer directamente, (pelo seu contacto com as populações) quer indirectamente, através do trabalho em conjunto com médicos de família e de especialidade;

— É importante também sabermos aproveitar a poderosa força que são os meios de comunicação, para isso é necessário fazer acções de formação e esclarecimento sobre a doença, num trabalho de cooperação constante;

— Cabe também referir aqui a enorme força que são os jovens, os mais atingidos pela doença e que, pela sua natural força anímica, se colocam facilmente à testa da luta contra os grandes problemas que nos afligem; importante será estimular e incentivar o aparecimento da iniciativa como as dos jovens da Faculdade de Farmácia de Lisboa, em toda a sua amplitude e também esta acção conjunta entre Jovens Médicos e Jovens Farmacêuticos;

— Não nos esqueçamos da nossa responsabilidade perante os doentes pois é fundamental com eles dialogar, sem acusações, mas procurarmos harmoniosamente conversar acerca dos padrões comportamentais menos perigosos em termos de contagiosidade;



promover o aconselhamento sexual e outro (que terá também de ser dado à população em geral);

— É importante dialogar com os doentes também acerca das implicações da doença, procurar a sua aderência ao tratamento, demonstrar perante eles a nossa total disponibilidade, discutir com eles o problema da confidencialidade da sua situação.

— No fundo, deveremos tentar o equilíbrio entre os direitos destes doentes e as necessidades de prevenção em termos de Saúde Pública, mas isto só será conseguido pelo diálogo franco e aberto e nunca nos esquecendo dos princípios deontológicos e éticos que nos regem como profissionais e como seres humanos;

— Devemos, da forma mais geral, empenharmo-nos na luta contra o obscurantismo e segregação destes doentes;

— A luta contra a SIDA engloba-nos a todos (médicos, farmacêuticos, juristas, psicólogos, psiquiatras, professores, religiosos, pais...);

— Cabe-nos, em conjunto, aproveitarmos o que já foi feito de bom e lançarmos novas pistas para essa luta.

Vem-me à cabeça um milénar provérbio chinês: «mais vale acenderes uma candeeira do que queixares-te da

escuridão». Fico contente por saber que apesar de todas as dificuldades do momento actual, há muitas pessoas interessadas em continuar a manter essa candeeira acesa, fazendo com que brilhe ainda mais.

Não posso deixar de agradecer profundamente aos ilustres palestrantes e convidados, que enriqueceram de forma ímpar esta reunião, honrando-nos com a sua presença, conduzindo-nos a momentos de rara beleza intelectual, levando-nos ao conhecimento epidemiológico, laboratorial, clínico, terapêutico, sociológico e a todos os outros aspectos inerentes (formação de profissionais de Saúde e não só, aspectos religiosos, éticos e outros).

Deixo também uma enorme palavra de agradecimento a todo o auditório pois manteve uma adesão formidável e interessantíssima a todas as sessões, incentivando debates riquíssimos.

Não poderia esquecer toda a equipa de colaboradores (e que bem pequena foi), mas que trabalhou arduamente para o bom sucesso desta reunião. Para eles também os meus sinceros agradecimentos.

Uma palavra especial de agradecimento ao Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Coimbra, por toda a gentileza e apoio com que obse-
cuiou a nossa iniciativa.

Finalmente, mas «last, but not the last» um enorme obrigado ao Senhor Professor Meliço Silvestre, pelas suas palavras e gestos de apoio à preparação deste Congresso.

Para os Jovens Farmacêuticos, uma palavra de grande amizade e de agradecimento pelo trabalho que conseguimos desenvolver em conjunto. Contem connosco para novas iniciativas a desenvolver.

Por último, em nome da ANJM, gostaria de referir que esta vai ser certamente apenas a primeira de um imparável número de iniciativas no campo da Saúde, pois estamos altamente empenhados em participar na melhoria dos nossos cuidados de Saúde e também das mentalidades. Aproveito para agradecer ao Senhor Professor Machado Macedo, distinto Bastonário da Ordem dos Médicos, a honra que nos confere ao convidar-nos a apresentar os trabalhos deste congresso na revista da Ordem.

Manteremos um contacto estreito com a Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, porque esta doença preocupa-nos. Estaremos disponíveis para essa luta. Mas não só esta. Como jovens, teremos de estar sempre disponíveis para a luta contra a escuridão.

DIREITOS DOS INFECTADOS COM VIH

■ DRA. PAULA LOBATO DE FARIA

A presente comunicação pretende dar satisfação aos seguintes objetivos:

Dar a conhecer:

A relação intrínseca entre a luta contra a infecção com VIH e a protecção dos direitos humanos fundamentais.

O potencial conflito entre direitos das pessoas infectadas com VIH e medidas de saúde pública.

