

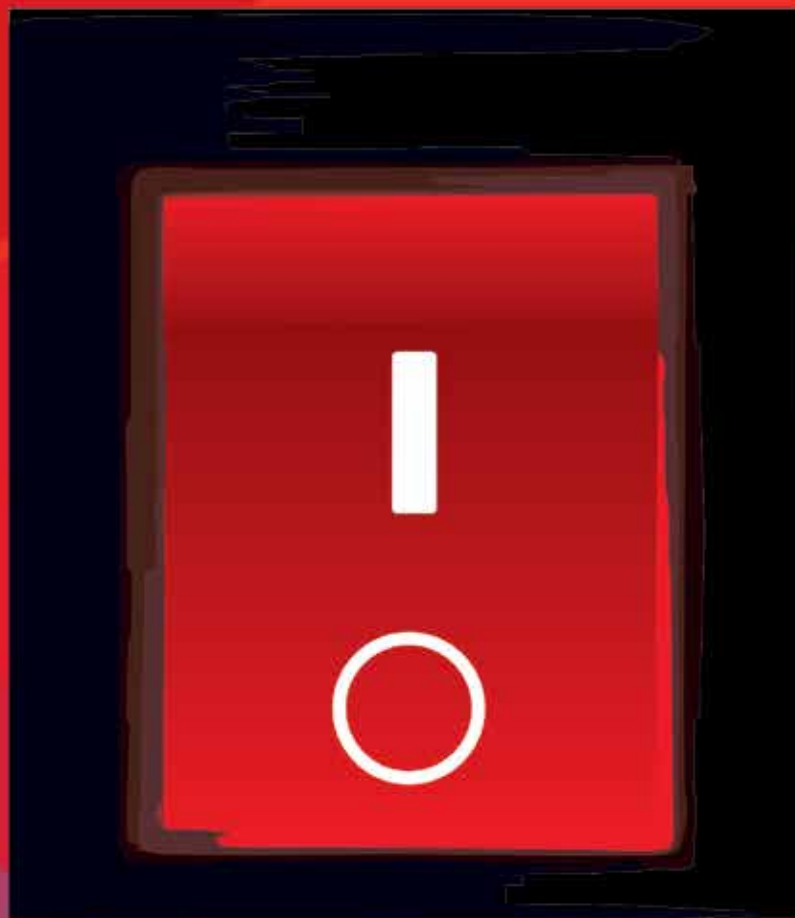
Revista

Ordem Médicos

ano 32 n.º 167 Março | 2016 Mensal | 2€

O Regulamento do Interno no Serviço de Urgência

- pág. 5



Fim da vida: poder decidir

pág. 18

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 32
N.º 167
Março 2016

PROPRIEDADE:
Conselho Nacional Executivo
da Ordem dos Médicos

SEDE:
Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa
Telefone geral da OM: 218427100

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

Directores Adjuntos:
Jaime Teixeira Mendes, Carlos
Cortes e Miguel Guimarães

Directora Executiva:
Paula Fortunato
E-mail: paula.fortunato@omcne.pt

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

Capa:
2aocubo

Redacção, Produção
e Serviços de Publicidade:
Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa
Tel.: 218 427 100 – Fax: 218 427 199

Impressão:
Lidergraf - Sustainable Printing,
Artes Gráficas, SA
Rua do Galhano, 15
4480-089 Vila do Conde

Depósito Legal: 7421/85
Preço Avulso: 2 Euros
Periodicidade: Mensal
Tiragem: 48.500 exemplares
(10 números anuais)

Isento de registo no ICS nos termos do
nº 1, alínea a do artigo 12 do Decreto
Regulamentar nº 8/99



S *umário*

editorial

- 05 O Regulamento do Interno
no Serviço de Urgência

informação

- 11 Publicidade enganadora
qualifica TNC como medicina
- 12 Colocação de jovens
especialistas de MGF
- 14 Carta ao Ministro da Saúde:
compreender os
Cuidados Paliativos

- 16 Declarações da Bastonária da
Ordem dos Enfermeiros sobre
Eutanásia no SNS

- 17 Próximo concurso de acesso
à formação específica

- 17 Visitas de Verificação
de Idoneidade – composição
da delegação

actualidade

- 18 Fim da vida: poder decidir

- 26 Curso de ciências básicas
em Oftalmologia

- 32 Relatório de Actividades da
Acta Médica Portuguesa 2015

- 36 Reunião geral de Colégios
da Especialidade

histórias da história

- 39 A Anatomia até ao século XXI

SRS - informação

- 42 Discussão deve ser aprofundada

- 44 Austeridade conduziu a
emigração e aposentação

- 46 O trabalho médico em Portugal
e as regras da Ordem

SRC - informação

- 48 Don't Forget Health Care, Stupid!

- 50 Falta "gritante" de camas
de cuidados intensivos
na região Centro

- 52 Ordem dos Médicos no Centro
de Saúde de Castanheira de Pera

- 53 'QEF' é o mais recente livro do
médico psiquiatra
Luiz Canavarro

- 53 Pintura "em fusão"



SRN - informação

- 54 2016: obrigatório investir no SNS

- 56 Juramento de Hipócrates 2015
Porto e Braga acolheram 600
novos médicos

- 57 Eutanásia divide opiniões
na classe médica

- 59 Até quando?

opinião

- 60 A responsabilidade dos médicos
em clínicas privadas

- 62 Recertificação
- A premência do contraditório II

- 66 Direito a morrer com dignidade...

- 68 Gestão da Consulta: a visão de um
Médico Interno de MGF

- 70 A propósito do manifesto
"Direito a morrer com dignidade"

- 74 2006-2016 *In memoriam*
da Cagança do Interno

- 77 Cordialidade também para
contigo, que és pequenino

- 80 A caça ao coelho!

- 82 Tratamento endovascular
do AVC isquémico.
Como ou Quem?

Nota da redacção: Os artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores; os artigos inseridos nas páginas identificadas das Secções Regionais são da sua inteira responsabilidade. Em qualquer dos casos, tais artigos não representam qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos.

Relativamente ao acordo ortográfico a ROM escolheu respeitar a opção dos autores. Sendo assim poderão apresentar-se artigos escritos segundo os dois acordos.

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

ANATOMIA PATOLÓGICA: Helena Garcia
ANESTESIOLOGIA: Paulo Ferreira de Lemos
ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR: José Fernandes e Fernandes
CARDIOLOGIA: Mariano Pego
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: António Marinho da Silva
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA: Paulo Pinho
CIRURGIA GERAL: Pedro Coito
CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho
CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paolo Casella
CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA: Vítor Fernandes
DERMATO - VENERELOGIA: Manuela Selores
DOENÇAS INFECCIOSAS: Fernando Maltez
ENDOCRINOLOGIA - NUTRIÇÃO: Helena Cardoso
ESTOMATOLOGIA: Rosário Malheiro
FARMACOLOGIA CLÍNICA: José Luís de Almeida
GASTROENTEROLOGIA: Pedro Narra Figueiredo
GENÉTICA MÉDICA: Jorge Pinto Basto
GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA: João Silva Carvalho
HEMATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Abecasis
IMUNOALERGOLOGIA: Helena Falcão
IMUNOHEMOTERAPIA: Helena Alves
MEDICINA DESPORTIVA: Maria João Cascais
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO: Cecília Vaz Pinto
MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques
MEDICINA INTERNA: Armando Carvalho
MEDICINA LEGAL: Sofia Lalanda Frazão
MEDICINA NUCLEAR: João Manuel Carvalho Pedroso de Lima
MEDICINA DO TRABALHO: José Eduardo Ferreira Leal
MEDICINA TROPICAL: José Lopes Martins
NEFROLOGIA: José Diogo Barata
NEUROCIROURGIA: Rui Vaz
NEUROLOGIA: José Fernando da Rocha Barros
NEURORRADIOLOGIA: João Lopes dos Reis
OFTALMOLOGIA: Augusto Magalhães
ONCOLOGIA MÉDICA: Maria Helena Gervásio
ORTOPEDIA: Manuel André Gomes
OTORRINOLARINGOLOGIA: Artur Condé
PATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Cirne Carvalho
PEDIATRIA: José Lopes dos Santos
PNEUMOLOGIA: Fernando José Barata
PSIQUIATRIA: Luiz Carlos Viegas Gamito
PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA: Pedro Monteiro
RADIOLOGIA: Maria Amélia Ferreira Estevão
RADIONCOLOGIA: Margarida Roldão
REUMATOLOGIA: José António de Melo Gomes
SAÚDE PÚBLICA: Pedro Serrano
UROLOGIA: Avelino Fraga Ferreira

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: José Filipe Farella Neves
DERMATOPATOLOGIA: Esmeralda Vale
ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão
EEG/NEUROFISIOLOGIA: Maria Regina Brito
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: Jorge Amil Dias
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA: Carlos Freire de Oliveira
HEPATOLOGIA: Luís Tomé
MEDICINA INTENSIVA: José Artur Paiva
MEDICINA MATERNO-FETAL
MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Helena Jardim
NEONATOLOGIA: Daniel Virella
NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: Nuno Reis Farinha
ORTODONCIA: Teresa Alonso
PSIQUIATRIA FORENSE

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

ACUPUNCTURA MÉDICA: António Encarnação
AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL: Duarte Nuno Vieira
CODIFICAÇÃO CLÍNICA: Fernando Oliveira Lopes
EMERGÊNCIA MÉDICA: Vítor Almeida
GERIATRIA: Manuel Veríssimo
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: José Pedro Moreira da Silva
HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira
MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes
MEDICINA FARMACÊUTICA: José Augusto Aleixo Dias
MEDICINA HIPERBÁRICA: Oscar Camacho
MEDICINA PALIATIVA: Isabel Galriça Neto
MEDICINA DO SONO: Teresa Paiva
NEUROFISIOPATOLOGIA
PATOLOGIA EXPERIMENTAL: António Silvério Cabrita
PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL: Alberto Costa
SEXOLOGIA CLÍNICA: Pedro Freitas



O Regulamento do Interno no Serviço de Urgência

"The most fruitful lesson is the conquest of one's own error. Whoever refuses to admit error may be a great scholar but he is not a great learner. Whoever is ashamed of error will struggle against recognizing and admitting it, which means that he struggles against his greatest inward gain."

Goethe, Maxims and Reflections

As mudanças de cultura e paradigma levantam sempre naturais resistências e receios. Devemos compreendê-los e aceitá-los como expectáveis e humanos, mas saber ultrapassá-los com objectividade, ciência e assertividade.

Naturalmente, os Colegas merecem e têm direito a uma justificação e explicação dos fundamentos do Regulamento do Interno no Serviço de Urgência, sobretudo nos seus aspectos

mais disruptivos, e a uma resposta às críticas e sugestões efectuadas. É o que se pretende com este longo editorial, sem esgotar o tema, sublinhando, antes de mais, o imenso apoio que colheu entre os Médicos Internos.

"The truth is that fatigue remains a problem in medicine. Change is needed at both the individual and organisational level" (Daniel Sokol. BMJ 2013; 347: f4906).

FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

Quando, em 2003, o Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) impôs limites ao horário aos Médicos Internos em formação nos Estados Unidos da América, com o objectivo de reduzir o *deficit* de horas de sono e a fadiga e de melhorar a segurança dos doentes, as reacções, apesar de permitir 80h de trabalho/semana,

foram semelhantes às que agora surgiram quando o Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM) e a Ordem dos Médicos aprovaram o Regulamento sobre Internato Médico e Serviço de Urgência. Nada de inesperado, portanto.

Repare-se que o ACGME impõe que “Duty hours must be limited to 80 hours per week, averaged over a four-week period, inclusive of all in-house call activities and all moonlighting.” Como sabemos, os Médicos Internos portugueses trabalham muitas horas fora do horário normal de trabalho, que nunca são contabilizadas (e deviam ser, mas as administrações não têm interesse em que o sejam), pelo que a realidade nacional não será muito distinta das 80h/semana de trabalho efectivo, quando não as ultrapassam.

Em 2003, quando as orientações da ACGME foram implementadas, muitos manifestaram preocupações quanto a um efeito negativo na formação dos Médicos Internos. Porém, nos 7 anos que se seguiram, os estudos revelaram que a exposição clínica, os resultados académicos e o conhecimento médico se mantiveram constantes ou melhoraram ligeiramente (Meredith Riebschleger, Thomas Nasca. *The ACGME 2011 Duty Hour Standards*, pág 29-37).

Reconhecidamente, não é fácil efectuar estudos sobre o impacto dos horários no desempenho dos Médicos Internos (Larsen C et al. *South Med J*, 2014; 107: 396). Muitos destes estudos sofrem de limitações metodológicas, são de interpretação difícil e subjectiva e investigam realidades diferentes daquela que vivemos em Portugal. Uma meta-análise permitiu confirmar que as inter-

venções para reduzir o número de horas de trabalho dos Médicos Internos deram resultados mistos na experiência cirúrgica e na percepção da qualidade da formação, mas que consistentemente aumentaram a qualidade de vida dos jovens médicos (Fletcher K et al. *JAMA*. 2005; 294: 1088). “Residents’ somatic symptoms were more severe and more frequent with the 24-hour schedule” (Parshuram C et al. *CMAJ*, March 17, 2015; 187: 321). Um dado parece certo, a justa restrição dos horários não piora a qualificação dos futuros especialistas e já vão longe os tempos em que “a resident’s life outside the hospital was simply not a priority.”. Tão ou mais importante que o horário de trabalho é a carga de trabalho e responsabilidade colocada sobre os ombros dos jovens médicos. A redução desta excessiva carga de trabalho pode conduzir a diminuição dos custos, por permitir mais tempo aos Médicos Internos para o estudo e reflexão e uma melhor avaliação dos doentes, o que se repercute no encurtamento dos tempos de internamento e na redução das taxas de readmissão e necessidade de cuidados intensivos (Lara Goitein, Kenneth M. Ludmerer. *JAMA Intern Med*, 2013; 173: 655).

Porém, a evidência científica relativa aos riscos do trabalho prolongado é consistente e entre as razões invocadas para a redução do excessivo horário de trabalho estão “risk for medical errors and negative outcomes for residents, including depression, motor vehicle accidents and needle-stick injuries”, confirmando-se que “Sleep loss of less than 30 hours reduced physicians’ overall performance by nearly 1 standard deviation and clinical perfor-

mance by more than 1.5 standard deviations” (Ingrid Philibert. *SLEEP*, 2005; 28: 1392).

Num estudo, 41% dos Médicos Internos referiu que a sua fadiga/falta de sono contribuiu para um erro médico grave. Um dos Médicos Internos afirmou que “It was 3 am and I’m not sure I was completely awake” (Wu W et al. *JAMA* 1991; 265: 2089). Não admira, pois, que um médico possa claudicar de sono a meio da noite... Recordo as palavras de um Interno que confessou já ter batido com os olhos nas oculares do microscópio por ter adormecido durante uma cirurgia... Os médicos são seres humanos.

Outros estudos demonstraram que os Médicos Internos fazem mais erros nas unidades de cuidados intensivos quando fazem turnos frequentes de 24 ou mais horas e que os Internos de cirurgia fazem até o dobro de erros técnicos nos simuladores de laparoscopia após uma noite de trabalho comparativamente com o que acontece após uma noite de sono (Landrigan C et al. *N Engl J Med*, 2004; 351: 1838).

Vale a pena ler o relatório “Driving While Drowsy: The Threat to Resident Physicians & Public Safety”, de 2008, cujo relator foi Nailah Thompson, M.D., do Committee of Interns and Residents SEIU Healthcare. *Um dos membros deste Comité morreu em 1999 num acidente de automóvel, por ter adormecido ao volante depois de um turno numa unidade coronária.* Transcrevo duas importantes passagens desse relatório:

“When we asked the subjects [Anesthesia residents] if they thought they had fallen asleep during the MSLT [Multiple Sleep Latency Test], only half gave the answer that corresponded with the EEG data. Among those who

A qualidade da formação não depende de se efectuarem turnos de 24h em urgência interna ou externa!

thought they had stayed awake, 68% were wrong. These findings have been reproduced elsewhere and raise important concerns in the complex environment of health care. Individuals have little ability to determine how sleepy they are or if they have fallen asleep. This may make them more likely to perform a critical task when they are not prepared or less likely to use a countermeasure strategy to improve alertness.”

“An often quoted study published in Nature found that after 24 hours of wakefulness, cognitive function deteriorates to a level equivalent to having a 0.1% blood alcohol level. And a 2005 study published in JAMA found that residents working a heavy call schedule had a higher degree of impairment than controls with a 0.05% blood alcohol level when performing tests of sustained attention, vigilance and simulated driving tasks. The authors found that residents were often unaware of their impairment. In the U.S., the legal limit of the blood alcohol concentration for commercial drivers is 0.04 and for most non-commercial drivers is 0.08.” Ora, um médico com uma alcoolemia de 0,1% seria considerado incapaz para trabalhar!

Ainda que sem unanimidade, como geralmente acontece, a bibliografia é imensa. Cito e reproduzo algumas frases do artigo de Daniel Sokol, honorary senior lecturer em lei e ética médica no King’s College London (BMJ 2013; 347: f4906):

“Fatigue is not a sign of weakness, nor something that can be suppressed by a cup of coffee in the mess or a splash of water on the face”.

“Fatigue adversely affects vigilance, alertness, motor coordi-

nation, information processing, and decision making. These are qualities that, for most specialties, are essential”.

“We are poor judges of our own tiredness.”

“Reduced working hours may call for improvements to handovers at the end of shifts, for example”.

“If the thought of a fatigued pilot at the controls of your plane is frightening, so too should be the thought of a fatigued doctor in a hospital or consultation room”.

“On the evening of 12 February 2009, a Colgan Air aircraft carrying 45 passengers, two pilots, and two flight attendants stalled on approach to an airport in New York. The pilots failed to notice their low speed and did not respond to the stall warnings in time. The plane crashed, killing all on board. The pilots had travelled far to get to the departure airport and, in breach of company policy, had slept in the crew room the night before. The National Transportation Safety Board, in its accident report, concluded that pilot fatigue was a contributing factor to the crash.”

Entre os vários possíveis, referem-se apenas dois trabalhos recentes de investigadores portugueses, publicados na Acta Médica Portuguesa, que contribuem para confirmar as preocupações.

Um evidenciando que “a privação de sono aguda resultante do trabalho nocturno em profissões médicas está associada a uma diminuição da atenção e concentração e no atraso de resposta a estímulos. Isto pode comprometer o atendimento ao paciente, bem como a saúde e a qualidade de vida do próprio médico.” (Inês Sanches et al. AMP, 2015; 28: 457-462)

Outro enfatizando o grave problema do *burnout*, realçando que

atinge sobretudo os mais jovens. “A nível nacional, entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram *burnout* moderado e 47,8% *burnout* elevado. A percepção de más condições de trabalho foi o principal preditor da ocorrência de *burnout* nos profissionais de saúde Portugueses.” (João Marôco et al. AMP, 2016; 29: 24-30)

É um erro tremendo menorizar os efeitos do *burnout*. “Studies suggest a high prevalence of burnout among trainees, with levels higher than in the general population. Burnout can undermine trainees’ professional development, place patients at risk, and contribute to a variety of personal consequences, including suicidal ideation. Factors within the learning and work environment, rather than individual attributes, are the major drivers of burnout. Limited data are available regarding how to best address trainee burnout, but multi-pronged efforts, with attention to culture, the learning and work environment and individual behaviours, are needed to promote trainees’ wellness and to help those in distress.” (Liselotte Dyrbye, Tait Shanafelt. Medical Education, 2016: 50: 132).

RAZÕES DO REGULAMENTO

Considerando este enquadramento científico, devido aos múltiplos relatos e evidência concreta das pressões exercidas sobre os mais jovens, usados e abusados como mão de obra barata no serviço de urgência, em clara violação da lei, pois os Médicos Internos estão em formação (DL 86/2015), e em função da obrigação de defenderem a Qualidade da formação médica pós-graduada, o CNIM e a OM elaboraram o Regulamento do Interno no Serviço de Urgência (SU), já divulgado e comentado no anterior número da Revista da Ordem dos Médicos.

É óbvio que se não fossem os impressionantes exageros cometidos em alguns hospitais, o Regulamento não teria sido elaborado, pois a sua necessidade não se faria sentir. Lamentavelmente, em vez de contratarem mais especialistas ou de remunerarem convenientemente os médicos dos hospitais, para que aceitassem fazer mais horas em SU, que são as soluções adequadas e que sugerimos formal e fortemente, os Conselhos de Administração e o Ministério da Saúde preferiam escravizar os Médicos Internos, obrigando-os a inúmeras horas suplementares, de elevado *stress*, fadiga, risco e indigente remuneração. Esperteza saloia para 'poupar' dinheiro à custa dos mais frágeis.

A organização das escalas de urgência foi completamente espatifada pelas medidas absurdas e cortes cegos do anterior Governo, que esperamos que o actual corrija velozmente, nomeadamente:

- Vergonhosa miserabilização do pagamento do trabalho no SU,

que levou à recusa generalizada dos Médicos mais velhos em fazer horas extraordinárias e à invocação dos limites legais para deixar o SU. Esta foi a razão principal para o colapso das urgências.

- Contratação para o SU através de empresas de mão de obra, com os resultados catastróficos que se conhecem. O actual Ministério da Saúde prometeu acabar com esta situação... Que cumpra rapidamente a sua palavra, porque é muito fácil fazê-lo.

- Pagamento do trabalho de urgência aos médicos das empresas, frequentemente menos qualificados e desinseridos das equipas, por valores mais elevados que aos médicos da instituição, agravando a desmotivação destes últimos.

A 'solução' encontrada foi preencher as escalas do SU com Internos, para colmatar a debandada dos especialistas, sobrecarregando os primeiros de forma intolerável. Porém, os Internos estão em formação, pelo que devem fazer urgência com intuítos formativos e de acordo com o seu plano de formação. Ora, como todos sabemos, as escalas do SU devem ser elaboradas com um número adequado e suficiente de especialistas e não com base em Internos, para maior segurança dos próprios doentes e para uma melhor qualidade e celeridade de funcionamento do SU, uma das mais eficientes formas de evitar a sua permanente congestão.

Daí o Regulamento. Se porventura se levantarem algumas dificuldades com as escalas em alguns hospitais, devem ser resolvidas pagando justamente aos especialistas, que é o que se espera que os médicos e os Sindicatos exijam!

RESPOSTA ÀS CRÍTICAS

As poucas críticas recebidas na Ordem dos Médicos relativas a este Regulamento, que se saúdam, não surpreendem, como já referimos, e são facilmente respondidas. Reafirmando que o Regulamento é mesmo para cumprir e a indesmentível importância das várias facetas que regimenta, nomeadamente quanto aos níveis de autonomia, resumem-se a seguir os pertinentes esclarecimentos, que esperamos que sejam definitivamente suficientes.

Sobretudo, desejamos e contamos que não se procurem, à boa (má) maneira portuguesa, formas 'desenrascadas' de tentar dar a volta ao espírito e à letra do Regulamento. Logicamente, como todos compreenderão, o CNIM e a OM não elaboraram este Regulamento para depois assistir passivamente a eventuais ensaios de desvirtuação. Temos formas de intervir sem prejudicar os Médicos Internos.

1) Se todos os hospitais cumprissem os limites legais e respeitassem minimamente o trabalho e a saúde física e mental dos Médicos Internos, não seria necessário elaborar o presente Regulamento, que se aplica tanto à urgência externa como à urgência interna. Agora, é para cumprir. A Ordem dos Médicos faz o trabalho que lhe compete na defesa da Qualidade da Formação, da Saúde dos Internos e da Segurança dos Doentes.

2) Os limites legais para o trabalho médico e os descansos compensatórios continuam em vigor, independentemente do Regulamento, e cada um gere-os como entender. Atenção que o Regulamento não vem aumentar os limites legais para o traba-

lho médico, nem pode ser usado para impor a ultrapassagem desses limites contra a vontade dos Internos. Por isso, não tem qualquer sentido fazerem-se contas a comparar o Regulamento com os limites legais de horas extraordinárias, nomeadamente as 200 horas anuais, que continuam intactos e intocáveis.