Identificar:

O quadro legal português e o quadro recomendado dos direitos dos infectados com VIH.

Concluir:

Idoneidade ou insuficiência do quadro legal existente.

1. DIREITOS HUMANOS E INFECÇÃO COM VIH

O reconhecimento jurídico dos direitos humanos fundamentais foi, e é, decisivo em relação à evolução positiva da condição humana em geral, tornando-se vital durante situações

debilitantes e limitadoras como a doença ou a incapacidade.

Desde o início de década de 70 que se assiste, pelo menos nos países industrializados, a sua preocupação crescente em matéria de direitos dos utentes dos serviços de saúde, através da consagração v.g. do direito à saúde nas leis nacionais como acontece em

Portugal no artigo 64.º da Constituição.

A descoberta e propagação da infecção provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), a partir de 1981, veio redobrar o interesse pela questão da protecção dos direitos dos doentes.

Este facto conhece prova irrefutável sobretudo nas actividades de organizações internacionais como o Conselho da Europa e a Organização Mundial de Saúde (OMS) que prepara para breve uma Declaração Internacional dos Direitos dos Doentes, para cuja elaboração a protecção dos infectados com VIH tomou especial importância.

Não será necessário recordar aqui as razões pelas quais a luta contra a SIDA tem que passar obrigatoriamente por uma atenção e ênfase particulares no respeito pelos direitos humanos. De facto, associada a comportamentos e a grupos humanos já de si alvo de marginalização, de estigmatização e de sanções criminais, a infecção com VIH é potencial geradora de reacções drásticas e discriminatórias não só ao nível dos indivíduos como



dos órgãos de decisão política. Um reforço da protecção dos direitos fundamentais reconhecidos ao ser humano impõe-se, portanto, em relação aos indivíduos infectados com aquele vírus.

2. O CONFLITO ENTRE A PROTECÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS E A DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA

A infecção com VIH gera, em termos de doutrina jurídica, um dilema essencial:

Como proceder simultaneamente e equitativamente à protecção dos direitos fundamentais de um ser humano infectado pelo VIH e à defesa da saúde pública?

Vários exemplos de situações reais em que encontramos este dilema jurídico podem ser dados:

1.º — R teve um resultado positivo num teste de anticorpos anti-VIH. R tem direito ao sigilo deste facto, por parte dos profissionais de saúde/médicos que conhecem o seu estado. R é homossexual e tem um parceiro sexual fixo (P). Deverá o médico ou algum dos médicos que diagnosticaram e seguiram R revelar esse diagnóstico a P?

2.º — L é portador assintomático de infecção com VIH e declara ao seu médico assistente a sua intenção futura de ter relações secuais com o maior número de parceiros possível, sem tomar precauções. Deverá o médico assistente de L dar publicidade aos intuitos de L?

3.º — O médico Y suspeita fortemente que o seu doente W poderá ter um teste anticorpos anti-VIH positivo. Y sabe também que se comunicar a W, em termos de obter o seu consentimento, a sua intenção de realizar tal teste que este último poderá nunca mais voltar à sua consulta. Deverá Y mandar proceder ao teste sem consentimento de W?

Em todas estas situações existem duas soluções alternativas em que uma perde para a defesa dos direitos fundamentais do cidadão/infectado com VIH (no 1.º caso, o sigilo, no 2.º caso, a liberdade e no 3.º caso, o consentimento) e em que outra pende para a defesa da saúde pública (no 1.º caso, a protecção da saúde de P, no 2.º caso a prevenção da potencial contaminação de outras pessoas e no 2.º caso, o diagnóstico de infecção a W).

A resposta do jurista a estas questões poderá ser diferente da do médico. Mas a resposta dependerá também de jurista para jurista e de médico para médico.

De facto, a solução destes dilemas está longe de ser consensual. No entanto, o mundo jurídico tem alguns axiomas que não poderão deixar de ser tomados em consideração numa tentativa de resposta aos mesmos:

1.º — O de que o valor jurídico dos direitos e liberdades fundamentais como v.g. os direitos à liberdade e intimidade é superior no nosso direito ao direito à protecção da saúde.

2.º — O de que o sacrifício de um direito fundamental terá que ter justificação obrigatória na salvaguarda de outro direito ou interesse com a mesma dignidade jurídica.

3.º — O de que a violação de um direito consagrado legalmente é, em princípio, sempre possível de responsabilização disciplinar, civil ou criminal.

3. QUADRO LEGAL EXISTENTE E QUADRO RECOMENDADO DE DIREITOS DOS INFECTADOS COM VIH

3.1. Quadro Legal existente

Nota: Não existem no direito português quaisquer direitos específicos dos infectados com VIH. Todos os direitos citados são de carácter geral.