3) O Regulamento visa evitar abusos que todos sabemos que estão a ser cometidos e definir os limites a partir dos quais a Ordem intervém disciplinarmente sobre os prevaricadores, mecanismo de protecção dos Internos que até aqui não existia!

4) O Regulamento tem de ser equilibrado, para ser cumprido de forma generalizada por todas as especialidades, provocando uma disrupção do sistema e impondo uma nova cultura, sim, mas sem provocar a catástrofe nas urgências, o que implicaria a morte do Regulamento (os Internos são mesmo essenciais, todos sabemos, e ainda bem). O caminho faz-se com passos seguros na direcção correcta.

5) O Regulamento tem de considerar globalmente as características próprias de todas as especialidades e o período de formação dos Internos. O sinal do correcto balanço do Regulamento é o facto de receber algumas críticas de que é restritivo demais.

6) Quem já respeitava os limites legais, continuará a respeitar e nada mudará. Quem não respeitava mas não exagerava, poderá manter a organização das escalas de urgência, desde que os Internos não invoquem os limites legais. Quem não respeitava, exagerava e pressionava os Internos, terá de mudar obrigatoriamente, sob pena de sucessivos e progressivamente mais graves

procedimentos disciplinares (que têm mesmo consequências...).

7) A aplicação do Regulamento será monitorizada activamente. Para isso contamos também com as informações que nos forem enviando de todos os hospitais (respeitaremos pedidos de sigilo de identidade e investigaremos o que nos for comunicado). Tal como está previsto nos pontos 12 e 13 do regulamento, acompanharemos serenamente todas as questões e situações que nos forem colocadas. No futuro, ver-se-á se será necessária alguma medida ou esclarecimento ou regulamentação suplementar.

8) Repare-se que, pelo Regulamento, os Internos continuam a poder trabalhar, desde que com isso concordem, até um máximo médio de 58h/semana, com picos de 64h na mesma semana, das quais, respectivamente, 30 ou 36h/semana são de urgência (e ainda há quem ache pouco...)! Tendo em conta que a Directiva Europeia de tempo de trabalho prevê um limite máximo de trabalho de 48h/semana, é fácil verificar que este Regulamento não é excessivamente restritivo nem coloca em causa a qualidade da formação dos Internos. Pelo contrário. Tenho a sensação de que alguns dos que o criticaram por o acharem limitativo nem o leram bem.

9) Para comparar com a situação do Reino Unido: "The average amount of hours junior doctors work will remain the same, at around 48 hours per week. There will be a new absolute limit of 72 hours in any week, lower than the 91 hours that the current arrangements allow. Alongside this, we are removing the financial incentives in the current contract that encourage doctors to work unsafe hours.

Junior doctors who opt out of the working time directive will not be able to work more than 56 hours per week on average over the course of a rota. Maximum shift length of 13 hours".

10) Levantou polémica acabar com os violentos turnos de 24 de trabalho seguido, o que é extraordinariamente surpreendente, porque a profissão médica é a única que parece achar normal trabalhar duramente 24h seguidas (muito mal remuneradas), depreciando as exigências, dificuldades, *stress*, responsabilidade e consequência na saúde do seu próprio trabalho! Nem consigo encontrar explicação...

11) Levantou polémica o Regulamento não se aplicar também aos especialistas. A explicação para tal facto é muito simples. A Ordem dos Médicos entendeu dar um passo de cada vez, nomeadamente porque ninguém pode obrigar um especialista a fazer 24h de trabalho seguido! É ilegal, todos o deviam recusar, e pode ter sérias implicações com as Seguradoras e a responsabilidade judicial. Porém, os Internos eram coagidos a fazê-lo, pelo que este Regulamento era absolutamente essencial. Estamos em crer que progressivamente se instalará uma nova cultura nos Serviços de Urgência; se algum especialista, sem qualquer suporte legal, quiser fazer 24h seguidas, não está proibido por este Regulamento, mas então que as cumpra efectivamente... Não se compare o que é incomparável, porque só o faz quem não tem argumentos.

12) Levantou polémica reduzir as urgências dos Internos das especialidades cirúrgicas de 24 para 12h, com um conjunto curioso de alegações, todas sem fundamento objectivo. Em primeiro lugar, há hospitais portu-

gueses e países europeus onde esta regra é cumprida e a formação dos Internos não é prejudicada, demonstrando o óbvio, que a qualidade da formação não depende de se efectuarem turnos de 24h em urgência interna ou externa! Em segundo lugar, se os doentes são operados mais frequentemente durante a noite, não há problema, porque os Internos continuarão a fazer o mesmo número de noites, pelo que continuarão a operar o mesmo número de doentes! Em terceiro lugar, no que respeita à continuidade do acompanhamento dos doentes (que é inegavelmente uma questão relevante), apenas duplica a frequência da passagem de turnos, não a sua qualidade, sendo intuitivo o resultado concreto de um estudo, "A majority also felt that better care was provided by a rested physician in spite of being less familiar with the patient" (Jasti H et al. BMC Medical Education, 2009; 9: 52). Para além disso, "The FIRST Trial effectively debunks concerns that patients will suffer as a result of increased handoffs and breaks in the continuity of care." (John D. Birkmeyer. N Engl J Med, 2016; 374: 783). Seria ideal que os médicos fossem *robots*? Sim, claro, nem precisariam de descansar nem de salários...

13) Levantam-se dificuldades acrescidas para a normal gestão dos serviços? Sim, claro, até aqui essas dificuldades eram resolvidas fácil e economicamente à custa dos Internos... Obviamente será necessário introduzir uma nova rotina na organização dos serviços e na elaboração das escalas. Sabemos que as mudanças

de hábitos provocam sempre alguma reacção, mas não temos dúvidas que todos os Directores de Serviço têm capacidade suficiente para o fazer.

14) Até recebemos uma carta de internos de cirurgia a dizer que queriam continuar a trabalhar até 48h/semana na urgência, com uma média máxima de 36h, como se disso dependesse a qualidade da sua formação... Mas esta circunstância também está descrita: "The juniors are either too scared to speak out or have come to share the views of their seniors" (Daniel Sokol. BMJ, 2013; 347: f4906), ou "Although few surgical residents would ever acknowledge this publicly, I'm sure that many love to hear, "We can take care of this case without you. Go home, see your family, and come in fresh tomorrow."" (John D. Birkmeyer. N Engl J Med, 2016; 374: 783).

15) Que fique muito claro que nunca poderão ser interesses pessoais pontuais a ditar ou condicionar as regras e as leis.

16) O que os Médicos Internos poderão fazer fora do seu horário de trabalho não é da responsabilidade da Ordem dos Médicos. Desejamos que estudem e descansem! Mas se, devido aos seus baixos salários, forem trabalhar para outro lado, como alguns parecem rezear, não será difícil encontrar um local onde sejam melhor remunerados; porém, esta é outra matéria, que nada tem a ver com o cerne da questão e com o papel da Ordem dos Médicos.

17) À laia de conclusão: "Work hour restrictions are coming and it is important for hospital administrators to start preparing to

reduce the risk of adverse events. Administration also cannot ignore the current problem of prolonged resident duty hours and its impact on sleep deprivation. The public is becoming increasingly aware of the issue and the potential for adverse events. Over the next several years, the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada will be issuing guidelines to all Canadian medical schools. If these changes do not occur quickly enough to satisfy the resident workforce, then there is a real potential that the courts may be asked to decide. It is critical that hospital administrators begin preparing now." (Z. Amy Fang, Darren Hudson. Healthcare Quarterly, 2015; 18 (2): 50)

ESTUDO DE BURNOUT DOS MÉDICOS

Caros Colegas, um grande estudo sobre o burnout na classe médica, promovido pela Ordem dos Médicos, vai iniciar-se no princípio de Abril. É importante que haja uma participação massiva dos médicos, por forma a termos resultados robustos. Em breve receberão, por várias formas, informação sobre como aceder ao questionário. Estejam atentos ao nosso site e à vossa caixa de correio electrónico, bem como ao vosso telemóvel. É um estudo de vital importância para os médicos, pelo que se espera que todos participem e que o façam com o máximo rigor.

PS: Porque estamos fundamentadamente convictos da nossa razão, não nos furtaremos a qualquer debate sobre esta temática.



Publicidade enganadora qualifica TNC como medicina

Divulgamos a carta que a OM dirigiu ao presidente do conselho de administração da Entidade Reguladora da Saúde participando da Associação Portuguesa dos Profissionais de Acupunctura por estar a promover um vídeo em que passa a mensagem de que medicina chinesa e acupunctura são terapias médicas e que os seus prestadores são médicos, o que como se sabe e resulta da lei é falso. Tendo em atenção o quadro legal existente, as Terapêuticas não Convencionais (TNC) são cuidados terapêuticos, não são medicina. Nessa medida o anúncio é abusivo porque pode induzir em erro o consumidor sobre as características do serviço prestado pelos acupunctores das TNC e enganá-los sobre as qualificações e atributos desses mesmos profissionais. Considera-se que esse anúncio é suscetível de violar o regime jurídico a que devem obedecer as práticas de publicidade em saúde estabelecido pelo Decreto Lei 238/2015, de 14 de Outubro.

“A Ordem dos Médicos, pessoa colectiva de direito público, com sede na Av. Almirante Gago Coutinho, nº 151, em Lisboa, como o NIF 501375848, representada neste acto pelo seu Bastonário Professor Doutor José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva, nos termos da al. c) do artigo 44º do Estatuto da Ordem dos Médicos na versão aprovada pela Lei 117/2015, de 31 de Agosto, vem participar o seguinte:

2. A Associação Portuguesa dos Profissionais de Acupunctura (de ora em diante designada pela abreviatura APPA), com sede na Rua Eça de Queiroz, 16 B – 4º piso, em Lisboa está a promover um vídeo que pode ser visionado no link <https://www.facebook.com/appa.acupunctura/videos/537835373042507/> e que damos aqui por reproduzido.

3. Do referido vídeo retira-se com interesse para a presente participação os seguintes trechos:

“(…) a medicina chinesa e a acupunctura são medicina” e “... acreditam que vão ficar bem e com acesso às medicinas disponíveis”;

4. Independentemente do fim específico para o qual o anúncio está a ser divulgado a verdade é que a APPA publicita que as terapêuticas não convencionais (TNC) designadas de acupunctura e medicina tradicional chinesa são medicina;

5. O intuito é passar a mensagem de que as referidas terapias são médicas e que os seus prestadores são médicos, o que como se sabe e resulta da lei é falso;

6. Os prestadores dos serviços publicitados são, à face da lei portuguesa, terapeutas e não médicos e a sua actividade é considerada como uma terapia, o que é diferente da actividade médica;

7. A APPA participa na difusão desta prática de publicidade em saúde e beneficia da mesma;

8. E o anúncio tem de se considerar no âmbito do conceito de prática de publicidade em saúde já que em última análise se consubstancia numa informação com o objectivo de promover as terapias já referidas junto dos utentes, sendo certo que expressamente refere determi-

nadas patologias que são tratáveis e curáveis através das terapêuticas não convencionais;

9. A publicidade é enganadora ao qualificar as TNC como medicina o que inculca a ideia errada quanto ao prestador dos cuidados de saúde e ao serviço prestado;

10. Encontram-se, assim, violados os artigos 4º, nºs 2 e 3 e 7º, nº1, al. d) do Decreto-Lei 238/2015, de 14 de Outubro o que constitui contra-ordenação punível nos termos do artigo 8º do mesmo diploma legal;

11. Cabe à Entidade Reguladora de Saúde, em conformidade com o nº 4 do artigo 8 já mencionado fiscalizar e instruir o aludido processo contra-ordenacional o que se requer para os devidos efeitos legais.

12. Mais se requer que a Ordem dos Médicos seja informada da tramitação relevante da presente participação.

O Bastonário da Ordem dos Médicos

Professor Doutor José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva”

Colocação de jovens especialistas de MGF

A Ordem dos Médicos enviou uma carta à nova Presidente da ACSS, Marta Temido, sobre a colocação de jovens especialistas de Medicina Geral e Familiar, na qual classifica como “ilegal, imoral e desumana” a forma como os jovens médicos e os doentes foram tratados pelos burocratas da ACSS/ARS, “esperando que não se repitam comportamentos semelhantes nos próximos concursos”.

“Os jovens especialistas de MGF candidatos a uma vaga como Assistente da carreira de MGF, abaixo identificada, receberam uma convocatória por email, para assinatura do contrato, com apenas quatro dias de antecedência, incluindo um fim de semana. Muitos só tardiamente leram o email e não conseguiram sequer desmarcar os doentes que estavam marcados para o dia 1 de Fevereiro no local onde se encontravam a trabalhar. Este comportamento prepotente e ilegal das ARS demonstra uma enorme incompetência, um gritante desprezo pelos jovens médicos, pois alguns, subitamente, tiveram de se deslocar centenas de quilómetros para assinar o contrato, e, pior ainda, um chocante desdém pelos doentes, que se deslocaram aos Centros de Saúde onde esperavam ter uma consulta, que não puderam ter por causa dos estultos burocratas das ARS.

Curiosamente, as ARS culpam o actual Ministério da Saúde pela ilegalidade da convocatória. O Ministério é mesmo o culpado?

Segue o email enviado pela ARSLVT aos colegas:

De: “Ana Paula | DRH” <apaula@ARSLVT.MIN-SAUDE.PT>

Data: 28 de janeiro de 2016, 15:38:38 WET

Assunto: URGENTE: Convocatória para assinatura de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado

Exmos Senhores

Sobre o assunto e na sequência da publicação do Aviso n.º 948-A/2016, no Diário da República, 2.ª série, n.º 18 de 27 de janeiro de 2015, através do qual é dado a conhecer a homologação da Lista Unitária de Ordenação Final dos candidatos ao procedimento simplificado aberto pelo Aviso n.º 13007-A/2015, publicado no Diário da República 2ª série, n.º 118, de 6 de novembro, rectificado pelas declarações de rectificação n.º 1075-A/2015, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 237, de 3 de dezembro e n.º 1083-A/2015, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 239 de 3 de dezembro, e atendendo às orientações dos membros do Governo responsáveis pela área da saúde que estabeleceram como data limite o início de funções e respectiva assinatura de contrato para no próximo dia 1 de fevereiro, vimos pelo presente convocar V.ª Ex.ª, se apresentar nas instalações do Departamento de Recursos Humanos desta ARS, no próximo dia 1 de fevereiro de 2016, pelas 10:30, por forma a assinar o contrato.

Deste modo e por forma a dar cumprimento ao prazo estabelecido muito se agradece a sua presença, devendo para o efeito e caso esteja inibido de comparecer no dia e hora agendado, fazer-se representar por pessoa devidamente mandatada para o efeito mediante procuração reconhecida por advogado/correios ou notariado, devendo o representante fazer-se acompanhar ainda do seu cartão de identificação pessoal, bem como fotocópia da sua identificação pessoal e cédula profissional.

Caso não se encontre inibido deverá trazer o documento de identificação pessoal e cédula profissional.

Mais se informa que a apresentação no ACES escolhido será oportunamente agendada com o próprio agrupamento que entrará em contacto com cada um dos médicos que escolheram a respetiva vaga.

Com os melhores cumprimentos, Ana Paula Couto - Técnica Superior Departamento de Recursos Humanos

Email: lapaula@arslot.min-saude.pt

Telefone: +351218424800 - Ext.: 5440 -

Fax: +351218426617

www.arslot.min-saude.pt | geral@arslot.min-saude.pt

Esta convocatória é completamente ilegal, pelas seguintes razões:

- De acordo com a legislação aplicável, a celebração e assinatura de contrato de trabalho é obrigatoriamente precedida de uma fase de negociação (veja-se o art.º 18.º do DL 177/2009). A negociação é efectuada por escrito e tem sempre por base uma proposta fundamentada da entidade empregadora pública.

- A lei admite que, em casos excepcionais devidamente fundamentados, designadamente quando o elevado número de candidatos torne a negociação impraticável, o empregador público pode optar por enviar uma proposta de adesão a um determinado posicionamento remuneratório a todos os candidatos. Ora, tal não ocorreu na presente situação. Os Colegas não tinham conhecimento do teor exacto do contrato que iam assinar, nem lhes foi disponibilizado um exemplar do contrato, assinado, depois da assinatura do mesmo!

- Não estando determinado qualquer prazo para a assinatura do contrato, será aqui de aplicar o prazo supletivo estabelecido no Código do Procedimento Admi-

nistrativo, que é de 10 dias úteis, que não foi cumprido.

- Não há qualquer razão válida para que o dia 1 de Fevereiro seja o do início de funções, tanto mais que o mesmo será, tão só, aparente, já que os médicos só posteriormente e em data não indicada deverão apresentar-se nos ACES respectivos.

Exma Sra Dra Marta Temido, Sabemos que o início de funções é sempre algo atribulado e que não é possível prevenir e resolver de imediato todos os problemas. Aliás, desejamos-lhe o maior êxito no exercício destas complexas e exigentes funções e fazemos questão de afirmar que temos em si as maiores expectativas.

Por conseguinte, é com objectivos pedagógicos e construtivos que enviamos esta sentida reclamação pela forma ilegal, imoral e desumana como os jovens médicos e os doentes foram tratados pelos burocratas da ACSS/ARS, esperando que não se repitam comportamentos semelhantes nos próximos concursos. Não havia necessidade...

Aos jovens colegas, caso estivessem impedidos de se apresentarem, até se exigia que, durante o fim de semana, mandassem alguém com uma procuração reconhecida por advogado/correios ou notariado...

Espantosamente, sem terem nada preparado, com doentes marcados nos seus locais de origem, os médicos foram convocados para se apresentarem no novo local de trabalho logo no dia seguinte ao da assinatura do contrato! Foi o caos...

Naturalmente, iremos informar os jovens colegas que estas convocatórias são ilegais, pelo que podem recusar a sua apresentação nestes termos em futuros concursos, sem qualquer perda dos seus direitos, devendo recorrer a um advogado e aos tribunais caso se revele necessário.

Termino esperando que elimine os incompetentes da ACSS/ARS, para que futuros procedimentos decorram de melhor forma.

Com os mais cordiais cumprimentos,
José Manuel Silva”

Carta ao Ministro da Saúde: compreender os Cuidados Paliativos

A Ordem dos Médicos enviou uma carta ao Ministro da Saúde sobre a necessidade de compreender os Cuidados Paliativos, respeitar a sua realidade como especialidade clínica, implementar integradamente nos quatro níveis de cuidados do SNS. Anexo a essa carta foi enviado o comunicado do CNE sobre esse mesmo assunto que publicámos na pág. 9 e seguintes da revista de novembro de 2015.

“Ex.mo Sr. Ministro da Saúde

Dr. Adalberto Campos Fernandes

Assunto: Compreender os Cuidados Paliativos, respeitar a sua realidade como especialidade clínica, implementar integradamente nos quatro níveis de cuidados do SNS. Sobretudo, não cometer mais erros!

Aproveitando a época de reflexão em curso sobre o Serviço Nacional de Saúde, vimos por este meio exprimir a nossa preocupação em relação ao desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (CP) em Portugal, que apesar dos avanços feitos na última década, consideramos uma grande lacuna do SNS, merecedora de intervenção prioritária a nível nacional, de um modo global, integrado e respeitador das características próprias e específicas dos CP.

Dados do recém-criado Observatório Português dos CP e o que constatamos no dia-a-dia dos serviços de saúde traduzem uma realidade demolidora: um grande atraso português em relação aos outros países ocidentais e a fraca implementação do Programa Nacional de CP (listas de espera, processos inadequados, regiões sem qualquer oferta, muito poucas equipas hospitalares e comunitárias e a quase inexistência de unidades de agudos). Conclui-se que existem milhares de doentes e famílias sem acesso a estes cuidados especializados, considerados pela OMS como um direito humano básico, o que nos deve envergonhar a todos. A Ordem dos Médicos tem tido um papel construtivo e algumas etapas já foram percorridas. Sendo a Medicina Paliativa uma área especializada da medicina, foi considerada importante a criação desta Competência pela Ordem dos Médicos. A maioria dos médicos que adquiriram esta Competência em Portugal são especialistas de Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Oncologia e Anestesiologia, que se formaram especificamente nesta área da medicina, a nível teórico e prático. Muitos destes médicos integram hoje as poucas equipas especializadas de Cuidados Paliativos existentes e trabalham a nível Hospitalar, a nível dos Cuidados Primários e a nível dos Cuidados Continuados.

Actualmente esta área do conhecimento médico também faz parte de programas de internato de várias especialidades médicas, como seja a Medicina Interna, a Medicina Geral e Familiar e a Oncologia. Facto nuclear para uma *“abordagem que tem como objetivo o alívio do sofrimento e a melhoria global da qualidade de vida de pessoas com problemas associados a doenças muito graves (que ameaçam a vida), e/ou avançadas e progressivas”*. Sabemos que, à luz das recomendações internacionais, como as da OMS e da União Europeia, todos os médicos (e também enfermeiros e outros técnicos de saúde) devem ter, no mínimo, formação básica em cuidados paliativos, independentemente do seu local de trabalho. Todos devem ter competência para evitar a distanásia e para assumir ações e atitudes paliativas na sua prática clínica, em serviços não específicos de CP, quer trabalhem nos cuidados primários, hospitalares ou continuados integrados.

Sabemos ainda que os profissionais das equipas, unidades e serviços específicos de CP devem ter formação avançada em CP e dedicar-se prioritariamente ao acompanhamento de situações de maior complexidade e aonde quer que o doente se encontre. Para a qualidade dos cuidados de saúde prestados e sua eficiência, estas estruturas devem estar directamente integradas no SNS, funcionar como qualquer outro serviço e trabalhar em boa articulação com todos eles na continuidade dos cuidados, a todos os níveis.

Assim sendo, e tendo sido nomeadas coordenações nacionais para a reforma do SNS na área dos três níveis de cuidados, (primários, hospitalares e continuados), consideramos ser esta uma oportunidade única para refletir e operacionalizar a implementação dos Cuidados Paliativos na continuidade destes três níveis e nos cuidados domiciliários, nunca numa filosofia de gestão vertical ou relacionados apenas com num dos níveis, mas sempre a nível global, transversal e local.

Consideramos que foi dado um passo importante na criação de uma rede de CP, autónoma da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Mas esta RNCP, criada pela Lei 52/2012, não deve ser pensada à imagem e semelhança da atual RNCCI, que em si mesma já enferma de vários erros e excessiva burocratização e desumanização (a corrigir!).

Os CP devem ser, pelo contrário, uma “rede” funcional plenamente integrada no SNS (como uma “rede” de neurocirurgia, ou de medicina interna, ou de urgências, ou de trauma, ou de oncologia, ou da saúde materno-infantil), de acesso direto, sem intermediários burocráticos e burocratizados, para todos os que necessitem desses cuidados de saúde, prestados por equipas multidisciplinares dedicadas, em número suficiente, com dotação adequada de profissionais devidamente formados.

Efectivamente, **os cuidados paliativos são uma especialidade clínica, não são um nível de cuidados. Não são sinónimo de cuidados continuados e não são um exclusivo do nível dos cuidados continuados integrados. Por isso mesmo, devem ser prestados de forma articulada nos quatro níveis de cuidados do SNS, Domiciliários, Primários, Hospitalares e Continuados.**

Relembramos o Comunicado do CNE da Ordem dos Médicos de 22 de outubro de 2015 “Ministério recua nos Cuidados Paliativos com prejuízo sério para os doentes”, em que solicitámos a alteração da portaria 340/2015 de 8 de outubro, que juntamos em anexo e para o qual solicitamos a máxima atenção e reflexão de V. Exa. Esperamos que os CP não sejam sugados pela tentação de alguns em criarem mais um feudo para exercício de poderes descentrados do interesse público, das necessidades dos doentes e das características específicas dos CP.

Impõe-se pensar a melhoria dos CP em Portugal. A Ordem dos Médicos disponibiliza-se para dar o seu contributo, sempre em nome do interesse público e dos doentes, os únicos interesses que todos devemos manter nas nossas mentes e que devem nortear todas as nossas decisões.

Com os mais cordiais cumprimentos,
José Manuel Silva”

Declarações da Bastonária da Ordem dos Enfermeiros sobre Eutanásia no SNS

Divulgamos o comunicado da Ordem dos Médicos emitido após as declarações da bastonária da Ordem dos Enfermeiros ao afirmar taxativa e assumidamente que a “eutanásia” já é praticada nos hospitais portugueses e que terá visto médicos sugerirem a administração de insulina a doentes em situação terminal para lhes causar o coma e provocar a morte, mesmo sem ‘pedido’ do doente, declarações de teor extraordinariamente grave, que fizeram com que a OM enviasse o assunto para análise da IGAS, do Ministério Público e dos competentes órgãos disciplinares da Ordem dos Enfermeiros.

Comunicado

A Ordem dos Médicos foi surpreendida por declarações da Bastonária da Ordem dos Enfermeiros que, num programa radiofónico, afirmou taxativa e assumidamente que a “eutanásia” já é praticada nos hospitais portugueses e que terá visto médicos sugerirem a administração de insulina a doentes em situação terminal para lhes causar o coma e provocar a morte, mesmo sem ‘pedido’ do doente!

Independentemente das posições individuais relativamente à legalização da “eutanásia”, o teor destas declarações é extraordinariamente grave, pois envolve médicos e enfermeiros na alegada prática encapotada de crimes de homicídio em hospitais do SNS.

Assim, considerando que:

- a) Se a Ordem dos Médicos não se pronunciasse sobre estas declarações estaria a legitimá-las implicitamente,
- b) A forma como as declarações são proferidas transmite a ideia de que

a eutanásia possa ser uma prática relativamente comum e tacitamente aceite e praticada por médicos e enfermeiros, o que certamente irá prejudicar gravemente a confiança dos doentes e dos seus familiares nos profissionais de saúde do SNS, c) Estas declarações não podem passar em claro com a ligeireza com que foram proferidas, pois são difamatórias e atentam contra a dignidade de médicos e enfermeiros, pelo que devem ser provadas ou inequívoca e formalmente desmentidas. Não é tolerável que alguns comecem a dizer que já se pratica “eutanásia” nos hospitais porque ‘outros’ o afirmaram. Ou viram ou não viram, ou praticaram ou não praticaram, ou conhecem casos concretos ou não conhecem.

d) Não denunciar um crime, se presenciado ou de conhecimento concreto, é cometer um crime,

e) As palavras assumidamente proferidas pela Senhora Bastonária da Ordem dos Enfermeiros podem enquadrar-se numa violação muito grave do Estatuto e Código

Deontológico da Ordem dos Enfermeiros,

A Ordem dos Médicos vem informar que:

1 – Desconhece concretamente qualquer caso de “eutanásia” explícita ou encapotada nos Hospitais do SNS ou noutras instituições de Saúde, pelo que considera que os portugueses devem manter a total confiança nos profissionais de saúde.

2 – Irá enviar as declarações da Senhora Bastonária da Ordem dos Enfermeiros para a IGAS, para o Ministério Público e para aos órgãos disciplinares competentes da Ordem dos Enfermeiros, para os procedimentos tidos por convenientes.

3 – Considera que o debate sobre a “eutanásia” deve continuar para um correcto esclarecimento das pessoas, até porque continua a verificar-se uma grande confusão de conceitos, nomeadamente entre eutanásia e distanásia.

Ordem dos Médicos,
28 de Fevereiro de 2016



Próximo concurso de acesso à formação específica

Divulgamos o comunicado da Ordem dos Médicos em que a instituição alerta que qualquer adiamento do concurso de acesso à formação específica é, além de desnecessário, por não ter qualquer influência no número de vagas disponíveis, prejudicial aos candidatos.

Comunicado

Têm sido levantadas algumas dúvidas quanto à possibilidade de cumprimento das datas previstas na legislação em vigor para o próximo concurso de acesso à Formação Específica, vulgo internato das especialidades, previsto para o mês de Junho de 2016.

Recorda-se que esta nova época de realização da escolha das vagas para a especialidade se deve ao facto do DL 86/2015 e a respectiva Portaria regulamentadora 224-B/2015 terem fundido, e bem, os concursos A e B. A antecipação do processo de concurso e escolha, relativamente à época habitual de Novembro/Dezembro, pretende evitar que os candidatos do ex concurso B, normalmente na ordem de algumas dezenas, sejam obrigados a atrasar em seis meses o início e conclusão do seu internato.

Neste contexto, a Ordem dos Médicos vem informar todos os jovens candidatos que está em condições de atribuir dentro dos prazos indicados as capacidades formativas para este concurso, que deverão ser em número semelhante ao ano transacto, para evitar potenciais atrasos neste processo, prevenindo assim os naturais prejuízos e inconvenientes para os colegas.

Um eventual adiamento do concurso é desnecessário, não terá qualquer influência no número de vagas e apenas prejudicará os candidatos.

Ordem dos Médicos, 7 de Março de 2016

Visitas de Verificação de Idoneidade – composição da delegação

O CN analisou a deliberação do CNE tomada a 11 de Julho de 2014, tendo decidido retificar a mesma, nessa sequência decidiu que:

O CN aprovou os seguintes critérios de nomeação para as visitas de verificação de idoneidades, alterando assim a proposta feita pelo CNPG sobre a questão (no ponto 1 da sua acta)

- Colégio de Especialidade: nomeia 2 elementos do colégio, idealmente membros da direcção, que não trabalhem no Centro Hospitalar/ACES/ULS do serviço a verificar
- Conselho Regional: nomeia um elemento que não pode trabalhar no Centro Hospitalar/ACES/ULS do serviço a verificar. Se este elemento não for membro da Direcção do Conselho Regional ou da Sub-Região, deverá ser da mesma especialidade do serviço a visitar. No caso das Regiões Autónomas o representante do Conselho Regional deverá ser sempre membro da direcção, ou do Conselho Regional ou dos respectivos Conselhos Médicos, podendo a visita ser acompanhada por representantes de ambos os órgãos
- Conselho Nacional do Médico Interno: nomeia um elemento, que será ou não membro da direcção. Se não for membro da direcção, deverá ser da especialidade cujo serviço irá ser verificado e não pode trabalhar no Centro Hospitalar/ACES/ULS do serviço a verificar

Fim da vida: poder decidir



Das preocupações com manipulações economicistas à defesa da dignidade e da autonomia, do direito à vida ao dever à vida, do direito à morte ao dever de morte, muitas foram as questões sobre as quais recaiu esta reflexão conjunta. Vários especialistas juntaram-se na Ordem dos Médicos para partilhar argumentos sobre o direito de decidir colocar fim à vida, quando parece não haver esperança de um futuro sem sofrimento para um doente em estado terminal. A consagração do direito à eutanásia na lei vai estar em discussão no Parlamento e na sociedade e, desde sempre, tem gerado polémica e posições extremadas. O debate na Ordem dos Médicos teve lugar a 17 de fevereiro e contou com a presença de Jorge Espírito Santo (médico oncologista), Pedro Ponce (médico nefrologista, com a subespecialidade de Medicina Intensiva), Isabel Galriça Neto (na qualidade de diretora da Unidade de Cuidados Paliativos e Continuados do Hospital da Luz), Rui Nunes (da Associação Portuguesa de Bioética), Graça Franco (jornalista e diretora da Rádio Renascença) e José Manuel Pureza (deputado à Assembleia da República pelo Bloco de Esquerda). O final do debate não traria consensos a não ser quanto à importância de existir um bom sistema de saúde que dê resposta às necessidades dos doentes e quanto à importância de... debater mais e de encontrar um equilíbrio entre a necessidade de aprofundar a reflexão com a necessidade de não adiar eternamente a eventual concretização, do sim, ou do não...

Autonomia não pode ser subalternizada ou descartada

O primeiro interveniente no debate, moderado por Fernanda Freitas, foi o médico Pedro Ponce*, que começou por referenciar que “os cuidados paliativos estão, no nosso país, na infância da acessibilidade” e que essa é uma questão que tem um importante papel no

debate sobre a legalização da eutanásia, referindo existirem “provas concretas de que a despenalização estimulou uma maior cobertura dos cuidados paliativos”. Este orador questionou se o facto de existir “uma cobertura insuficiente quanto aos cuidados paliativos é impeditivo de discutir outras questões?”. Apesar de afirmar que não defende a autonomia como o principal princípio da bioética, subli-

nhou que “a autonomia é um dos princípios e não pode ser subalternizado ou descartado” e considera fundamental que se discuta “se as pessoas podem querer outros caminhos, mesmo tendo acesso aos cuidados paliativos”. Defendendo o debate de todas as opções, Pedro Ponce refere existir um “consenso internacional” de que os cuidados paliativos - sendo uma técnica de grande sucesso - não são a res-



“As pessoas podem querer outros caminhos, mesmo tendo acesso aos cuidados paliativos” – Pedro Ponce

servir os seus doentes”, referiu salientando que, objetivamente, “temos todos os mesmos objetivos”: cuidar bem do doente.

Formar médicos para lidar com o fim de vida

Isabel Galriça Neto, que participou neste debate na qualidade de diretora de uma Unidade de Cuidados Paliativos e Continuados (e não como deputada) começou por salientar que “a eutanásia é uma realidade que todos pretendemos que seja uma exceção” e lamentou que “não haja a inquietação que devia existir por não existirem cuidados de saúde adequados”, porque, em sua opinião, essa sim é a questão fulcral. Relembrando que não defende a obstinação terapêutica e reconhecendo que há a tendência para, na medicina, usar meios excessivos que impedem a ocorrência da morte, recordou que “perante uma situação de doença grave e avançada” o principal di-

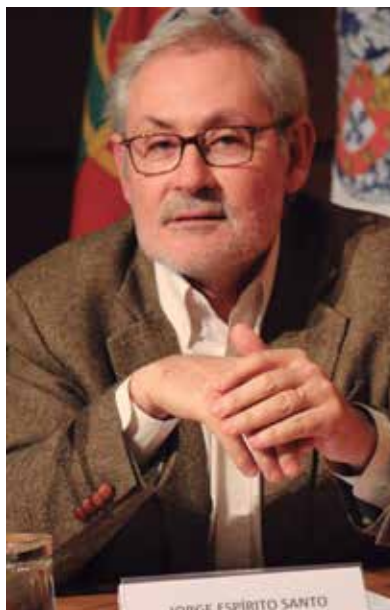
reito que existe “é o de não estar em sofrimento insuportável” e que compete ao médico prestar o tratamento adequado à “relação de ajuda perante aquele que sofre” mas frisou perentoriamente que “eutanásia não é um tratamento médico! É uma intervenção que termina com a vida e não com o sofrimento”. Referindo o “debate de valores complexo” que a sociedade enfrenta, afirmou ser necessário esclarecer que “a ideia de querer morrer pela mão de outros é uma entrega de autonomia” muito complexa porque “envolve os outros que ajudarão”. “Preocupa-me que, como médicos, aquilo que tenhamos a oferecer seja o fim da vida!”, afirmou, frisando que o sistema trata alguns doentes como sendo de 2ª categoria e que é preciso “mais respeito e mais investimento do ponto de vista do humanismo”, pois “quer de um lado, quer do outro deste debate, estamos todos preocupados com o sofrimento”. “A mim preocupa-me

posta adequada a todos os casos e que é fundamental que a sociedade discuta as alternativas e, se a eutanásia não é um ato médico, o alívio do sofrimento é. Considerando que o tema merece calma e ponderação, e que se deve pôr de lado qualquer análise economicista por ser uma maneira errada de abordar o problema, Pedro Ponce espera que não se prolongue *ad infinitum* a fase pré-legislação. “De ambos os lados deste debate há pessoas muito preocupadas em



que as pessoas vivam e morram com dignidade. (...) É preciso fazer mais na formação dos médicos para lidar com o fim de vida pois, perante essa realidade há muito mais a oferecer aos doentes” do que a morte. Concluiu analisando o facto de, perante a incapacidade de lidar com o sofrimento do outro, os médicos “sentem-se derrotados por não conseguirem curar e procuram estas supostas soluções”. Já na fase de debate com a assistência, Isabel Galriça Neto viria a frisar que “os cuidados paliativos não são cuidados para moribundos! Não servem para levar as pessoas para uma unidade onde se espera que morram”, recusando a menorização desta Competência médica e alertando que considera o encarnçamento terapêutico tão

“Lamento que seja a propósito da eutanásia que se faça o debate relativo aos cuidados paliativos”
- Isabel Galriça Neto



grave como a eutanásia. Esta oradora não concorda com a técnica referendária dada a dificuldade de conceitos envolvidos. E explicitou que, em qualquer caso, para um médico “o direito de dizer sim não anula a convicção de dizer não”.

Quem define ‘sofrimento insuportável’?

Jorge Espírito Santo* começou por referir que os cuidados paliativos não servem todas as pessoas e questionou “qual o parâmetro de ‘sofrimento insuportável’? Qual a métrica? Quem define o que é sofrimento insuportável além do que cada um de nós sente como tal?”. Como oncologista, este especialista considera que faz parte do ADN de um médico saber ajudar os doentes quando não os pode curar e questionou: “perante um doente que ajudei durante meses ou anos a viver com dignidade, como é que posso recusar um pedido de ajuda desse doente? (...) A vontade do doente é parte integrante da decisão terapêutica mas, aparentemente, só posso aceitar essa vontade quando vai numa direção específica... Isso não é justo!”. Com a mesma naturalidade, Jor-

ge Espírito Santo defende que “a pessoa tem que estar apta a fazer o seu juízo, nomeadamente, tendo acesso aos melhores cuidados paliativos”, relembrando que “o ciclo político restritivo originou redução de meios e diminuiu a capacidade de ajudar os doentes” e que “morreram pessoas por insuficiências do sistema de saúde”. “Não podemos impor a ninguém a nossa vontade mas também não nos podem impor a vontade alheia”. O especialista em Oncologia defendeu que este debate é essencial e tem que ser promovido entre os médicos pois levanta questões que são muito importantes “para as quais não fomos suficientemente ouvidos” e que envolvem “organização hospitalar, os meios disponíveis, etc.” “Eu quero escolher e não admitiria que escolhessem por mim. (...) A eutanásia não vai matar pessoas. Vai salvar pessoas...”, concluiu. Já em fase de debate, abordando a questão do encarnçamento terapêutico, Jorge Espírito Santo concordou ser má prática médica mas lembrou que, por vezes, só à *posteriori* é que se consegue analisar se houve ou não essa situação de encarnçamento.

Eutanásia, um tema complexo em que falta informação

Rui Nunes começou por felicitar o bastonário da Ordem dos Médicos pela promoção deste debate dada a sua relevância no plano da ética social. Para enquadrar a complexidade do debate e a necessidade de ponderar, sem pressa, qual o caminho a seguir, o representante da Associação Portuguesa de Bioética, instituição que defende que se faça um referendo sobre a legalização ou não da prática da eutanásia, exemplificou como o debate sobre o tes-



tamento vital se prolongou por 6 anos e a fase de regulamentação por mais três, sendo necessário um equilíbrio entre a ponderação e análise necessárias e o facto de concordar que “o debate não se deve prolongar indefinidamente”. “A eutanásia é um tema complexo. Nem a maioria dos portugueses nem os médicos estão suficientemente informados”, sublinhou, confrontando a assistência com algumas questões que exemplificam bem essa necessidade de reflexão: eutanásia voluntária vs involuntária, eutanásia em crianças ou deficientes mentais, etc. “Não há condição para esta urgência legislativa; (...) A haver, seria um erro histórico. É preciso debate”. Defensor do referendo, Rui Nunes exultou: “deixem sufragar esta matéria, permitindo que o povo escolha e decida. A eutanásia tem a ver com o modo como cada um encara a vida, não é uma questão política”. Segundo este orador, “a defesa da vida está enraizada na ética médica”, ainda assim, naturalmente que aceita que as sociedades evoluem e que as questões podem ser amplamente debatidas, mas relembrou que



José Manuel Pureza

o debate será sempre no contexto que existe: “a Constituição da República Portuguesa mantém o primado da vida dizendo que a vida humana é inviolável. Queremos evoluir? Começemos então por explicar como compaginar a prática da eutanásia com este princípio constitucional...”. Se, por um lado, a lei “permite ou pode permitir tudo e nada”, “mal estaremos quando os médicos apenas se cingirem ao cumprimento da lei”, esquecendo o respeito pela ética e deontologia médicas. “Para evoluir tem que haver um debate profundo na classe médica. (...) Não podemos andar ‘a brincar’ com a morte das pessoas ou como se morre em Portugal”. Reiterando a defesa do recurso ao referendo - pois este não é um assunto em que aceite manobras “sem discussão e democracia” -, Rui Nunes explicou considerar que só após eleições se pode considerar existir legitimidade democrática pois nas últimas só um partido referia a questão da eutanásia no seu ideário. Acrescentou ainda que, caso a matéria seja sufragada e os portugueses decidam que a eutanásia deve

“Dignidade não é apenas reduzir o sofrimento”

– José Manuel Pureza

ser legalizada então “esse será um desafio a que a classe médica terá que responder” mas introduziu outras possibilidades ao questionar: “porquê a classe médica? Porque não outras profissões?”, recordando que “a medicina existe para curar, tratar e aliviar o sofrimento”. “Espero que um dia o povo português possa pronunciar-se sobre esta prática”, concluiu.

Que vida se defende na CRP: um todo ou um corpo?

José Manuel Pureza* defendeu a necessidade de se recentrar o debate em torno de questões como “o que é a vida?”, “qual o lugar da morte na vida?” e “quais as questões essenciais que este debate evoca?”. “A vida não é só órgãos, fluidos, córtex cerebral ativo, etc. A vida é muito mais do que isso. A vida é, desde logo, a possibilidade de um sentido para ela, (...) a possibilidade de cada um realizar atos para alcançar esse sentido e realizar esses atos em plena liberdade, (...) a plena liberdade de cada um decidir a todo o tempo o que faz da sua vida”, concretizou, referindo-se a esta complexa realidade. “O que se discute com este debate é se a vida é este todo ou se é sobrevivência de um corpo, com mais ou menos sofrimento”... Sobre o artigo da CRP e a inviolabilidade da vida, questionou: “que vida é essa? Sobrevivência de um corpo ou muito mais do que isso?!” Frisou ainda que “dignidade não é apenas reduzir o sofrimento”,

sublinhando a exigência de que “a qualidade da existência não se situe entre o mínimo e o abaixo de mínimo” pois, para si, é exigível que “a autodeterminação de cada um esteja sempre no âmago do debate quanto ao direito à vida”. Sobre a questão de “qual o lugar da morte na vida”, o deputado à Assembleia da República pelo Bloco de Esquerda, referenciou que, para si, “essa deve ser a mais livre das respostas”, devendo ser respeitadas todas as posições: “respeito de forma clara e por completo a escolha de quem decide que o seu fim de vida sofrido é o caminho que deve ter e respeito quem escolhe ter um fim de vida rodeado dos melhores cuidados paliativos que possa ter.” José Manuel Pureza concordou que não há nem alternativa nem oposição entre o direito à morte assistida e os cuidados paliativos, defendendo, naturalmente, que “o serviço público deve integrar uma rede de cuidados paliativos acessível a todos e nos melhores padrões de qualidade” mas acrescentou “respeitando isso, respeito de igual modo quem não quiser seguir esse caminho. A decisão deve ser do próprio e de mais ninguém”. Quanto ao debate, o deputado do Bloco de Esquerda considera que há uma questão que fica sempre por responder: “diante do pedido consciente e livre de quem pede a um profissional de saúde para o ajudar a pôr fim a uma vida que para essa pessoa deixou de ser vida, que direito é que eu tenho? A lei portuguesa só me permite responder negativamente”, algo que considera que deve mudar, razão pela qual o partido que representa se comprometeu a apresentar uma iniciativa legislativa: “uma iniciativa legislativa não fecha o debate, provoca o

debate na sociedade. A única urgência que há é que os partidos se definam quanto a esta matéria; no regular de direitos o tempo da urgência e da ponderação cruzam-se”, explicou, afirmando que “seria um desrespeito se este debate se prolongasse indefinidamente, sem consequências. (...) não podemos ter um debate que alimente o debate até ao fim dos tempos”...

Todas as vidas merecem ser vividas!

Graça Franco salientou a importância do debate referindo “como esta lei pode mudar estruturalmente uma visão da sociedade da qual não gostaria de abdicar”. Graça Franco é, além de jornalista, economista e relatou que vivia na Bélgica quando o debate da despenalização teve lugar na Holanda. Posteriormente a lei também foi aprovada na Bélgica e esta oradora afirma ter “sentido uma deriva economicista nessas sociedades” ainda que “no debate em ambos os países se dissesse que seriam casos muito pontuais”... referiu igualmente preocupações sentidas também nesses países sobre “em que medida uma despenalização irá abrir caminho a múltiplas pressões sociais, nomeadamente de origem economicista”. Sobre o exemplo belga, Graça Franco afirmou que nesse país se pratica eutanásia de 2 em 2 horas. Anti-liberal confessa, afirmou ser contra o referendo por considerar inegociável o direito à vida – independentemente de se há mais ou menos pessoas a defender o contrário” – e exemplificou com o facto de, perante um suicida, qualquer pessoa ter o direito de tentar impedir esse acto. Referindo-se ao que considera



derivas liberais, foi perentória ao explicar: “eu não aceito em situação alguma que alguém queira ser escravo, como não aceito que uma pessoa venda a totalidade dos seus órgãos para deixar o seu valor de herança”. Nesse contexto considera que “há uma urgência da sociedade nos defender de nós próprios”. Especificamente sobre o fim da vida, defendeu que “a dignidade não se pode perder nem por dependência dos outros nem por falta de autonomia” e manifestou o seu receio de que, caso se consagre o direito a morrer, passe a existir “uma espécie de dever de morrer, ficando o ónus no doente em analisar se a sua vida já passou a ser um peso para alguém ou se tem viabilidade económica”... A diretora da Rádio Renascença criticou igualmente a “pressa legislativa” que, em sua opinião, está subjacente ao manifesto “Direito a morrer com dignidade” e a referências ao “aproveitamento de um novo ciclo político”... “Que em nenhum caso se pense que há vidas que não merecem ser vividas!”, concluiu.

“A vida de acordo com a nossa Constituição é um direito irrevogável mas a Constituição não diz que é um dever irrenunciável...” - Ana Matos Pires

É preciso aprofundar o debate

Abrindo o debate à assistência, Fernanda Freitas referenciou a necessidade de maior debate pois existem ainda muitas dúvidas, o que ficou patente no diálogo com a plateia onde, por exemplo, um especialista em Medicina Geral e Familiar questionou “é o ser que é da vida ou a vida que é do ser? Quem pertence a quem? (...) Se houver um ordenamento jurídico de morte a sociedade acaba.”

Ana Matos Pires*, **psiquiatra**, começou por referir que “independentemente do que cada um de nós acha, está na hora de discutir o direito de - quem o desejar - poder ter uma morte assistida”, discussão que é dificultada porque “infelizmente - e é uma vergonha - o ato médico não está definido, por isso em rigor não sabemos o que é”, frisou lembrando que se “a vida de acordo com a nossa Constituição é um direito irrevogável”, em momento nenhum a Constituição diz “que a vida é um dever irrenunciável”... Sobre o Juramento de Hipócrates explicou que, não sendo obrigatório, não o fez, quer por razões pessoais quer éticas. “Responsabilizamo-nos por cuidar dos doentes e como médica não considero aceitável que ponham nas mãos de terceiros o que é nossa responsabilidade como médicos: acompanhar o doente até ao fim”.