3.1.1. Normas anti-discriminatórias

A Constituição da República Portuguesa consagra alguns princípios e direitos fundamentais com interesse para a protecção das vítimas de infecção com VIH contra atitudes ou medidas discriminatórias:

Artigo 13.º — *Princípio da igualdade entre todos os cidadãos.*

Artigo 25.º — *Direito à integridade física e moral.*

Artigo 26.º — *Direitos à identidade pessoal, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra e à reserva da intimidade da vida privada e familiar.*

Artigo 27.º — *Direitos à liberdade e segurança.*

Artigo 34.º — *Direito à inviolabilidade do domicílio e da correspondência.*

Artigo 35.º — *Direito de acesso dos cidadãos a dados pessoais constantes de ficheiros ou registos informáticos a seu respeito e proibição de acesso a dados pessoais por terceiros; proibição do uso da informática para tratamento de dados referentes à vida privada dos cidadãos.*

O Artigo 18.º da CRP determina que «as disposições constitucionais relacionadas com direitos, liberdades e garantias são directamente aplicáveis e

obrigam as entidades públicas e privadas».

Os princípios e direitos constitucionais citados prevaleceriam sobre quaisquer leis ou diplomas normativos que pretendessem restringi-los. Quer isto dizer que estes últimos se considerariam implicitamente revogados à partida.

3.1.2. Direitos dos utentes dos Serviços de Saúde

A. Âmbito Geral

— *Direito à protecção da Saúde* (Art.º 64.º da Constituição da República Portuguesa);

— *Direito de acesso aos serviços de saúde* (Art.º 4.º, n.º 1 da Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde — Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro);

— *Direito ao respeito pela dignidade e intimidade* (Art.º 9.º, *idem*);

— *Direito ao sigilo por parte do pessoal do SNS* (Art.º 10.º, *idem*);

— *Direito a indemnização por danos causados* (Art.º 12.º, *idem*);

— *Direito a reclamação ou queixa* (Art.º 13.º, *idem*);

— *Direito a dar o seu consentimento a intervenção ou tratamento médico-cirúrgico* — (Art.º 158.º, Código Penal).

B. Âmbito Hospitalar

Estatuto Hospitalar (DL n.º 48357 de 22.04.68).

— *Direito de acesso aos serviços hospitalares* (Art.º 21.º e 78.º);

— *Direito à recusa da assistência* (Art.º 80.º, 2);

— *Direito à assistência pronta* [v. Art.ºs 37.º, 2, al. a)];

— *Direito à assistência tecnicamente correcta* (v. Art.ºs 37.º, 2, al. a) e 80.º, 1);

— *Direito à disposição do próprio corpo* (v. art.º 80.º, 3 e 82.º, 1);

— *Direito à informação* (v. Art.º 82.º, 2 e 3);

— *Direito à continuidade médica e administrativa da assistência hospitalar* (v. Art.º 20.º, 1 al. f);

— *Direito ao sigilo* (v. Art.º 57.º);

— *Direito à assistência religiosa* (v. Art.º 80.º, 4 e 83.º);

— *Direito a serem tratados com delicadeza e urbanidade e com respeito pelo seu decoro e pudor* (v. Art.º 80.º, 1).

3.1.3. Tutela Jurídica dos Direitos e Deveres Previstos na Lei

A violação de um direito ou a quebra de um dever consagrado quer na Constituição quer na lei, poderá ter como consequência para o seu autor uma «responsabilização» pelo acto reprovado juridicamente. Esta respon-



sabilidade, poderá caber numa, um algumas ou mesmo em todas as seguintes categorias:

- **responsabilidade disciplinar** (quando a violação do direito resultou da quebra de deveres profissionais, v.g. dever de tratar o doente com delicadeza e urbanidade).
- **responsabilidade civil** (quando a violação do direito resultou em dano material ou moral e se estabelece uma obrigação de indemnizar, v.g. direito a ser indemnizado por danos morais pela realização de teste VIH sem consentimento prévio).
- **responsabilidade penal** (quando a violação do direito era consagrado como crime pela lei, v.g. crime de violação de segredo profissional).

A cada um destes tipos de responsabilidade cabem diferentes sanções para quem nelas incorre, sendo as sanções mais graves as que decorrem da responsabilidade penal, isto é, as penas privativas de liberdade.

A efectivação da responsabilidade depende de processo disciplinar regularmente instituído, no primeiro caso, e da decisão dos tribunais civis ou criminais nos dois outros casos.