Edna Gonçalves, oncologista, ligada à área dos Cuidados Paliativos há 13 anos e atual diretora do

Serviço de Cuidados Paliativos do CHSJ, referiu “ter dúvidas que uma pessoa em intenso sofrimento tenha autonomia para decidir livremente morrer. (...) A morte faz parte da vida, queira o médico ou não. Mas, como médica, compete-me tratar da vida, assumindo a morte como natural mas não a antecipando”. Sobre a sua área de eleição, Edna Gonçalves alertou que “já não faz sentido os cuidados paliativos entrarem só nos últimos dias de vida, têm que entrar muito mais cedo pois só assim, com a de-

também ao bastonário pela iniciativa deste debate “que penso que será o pontapé de saída para outros debates entre médicos, outros profissionais de saúde, público em geral, etc. Um debate que tem que ser o mais alargado possível”. A sua intervenção começou por recordar que “um bom médico tem que ter empatia”, um sentimento que se desenvolve não apenas pela educação médica mas muito por uma cultura social, cultural e livresca. Tendo precisamente como ponto de partida o conceito de que a empatia nos permite colocarmos-nos no lugar do doente, referiu dois exemplos para reflexão: Ramón Sampetro, um marinheiro e escritor espanhol que ficou te-

“Tenho dúvidas que uma pessoa em intenso sofrimento tenha autonomia para decidir livremente morrer”

- Edna Gonçalves

cisão entre oncologistas e cuidados paliativos, conseguiremos evitar o encarniçamento terapêutico”.

Jaime Teixeira Mendes*, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, agradeceu não só aos oradores e à assistência mas

traplégico desde os 25 anos e que lutou na justiça pelo seu direito a uma que considerava morte digna. Tendo em conta a sua incapacidade física para suicidar-se, Ramón desejava que seus amigos e familiares pudessem ajudá-lo a morrer sem que cometessem

***Direito a morrer com dignidade**

Assinalámos com um * os intervenientes do debate que decorreu na Ordem dos Médicos que subscreveram o manifesto “Direito a morrer com dignidade”. Este manifesto foi assinado por 112 personalidades das mais variadas áreas da sociedade e defende a “despenalização e regulamentação da morte assistida como uma expressão concreta dos direitos individuais à autonomia, à liberdade religiosa e à liberdade de convicção e consciência, direitos inscritos na Constituição”. No texto do manifesto lê-se ainda que a morte assistida “é um direito do doente que sofre e a quem não resta outra alternativa, por ele tida como aceitável ou digna, para pôr termo ao seu sofrimento”. O manifesto pode ser lido aqui: <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2016-02-06-Direito-a-morrer-com-dignidade>



Miguel Jara

Por vezes, “o médico promove a ideia suicida ao fazer o prognóstico”

- Miguel Jara

qualquer delito. “Quem viu o filme ‘Mar Adentro’ não pode ficar indiferente” ao drama desse jovem marinheiro que ficou “30 anos tetraplégico, completamente lúcido a pedir que lhe acabassem com a vida porque ele sozinho não podia”. “Ramón Sampedro acabou por ser morto por uma amiga que foi julgada” mas os galegos manifestaram-se dizendo “todos somos culpados”. Evidenciando o extremar pontual do debate, Jaime Teixeira Mendes ironizou referindo que “por vezes, em certo tipo de debates, apetecia-me começar assim: ‘daqui sataná’s’... Isto não é um debate entre os que são pela vida e os que são pela morte”, alertou.

Jaime Teixeira Mendes leu depois um excerto de uma carta de amor de André Gorz, um filósofo austro-francês, em que se descreve a doença que afetou Doreen, a sua mulher: “um húngaro e uma inglesa, esses países bár-

baros que pensam tão diferente de nós”, ironizou mais uma vez Jaime Mendes, prossequindo o relato de uma vida afetada por nevralgias e dores de cabeça sem explicação, exames vãos e tranquilizantes que apenas aumentavam a depressão de Doreen, que terminou “no dia 22 de setembro de 2007 quando, em sua casa, na cidade de Vosnon, André Gorz e a sua mulher, Doreen, cometeram suicídio”. Por estarmos em

“Isto não é um debate entre os que são pela vida e os que são pela morte”

- Jaime Teixeira Mendes

fase de revisão dos estatutos da OM, Jaime Mendes considera a altura adequada para se analisar esta questão. Sobre o Juramento de Hipócrates, que não fez porque se formou na Suíça onde os médicos não faziam esse juramento (“e têm também consagrado o suicídio assistido”), re-

cordou que dele faz parte a jura de “tratar os seus pares como seus irmãos”... Jaime Teixeira Mendes concluiu convidando todos à leitura do “abafador” de Miguel Torga para uma ponderação quanto à sensibilidade do povo português.

Miguel Jara, psiquiatra, colocou o que definiu como “três objeções técnicas” a primeira das quais: qual o treino do médico para transmitir o prognóstico? “Esse ato vai ter uma reação no doente: uma reação depressiva momentânea, por ter que lidar com várias questões nomeadamente materiais. (...) Muitas vezes colocamos o doente numa posição de querer morrer ao perspetivarmos a sua morte. Colocamos o doente perante uma incapacidade de perspetivar o futuro. É daí que surge a vontade de morrer”, o que este psiquiatra traduziu na seguinte frase: “o médico promove a ideia suicida ao fazer o prognóstico”. “A pessoa sente-se um fardo, sente que a vida não vale a pena ser vivida” mas, recordou, “há um alívio numa pessoa que quer morrer quando outra pessoa discorda. Prevenção do suicídio básica que pode acontecer em qualquer fase da vida”. “Mesmo que eu não seja

o ministrador da morte, sendo eu um praticante da prevenção do suicídio, vejo a minha prática prejudicada por esse alguém que ministra a morte”, foi outra objeção referida. Para terminar, Miguel Jara referenciou uma questão económica que considera que deve ser referida nestes



Manuel Mendes Silva



Germano de Sousa



José Mário Martins, assessor do Bastonário da OM, José Manuel Silva e Germano de Sousa

debates: “a eutanásia é barata. Se essa ideia for transmitida coloca um preço na vida e é um preço barato”...

Manuel Mendes Silva, médico urologista, membro do Conselho de Ética da Ordem dos Médicos, referenciou a necessidade fundamental de clarificar a terminologia para sabermos exatamente do que é que estamos a falar. “O que é morte assistida?

O que é distanásia, o que distingue eutanásia ativa de passiva?”, respostas que têm que ser dadas “para que todos falemos a mesma linguagem”. Manuel Mendes Silva, referiu estar de acordo com Pedro Ponce quanto à importância da autonomia mas lembrou que praticar ou não uma morte assistida “é uma decisão médica, que deve ser partilhada mas em que o doente não pode nem tem que impor” a sua vontade à

do médico. “Os limites não são fáceis mas são essenciais para que esta questão não se transforme em situações de eugenia, por exemplo”, concluiu.

Germano de Sousa, ex-bastonário da Ordem dos Médicos interveio no debate fazendo a apologia de se promover melhores cuidados de saúde, nomeadamente em fim de vida, e referindo que “falar em morte assistida é um eufemismo. (...) Eutanásia é matar outrem. Por razões piedosas? Talvez. Mas é matar. (...) Reclamemos antes que se ponha em funcionamento uma rede de cuidados paliativos”.

Maria da Conceição, especialista em MGF, questionou a definição de vida completa exemplificando com as situações dos sem abrigo ou dos idosos que vivem abandonados e sozinhos, referenciando o receio de que a nossa sociedade passe a ter “vidas descartáveis”. Corremos o risco de “estar indiretamente a convidar as pessoas que são 'descartáveis' a pedir para serem mortas”.

Na sua intervenção final, **José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos,** salientou o mérito dos subscritores do manifesto por terem originado maior debate sobre uma temática tão importante quanto complexa. Referiu algumas das áreas em que é preciso aprofundar o debate: “experiência dos outros países, como é que as leis foram feitas e como foram aplicadas, será possível delinear fronteiras que não sejam ultrapassadas” e questionou como podemos considerar que há uma escolha livre “se os doentes estiverem deprimidos?”



Entrar na especialidade: curso de ciências básicas em Oftalmologia

Tal como já analisámos na edição de Janeiro/Fevereiro de 2015, a propósito da especialidade de Anestesiologia e as suas jornadas 'InAnestesia - Introdução à Anestesiologia Clínica', das quase 50 especialidades reconhecidas pela Ordem dos Médicos muitas têm algum tipo de acolhimento aos internos da especialidade. No entanto, poucas especialidades fazem esse acolhimento através de um curso de índole científica e prática, com um programa intensivo de formação, que seja dirigido a todos os médicos recém-admitidos à especialidade. É precisamente isso que faz o Colégio de Oftalmologia, em parceria com a Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, com o Curso de Ciências Básicas em Oftalmologia que se destina a internos do 1º ano. Com um programa intensivo, que passou de 7 para 10 dias, pretende-se ajudar no arranque para um internato em que a aquisição de competências seja progressiva e consolidada. A ROM esteve presente num dos dias deste curso e falou com palestrantes e internos para conhecer a importância que atribuem a este passo da sua formação.

O Colégio da Especialidade de Oftalmologia, em parceria com a Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, organizou um curso básico para os internos do primeiro ano desta especialidade. O curso decorreu entre os dias 15 e 25 de Fevereiro na sede da Sociedade Portuguesa da Oftalmologia, em Lisboa. Os formadores do curso foram oftalmologistas convidados que quiseram partilhar a sua área de competência com os futuros especialistas. O curso é dirigido fundamentalmente aos internos do primeiro ano, encontrando-se, no entanto, aberto a internos de outros anos que

queiram participar. Um dos objetivos principais desta formação é reduzir a insegurança e a ansiedade dos internos, sensações que podem prejudicar o seu processo de aprendizagem, nesta fase de grandes mudanças que é o ingresso no internato complementar.

A ROM esteve presente num dos dias deste curso e falou com Augusto Magalhães, presidente do Colégio da Especialidade de Oftalmologia e com Jorge Breda, ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia.

O presidente do Colégio da Especialidade, Augusto Magalhães,

explicou que este curso “existiu durante dois ou três anos, organizado apenas pelo Colégio da Especialidade, mas foi interrompido durante muito tempo”. Perante a necessidade de facilitar a integração no internato complementar, o curso foi reiniciado o ano passado, em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Oftalmologia. Jorge Breda, ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, falou-nos igualmente da dinâmica natural entre as duas instituições. “Um dos fundamentos da existência da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia é a formação e

a divulgação da ciência. Somos uma sociedade científica por conseguinte temos a obrigação de ensinar e preparar os oftalmologistas do futuro”, razão pela qual vê com muito agrado o facto de “ocorrer nas instalações da Sociedade, no nosso auditório, a realização de um curso que é uma grande mais valia para os internos”. Augusto Magalhães recordou também que “é função do Colégio harmonizar a formação sobretudo dos jovens oftalmologistas, mas não só”. Sobre a parceria com a Sociedade, realçou que “faz parte dos estatutos da OM a colaboração com as sociedades científicas” e que “esta colaboração é o exemplo daquilo que se pretende com essa referência dos estatutos”.

Sobre os conteúdos temáticos do curso, o presidente do Colégio da Especialidade explicou o seu potencial didático e integrador: “é teórico-prático: é um curso de ciência e clínica básicas, porque é pensado para internos de 1º ano, ou seja como sendo um curso de iniciação à especialidade”. Então o que se pretende exatamente? “Mais do que transmitir muita informação, pretendemos transferir alguns conceitos que são fundamentais. Queremos deixar os internos sensibilizados para o que vão encontrar ao longo dos quatro anos em que estarão sujeitos a este processo de formação”, referiu, explicando a abordagem de conhecimentos básicos fundamentais, tanto da componente teórica, como de algumas competências práticas. O ano comum fez a preparação básica médica “para dar aos internos a ‘estrutura de médicos’ antes de se dedicarem a uma área diferenciada da medicina”, mas, como explicou Augusto Magalhães, no início deste processo de aprendizagem novo, “a preocupação



Augusto Magalhães e Jorge Breda

do Colégio e da Sociedade é dar-lhes conceitos e técnicas básicos que vão ser muito importantes para solidificar a sua formação”. Jorge Breda, referindo-se aos objetivos do curso quanto à preparação dos recém-internos da especialidade, refere como “grande mérito” o facto de “despertar os internos para realidades com que poderão deparar-se” e ajudá-los a “navegar melhor”. Um curso que este especialista define como “orientador” para uma fase formativa completamente diferente e repleta de conceitos novos. “Com este curso procuramos ajudar a definir um percurso, para que os internos tenham um fio condutor do pensamento e para que possam, depois, com mais tranquilidade, ir ‘construindo o edifício’ com o que vão aprendendo ao longo dos 4 anos”. Depois de explicar que este tipo de formação já existe em muitos outros países e que “os nossos internos por vezes deslocavam-se ao estrangeiro para fazer cursos de iniciação à especialidade”, Jorge Breda falou-nos de *feedback* muito positivo pois “todos os internos com que contactámos ficaram muito satis-

feitos com os conteúdos que lhes permitiram começar a criar uma estrutura base” de abordagem à especialidade de Oftalmologia. Sobre a definição do programa, o presidente do Colégio da Especialidade de Oftalmologia, Augusto Magalhães, explica que a organização faz uma análise com os internos para escolher os conteúdos mais prementes. “Este é um curso que está em evolução. O ano passado começámos com um programa de 7 dias e, depois de falarmos com os internos, receber as suas opiniões e sugestões de temas que gostavam que fossem abordados, em 2016 o curso foi alongado para 10 dias. Cresceu em função do que eram as expectativas dos internos: mantivemos os módulos que os internos acharam mais atrativos no ano anterior, acrescentámos módulos novos como por exemplo o de oftalmologia pediátrica” (módulo que é apresentado precisamente pelos nossos dois entrevistados: Augusto Magalhães e Jorge Breda). Sendo este um curso que pretende preparar os recém-internos para a sua atividade diária, potenciando o aproveitamento do internato e

Programa completo do Curso de Ciências Básicas em Oftalmologia

O programa do curso de ciências básicas em oftalmologia (que decorreu de 15 a 25 de Fevereiro de 2016) incluiu temas que permitem a compreensão e integração de aspectos fisiológicos, farmacológicos, técnicos e até as questões éticas como se pode ver nesta listagem que inclui temas e preletores:

Anatomia (Carlos Neves), Biologia e Imunologia Ocular (P. Torres/Vasco Miranda), Embriologia e genética ocular (Eduardo Silva), Fisiologia (Amândio Sousa), Farmacologia e terapêutica ocular (José Guilherme Monteiro), Exame físico Ocular e semiologia Ocular (Isabel Prieto/Melo Beirão), Ótica física e refração (João Lisboa/Miguel Trigo), Correção de erros refrativos (Maria João), Exames complementares em oftalmologia (Falcão-Reis), Patologia ocular (Rui Proença/MA Saornil), Urgências em Oftalmologia (Fernando Vaz), Glaucoma (António Figueiredo/João Filipe), Estrabismo e Oftalmologia Pediátrica (Jorge Breda/Augusto Magalhães), Retina (Rita Flores), Neurooftalmologia (JP Cunha/João Costa), Ética, profissionalismo e comunicação (Leonor Almeida) e fios e suturas teoria e Wet Lab (Ricardo Dias/G. Castela).

O programa do curso, que como já referimos incorporou, na medida do possível, as sugestões e expectativas expressas pelos internos que participaram nesta formação em 2015, foi desenhado na sua maior parte pelo especialista Rui Proença e contou com o contributo muito importante de Maria João Quadrado, atual presidente da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, que além de ter também intervenção no desenho dos conteúdos programáticos, foi decisiva na estruturação e organização do curso.

facilitando a transição para uma realidade muito diferente e diferenciada na qual são expostos a situações exigentes, é óbvio que este não é um processo fechado: Augusto Magalhães explica que a organização pretende “voltar a ouvir os internos e em função do que nos for transmitido e das suas expectativas, reestruturar e melhorar, tanto quanto possível, de ano para ano”.

Estrabismo e Oftalmologia Pediátrica

Augusto Magalhães e Jorge Breda foram os dois especialistas que coordenaram o módulo de Estrabismo e Oftalmologia Pe-

diátrica, em que a ROM esteve presente. Nesta sessão foram mostrados diversos casos clínicos, como por exemplo um caso

de retinopatia prematura, tendo os preletores explicado as diferentes terapêuticas possíveis.

Augusto Magalhães falou sobre a etiologia das patologias e das abordagens terapêuticas, alertando para situações que podem ser “enganadoras” na fase de diagnóstico. Recorrendo a imagens abordou questões de morfologia, particularidades e tratamento da catarata pediátrica. Relativamente à cirurgia na criança, abordou as diferenças relevantes relativamente à cirurgia do adulto, como por exemplo a elasticidade da cápsula anterior e os riscos acrescidos que resultam dessa circunstância. Na fase pós-operatória foram igualmente referidas várias especificidades da recuperação da criança como a variação refrativa, que constitui um desafio terapêutico pois “é um tratamento difícil e longo que exige a cooperação dos pais”. Alertou igualmente para os critérios de indicação para cirurgia na catarata pediátrica pois “trata-se de decidir o futuro visual de uma criança” e não se deve resumir à aplicação de critérios objetivos mas que deve passar pela discussão dos casos entre colegas, explicou, numa alusão a





princípios da ética médica, ao alertar os internos para a necessidade de encararem a visão da criança não apenas como uma questão de doença, mas sim do doente que têm que tratar e as potenciais consequências do tratamento para o futuro da qualidade da sua visão.

Jorge Breda, responsável pela unidade de Oftalmologia pediátrica e estrabismo do Serviço de Oftalmologia do Hospital de São João, falou sobre as causas oftalmológicas de cefaleias, numa apresentação que definiu como “não sendo exaustiva, poderá ajudar-vos quando chegar a vossa vez de fazer um diagnóstico” e referiu exemplos de desequilíbrios da motricidade ocular, compensação de erros refrativos, patologia inflamatória do olho e anexos, patologia do nervo óptico e patologia tumoral.

Augusto Magalhães e Jorge Breda apresentaram em seguida uma espécie de mini-atlas em imagens de malformações oculares e outras patologias, em que explicaram cada imagem, nomeadamente as dificuldades de diagnóstico diferencial entre algumas dessas patologias. Foram mostrados exemplos de: ptose, colobomas, cistos, glioses,

luxações do cristalino, hipoplasias da papila, glaucoma, drusas da papila, edema, retinoblastoma, conjuntivite alérgica, nevo da íris e da retina, neurofibromatose, opacidades da córnea, herpes palpebral, úlceras da córnea, linfangioma, CMV, tuberculose ocular, esclerose tuberosa, etc.

No final de cada parte, os internos colocaram questões práticas, sendo esclarecidos pelos dois oradores.

Ética médica no curso de ciências básicas

Além da abordagem pontual a questões éticas, que acontece nos vários módulos, como referimos, por exemplo, na intervenção de Augusto Magalhães, a ética tem um espaço específico nesta formação de ciências básicas: a especialista Leonor Duarte de Almeida é a responsável pelo módulo “ética, profissionalismo e comunicação», comprovando que este curso tem um programa muito completo e que tenta corresponder a todas as necessidades básicas desta fase de transição para a formação específica. A oftalmologista resume-nos assim o seu módulo:

“O ensino da ética médica tem-se

tornado uma dimensão importante na formação médica a nível europeu, embora no nosso país essa disciplina seja fornecida de forma menos valorizada quanto à metodologia, horas de formação e método de avaliação. O Internato é um período muito absorvente onde o médico irá adquirir um sem número de conhecimentos teóricos e práticos até obter a sua autonomia, tanto de âmbito cirúrgico como de domínio e de compreensão de técnicas específicas e exames complementares de diagnóstico, cada vez mais ambiciosos, numa permanente actualização. Uma formação, como a deste curso, que inclua temas como ética, profissionalismo e comunicação médica, terá pois toda a pertinência para quem inicia uma especialidade como a oftalmologia, onde preocupações de âmbito técnico-científico e cirúrgico dominam. Saliente que o encontro entre o médico e o doente é um encontro de dois modelos explicativos diferentes (o do doente e o do médico). Existem modelos explicativos que ensinam sobre a doença, a sua gravidade, a sua causa, o seu tratamento e as escolhas entre diferentes terapêuticas disponíveis, dando sentido pessoal e social às experiências de doença. Se estes modelos não forem discutidos e negociados tal facto implica que a mensagem do médico não é entendida ou não é aceite pelo doente que decide, em consequência, não seguir os conselhos do médico. Neste contexto será importante compatibilizar o respeito pela informação adequada e a modulação dessa informação ao perfil do doente. Não esquecer que quando o doente procura o médico, tem já um conjunto de ideias sobre seu problema de saúde, desde a causa às consequências, da gravidade aos tratamentos desejáveis, podendo

ter recorrido à internet ou mesmo consultado outros médicos e se estas ideias prévias não forem exploradas durante a consulta, existe uma forte probabilidade de que o doente não adira ao tratamento proposto sentindo-se insatisfeito e frustrado com o encontro clínico. Será a forma como se estabelece a relação que irá modular relacionamento e quiçá alterar possíveis implicações ético-jurídicas de um mau resultado". É precisamente esta componente comunicacional e humana que pode decidir ou não a futura adesão terapêutica, explica. "O processo

de estabelecimento de relações humanas com os doentes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação de ambos os protagonistas - médico e doente. As consequências de um não entendimento entre os dois modelos podem redundar em litigância, mais pela não adequação da comunicação do que pela consequência de um eventual erro médico". Questionada sobre qual a mensagem essencial que pretende deixar aos internos, du-

rante este curso, Leonor Duarte de Almeida não hesita: "gostaria de transmitir aos jovens colegas que nesta nossa profissão saber 'atingir o impossível de nós mesmos...', como diria Clarice Lispector, é uma metodologia que terá de ser praticada, não com um sentido messiânico de divinização da profissão, mas como um procedimento que se aprende com regras, tempo, espaço, condições de trabalho e apreço dos pares pelo nosso esforço, é claro: coragem! O que às vezes nos diviniza um bocadinho também!"

A palavra aos internos de Oftalmologia

Numa fase que envolve alterações radicais em termos de formação específica e progressão profissional dos internos, com a necessidade de dedicação exclusiva à especialidade escolhida, que ainda não dominam de todo, nem do ponto de vista teórico, nem do ponto de vista técnico, um curso de ciência básica pode fazer toda a diferença para um percurso bem sucedido ao acelerar o processo de aprendizagem e maximizar o aproveitamento do internato. Foi isso que sentimos, ao falar com alguns dos internos que participaram nesta edição do curso de ciências básicas em Oftalmologia:

Carolina Bruxelas "Sinto-me mais bem preparada"

Carolina Bruxelas, interna do 1º ano da especialidade de Oftalmologia, sente-se "sem dúvida mais bem preparada" após a frequência deste curso de ciências básicas pois: "com o trabalho no hospital não tem havido muito tempo para

pegar nos livros", confessa. Considera o curso como sendo "fundamental" e diz que "se calhar devia ter sido ministrado mais cedo". "Este curso é fundamental para termos uma ideia geral: é muito intenso e não saímos daqui a saber tudo mas é importantíssimo nesta fase". Sobre a mais valia que o curso terá no seu percurso futuro, espera sentir grandes diferenças pois "é muito útil ter visto já imagens que me ajudam a reconhecer as patologias para depois poder, pelo menos, esclarecer as dúvidas. É fundamental colocar as questões de forma mais objetiva, isso ajudará muito o trabalho de toda a equipa. Sem este curso haveria situações em que

simplesmente só conseguiria dizer 'encontrei uma mancha que não sei identificar'. Sinto que vou ser capaz de fazer perguntas mais objetivas o que já é um grande avanço o que, nesta fase, é mais importante do que querer fazer diagnósticos concretos".

Diogo Cabral "Este curso é absolutamente fundamental"

Diogo Cabral, interno do 1º ano da especialidade de Oftalmologia, considera que este curso de ciências básicas é uma forma de facilitar a entrada nesta fase do internato médico pois "quando saímos do curso de medicina



passamos de uma altura em que fazemos estágios policlínicos e em que percebemos um pouco de tudo e conseguimos, mais ou menos, dar resposta às situações-problema para uma área altamente específica, com patologias específicas, com uma nomenclatura completamente diferente e este curso ajuda a 'quebrar' a barreira da passagem para um novo mundo. Nesse contexto é absolutamente fundamental"

Apesar de definir o curso como iminentemente teórico, Diogo Cabral referiu com expectativa a parte prática que só aconteceria no último dia de curso, não se pronunciando, portanto, sobre a sua importância. Mas realçou que "a parte teórica parece estar bastante bem conjugada com aquilo que será necessário para nós, internos da especialidade, podermos começar a acompanhar a consulta geral e depois avançarmos para os estágios de especialidade".

Mariana Oliveira **"O curso é muito intensivo mas é uma boa ajuda"**

Mariana Oliveira, interna do 1º ano da especialidade de Oftalmologia, também concorda com a particular relevância da existência de programas de integração na fase inicial do internato, e considera que "o curso de ciências básicas traz ferramentas importantes para esta



nova fase da nossa formação". "O nosso último contacto com a Oftalmologia foi muito breve, durante o curso de medicina. Este curso que estamos agora a frequentar dá-nos ferramentas básicas para aplicar no dia-a-dia". Tratando-se de introduções às temáticas básicas, são, portanto, ainda assim, muito úteis pois ajudam a adquirir conhecimentos básicos que podem ter impacto na atividade clínica a curto prazo, o que se traduz num mais fácil ingresso na especialidade. Concordando que o curso de ciências básicas em Oftalmologia traz um "conforto" acrescido para esta fase, Mariana Oliveira não deixou de reforçar que "é preciso consolidar os conhecimentos porque o curso é muito intensivo, mas é uma boa ajuda".



Relatório de Actividades da Acta Médica Portuguesa 2015

Divulgamos em seguida o relatório de actividades da revista científica da Ordem dos Médicos, Acta Médica Portuguesa, relativamente ao ano de 2015. A Ordem dos Médicos está grata à equipa, liderada por Rui Tato Marinho, que tem tornado possível a extraordinária evolução da AMP e que se encontra referenciada nominalmente neste relatório.

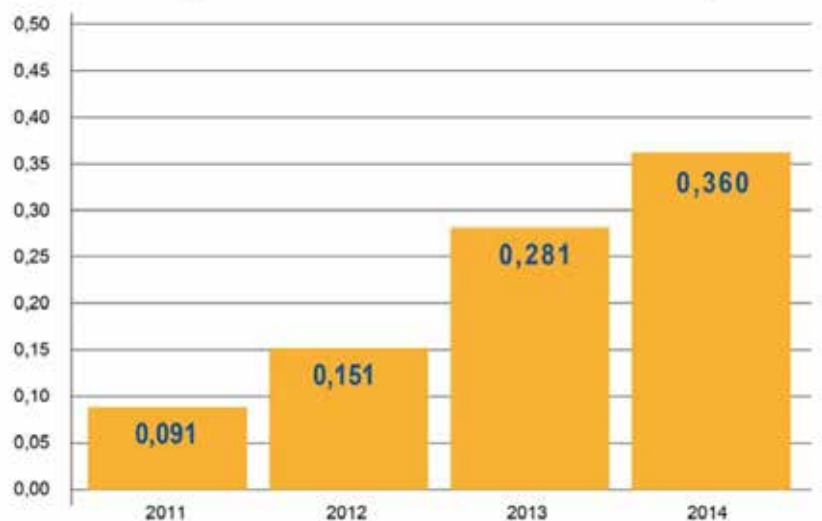
Evolução do número de artigos e páginas publicados:

- Em 2011, por via da recuperação do atraso editorial, foram publicados 284 artigos, o ano na história da AMP com maior actividade, representando cerca de 10% do total de artigos publicados ao longo dos seus 34 anos de existência.
- Em 2012: 105 artigos/ 469 páginas;
- Em 2013, 148 artigos/ 760 páginas;
- Em 2014, 165 artigos/ 801 páginas;
- Em 2015, 146 artigos/ 797 páginas.

Evolução do número de submissões:

- Em 2012: cerca de 400 artigos;
- Em 2013: 588 artigos;
- Em 2014: 747 artigos;
- Em 2015: 834, número ímpar na edição médica portuguesa de todos os tempos (Fig. 2).

Em 3 anos, a Acta Médica Portuguesa quadruplicou o seu Factor de Impacto



Factor de Impacto atribuído por  THOMSON REUTERS

Figura 1 - Factor de Impacto da AMP

Evolução da base de dados de revisores na nova plataforma electrónica:

- Em 2012: 169 revisores activos;
- Em 2013: 416 revisores activos;
- Em 2014: 1605 revisores activos.
- Em 2015: 1842 revisores activos.

Evolução do número de visitas:

- Em 2012: 104 por dia;
- Em 2013: 578 por dia;
- Em 2014: 714 por dia;
- Em 2015: 985 por dia.

Ferramentas da nova web/redes sociais:

- Facebook, desde 2012: aderentes em rápido crescendo, actualmente com quase 10000 gostos e posts que atingiram mais de 45000 visualizações (15800 - Dia mundial das hepatites com cartoon; 26120 - digitalização integral da AMP; 41000 - 50 razões para fazer exercício físico; 17000 - razões para não ir ao Serviço de Urgência; 40000 - O dia do Médico; António Travassos - Cirurgia inédita em Coimbra: doente cego volta a ver - quase 74000 posts).
- Twitter, desde 2013: actualmente com cerca de 205 seguidores e 2400 tweets.

Outros indicadores de relevo em 2015:

- Taxa de aceitação: 15%;
- Taxa de rejeição: cerca de 71% (o diferencial corresponde a artigos ainda em análise prévia);
- Cerca de um terço dos artigos segue para revisão por pares;
- 80 dias até final da revisão;
- 149 dias até publicação;
- 4860 utilizadores registados no sistema de gestão de artigos (1620 novos utilizadores ao longo do ano)
- No final de 2015, constam da base de dados da AMP 3342 artigos, disponíveis de forma integral na Medline / Pubmed (Fig. 3).

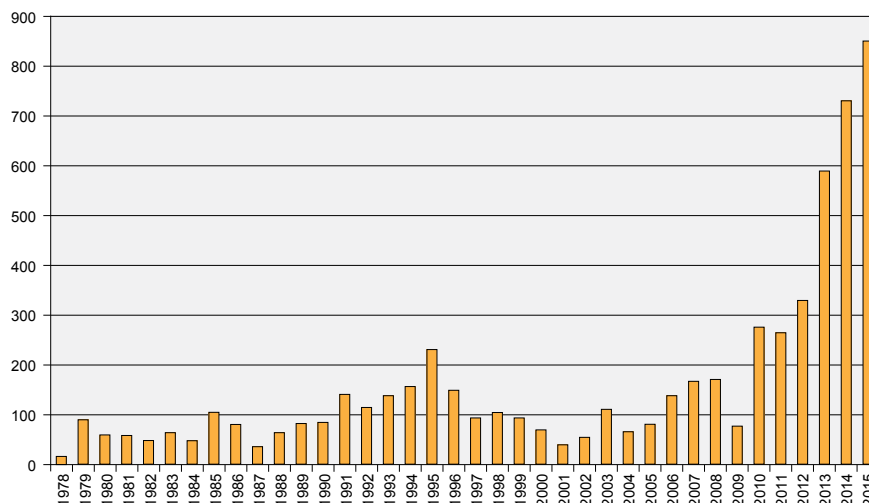


Figura 2 - Artigos recebidos para publicação

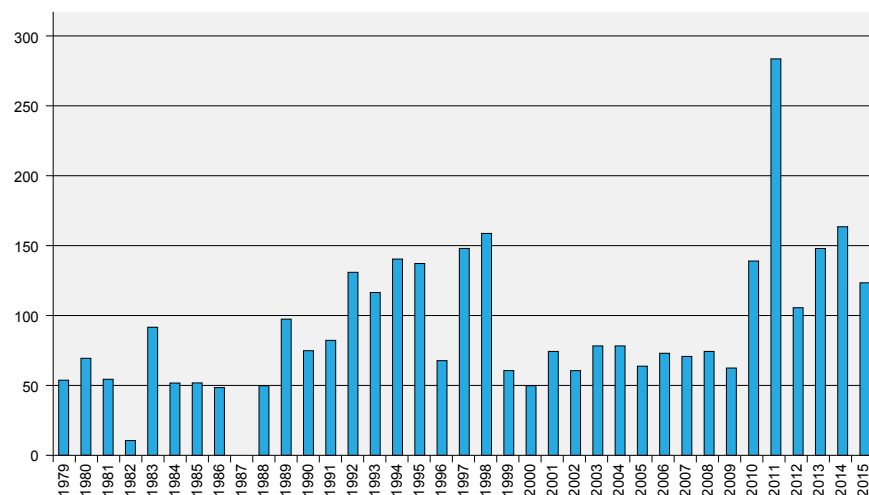


Figura 3 - Publicações na Medline

- Visitas da revista no sistema OJS (plataforma eletrónica): Cidades com maior número de visitas: Lisboa 24%, Porto: 9%, Coimbra: 6%. Países com mais visitas: Portugal: 63%, Brasil: 42%, Estados Unidos da América: 5%, Turquia: 4% e Espanha 2%.

Outras atividades desenvolvidas ao longo de 2015:

- Recursos Humanos
 - Contratação do Designer Rui Matos (designer e edição de imagem) a tempo inteiro;
- Novas secções
 - Lançamento da AMP Student: regulamento da sub-secção, no-

meação de Henrique Cabral como primeiro Editor-Chefe, campanha de divulgação na ROM, site da AMP e Escolas Médicas. Ao longo do ano, publicaram-se 2 Editoriais e 3 Artigos Originais desta subsecção;

- Introdução da Secção “Entrevista” com um trabalho dedicado a António Arnaut;
- c) Edições Especiais
 - Realização de uma Separata para a indústria farmacêutica;
- d) Processo Editorial
 - Os gráficos passaram a ser refeitos de raiz em formato vetorial, deixando de se utilizar os remetidos pelos autores;
 - Reorganização do alinhamen-

to editorial e re-calendarização dos processos editoriais e prazos com vista à alteração da periodicidade para mensal;

- Contratação de DOI (*Digital Object Identifier*);

- Lançamento da edição Ahead of Print, com os artigos a serem indexados na Medline nesta modalidade, previamente à sua publicação posterior na edição regular;

e) Merchandising

- Produção de canetas AMP e capas plásticas;

f) Comunicação

- Início da colaboração com a Agência VF Comunicação resultante em ações de divulgação dos seguintes conteúdos:

- Artigo “Efeitos Agudos da Privação de Sono Decorrente do Trabalho Nocturno em Jovens Médicos” obteve destaque no Expresso;

- Artigo “Morbilidade Neonatal e Cesariana Electiva em Recém-Nascidos de Termo”: mereceu cobertura destacada no Expresso, no Público e pelo menos de uma página inteira do Jornal “As Beiras”;

- Início de colaboração com a BMJ para a divulgação da BMJ Best Practice;

- Realização de Webinars para promover e dinamizar o debate científico. O primeiro Webinar – Journal Club realizou-se em Março de 2015, sob a orientação do Dr. Carlos Martins (MGFamiliar) e contou com as presenças do Dr. Rui Passadouro, Comandante Armindo Martins, Dr. Carlos Martins e o Editor-Chefe da AMP. Artigos discutidos: Passadouro R, Fonseca R, Figueiredo F, Lopes A, Fernandes C. [Evaluation of the antimicrobial susceptibility of community-acquired urinary tract infection]. Acta Med Port. 2014 Nov-

-Dec;27(6):737-42. Martins A. Crew resource management and aircraft science as a contribution for medical science. Acta Med Port. 2014 Nov-Dec;27(6):681-4.

g) Apoio institucional

- Apoio à “Noite da Medicina”, organização da Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa, tendo sido incluído no Kit de recepção aos novos alunos um flyer da AMP, o nosso artigo Think Tank sobre publicação biomédica e editorial de lançamento da AMP Student, Novembro 2015.

- Participação do Editor-Chefe como membro do júri de seleção dos trabalhos para o Congresso Nacional do Médico Interno do Ano Comum, onde esteve presente no Porto na atribuição dos prémios em Outubro 2015.

- Participação do Editor-Chefe no júri de seleção dos posters das Jornadas dos Internato Médico do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Novembro 2015.

h) Renovação da ficha-técnica, composta atualmente por:

- 142 membros do Conselho Científico, alguns dos quais estrangeiros (Bélgica, Estados Unidos da América, Reino Unido, Espanha, Brasil, Suíça, Canadá, Angola, Moçambique);

- 15 editores-associados: António Sarmento [Infeciologia], Fernanda Pedroso [Facebook, Twitter, Wikipédia], Francisco Carrilho [Endocrinologia], Guilherme Tralhão [Cirurgia], Helena Donato, Henrique Cabral [Médico Interno], João Massano [Neurologia], Jorge Crespo [Medicina Interna], Lino Gonçalves [Cardiologia], Mariana Leal Fernandes [Aluna Medicina], Miguel Ramalho [Imagiologia], Pedro Câmara Pestana [Aluno Medicina], Pedro Marques da Silva [Medicina Interna], Rui Coelho

[Psiquiatria], Tiago Villanueva [Medicina Geral e Familiar].

i) Simpósio AMP:

- Organização do IV Simpósio AMP pela primeira vez fora de Lisboa, em estreita colaboração com a Secção regional do Centro da Ordem dos Médicos. O evento teve lugar em Coimbra em 7 de Novembro de 2015, e contou com um total de 12 intervenções, entre as quais a de Peter Ashman, Publishing Director da BMJ. Pela primeira vez, o evento incluiu uma sessão de brainstorm interactiva: o ensino da escrita científica nos cursos de Medicina.

A equipa:

- Staff Permanente da Acta Médica Portuguesa sob a orientação do Conselho Nacional Executivo: Dra. Carla de Sousa (coordenadora editorial), Miguel Reis (assistente editorial), Rui Matos (designer e edição de imagem).

- Avençados: Dra. Helena Donato (apoio especializado à edição, *screening* de artigos entrados), Dr. Miguel Fontes (tradução para inglês), José Matias (site e alojamento de conteúdos), José Carvalho (sistema de gestão electrónica, Open Journal System, apoio informático especializado, ligação à Medline);

- Voluntários pro-bono: Fernanda Pedroso (Facebook, Twitter, Wikipédia), Henrique Cabral e Pedro Câmara Pestana (*Junior Doctor*, Aluno de Medicina: AMP Student, awareness junto dos alunos), Mariana Fernandes (aluna, gestão da bolsa de artigos pedidos a Key Opinion leaders nacionais e internacionais), João Massano (neurologista).

Lisboa, 25 Janeiro de 2016

Rui Tato Marinho, Editor-Chefe
Carla de Sousa, Coordenadora Editorial



A AMP no seu tablet!

www.actamedicaportuguesaapps.com

- Acesso gratuito e universal a todos os artigos publicados em 35 anos de Acta Médica Portuguesa;
- Guarde os seus artigos favoritos para leitura posterior;
- Partilhe com os amigos através de e-mail, Facebook ou Twitter.



Consulte também:

- Normas de Publicação
- Processo de Submissão
- Orientação para autores e revisores
- e mais...

... em: www.actamedicaportuguesa.com



Com o apoio de:



Brevemente disponível na plataforma Android.



Reunião geral de Colégios da Especialidade

Regulamento sobre o Internato Médico, recertificação, composição de júris, demografia médica, definição de critérios e visitas de avaliação de idoneidades, foram alguns dos temas desta que foi a última reunião geral de Colégios no decurso do mandato dos atuais corpos sociais da Ordem dos Médicos.

Realizou-se no dia 11 de Fevereiro uma reunião geral dos Colégios da Especialidade. O bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, aproveitou a fase inicial do encontro para explicar aos membros dos Colégios o novo Regulamento sobre o Internato Médico e o Serviço de Urgência, salientando a sua “flexibilidade” mas não deixando de explicar que os médicos “estão a desvalorizar o seu trabalho ao considerar aceitável estar a trabalhar 24 ou 36 horas seguidas” porque a tradução dessa aceitação é “dizer que o nosso trabalho não cansa e não tem riscos nem *stress*”, o que, obviamente, não corresponde à realidade. Além de saudar o presidente do Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM), João Paulo Farias, que também subscreveu esse regulamento, e “a excelente relação entre o CNIM e a OM, o bastonário explicou a necessidade desta regulamentação: “apesar de ninguém ser obrigado a trabalhar mais de 12 horas, os internos

eram muitas vezes coagidos a fazê-lo”. Este regulamento será aplicado com firmeza e “haverá ação disciplinar sobre quem não o cumprir”. “Ao aceitarmos essa carga horária estamos a dar um sinal negativo à sociedade relativamente ao que é a complexidade do trabalho médico”. João Paulo Farias referiu que o regulamento deverá estar a ser aplicado por todos os hospitais a partir do dia 1 de Fevereiro, e salientou a necessidade de proteger os internos no seu percurso progressivo para a obtenção de autonomia. Ao longo da reunião, este regulamento viria a ser referido várias vezes tendo alguns Colégios, especialmente da área cirúrgica, levantado questões sobre se estariam acauteladas as especificidades formativas dessa área médica, as quais foram prontamente rebatidas quer pelo bastonário da OM, quer por Edson Oliveira do Conselho Nacional do Médico Interno (CNIM) que explicou como esse conselho lutou para que este regulamento

visse a luz do dia. “Se olharmos para a realidade europeia só os países do sul da Europa é que consideram que fazer 24 horas de urgência é normal!”, afirmou, explicando que no centro e norte da Europa o normal é fazer-se apenas 12 horas de urgência. Foram referenciados vários abusos e situações de excesso de trabalho a que os internos têm sido sujeitos e até alguns casos de suicídio de internos (três casos conhecidos em 2015). Sobre o argumento de que é preciso fazer um “banco” de 24 horas para conseguir fazer uma operação durante o internato, Edson Oliveira é perentório: “não me parece sequer correto do ponto de vista formativo pois, ao fazer urgências de 24 horas não haverá a mesma capacidade mental nem de execução cirúrgica. Os internos e os serviços terão que se adaptar! Se um doente entrar comigo e for operado por outro interno no turno seguinte não tem qualquer problema pois, eventualmente, a seguir farei eu uma

cirurgia eletiva a um doente que entrou com outro colega. Vai ser muito mais profícuo pois quando o interno operar vai estar com outra capacidade para o fazer”.

O primeiro ponto da ordem de trabalhos referia-se à necessidade de serem atribuídas idoneidades e capacidades formativas mais cedo tendo sido explicado que não vai ser possível a abertura de vagas para todos os candidatos, nomeadamente porque as restrições que têm existido têm prejudicado as capacidades formativas dos serviços e porque “cada vez há mais colegas formados no estrangeiro que vêm fazer a sua especialidade em Portugal”. José Manuel Silva salientou, uma vez mais, a necessidade de se realizarem as visitas de avaliação para atribuição das idoneidades e capacidades, com especial urgência nas situações em que um Serviço pede a abertura de vagas. “Estas visitas são fundamentais pois, caso não se verifiquem, o Conselho Nacional poderá ser obrigado a decidir sobre a abertura de vagas mesmo sem ter a opinião dos Colégios” porque “a Ordem não pode ficar paralisada e tem que assumir as suas responsabilidades”. O rigor destas avaliações é particularmente relevante num contexto em que existem propostas para que seja obrigatória a abertura de vagas para todos, o que colocaria em causa a qualidade da formação, e em que existe um processo judicial dos internos que não tiveram vagas no ano passado. Outra questão em que é necessário o empenho dos Colégios é numa definição clara dos critérios de avaliação para atribuição de idoneidade e capacidades formativas aos serviços para que a sua aplicação não deixe margem para dúvidas.

Em face de algumas situações,



Ana Paula Branco - Otorrinolaringologia



Augusto Magalhães - Oftalmologia



Cristina Loureiro - Cuidados Intensivos Pediátricos



Edson Oliveira - CNMI (a trás) e Vitor Fernandes - Cirurgia Plástica (fila da frente)



Filipa Galo - Medicina Legal



João Paulo Farias - CNIM



José Lopes dos Santos - Pediatria



Pedro Coito - Cirurgia Geral

referidas por alguns Colégios (como por exemplo Dermatologia e Otorrinolaringologia), de atrasos na aprovação de critérios, a qual se deveu à tentativa de harmonização de regulamentos, foi decidida a sua aprovação imediata, sem prejuízo de virem a ser alterados para a desejável conciliação e/ou correção, em caso de necessidade. Também foram referidas situações em que faltava a aprovação do CNIM. Sobre a potencial “uniformização”, alguns Colégios, entre os quais Cirurgia Geral, referiram “ser muito difícil uniformizar os critérios de todos

os Colégios”, sendo apenas possível “haver linhas orientadoras comuns”.

Outra questão muito debatida nesta reunião foi a decisão de que os júris passariam a ser compostos apenas por três elementos, sendo um deles o tutor, a qual foi contestada por diversos Colégios (Cirurgia Geral, Pediatria, etc.). José Manuel Silva também discorda dessa legislação – defendendo que deveriam ser ou 4 elementos com o tutor ou três mas sem incluir o tutor – mas explicou que foi uma imposição da ACSS. João Paulo Farias, do CNIM, referiu

que esta tomada de decisão foi para facilitar o processo pois, em algumas especialidades, a existência de 400 ou 500 exames por ano torna essa tarefa incompatível com a atividade assistencial se os júris forem muito numerosos. O Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar pronunciou-se nesse mesmo sentido, referindo que júris com muitos elementos prejudicam a atividade assistencial (porque os colegas têm que se ausentar muitas vezes) mas também defendeu como “elemento perturbador”, para o funcionamento do júri, a presença do orientador.

O Colégio de Dermatovenerologia defendeu a necessidade de se reverem os critérios de idoneidade com maior frequência para uma adaptação à realidade. No caso desta especialidade, por exemplo, será necessário equacionar o sentido da exigência de um número mínimo de internamentos por ano, embora, como foi referido, “o internamento é importante para a formação”, reforçaram, lembrando que “a dermatologia vai muito além da dermatocosmética”. Foi ainda referido pela direção deste Colégio que, pelos números de 2012, Portugal tem um *ratio* de dermatovenerologistas idêntico ao dos outros países (1/35.000 habitantes), mas existe uma má distribuição geográfica dos mesmos. Acresce que em anos em que foram atribuídas 11 vagas para esta especialidade, só abriram realmente 3.

Carlos Cortes falou sobre o trabalho desenvolvido pelo Conselho Nacional da Pós-Graduação, que é coordenado pelo presidente do Conselho Regional do Centro da OM, explicando aos colegas que têm havido muitos pedidos de alterações mas que todos os casos

apresentados a esse Conselho estão a ser tratados.

Outra questão que foi referenciada por vários Colégios foi o facto de haver Serviços que não usam os formulários mais recentes que os Colégios disponibilizam no site nacional da OM. O Colégio de Cirurgia Geral referiu ainda que, apesar de solicitarem aos Serviços o envio do relatório, muitos não o fazem. “Mas para preparar a visita de idoneidade é essencial esse relatório anual sobre a atividade dos internos”. José Manuel Silva, além de apelar à flexibilidade dos Colegas, por estarmos “num ano de transição”, sugeriu que os Colégios definissem um mini-inquérito, tipo relatório muito objetivo, que poderia ajudar ao acompanhamento do trabalho desenvolvido pelo interno. “Um documento breve, objetivo e que inclua os critérios essenciais para avaliar o percurso do interno e como está a cumprir o seu programa de formação”, explicitou. O Colégio de Estomatologia defendeu que “não se normalize demais” enquanto que Otorrinaringologia concordou com a possibilidade de definição de um “template” que seja transversal, por exemplo, às especialidades cirúrgicas, médicas e outras (o que corresponderia a breves formulários “para estágios, para contribuição que deu ao Serviço, nomeadamente em protocolos, para apresentação de posters, comunicações ou outros trabalhos publicados”).