3.2. Quadro Recomendado

Quer as Nações Unidas* quer o Conselho da Europa**, organizações internacionais cujas preocupações se centram essencialmente na defesa e promoção dos direitos humanos, são unânimes em considerar a necessidade de reforçar as infra-estruturas nacionais de defesa e protecção dos direitos humanos no âmbito da luta contra a SIDA considerando que:

- A observância dos direitos humanos universais não pode ter como excepção meras razões de «saúde pública», tanto mais que estas últimas podem provocar sérias violações aos primeiros v.g. quebra de sigilo, internamento ou tratamento compulsórios, isolamento, etc.
- A colisão de direitos fundamentais de um ser humano em relação a outro deve ser cuidadosamente examinada no que toca a infecção VIH, de forma a evitar qualquer risco injustificável de discriminação e de violação de direitos humanos de alguém com base na protecção dos direitos humanos de outrém.

Algumas recomendações importantes surgiram das actividades desenvolvidas pelas organizações citadas:

A. Nações Unidas/CMS

- Dentro do respeito pelo direito a casar e a constituir família, a infor-

mação e aconselhamento pré e pós-marital sobre a infecção VIH tem que ser efectuada numa base não-obrigatória e não-coerciva devendo ser oferecidos testes de rastreio numa base voluntária.

- Só as medidas baseadas no consentimento explícito, livre e esclarecido das pessoas podem considerar-se de acordo com os direitos humanos internacionais:
 - Testes voluntários/anónimos ou com salvaguarda rigorosa da confidencialidade.
 - Aconselhamento antes e depois dos testes.
 - Tratamento voluntário para mitigar os efeitos da infecção VIH.
 - Modificações voluntárias do comportamento dos infectados com VIH para prevenir a transmissão do vírus.
- Os testes compulsórios, o registo de dados nominativos sem uma protecção rígida da confidencialidade, a revelação dos resultados dos testes a terceiros pessoas sem consentimento do doente (mesmo a outros profissionais de saúde), o internamento e o isolamento forçados são consideradas medidas que chocam com os direitos humanos universais.
- Os direitos da criança à informação e à educação no sentido de se proteger a si e aos outros da infecção VIH devem ser efectivados.

No que respeita ao conflito entre a protecção dos direitos humanos fundamentais e a defesa da saúde são citadas algumas medidas que merecem ser ponderadas:

- A detenção numa emergência de alguém que sabe que está infectado com VIH e que se encontra incapacitado de cuidar de si, representando portanto um risco acrescido de infectar outras pessoas.
- A detenção de alguém que esteja deliberadamente a infectar outras pessoas com VIH, desde que os seus direitos à Justiça sejam devidamente observados.
- A informação de pessoa em alto risco de ser infectada com VIH desde que tal seja permitido ou justificado legalmente.
- A aplicação de medidas restritivas de segurança em relação a uma pessoa que recuse tomar medidas de prevenção para não propagar a infecção.

Nenhuma recomendação precisa é dada quanto a esta última zona de problemas demonstrando mais uma vez a dificuldade de se lhes dar resposta.

B. Conselho da Europa:

Recomendação n.º R(89) 14, sobre as implicações éticas da infecção VIH no quadro sanitário e social.

Deste documento poderíamos retirar alguns direitos recomendados para o infectado com VIH:

- *Direito a um teste voluntário para detectar infecção VIH facilmente acessível.*
- *Direito à confidencialidade nos mesmos termos que outros doentes.*
- *Direito à consulta de aconselhamento.*
- *Direito à realização de testes e ao aconselhamento gratuitos ou cobertos por um esquema confidencial de segurança social.*
- *Direito à não realização de testes para detectar infecção VIH por rotina.*
- *Direito à notificação anónima às autoridades sanitárias competentes para fins exclusivamente epidemiológicos.*

4. CONCLUSÕES

1. Pelas suas características próprias a infecção com VIH ultrapassa o campo legal, gerando problemas deontológicos e éticos extremamente delicados levando os médicos a dificuldades acrescidas de decisão em certas situações.

A questão dos direitos dos infectados com VIH, bem como de todos os outros problemas quer de ordem legal, quer de ordem ética ou deontológica, justificariam a existência de comissões de ética e deontologia nos serviços de saúde que permitissem, dentro do respeito do princípio da confidencialidade, um estudo conjunto e interdisciplinar dos problemas e que, essencialmente, ajudassem e apoiassem o médico na tomada de decisões que ultrapassem o âmbito clínico.

2. O quadro legal existente aplicável às pessoas infectadas com VIH, parece por si só idóneo e suficiente.

Esta será porém uma conclusão precipitada e errónea porque para além da letra da lei há que apurar da sua efectivação prática.

Sem um exercício real dos direitos previstos na lei o quadro legal não passará de uma mera lista de intenções.

* V. «AIDS and Human Rights», Final Document, International Consultation on AIDS and Human Rights, United Nations Centre for Human Rights, WHO, Genebra, 26-28 de Julho de 1989.

** V. «Report on AIDS and Human Rights», Conselho da Europa, Assembleia Parlamentar, Estrasburgo, 5 de Setembro de 1989.