Voltou a apelar-se aos Colégios que façam a sua análise demográfica para que a Ordem dos Médicos possa conhecer os verdadeiros recursos por especialidade porque só com dados concretos é possível demonstrar que o *numerus clausus* não está a ser devidamente programado com base nas necessidades do país. “Preci-

samos conhecer melhor a realidade médica em todos os setores: público, privado e social para podermos agir mais corretamente”, frisou José Manuel Silva. Foi referenciada a falta de radiologistas e anesthesiologistas em vários hospitais o que prejudica a atividade de outras especialidades como as cirúrgicas.

Foram ainda abordadas as potenciais desigualdades de acesso às sub-especialidades através de ciclos de estudos especiais (tendo o presidente do CNIM apelado à homogeneização, não nos critérios mas no acesso) e a definição de critérios gerais de recertificação, obrigação da OM, nomeadamente com a aprovação dos novos estatutos e foi solicitado que cada Colégio pense num modelo de recertificação médica com alguns critérios específicos da especialidade, respeitando a diferenciação que vai ocorrendo ao longo da carreira, “critérios razoáveis e sensatos que permitam detetar problemas antes que algum doente sofra com isso”.

Quase a terminar a reunião geral, José Manuel Silva falou da cooperação com os PALOPs (quanto a formação pós-graduada), da aspiração da OM em que os Colégios da Especialidade elaborassem pequenos programas de literacia para colaborar na prevenção da doença e na educação para a saúde da população (o que poderia vir a ser feito em parceria com um canal de televisão, explicando que bastaria que cada Colégio elaborasse um programa de dez minutos por ano para se assegurar que haveria um programa semanal) e recordou ainda que quanto mais pro-ativos forem os Colégios, melhor funcionará a OM e mais eficaz será.

A Anatomia até ao século XXI

Realizou-se no dia 24 de Outubro, no Porto, a sessão temática do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, sobre história da anatomia - "a Anatomia até ao século XXI". Reproduzimos os resumos dos palestrantes Amélia Ricon Ferraz, José Paulo Andrade e Maria Dulce Madeira e Maria Amélia Ferreira.



A história da Anatomia: dos primórdios ao renascimento científico

Amélia Ricon Ferraz, professora associada da Faculdade Medicina da Universidade do Porto e diretora do Museu de História da Medicina "Maximiano Lemos" da Faculdade Medicina da Universidade do Porto - "A Arte pré-histórica expressa-se numa linguagem anatómica que constitui uma visão morfológica ainda sem conhecimentos da constituição do corpo humano. A observação e a exploração de feridas, traumatismos, cadáveres abandonados e a prática da antropofagia aproximaram o homem do saber sobre o seu corpo. De facto o conhecimento anatómico foi indissociável de atividades alimentares ou terapêuticas e talvez do desejo de abarcar com a mão o que era misterioso. Impunha-se a adoção de uma nomenclatura anatómica que nomeasse o que se desejava individualizar e que facultasse a comunicação e a transmissão da informação a



outros homens. É possível que um vocabulário anatómico rudimentar de termos simples, fundamentado em analogias, fosse adotado.

O conhecimento anatómico na Mesopotâmia decorreu de práticas adivinhatórias em animais sacrificados. No Egipto o saber advinha da prática do embalsamamento, conhecimento muito limitado por ser realizado sem um estudo sistemático do cadáver.

Na Antiguidade Grega, a saúde e a doença eram matéria a pensar e idealizar. Não eram objeto de investigação. Os conhecimentos anatómicos decorriam da práti-

ca da dissecação animal e de fetos humanos e da observação de feridas, traumatismos e de corpos abandonados. Aristóteles escreve o primeiro tratado de anatomia comparada, fruto da dissecação sistemática por si efetuada. A anatomia como é concebida atualmente teve o seu expoente máximo no mundo helénico, em Alexandria, graças à proteção e ao estímulo dos dois reis do Egipto, Ptolomeo Sôter e Ptolomeo Philadelphe. O primeiro fundou as duas instituições científicas do mundo, o museu e a biblioteca. Autorizaram e incentivaram a dissecação do cadáver



humano em público.

Nos primeiros tempos do Império Romano foram os médicos gregos que asseguraram a continuidade científica. Foi um período de grandes compiladores. Do seio da medicina romana destacou-se Galeno de Pérgamo, brilhante precursor da anatomia funcional e da neuroanatomia. Durante dez séculos ninguém ousou contestar a sua autoridade.

Durante toda a Idade Média o saber greco-romano literário e científico foi salvaguardado no seio da Medicina Bizantina, da Medicina de Língua Árabe e da Medicina Conventual. No século IX, em estreita relação com o Mosteiro de Monte Cassino, florescia a Escola de Salerno. A partir do século XI, a fundação das Universidades fará ressurgir o interesse pelas ciências médicas e a anatomia. Foram tempos de reflexão, de preparação dos que lhe sucederam. A prática da dissecação anatómica do cadáver humano aumenta

nos últimos séculos da Idade Média pelo reconhecimento da sua importância na formação médica.

A Anatomia ocupa uma posição de destaque no espírito do Renascimento. Atestam-no os frontispícios dos tratados de anatomia do tempo onde figura a representação dos teatros anatómicos, repletos de um público ávido de saber anatómico. Toda a ação se desenvolve em torno do ator principal, o anatomista, e do seu objeto de estudo, o cadáver humano.”

A História da Anatomia e o seu Museu na Faculdade de Medicina do Porto

José Paulo Andrade e Maria Dulce Madeira, do Departamento de Anatomia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - “O Museu de Anatomia tem as suas origens em 1825 e foi criado pelo primeiro Professor de Anatomia da então recém-criada Real Escola de Cirurgia do Porto, Vicente José de Carvalho e pelo seu sucessor Bernardo Joaquim Pinto. Inicialmente sem local apropriado onde se pudessem expor convenientemente as peças anatómicas, veio mais tarde a estabelecer-se em sala própria nas antigas instalações da Faculdade de Medicina.

Desde a sua formação o Museu foi sendo enriquecido, fruto do entusiasmo e labor dos seus docentes e numerosos colaboradores, com quadros murais, fotografias, radiografias, desenhos, aguarelas e peças anatómicas que documentam lições e artigos de investigação.

Em 1959 transitou com a Faculdade de Medicina para o edifício partilhado com o Hospital

de S. João, onde passou a ocupar uma área no então denominado Instituto de Anatomia do Professor J. A. Pires de Lima. Mais recentemente, foi transferido para o local que actualmente ocupa, um amplo espaço semi-circular vizinho do Teatro Anatómico do Departamento de Anatomia.

A história da Anatomia e seu ensino na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto é exposta na sua primeira sala onde se visualizam quadros a óleo, desenhos e fotografias dos antigos Directores do Instituto de Anatomia, bem como documentos, de natureza diversa, alusivos às suas carreiras e actividades. O Museu possui um importante acervo de centenas de peças anatómicas, algumas das quais com mais de cem anos, distribuído ao longo das restantes salas. Nelas constam preparações anatómicas dos diversos sistemas de órgãos do corpo humano, sendo de salientar as demonstrativas de variações anatómicas e teratologia. Destaca-se também uma secção de Anatomia Comparada, com quase uma centena de peças de várias espécies, e uma colecção única de crânios humanos.”

Anatomia no século XXI: a história na convergência do desafio da integração de competências transversais

Maria Amélia Ferreira, professora catedrática da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - “A Anatomia é uma área de conhecimento nuclear à formação dos profissionais de saúde. A evolução da

abordagem desta área tem sido assumida pelos anatomistas no sentido de a adequar às mais recentes evoluções tecnológicas no campo da imagem, na área da biologia do desenvolvimento e no enquadramento do valor das aprendizagens para a cultura da história da medicina e para o desenvolvimento do profissionalismo. A abordagem com a orientação clínica e o valor da introdução do profissionalismo no currículo da Anatomia nos cursos de medicina,

tem-se mostrado como uma estratégia integradora para o desenvolvimento de múltiplas competências transversais. O Teatro Anatómico é local não só de aprendizagem da constituição do corpo humano e da terminologia anatómica, mas representa um instrumento de aprendizagem dos aspectos essenciais do profissionalismo, desde uma fase muito precoce da formação médica. Hoje, a Anatomia, se assumir uma proatividade efetiva, pode

modelar o futuro da educação médica, do mesmo modo que os avanços da educação médica a têm modelado. A reinvenção desta área de conhecimento – baseada na sua história ancestral – na re-invenção dos anatomistas em anatomistas clínicos, irá constituir-se num exemplo educacional na formação integral dos médicos. É este o rationale da Anatomia no Século XXI.”

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2016

13 de Abril, quarta-feira, 21h - Lisboa

Anastácio Gonçalves, um príncipe solitário na Medicina e na Arte - Carlos Vieira Reis

4 de Maio, quarta-feira, 21h - Lisboa

Egas Moniz, o homem e a obra - Victor Oliveira

26 de Maio, quarta-feira, 21h - Lisboa

Os Lusíadas: da narrativa à perspectiva de um Médico da Armada - José Filipe Moreira Braga

Junho, (data a definir)

Sessão temática em Coimbra (a confirmar) - Organização: Manuel Antunes

13 de Julho, quarta-feira, 21h - Lisboa

Lançamento do livro “As causas de morte dos reis de Portugal” - Armando Moreno

Setembro, (data a definir)

Sessão temática no Porto (a confirmar) - Organização: Amélia Ricon Ferraz

29 de Outubro, sábado

Seminário sobre o espólio médico do Palácio Nacional de Mafra, em parceria com o Palácio Nacional e Mafra - (Programa a divulgar) - Organização: Maria do Sameiro Barroso

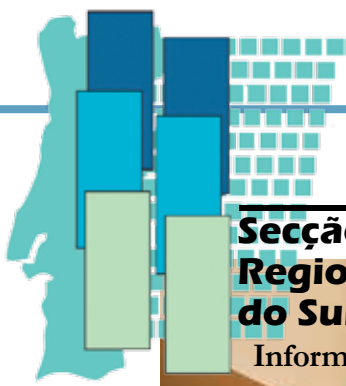
26 de Novembro, sábado, 14h30 - Lisboa

Seminário: “O Museu de Anestesia do Dr. Avelino Espinheira” - (Programa a divulgar)

- Organização: Joaquim Figueiredo Lima

Para mais informações: nhmom@omcne.pt

História da
Medicina



**Secção
Regional
do Sul**
Informação



Discussão deve ser aprofundada

Conselho Regional do Norte promoveu debate sobre eutanásia.

Jaime Teixeira Mendes defende que o debate sobre a eutanásia se deve aprofundar e alerta que a discussão não põe em causa os cuidados paliativos, considerando que “são coisas completamente diferentes”. O presidente do Conselho Regional do Sul falava numa sessão que o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos promoveu, no dia 23 de Fevereiro. Este debate sobre eutanásia atraiu centenas de médicos ao Salão Nobre do Centro de Cultura e Congressos da Secção Regional do Norte.

O painel do debate foi formado por médicos, a maioria deles com posição pública contrária à prática da eutanásia, designadamente o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva; António Sarmento e Edna Gonçalves, respectivamente director do serviço de Infeciologia e directora do serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de S. João; e Rui Nunes, professor universitário de Bioética e grande impulsionador do testamento vital. Entre os que apoiam a eutanásia estava Isabel Ruivo, pediatra, e Jaime Teixeira Mendes. O debate foi moderado pela jorna-

lista da RTP Paula Rebelo.

Jaime Teixeira Mendes, na sua intervenção inicial, referiu que estava no debate “como cirurgião pediatra, como cidadão e ao mesmo tempo como Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos” e explicou por que assinou o manifesto a favor da eutanásia: “A minha ideia é que, quer o consentimento informado, quer o testamento vital, são tudo documentos em que se dá autonomia ao doente, ao cidadão, para tomar a sua decisão. No fim desta linha está a eutanásia. Esta será, realmente, devolver ao cidadão todo o poder de decidir sobre a sua vida”.

O médico, subscritor do manifesto «Direito a morrer com dignidade» invocou a evolução do pensamento nas últimas décadas para justificar o debate: “A sociedade evoluiu de tal maneira que hoje em dia os doentes inclusivamente discutem connosco a terapêutica e manifestam a sua opinião. E é nesta base que pensei que tinha que apoiar e assinar este documento, para se iniciarem muitos debates. Penso que numa democracia participativa os debates servem para expor-

mos as nossas ideias sem termos medo. É dar um passo à frente neste caminho de sociedade que estamos a construir”.

Jaime Teixeira Mendes advertiu ainda que “muitas vezes fala-se de coisas que não têm a ver umas com as outras; não é pelo facto de haver eutanásia que não vai haver cuidados paliativos nem o facto de haver cuidados de saúde vai impedir de haver eutanásia; são coisas completamente diferentes”.

Para o presidente do Conselho Regional do Sul, de resto, não é a dor o factor mais relevante para se pedir a morte assistida, mas sim os que sofrem de “doenças do foro neurológico e doenças degenerativas, que deixam de ter dor mas perdem a força” e recordou nesse contexto o caso de Zeca Afonso.

O médico terminou a sua primeira intervenção dizendo que, caso um doente pedisse a eutanásia “nunca atribuiria essa responsabilidade a um médico só, tem de haver uma equipa, uma comissão de ética hospitalar”. E se “todas essas comissões têm de ser ouvidas” é fundamental “ouvir a decisão do doente, do cidadão” que sofre.



“Boa morte”

Já o bastonário, que se tem batido contra a eutanásia, referiu que “a compaixão pelos doentes” é um ponto comum entre todos. E recordou: “Eu escrevi que a eutanásia já se pratica porque significando a eutanásia literalmente «boa morte» é o que todos nós queremos que os nossos doentes tenham. Morte assistida já há, os nossos doentes têm quando morrem no hospital, sempre que possível. Por isso há aqui uma série de confusões de conceitos que levam algumas pessoas, não sei se muitas se poucas, a considerar que a eutanásia seria necessária – ou seja a antecipação de morte – para evitar o sofrimento das pessoas”.

José Manuel Silva considerou também que o debate é importante porque “nem toda a gente está a atribuir o mesmo significado às palavras e parece que há uma divisão entre aqueles que são adeptos de uma morte boa e digna e os que não querem uma morte boa e digna dos doentes; ora, essa dicotomia, essa divergência, não existe”. Continuou dizendo que o que se está a discutir “entre os médicos, é se devemos alterar a cultura milenar da medicina da preservação da vida e mitigação do sofrimento sem tirar a vida ao sofredor ou se devemos alterar esse paradigma e isso é muito complexo porque tem uma série de consequências, nomeadamente culturais”.

O bastonário apontou ainda o exemplo dos países que despenalizaram a eutanásia como tendo instalado “uma cultura facilitadora que levou a uma situação de ultrapassagem de fronteiras que são preocupantes”. Indicou nesse contexto “o provocar a eutanásia a pessoas com perturbações mentais e que obviamente não têm autonomia” e considerou-o “uma inversão da cultura médica”.

Numa segunda intervenção já no final do debate, o presidente do CRS advertiu que “ninguém obriga ninguém a fazer a eutanásia” e recordou o caso da entrada em vigor da lei da interrupção voluntária da gravidez, a partir da qual passou a haver menos abortos. “Portanto, eu tenho alguma confiança nos nossos juristas, nos nossos deputados e penso que caso se faça a lei da despenalização da eutanásia ela será bem feita e que não se vai fazer uma lei que permita cair na tal espiral, que é um dos argumentos contrários”.

Para Jaime Teixeira Mendes, “há alguns fantasmas nesta discussão e não é correcto, porque no fundo trata-se da autonomia do cidadão, nem é do doente”. E defendeu: “Nós somos cidadãos deste país, depois uns estão doentes e outros não, mas tem que haver direito sobre o nosso corpo, o que se passa é quando se invoca o juramento de Hipócrates é que isso é hipócrita”. Terminou recordando o caso do cidadão espanhol retratado no filme «Mar adentro». “Eu gostava de saber o que é que vocês acham disso, de uma pessoa que está há 30 anos imobilizado, que não se pode suicidar, que pede insistentemente a eutanásia. Qual seria a solução, ir para os cuidados intensivos, ir para os cuidados paliativos? É uma situação dramática mas que existe, ou existiu. Como sabem a pessoa que fez a eutanásia foi a tribunal e acabou por ser absolvida”, concluiu.

Diferentes noções de dignidade

O presidente do Conselho Regional do Norte, anfitrião do debate, fez da assistência a intervenção final, sublinhando que “a matéria é complexa e difícil”. O problema, segundo Miguel Guimarães, é que “estamos a pensar sobre uma coisa



para a qual ninguém tem uma definição clara – o que é a dignidade”. Considerou este aspecto condicionador “à partida” e reforçou que perante as diferentes noções de dignidade é preciso perceber com exactidão se “estamos aqui a discutir se decidimos quando é que vamos morrer ou se estamos aqui a discutir se temos aquilo a que se chama uma «boa morte» e na verdade o que nós queremos todos, quando estivermos perto da morte, é podermos morrer serena e tranquilamente, é podermos sair desta vida bem”.

Miguel Guimarães continuou, considerando que “a eutanásia vai ser legalizada em todos os países porque nós cada vez temos mais direitos”, mas sublinhou que não pretendia dizer com isso “ser a favor da eutanásia”. O presidente do CRN também quer ver a questão discutida, tal como o bastonário e o presidente do CRS, mas considera essa discussão “precoce porque na realidade para morrermos com dignidade ainda há muito a fazer antes de pensarmos na morte assistida”.

Presidente do CRS ouvido
em reportagem de TV
da Coreia do Sul

Austeridade conduziu a emigração e aposentação



O presidente do Conselho Regional do Sul (CRS) apontou o plano de austeridade como a maior razão para a emigração médica a que se assiste hoje no nosso país, quer porque foram reduzidos os proventos dos médicos quer porque criou problemas na formação.

Numa entrevista à KBS, uma estação de TV estatal da Coreia do Sul que preparou uma reportagem sobre emigração médica em vários países, Jaime Teixeira Mendes considerou que a emigração e a aposentação precoce são as principais consequências da redução dos salários.

O dirigente referiu que a situação dura desde o início da crise financeira, “pelo menos desde há uns 5 anos atrás” e que “agora há promessas de que vão repor as perdas, mas ainda nada de concreto”. À questão do jornalista coreano sobre ao que se devia o facto de estarem a sair muitos médicos de Portugal, o presidente do CRS respondeu que “uma das razões é a austeridade, que conduziu a uma baixa de salários significativa”. Jaime Teixeira Mendes precisou que “entre os funcionários públicos os médicos foram os mais atingidos, com uma baixa de quase 20% nos salários, acompanhado do impedimento de serem pagas horas extraordinárias acima de um certo limite”.

Os cortes nos salários e nas condições de trabalho acabaram por se

reflectir “na destruição das carreiras hospitalares e na consequente desmotivação dos médicos, agravada pelas dificuldades crescentes na formação”, esclareceu Jaime Teixeira Mendes, que a estes factores acrescentou “as alterações da legislação sobre as pensões para o futuro, que levaram muitos médicos mais velhos a pedirem a sua reforma antecipadamente com receio de mais tarde o fazerem em piores condições”.

Na verdade, segundo o dirigente, “essa saída de médicos mais velhos para a reforma ou para o sector privado levou à destruição de muitas equipas dentro do Serviço Nacional de Saúde e, por outro lado, há muitos médicos mais jovens por razões de formação e de compensação salarial que emigram para países do Norte da Europa, Inglaterra principalmente, mas também Dinamarca, Suécia, Alemanha e outros”.

Ofertas aliciantes

De facto, tem havido ofertas aliciantes dos países do Norte da Europa. “Há empresas que já fizeram

os seus anúncios no site da Ordem dos Médicos e há agora uma agência estatal que entrou com muita agressividade, uma dinamarquesa, que promoveu uma reunião na Dinamarca de oferta de emprego a médicos de vários países e que dá condições muito superiores às de Portugal, quer do tempo de trabalho quer de salário e isso é realmente aliciante”, disse o presidente do Conselho Regional do Sul, que revelou os números mais recentes de pedidos de certificados para emigração, que ascendeu, em 2015, “a 869 médicos em idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos, a idade mais activa, portanto”.

As ofertas aliciantes podem chegar a cerca de cinco vezes o salário de um médico em Portugal. Jaime Teixeira Mendes explicou: “Aqui o salário poderá chegar aos dois mil euros e na maioria dos países é à volta dos 10 mil ou 11 mil euros. Há até países como a Arábia Saudita que oferecem 10 ou 15 vezes mais, mas lá existem problemas, regras e questões culturais, que impedem os médicos de levar as mulheres, por exemplo, o que os desmotiva para ir”.



O jornalista quis ainda saber se haveria médicos portugueses a emigrar para antigas colónias. “Não muitos”, disse Jaime Teixeira Mendes, que contou o episódio recente de “uma tentativa de contratação do governo brasileiro” que não foi bem sucedida, porque “estavam a enviar médicos portugueses para zonas muito difíceis e não houve grande adesão, houve até um movimento dos médicos brasileiros a alertar os portugueses que iriam para esses sítios que eram perigosos, para os quais os brasileiros não queriam ir, e onde tinham uma secretária, uma caneta e um estetoscópio e mais nada”. Quanto a idas para África, o presidente do Conselho Regional do Sul disse que “são esporádicas, nomeadamente para Angola”.

MGF está agora a crescer

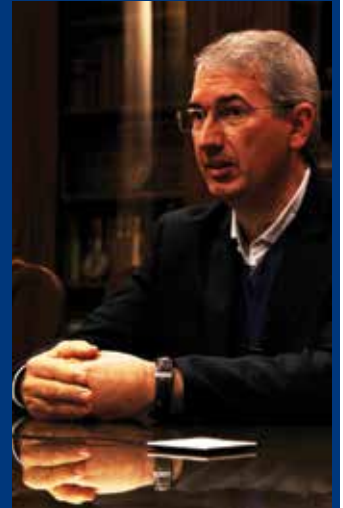
A saída de médicos para a reforma, particularmente, tem criado problemas na Medicina Geral e Familiar, especialidade que o presidente do CRS considera a mais afectada, embora esteja já em retoma. “Agora estão a formar-se muitos médicos de família, mas houve uma altura em que o número estava a diminuir, sobretudo por causa das reformas antecipadas, mas passou a haver muitos médicos jovens, que acabaram de sair das faculdades mas ainda não têm capacidade para ver doentes, “o que significa que levará ainda algum tempo a repor a totalidade dos médicos de família necessários. Neste momento, há de facto um número elevado de médicos em formação, “mas depois, entre os 40 e os 50 anos, o número baixa imenso e à volta dos 60 anos sobe um bocadinho, mas estão próximos da reforma”, esclareceu.

Médicos espanhóis já são poucos

Também a vinda de médicos estrangeiros para Portugal, actualmente com pouca expressão, foi abordada na entrevista. Jaime Teixeira Mendes referiu particularmente o caso dos espanhóis. “Houve fases em que entraram muitos médicos espanhóis porque havia uma política em Espanha que impedia muitos de tirarem lá a especialidade, entravam na formação da especialidade muito poucos. Então vinham muitos para Portugal formar-se na especialidade, mas a política espanhola neste aspecto mudou e já há muito menos espanhóis a vir agora. Há alguns que vieram nessa altura e que, entretanto, por razões pessoais, acabaram por ficar por cá”. Na mesma entrevista do canal de TV da Coreia do Sul foi ouvido um médico espanhol que chegou a Portugal na altura em que era difícil a entrada no internato de especialidade em Espanha. António Tirado casou e acabou por ficar por cá (ver caixa). O Estado por sua vez tem também feito algumas contratações no estrangeiro. Nesse contexto, o presidente do CRS recordou “os 55 médicos cubanos que foram contratados pelo Estado português para os centros de saúde mais carenciados e que terminarão este ano esse contrato”. Um outro aspecto da questão migratória referido pelo dirigente tem a ver com os jovens que, não tendo lugar nas nossas faculdades, saem do país para fazer o seu curso de Medicina. “Há muitos médicos portugueses que se formaram no estrangeiro, principalmente na República Checa, e tentam depois vir fazer a sua formação pós graduada e a sua carreira em Portugal”, referiu.

Tudo mudou em cinco anos

O médico espanhol António Tirado chegou a Portugal em 1997, recorda, numa altura em que “não existia a crise e Portugal era um país com uma economia razoável”. Fez a sua formação pós graduada, casou e acabou por ficar até agora.



À época, em Espanha, “havia um problema a nível da Medicina, éramos muitos médicos recém licenciados e não tínhamos trabalho, só um em cada dez médicos é que tinham possibilidade de vaga para fazer a especialidade”. Este cenário, que pode viver-se em Portugal dentro de pouco tempo, levava muitos a emigrarem para vários países entre os quais Portugal. E António Tirado lembra-se de um episódio com um colega seu, quando estavam a trabalhar como clínicos gerais, que lhe disse que iria emigrar para Portugal para fazer cirurgia geral. Ocorreu-lhe fazer o mesmo, tentou e conseguiu fazer a especialidade de Ortopedia. António Tirado vê agora que “há menos médicos espanhóis em Portugal, mas há mais de outras nacionalidades”, uma vez que “com a crise de há cinco anos para cá tem havido uma diminuição muito importante no nosso ordenado”. A este médico espanhol vale-lhe agora ser também casado com uma pediatra portuguesa e ter actividade privada para além do seu trabalho no Serviço Nacional de Saúde. Não fôra isso e o rendimento teria diminuído de forma assustadora.

O ortopedista venceu ainda um aspecto. “Eu sou um médico estrangeiro, mas em termos de estatuto sou igual a qualquer outro médico nacional”. E concluiu: “Pertença ao quadro hospitalar, sou casado com uma médica pediatra, o principal motivo para me manter em Portugal, temos duas filhas e uma vida confortável, mas há muita gente que não tem uma vida normal para o estatuto profissional de um médico”.



O trabalho médico em Portugal e as regras da Ordem

José Manuel Santos, vogal do Conselho Regional do Sul, fez, em Vejle (Dinamarca), uma apresentação breve do quadro geral de formação e de trabalho dos médicos portugueses. O dirigente interveio no «Seminar for Danish hospitals regarding the recruitment of doctors from abroad», no dia 25 de Novembro, numa iniciativa da organização estatal dinamarquesa Workindenmark, membro da rede EURES, para recrutamento no espaço europeu. Abaixo, transcreve-se a apresentação.

Todos os jovens médicos portugueses, até agora – situação que temo esteja a mudar drasticamente – tinham entrada no Serviço Nacional de Saúde assim que terminavam o seu curso. Estava também garantido o acesso a uma especialidade dentro do quadro do serviço público.

Assim, e de acordo com um princípio que a Ordem dos Médicos vem defendendo consistentemente, quase não há médicos indiferenciados em Portugal, e os que há são normalmente médicos estrangeiros, muitas vezes dos países de expressão oficial portuguesa, que não garantiram a entrada na carreira pela via da formação de especialidade ou chegaram dos seus países sem garantir o reconhecimento de especialidade.

O acesso à especialidade é feito de acordo com uma prova de seriação, cuja nota serve de base à atribuição das diversas vagas para internato de especialidade em todo o país, quer nos serviços hospitalares, quer nos serviços de Cuidados de Saúde Primários, em que trabalham exclusivamente os

médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar.

A Ordem dos Médicos em Portugal tem competências delegadas do Estado e é na Ordem que têm que se registar todos os médicos que pretendam trabalhar em Portugal, sejam eles nacionais ou estrangeiros.

Portanto, depois da fase de ensino pré-graduado, nas oito faculdades de Medicina do país – todas elas estatais –, os jovens médicos inscrevem-se na Ordem e concorrem às vagas das especialidades abertas no serviço público, que são definidas pela Ordem dos Médicos ao atribuir a idoneidade formativa aos serviços das diferentes unidades de saúde.

No caso dos hospitais, só os de grande escala, de Lisboa, Porto e Coimbra, com uma forte ligação às faculdades de Medicina, têm idoneidades formativas para praticamente todas as especialidades. Os outros, dependendo da sua dimensão e da qualidade dos seus serviços, têm capacidade formativa apenas para certas especialidades.

Os hospitais privados não têm

por norma idoneidade formativa atribuída, embora haja duas ou três raridades de serviços privados com idoneidade formativa parcial, isto é, os médicos podem fazer uma parte do seu internato nesses serviços, mas terão sempre que passar por outros serviços públicos para concluírem a sua formação.

Em resumo, a Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, define o número de internos que cada serviço podem ter e o Ministério da Saúde abre o número de vagas de especialidade correspondente.

Ora, estamos agora a chegar a um ponto delicado do equilíbrio que foi sendo mantido ao longo de anos entre as necessidades formativas e as capacidades formativas. Isto é, estamos a chegar ao ponto em que o número de estudantes de Medicina que terminam os seus cursos é superior ao número de vagas aprovadas pela Ordem dos Médicos. Neste momento, há já vários serviços hospitalares que têm a sua capacidade formativa esgotada, com um elevado número de internos, enquanto se vão



formando mais e mais médicos nas universidades.

Este ano é bem provável que fiquem sem vaga para internato de especialidade mais de duas centenas de jovens médicos e o cenário agravar-se-á nos anos seguintes.

Esta situação será determinante na definição do quadro futuro do mercado de trabalho médico. A partir de agora, fase em que em Portugal se formam mais de 1600 médicos por ano, vão ficar sem acesso à especialidade cada vez mais médicos, o que fará, dentro de poucos anos, com que no panorama da Medicina haja um novo paradigma, há muito não existente; médicos indiferenciados, a que o Estado e os privados podem recorrer com base em baixas remunerações. Será um cenário catastrófico para a qualidade da Medicina que se pratica em Portugal.

Para além dos 1600 jovens que se formam nas nossas faculdades, há ainda umas centenas em formação em faculdades estrangeiras da área da União Europeia e muitos deles pretendem regressar a Portugal para poderem iniciar-se na profissão, uma vez que é ainda muito valorizada a qualidade da nossa formação de especialidade.

A Ordem dos Médicos é um órgão regulador da prática médica, tem competências no registo na profissão e na especialidade e também detém competências disciplinares e de vigilância ética e deontológica.

Também os médicos estrangeiros que pretendam trabalhar em Portugal têm obrigatoriamente que se inscrever na Ordem dos Médicos, embora haja diferenças de procedimentos consoante a sua origem de formação pré-graduada. Um profissional que seja cidadão da União Europeia, com formação feita numa faculdade da

União Europeia, facilmente pode registar-se na Ordem dos Médicos, bastando apresentar os documentos oficiais que atestam a sua formação, terá contudo que requerer também a autonomia para exercer medicina, com o recurso à apresentação de uma nota curricular com referência aos estágios de formação frequentados e respectivas avaliações e a identificação das unidades e serviços onde teve lugar a formação, tal como as actividades desenvolvidas no decurso desses estágios, com informação dos respectivos directores de serviço. Para que lhes seja reconhecida uma especialidade os procedimentos são diferentes e estão sujeitos à avaliação do respectivo Colégio de Especialidade, que não serão muito diferentes das exigências que qualquer país da UE faz para o reconhecimento de uma especialidade.

Todas as dúvidas sobre registo de médicos estrangeiros em Portugal podem ser esclarecidas no site www.ordemdosmedicos.pt e no Regulamento de Inscrição na Ordem dos Médicos ou pedidas directamente à Ordem – pode ser em língua inglesa – pelos endereços de email omcne@omcne.pt ou omsul@omsul.pt.

Vejamos agora a relação entre o número de médicos e a população e quais são as especialidades mais deficitárias.

A população em Portugal ronda os 10,3 milhões e tem tendência a diminuir a prazo, uma vez que a taxa de natalidade é muito baixa, uma das mais baixas da Europa. Em 2014, nasceram 7,9 crianças por cada mil residentes, o que revela uma baixa acentuada desde 1960 (24,1) e mesmo em relação ao ano 2000 (11,7).

Neste momento, estão registados na Ordem 49.164 médicos,

mas este total não corresponde ao número de profissionais que exercem a sua profissão no nosso país, uma vez que nestes números estão incluídos muitos médicos que já não exercem e médicos estrangeiros que, embora mantenham o seu registo em Portugal, trabalham já nos seus países de origem. Será portanto abusivo apurar a partir daqui a relação do número de habitantes por médico. Contudo, segundo os dados de 2013 da Pordata, uma base de dados reconhecida, haverá em Portugal um rácio de 234,7 pessoas / por médico. Esse valor coloca o nosso país abaixo de países como a Áustria (200,4) e é muito semelhante à da Noruega (232,2) ou da Alemanha (246,7).

Para melhor se perceber estes números, deve referir-se que Portugal é um país muito desequilibrado do ponto de vista da distribuição da população, havendo zonas de baixa densidade populacional que distam muitos quilómetros e muito tempo dos centros de cuidados de saúde mais importantes, o que faz com que nessas populações haja necessidade de manter médicos e outros profissionais de saúde, alterando significativamente os parâmetros médios do número de habitantes por médico.

Do número global de médicos registados na Ordem (49.164), 45.308 são portugueses; 2.218 são estrangeiros cidadãos da União Europeia; 650 são brasileiros; 321 são originários de países africanos de língua oficial portuguesa (com maior relevância para Angola, Cabo Verde e Moçambique); há ainda 290 de países europeus não comunitários e 315 de países da América do Sul.



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

Don't Forget Health Care, Stupid!

Estamos a perder o sentido do valor da vida e a substituí-lo pelo sentido do valor dos números frios e da economia.

Andamos todos a correr atrás das contas do défice, atentos às classificações das agências de "rating". Ouvimos, em permanência, nomes como Standard and Poor's, Fitch e Moody's que, só de os pronunciarmos, nos fazem estremecer. Sabemos mais sobre o Orçamento de Estado para 2016 ou sobre a execução orçamental de 2015 do que alguma vez teríamos imaginado. Ouvimos mais falar de FMI, Banco Europeu ou Eurostat do que qualquer outro nome do Presente ou da História. As siglas do IVA, IRS e a sobretaxa afluem pelas colunas dos autorrádios,

sempre que ligamos a ignição do carro, de manhã e até irmos para o descanso do nosso sono. Os números da despesa ou das taxações são afixados em centenas de milhões de euros. De tal forma que já mal conseguimos relativizar milhões ou milhares de milhões de euros. Aguardamos, ansiosos, pelos valores da taxa de juro da dívida soberana, como se de uma final de campeonato de futebol se tratasse. Há sempre um comentador de serviço, num dos canais generalistas, para criticar ou elogiar as medidas financeiras. E todos nós, num certo grau, nos tornamos também peritos. Um telejornal que se preze tem sempre uma abertura versada num destes temas.

Portugal tem vivido ao ritmo da economia e poucos são os temas de atualidade que a conseguem suplantar.

"It's the economy, stupid" diriam alguns.

Não deixa de ser curioso que, na corrida para as eleições presidenciais dos Estados Unidos da

América, em 1992, Bill Clinton – que viria a ser Presidente por dois mandatos – tenha apontado essa expressão como uma das suas três principais mensagens de campanha. A outra era "Don't Forget Health Care" (Não Se Esqueça dos Cuidados de Saúde). O principal tema da campanha de então era a ideia de mudança. Uma mudança capaz de colocar a economia ao serviço das pessoas e não manter as pessoas escravizadas pelas regras da economia do lucro insaciável.

De tanto pensarmos em economia, finança, sustentabilidade, eficiência, rentabilidade, custo/benefício, números, gráficos, tendências esquecemos que, por detrás de tudo isto, existem pessoas e que é ao serviço dessas mesmas pessoas que foi criada a economia.

Para muitos, parece ser inaceitável o aumento do défice (também não afirmo o contrário), o desrespeito pelos compromissos com a *troika* ou até qualquer leve índice de Portugal poder desres-



peitar seja aquilo que for, desde que dito ou escrito nas instâncias dos dirigentes da Europa. Essa mera possibilidade põe de pé os cabelos da maioria da população.

Estranhamente, já é tolerável não ter médico de família, não poder ter acesso a consultas, não poder adquirir medicamentos ou não ter transporte para se deslocar a um hospital. A ideia está a tornar-se tão banal que já é aceitável.

O “politicamente correto” aceita que doentes sofram por falta de fármacos de primeira linha, mas provoca as reações mais inflamadas, na Assembleia da República, quando alguém lança a suspeita de podermos estar a décimas ou centésimas de um qualquer compromisso financeiro.

Estamos a perder o sentido do valor da vida e a substituí-lo pelo sentido do valor dos números frios e da economia.

A desumanização da sociedade faz-se, a passos largos, sem um único pestanejo.

Exigir investimento na saúde, nos dias de hoje, soa quase a irresponsabilidade. Cada vez menos importa o sofrimento deste ou daquele doente. O que interessa é a média dos sofrimentos. Os extremos tornaram-se desprezíveis e irrelevantes...

O País está gradualmente a despreocupar-se com as perdas em saúde, sobretudo quando estas atingem as minorias. As percentagens com menos de dois dígitos deixaram de interessar. Estamos a perder o valor da unidade, da Pessoa, do Indivíduo.

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos foi visitar o Centro de Saúde de Castanheira de Pera.

Cinquenta minutos pela A13. Via rápida limpinha, sem tráfego, bem sinalizada. A IC8, sentido Castelo Branco, com trânsito mais denso mais ainda assim aceitável. O *Google Maps* indica uma distância de 60 km por estrada. Passamos por várias zonas sem cobertura de rede móvel. A interioridade não engana. No Centro de Saúde, um único médico assegura dois dias de consulta por semana, prestando auxílio a mais de 1300 utentes. Mas, os outros 1700 ainda acreditam que poderão ter médico, num sinal de luta e esperança invulgar. A Administração Regional de Saúde do Centro promete resolve esta situação de desespero para muitos. Já o tinha prometido e prometerá sempre que for necessário. Nem que seja para alimentar a esperança de uma solução difícil de nascer. Mas a verdade é que Castanheira de Pera não é só um Centro de Saúde como qualquer outro com falta de Médicos de Família. A vila está isolada a uma hora de acesso ao Hospital de referência em Coimbra, sem médico de noite. É uma situação dramática que merecia mais do que as soluções burocráticas e inconsequentes do costume. Merecia mais do que promessas ou imagens de boa vontade.

Os habitantes de Castanheira de Pera merecem muito mais, mas até pedem muito pouco.

Só pedem para ter os mesmos direitos que qualquer outro cidadão: direito a cuidados de saúde.

Simples e lancinante.

Haja quem, por momentos, tire os olhos da economia e pense na saúde.

Don't forget Health Care, Stupid!

De tanto
pensarmos em
economia,
finança,
sustentabilidade,
eficiência,
rentabilidade,
custo/benefício,
números,
gráficos,
tendências
esquecemos que,
por detrás de
tudo isto,
existem pessoas
e que é ao
serviço dessas
mesmas pessoas
que foi criada a
economia.

Cuidados Intensivos: Falta "gritante" de camas de cuidados intensivos na região Centro

Carlos Cortes deu voz à escassez de meios e recursos humanos numa especialidade crucial para a prestação dos cuidados de saúde aos doentes em estado crítico

"Todos os portugueses têm o direito a serem tratados de igual forma em qualquer unidade de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Lamentavelmente, há quem tenha esquecido a região Centro no mapa da Medicina Intensiva.". A posição pública de Carlos Cortes, com forte impacto mediático, tem por base a escassez de camas e recursos humanos nesta especialidade crucial para a prestação dos cuidados de saúde aos doentes em estado crítico.

Os números foram divulgados em comunicado. A saber: A região Centro tem apenas 75 camas de cuidados intensivos e 31 médicos diferenciados nesta área. "De acordo com os dados recolhidos pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), seriam necessárias 147 camas e, pelo menos, 90 médicos intensivistas. O dobro e o triplo, respetivamente, dos recursos atualmente disponíveis. Um dado interessante para percebermos a dimensão deste problema é a relação entre as camas destinadas ao doente crítico e camas para doentes agudos: é de 1,4% na região Centro. Muito aquém da média nacional...", denunciou o presidente da SRCOM, acentuando a necessidade premente de "inverter uma situação calamitosa que não protege os doentes e desqualifica a qualidade de uma resposta global em cuidados de saúde".

Na opinião de Carlos Cortes, "a reforma do SNS a nível hospitalar, desencadeada pelo atual Ministério da Saúde, é uma ocasião única para reverter esta grave situação. Não pode ser desperdiçada esta oportunidade".

●●● A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos afirma que há uma falta de camas de cuidados intensivos na região Centro, com consequências tão perigosas os tratamentos intensivos.

A zona Centro do país dispõe apenas de 75 camas de cuidados intensivos, muito longe do acordo com os dados recolhidos pela Ordem dos Médicos (OM), são necessários 147 camas, afirma o presidente da Secção Regional do Centro (SRC) da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes.

"Esta grave" é a situação existente "31 médicos diferenciados nesta área de cuidados intensivos", quando "de acordo com os dados, no total, há 147 camas de cuidados intensivos", afirmou.

Nesta área do país há uma falta de camas de cuidados intensivos (níveis II e III) que gera situações graves e situações críticas em várias regiões do país, afirmou o presidente da SRCOM, Carlos Cortes, denunciando a necessidade premente de "inverter uma situação calamitosa que não protege os doentes e desqualifica a qualidade de uma resposta global em cuidados de saúde".

"Esta situação é muito preocupante", afirmou Carlos Cortes, denunciando a necessidade premente de "inverter uma situação calamitosa que não protege os doentes e desqualifica a qualidade de uma resposta global em cuidados de saúde".

"Esta situação é muito preocupante", afirmou Carlos Cortes, denunciando a necessidade premente de "inverter uma situação calamitosa que não protege os doentes e desqualifica a qualidade de uma resposta global em cuidados de saúde".

"Esta situação é muito preocupante", afirmou Carlos Cortes, denunciando a necessidade premente de "inverter uma situação calamitosa que não protege os doentes e desqualifica a qualidade de uma resposta global em cuidados de saúde".

"Esta situação é muito preocupante", afirmou Carlos Cortes, denunciando a necessidade premente de "inverter uma situação calamitosa que não protege os doentes e desqualifica a qualidade de uma resposta global em cuidados de saúde".

"Esta situação é muito preocupante", afirmou Carlos Cortes, denunciando a necessidade premente de "inverter uma situação calamitosa que não protege os doentes e desqualifica a qualidade de uma resposta global em cuidados de saúde".

"Esta situação é muito preocupante", afirmou Carlos Cortes, denunciando a necessidade premente de "inverter uma situação calamitosa que não protege os doentes e desqualifica a qualidade de uma resposta global em cuidados de saúde".

"Esta situação é muito preocupante", afirmou Carlos Cortes, denunciando a necessidade premente de "inverter uma situação calamitosa que não protege os doentes e desqualifica a qualidade de uma resposta global em cuidados de saúde".

"Esta situação é muito preocupante", afirmou Carlos Cortes, denunciando a necessidade premente de "inverter uma situação calamitosa que não protege os doentes e desqualifica a qualidade de uma resposta global em cuidados de saúde".

...bem estar s intensivos com camas no Centro

Tempos de consulta diminuem

... As unidades
... de têm sido
... de produtividade
... de redução
... de custos



Médicos alertam para falta de camas de cuidados intensivos

ORDEN A Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos alerta para a falta de camas de cuidados intensivos na região do Centro, onde também são poucos os médicos intensivistas.

A Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos alerta para a falta de camas de cuidados intensivos na região do Centro, onde também são poucos os médicos intensivistas.

Na região Centro, há 75 camas de cuidados intensivos, mas são necessárias 103 camas, afirma uma nota da Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Na região Centro, há 75 camas de cuidados intensivos, mas são necessárias 103 camas, afirma uma nota da Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.



Carlos Cortes, dirigente da Ordem dos Médicos



Ordem dos Médicos denuncia 'falta gritante' de cuidados intensivos na região Centro

A região Centro tem apenas 75 camas de cuidados intensivos, mas são necessárias 103 camas, afirma uma nota da Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

A região Centro tem apenas 75 camas de cuidados intensivos, mas são necessárias 103 camas, afirma uma nota da Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Ordem diz que faltam médicos e camas de cuidados intensivos na região Centro

A Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos afirma que faltam camas de cuidados intensivos na região Centro, onde também são poucos os médicos intensivistas.

A Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos afirma que faltam camas de cuidados intensivos na região Centro, onde também são poucos os médicos intensivistas.

Ordem diz que faltam médicos e camas de cuidados intensivos na região Centro

A Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos afirma que faltam camas de cuidados intensivos na região Centro, onde também são poucos os médicos intensivistas.

A Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos afirma que faltam camas de cuidados intensivos na região Centro, onde também são poucos os médicos intensivistas.

aurinegra notícias com gente dentro

Atividade | Saúde | Desporto | Reportagem | Europa | Cultura

Atividade | Saúde | Desporto | Reportagem | Europa | Cultura



FALTA DE CAMAS E MÉDICOS

Ocupação média das camas de cuidados intensivos em alguns hospitais da região centro é superior a 100%



Ordem diz que faltam médicos e camas no região Centro

A Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos afirma que faltam camas de cuidados intensivos na região Centro, onde também são poucos os médicos intensivistas.

A Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos afirma que faltam camas de cuidados intensivos na região Centro, onde também são poucos os médicos intensivistas.

RADIO REGIONAL DO CENTRO

Saúde: região Centro tem apenas 75 camas de cuidados intensivos

A região Centro tem apenas 75 camas de cuidados intensivos, mas são necessárias 103 camas e 90 para atingir taxas de camas intensivas e intermédias semelhantes às regiões Norte e Centro.

A região Centro tem apenas 75 camas de cuidados intensivos, mas são necessárias 103 camas e 90 para atingir taxas de camas intensivas e intermédias semelhantes às regiões Norte e Centro.



Ordem dos Médicos no Centro de Saúde de Castanheira de Pera

Vila do distrito de Leiria tem o problema acrescido do aumento exponencial da população residente nos meses de verão.

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, esteve no Centro de Saúde de Castanheira de Pera, cuja unidade de saúde não dá resposta adequada a quase 3 mil utentes do concelho, desde junho de 2015. Trata-se de "uma situação de calamidade", disse aos jornalistas, no final da visita efetuada no início do mês de fevereiro.

Carlos Cortes e Inês Rosendo (médica de família e membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos) reuniram com o diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde do Pícnhal Interior Norte, Avelino Pedroso, e com José Pimenta, o único médico especialista em Medicina Geral e Familiar que presta, ali, 20 horas de serviço. Logo de manhã, os membros da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos foram, aliás, surpreendidos com uma manifestação de populares a que se juntou o atual edil. Em declarações aos jornalistas, Carlos Cortes garantiu que a Ordem dos Médicos tudo fará para que se resolva esta situação de extrema gravidade.

Estas dificuldades não são, porém, um problema novo. Já a 28 de julho de 2015, Carlos Cortes tinha visitado aquele centro de saúde que, embora dotado de excelentes condições físicas, não tem os recursos humanos necessários para responder cabalmente à população maioritariamente idosa e polimedicada. Há muito que os utentes reivindicam melhor prestação dos cuidados de saúde. Castanheira de Pera tem o problema acrescido do aumento exponencial da população residente nos meses de verão. No fim de fevereiro, através da contratação de serviços a uma empresa, chegou um novo clínico que estará no Centro de Saúde de Castanheira de Pera todos os dias úteis, exceto terça à tarde e quinta-feira para dar apoio a Pedrógão Grande.



'QEF'

é o mais recente
livro do médico
psiquiatra **Luiz
Canavarro**



Norberto Canha e José Manuel Silva foram os apresentadores do mais recente livro do médico psiquiatra Luiz Canavarro. 'QEF', com chancela da Chiado Editora, foi apresentado na Sala Miguel Torga da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, contando com a presença do atual presidente, Carlos Cortes. Ao dar as boas-vindas a todos os que encheram a sala, Carlos Cortes não deixou de vincar o facto de estarmos perante um médico que é "um artista completo", que escreve, pinta e fotografa. "É importante a mensagem humanista ser transmitida de várias formas", assinalou.

Norberto Canha, professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, deu conta, desde logo, que "este livro é destinado a todas as idades. Ao realçar a personalidade multifacetada do autor, Norberto Canha fez uma leitura comentada de excertos do livro, usando, amiúde, alguns apontamentos de humor sobre a obra agora lançada. O Professor José Manuel Silva, Bastonário da Ordem dos Médicos e autor do prefácio desta obra, destacou "o prazer de ouvir a leitura comentada do Professor Canha", asseverando que "o livro é extremamente interessante". Por fim, Luiz Canavarro agradeceu, desde logo, a presença de todos os amigos. "Agradecer aos amigos por me darem dar apoio - suficientemente grande - para que me sinta encorajado a repetir".

Pintura "em fusão"

concebida para a Ordem dos Médicos

A exposição de pintura "em fusão" de Teresa Vilar foi inaugurada, no Clube Médico de Coimbra, e ficará patente até 19 de março de 2016. Ao todo, 18 trabalhos em acrílico sobre tela que, neste caso, remetem para a 'presença da água' bem como de temperaturas e aromas tendo em conta a paleta de cores plasmada nos quadros.



Na inauguração, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, destacou o facto desta mostra de pintura "estabelecer pontes com a medicina, porque a água é vida. Sabemos a importância da água na nossa saúde. Obviamente, as cores que nos transmitem estes quadros são também reconfortantes e de alegria". Centrando a sua mensagem no espaço onde se materializa esta mostra, sublinhou: "Esta casa é importante porque é nela que fazemos a ligação à sociedade civil através de exposições de pintura, palestras, divulgação da arte de médicos e não médicos. Quero expressar a nossa honra em ter uma exposição de Teresa Vilar e a grande satisfação que tenho pelo facto das pessoas se interessarem por este espaço".

De seguida, Dulce Menezes, presidente da Magenta, fez o 'retrato' da artista plástica que nasceu em Prado (Vila Verde/Braga) e que atualmente divide a vida entre Braga e a Praia da Barra (Aveiro). "A Teresa faz questão de conceber cada exposição como um ato único, direccionado para o lugar específico e o público que é expectável, portanto, na organização de uma coleção toda direccionada ao título único que lhe atribui".

Teresa Vilar, frequentou a Escola Superior Artística Soares dos Reis no Porto e licenciou-se (1989) em Design/ Artes Gráficas na Faculdade de Belas-Artes da Universidade do Porto.

Miguel Guimarães
Presidente do Conselho Regional
do Norte da Ordem dos Médicos

2016: obrigatório investir no SNS



Artigo de opinião do presidente do CRN, Miguel Guimarães, publicado no jornal Público a 11 de Fevereiro de 2016.

Os últimos anos representaram para a qualidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) um retrocesso sem precedentes. Desde que foi criado que a sua sobrevivência nunca esteve tão em causa. Todos conhecemos a sua história recente. Os argumentos com base no equilíbrio das finanças públicas, no cumprimento de um memorando de entendimento e na imperiosidade da sustentabilidade do SNS, foram utilizados de forma abusiva e reiterada para justificar os cortes excessivos no financiamento da Saúde, e cujas consequências são cada vez mais visíveis. De resto, os resultados do inquérito do Euro Health Consumer Index 2015 não deixam margens para dúvidas. Um "tombo" de Portugal no ranking internacional, caindo do 13.º para o 20.º lugar. A situação dir-se-á que não é

fácil de recuperar. Ficaram as feridas, mais ou menos profundas, num SNS que já foi considerado um exemplo para muitos países por esse mundo fora. A nova missão para a Saúde tem de passar necessariamente por reanimar a qualidade e a humanização dos cuidados de saúde. Para atingir estes objectivos é necessário concentrar energias na organização e planeamento. Mas não é suficiente. É preciso investir mais em Saúde. Mais no orçamento de Estado. Mais na promoção da saúde. Mais na prevenção. Mais no envelhecimento activo. Mais na educação para a saúde. Mais nas pessoas. Não vamos lá apenas com neutralidade orçamental. A falta de profissionais de Saúde é apenas uma das facetas do problema actual do SNS. E provavelmente a mais impor-

tante. É frequente ouvirmos na comunicação social que em Portugal existem 4,3 médicos por mil habitantes. Um valor que nos coloca próximo dos países da OCDE com mais médicos per capita. Dito desta forma até parece contraditório. Afinal não há falta de médicos! Mas, o que justifica a percepção que paira na sociedade civil de que existe falta de médicos. Será que cada português quer ter um médico à porta de casa? Será que os médicos são uns malandros e não querem trabalhar? Será que as percepções dos portugueses não estão bem aferidas? Em que é que ficamos, a falta de médicos é um mito ou uma realidade? Quando falamos de falta de médicos estamos sempre a falar do SNS. Nunca do sector privado ou social. E quantos médicos trabalham no SNS?



De acordo com os números mais recentes apresentados e publicados pela ACSS trabalham no SNS 26.900 médicos, isto é, cerca de 2,6 médicos por mil habitantes. E destes, quase 9.000 são médicos em formação especializada (internos) com todas as limitações daí decorrentes. Nesta perspectiva, Portugal passaria a ocupar a cauda dos países da OCDE junto daqueles que menos médicos têm per capita. E esta é a realidade no SNS, que os políticos e respectivos comentadores teimam em não entender. Há falta de médicos no SNS. Mas existem milhares de médicos em Portugal fora do sector público que permitiriam resolver a principal faceta negativa do nosso SNS. Milhares aposentaram-se de forma antecipada e outros tantos trabalham apenas no sector privado. E não estamos aqui a entrar em linha de conta com as centenas de médicos que anualmente emigram. Haja vontade política e orçamento adequado e o SNS pode ter os médicos de que necessita.

Não vale a pena continuar a enganar as pessoas. Assuma-se de uma vez por todas a realidade. Tratem os profissionais de saúde com dignidade. Ofereçam boas condições de trabalho. Atribuem remunerações de acordo com a elevada responsabilidade que os profissionais de saúde têm na sociedade civil. Criem verdadeiros incentivos que permitam a todos os profissionais a fixação em áreas mais desfavorecidas. E sobretudo respeitem as pessoas.

Nos últimos anos, o orçamento do Estado para a Saúde foi reduzido de forma drástica, tendo atingido o valor recorde de

5,9% do PIB. Um valor que teve consequências nefastas e conhecidas ao nível da qualidade dos cuidados de saúde. Que só não assumiu consequências mais graves, graças ao elevado sentido de responsabilidade e dedicação de muitos profissionais de saúde, que colocaram o seu conhecimento e os valores éticos e deontológicos ao serviço dos seus doentes.

Depois de tantos cortes cegos, de tantos disparates, de tantas reduções, 2016 tem de ser um ano de viragem, um ano de investimento. Investimento nas pessoas, nos jovens, na investigação, no conhecimento. Investimento na educação, na justiça social, na solidariedade. Investimento no combate ao desperdício e à corrupção. Investimento na reaprendizagem a viver num mundo sem medo.

O SNS é o principal factor de coesão social. Investir no SNS, é investir nos portugueses. Na sua saúde, na sua economia, na sua qualidade de vida, na sua educação, na sua solidariedade. Não é por acaso que nos milhões de mensagens de Ano Novo a palavra saúde está sempre em primeiro lugar. Mesmo acima de valores supremos que consideramos intocáveis.

Diz a sabedoria popular que não se fazem omeletes sem ovos. O novo Governo vai ter de investir mais na Saúde e nas pessoas. No encerramento do Congresso Nacional de Medicina no Porto, o ministro Adalberto Campos Fernandes deu um sinal positivo do que poderá ser o seu mandato ao afirmar que "um Serviço Nacional de Saúde de qualidade constitui um pré-requisito fundamental para uma sociedade mais justa

Depois de tantos cortes cegos, de tantos disparates, de tantas reduções, 2016 tem de ser um ano de viragem, um ano de investimento.

Investimento nas pessoas, nos jovens, na investigação, no conhecimento.

Investimento na educação, na justiça social, na solidariedade.

Investimento no combate ao desperdício e à corrupção.

Investimento na reaprendizagem a viver num mundo sem medo.

e mais equilibrada" e assegurando que "a prioridade às pessoas vai ser o traço identitário da acção governativa".

Esperemos que o ano 2016 fique conhecido como o ano de viragem, o ano de investimento no SNS. Só assim será possível inverter o ciclo negativo dos últimos anos e reanimar a qualidade e humanização dos cuidados de saúde.

Juramento de Hipócrates 2015 Porto e Braga acolheram 600 novos médicos



Cerca de 500 no Porto e uma centena em Braga. Foram estes os números que marcaram as duas cerimónias do Juramento de Hipócrates realizadas pela Secção Regional do Norte, onde se ouviram muitas críticas ao último concurso de acesso a internato.

Foi na imponente Sala Suggia, da Casa do Música, que a Secção Regional do Norte realizou a habitual cerimónia de Juramento de Hipócrates, no Porto, no passado dia 6 de Dezembro. Em tarde de festa, foi ao som de Bach, Mozart e Beethoven que os mais de 500 novos colegas iniciaram a comemoração, num breve concerto protagonizado pelo conhecido pianista português, Pedro Burmester.

Num contexto muito marcado pelo polémico concurso de acesso à formação médica especializada, as intervenções da cerimónia acabaram por reflectir a críspação entre a Ordem dos Médicos e a equipa ministerial anterior. O presidente do CRN, Miguel Guimarães considerou mesmo “indigna e abusiva” a forma como os jovens médicos foram tratados pela pelo Ministério da Saúde, na hora de escolherem a especialidade. “Lamento profundamente que 114 médicos não tenham tido a possibilidade de continuar a sua formação”, sublinhou o dirigente, não poupando nas críticas dirigidas à equipa do anterior ministro, Paulo Macedo: “foi aquele que mais desqualificou e desrespeitou os médicos e a Medicina”.

Na mesma linha, José Manuel Silva focou o aspecto que a Ordem dos Médicos considera crucial nesta matéria: o excesso de alunos nas faculdades de Medicina. “O problema é vagas a menos ou candidatos a mais”, questionou o bastonário, que não deixou de fazer um apelo aos jovens médicos para que sejam “cidadãos de corpo inteiro, participativos, reivindicativos”. “Sem esse papel político não conseguiremos maximizar a nossa mais nobre missão, que é defender o legítimo direito dos nossos doentes a terem acesso a uma medicina qualificada”, concretizou.

No primeiro acto público enquanto Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Fernando Araújo fez uma última intervenção nesta cerimónia com palavras de incentivo e confiança aos novos profissionais. “A persistência e resiliência são elementos essenciais para ultrapassar as dificuldades e encararem o futuro com confiança. “O SNS confia em vós, na vossa formação de excelência, e estará disponível para vos acompanhar neste caminho”, concluiu o também professor da Faculdade de Medicina da universidade do Porto, antes de



ser cumprida a tradição da leitura do Juramento de Hipócrates e da entrega da nova cédula profissional.

O Distrito Médico de Braga voltou também a acolher o Juramento de Hipócrates, uma vez mais no Auditório Vita, e no dia 20 de Dezembro. Cerca de 100 jovens médicos cumpriram o acto simbólico que assinala a entrada na profissão, num evento presidido pelo bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, acompanhando pelo presidente do CRN e pelo presidente do Conselho Distrital, Álvaro Pratas Balhau.



Eutanásia divide opiniões na classe médica

A Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos promoveu um debate sobre “Dignidade no fim da vida”, que juntou cerca de 400 profissionais. Numa longa sessão, foram confrontadas opiniões sobre a eutanásia e saiu uma mensagem de alerta para a necessidade de reforçar a rede de cuidados paliativos.

Cerca de 400 pessoas responderam, a 23 de Fevereiro, à chamada para o debate sobre as questões do fim de vida, na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Temas como a eutanásia, suicídio assistido, distanásia ou acesso a cuidados paliativos estiveram em cima da mesa, numa discussão pública suscitada após a apresentação do manifesto “Direito a morrer com dignidade”. A notável afluência reflectiu o interesse da classe médica em torno de uma matéria sensível e complexa, que divide opiniões e coloca desafios à ética da profissão.

Com a moderação da jornalista Paula Rebelo, o debate confrontou as diferentes posições das personalidades convidadas, José Manuel Silva, Jaime Teixeira Mendes, Edna Gonçalves, Isabel Ruivo, António Sarmento e Rui Nunes, mas também de várias pessoas na assistência. O presidente da Secção Regional do Sul, Jaime Teixeira Mendes, abriu a discussão a considerar que, por consequência das novas tecno-

logias, “a sociedade evoluiu de tal maneira que hoje os doentes discutem a terapêutica” e estão mais informados e por isso mais aptos a tomar decisões. No entender do dirigente, que subscreveu o manifesto pela despenalização da morte assistida, trata-se da “autonomia do cidadão” e de “devolver ao doente o poder de decidir sobre a sua vida”. Apoiado nos exemplos dos países europeus onde esta prática foi regularizada (Bélgica, Holanda e Luxemburgo), Jaime Teixeira Mendes defendeu a criação de comissões médicas de acompanhamento dos cidadãos, opondo-se à atribuição desse poder a “um médico só”. Sublinhou, todavia, que a legalização da eutanásia “não obriga ninguém a fazê-lo”.

Por ser um tema fraturante, do outro lado o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, assumiu uma posição de reprovação, sustentando-se na defesa do Juramento de Hipócrates para questionar se se justifica alterar “uma cultura médica milenar que

visa tratar os doentes”. “Os médicos estão formatados para salvar vidas, não para matar”, referiu. Na óptica de José Manuel Silva, a eutanásia é evitável, num país onde há uma “boa morte” nos hospitais. “As dores são tratáveis e caso exista falta de autonomia é uma falha da sociedade”, afirmou, fazendo ainda um parêntesis sobre o seu receio de “confusão de conceitos” entre a sociedade civil.

A visão é partilhada por António Sarmento, director do Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar de São João (CHSJ) e professor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), que assumiu ter um pensamento “absolutamente contrário à legalização da eutanásia”. O especialista deixou claro que esta é uma “área cinzenta”, de grande complexidade, onde a obrigação do médico é “de preservar a vida mas também de não prolongar a morte”. Explanando as diferenças entre eutanásia, distanásia e não obstinação terapêutica, mostrou-se preo-

cupado não com quem defende a posição oposta “com boa intenção” mas com a sociedade que olha para os números e que pode ver na eutanásia a solução para “dar menos trabalho e sair mais barato”.

Edna Gonçalves, directora do Serviço de Cuidados Paliativos do CHSJ, mostrou-se relutante sobre a pertinência da discussão da eutanásia numa altura em que em Portugal, de acordo com dados da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, apenas cinco mil doentes têm acesso a estes cuidados por ano, num universo de 60 mil a 70 mil doentes terminais com necessi-

ciplina obrigatória” sobre cuidados paliativos.

O presidente da Associação Portuguesa de Bioética, Rui Nunes, concordou com a sua posição e aproveitou para anunciar um programa de Doutoramento em Cuidados Paliativos na FMUP. Rui Nunes destacou o significativo interesse que as questões do fim de vida têm suscitado e referiu que demonstra “a necessidade do debate e a impossibilidade lógica de uma precipitação legislativa que alguns querem”. O que se pretende, nas suas palavras, “é criar um novo direito fundamental que não está na Cons-

de alterar os “valores éticos inerentes e estruturais à profissão médica”, e proclamados no Juramento de Hipócrates, onde se reafirma uma posição de serviço aos doentes e sociedade.

Isabel Ruivo, médica pediatra e proponente da petição, acredita que se subestima a “capacidade de compreensão” do “povo português de hoje”, que “não é o de há trinta anos”, “teve imenso contacto com mundos lá fora e tem mais informação”, e que está atento a esta discussão e a reflectir sobre os mesmos aspectos. Também esta oradora convidada relacionou esta questão com a “autonomia do doente” e sublinhou que “nunca se trata de ser alguém exterior ao próprio a decidir”. “Fomos para Medicina por valores humanistas de compaixão”, afirmou, argumentando que o “médico deve acompanhar” as situações de fim de vida do doente, não rejeitando todavia a presença de uma equipa multidisciplinar. “Não acredito que os médicos devam retirar-se dessa função”, concretizou. Reagindo à evocação de casos de outros países relacionados com a prática da eutanásia em menores, defendeu que “ainda estamos a falar de princípios gerais e não de leis específicas”. A médica fez também referência aos “ténues” “limites da obstinação terapêutica” e considerou que “tudo isto exige um debate urgente”.

Numa posição similar à de Edna Gonçalves, o presidente do CRN, Miguel Guimarães, considerou, que esta é “uma discussão precoce” porque “no que diz respeito a morrermos com dignidade, ainda há muito a fazer, nomeadamente nos cuidados paliativos”. Neste debate no Salão Nobre do Centro de Cultura e Congressos da SRN a questão dos cuidados paliativos foi bastante focada, sendo que podem minimizar o recurso à prá-



dade de acompanhamento. A especialista destacou que “os cuidados paliativos não são uma alternativa à eutanásia ou suicídio médico assistido, são um direito que subsiste a todos os portugueses, mas aos quais a maioria infelizmente não tem acesso”. Defende por isso que “é fundamental que se desenvolva muito mais” esta rede, pois apesar de existirem equipas com muita qualidade estão “sobrecarregadas” e é preciso constituir outras novas “porque o sofrimento por doença avançada e progressiva acontece a todas as horas do dia e da noite”. Edna Gonçalves destacou ainda o papel formador médico e lamentou que “nenhuma das oito escolas médicas do país” tenha “uma dis-

tituição da República”, que “diz que a vida humana é inviolável”. Assim, argumenta que é imperativo em primeiro lugar “um debate plural alargado a toda a população”, que “no fim da linha deve decidir se quer ou não mudar o paradigma que está na Constituição”, pela via referendária por exemplo. A seu ver este é apenas um plano de discussão, o da ética social, de legislação e despenalização, o outro diz respeito à ética médica e aí, na sua óptica, é indispensável um “debate interno à classe médica”. “A sociedade pode evoluir se for democraticamente, de acordo com a vontade soberana de cada pessoa”, mas “isso não implica necessariamente” que a Medicina tenha



tica da eutanásia. A necessidade de continuar a debater o assunto internamente foi comum a todos os intervenientes, mas também de alargá-la a toda sociedade, tendo o dirigente da Secção Regional do Norte destacado a importância de informar os cidadãos. A possibilidade de realizar um referendo so-

bre a eutanásia, à semelhança do que se realizou com a Interrupção Voluntária da Gravidez, foi defendida por vários interlocutores inclusive por José Manuel Silva, que deixou a promessa de novos debates promovidos pela Ordem dos Médicos.

Até quando?

Artigo de opinião publicado pelo presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, na edição de 3 de Fevereiro de 2016, do jornal Correio da Manhã.

A denúncia pública de um médico exausto, a passar pelas brasas, sentado em frente ao computador onde atendia doentes, pelas 4 horas da manhã, leva-me a questionar os princípios e valores que atualmente presidem a uma sociedade onde é cada vez mais difícil de viver. Seria fácil com uma palavra ou um pequeno abanão trazer de novo o médico à realidade. Mas, não foi o que aconteceu. Pelo contrário, foi filmado de forma abusiva e ignóbil, e as imagens divulgadas publicamente. Sem qualquer respeito pela sua reserva de intimidade e dignidade. Uma vergonha e uma ilegalidade. Até quando vão os médicos continuar a ser perseguidos de forma impune ou responsabilizados pelas políticas erradas? Até quando vão continuar a ser negados os descansos compensatórios obrigatórios por lei?

Até quando vão os médicos conseguir aguentar um SNS que já está a dar sinais inequívocos de fragilidade? Os médicos constituem um pilar essencial do nosso SNS. Só temos um bom serviço público de saúde porque temos bons profissionais. Que, no entanto, cometem erros como todos os seres humanos. E têm um nível de responsabilidade dificilmente igualável. Os médicos não merecem ser tratados desta forma inclassificável. Que miséria de política é esta que empurra as pessoas para o precipício ou para fora do país? Será que estamos perante uma prova de desleixo e incompetência do poder político com reflexos marcados na sociedade civil? Até quando?

OPINIÃO

Até quando?

MIGUEL GUIMARÃES
PRES. S. R. NORTE O. MÉDICOS



A denúncia pública de um médico exausto, a passar pelas brasas, sentado em frente ao computador onde atendia doentes, pelas 4 horas da manhã, leva-me a questionar os princípios e valores que atualmente presidem a uma sociedade onde é cada vez mais difícil de viver.

Seria fácil com uma palavra ou um pequeno abanão trazer de novo o médico à realidade.

Mas, não foi o que aconteceu. Pelo contrário, foi filmado de forma abusiva e ignóbil, e as imagens divulgadas publicamente. Sem qualquer respeito pela sua reserva de intimidade e dignidade. Uma vergonha e uma ilegalidade.

Até quando vão os médicos continuar a ser perseguidos de forma impune ou

ATÉ QUANDO VÃO OS MÉDICOS AGUENTAR UM SNS QUE DÁ SINAIS DE FRAGILIDADE?

responsabilizados pelas políticas erradas? Até quando vão continuar a ser negados os descansos compensatórios obrigatórios por lei?

Até quando vão os médicos conseguir aguentar um SNS que já está a dar sinais inequívocos de fragilidade?

Os médicos constituem um pilar essencial do nosso SNS. Só temos um bom serviço público de saúde porque temos bons profissionais. Que, no entanto, cometem erros como todos os seres humanos. E têm um nível de responsabilidade dificilmente igualável.

Os médicos não merecem ser tratados desta forma inclassificável.

Que miséria de política é esta que empurra as pessoas para o precipício ou para fora do país?

Será que estamos perante uma prova de desleixo e incompetência do poder político com reflexos marcados na sociedade civil? Até quando? •



Osvaldo Francês

A responsabilidade dos médicos em clínicas privadas

Título de um artigo da autoria do advogado Francisco Teixeira da Mota (FTM), publicado no jornal Público no dia 13-11-2015 que me chamou a atenção.

FTM começa por chamar a atenção para a figura de responsabilidade civil em geral e, em particular, em relação às instituições de saúde – *responsabilidade contratual*–; em relação aos médicos – *responsabilidade extracontratual*.

Relata depois um caso que se passou com uma paciente que se dirigiu a uma clínica dentária para tratamento de uma dor de dentes, tendo sido encaminhada para o dr. R.

Após observação combinou com o médico o dia em que deveria voltar para completar o tratamento iniciado, e que não podia ser completado naquela altura.

Voltou no dia aprazado mas durante o tratamento ocorreu um acidente cirúrgico, muito mal explicado, foco de complicações de difícil e complexa resolução, e que se arrastaram durante vários anos. A paciente só veio pedir uma indemnização em tribunal à clínica e ao médico cinco anos passados sobre esta complicação.

Para estes casos a lei estabelece que, no caso de responsabilidade extracontratual do médico, o

prazo para reclamar uma indemnização é de três anos, no caso de responsabilidade contratual da clínica é de vinte (!) anos.

O médico defendeu-se argumentando que, para além de ter ultrapassado o prazo de três anos para reclamar, o contrato foi celebrado com a clínica, a quem a paciente pagou, e não directamente a ele.

O tribunal de primeira instância absolveu o médico, ficando o processo a correr só contra a clínica tal como decisões judiciais anteriores.

A doente recorreu desta decisão para o tribunal da Relação de Lisboa, cujo entendimento foi o oposto da primeira instância, decidindo pela continuação do processo contra o médico, apesar de ultrapassado o prazo.

Os desembargadores terão decidido neste sentido, diverso do que era habitual, com a seguinte fundamentação:

Ao combinar deslocar-se à clínica para completar o tratamento teria estabelecido uma relação de responsabilidade contratual, desta vez com o médico, apesar

de não lhe ter pago directamente, mas sim à clínica; esse contrato não foi cumprido por ter surgido uma complicação por uma suposta actuação menos diligente deste médico.

Refere FTM que se trata de «*um entendimento que não é uniforme nos tribunais portugueses, mas que certamente irá prevalecer, embora “prejudique” a posição dos médicos que trabalham em instituições privadas de saúde*».

Estes são em resumo os factos relatados no artigo mencionado.

Resolvi dar a conhecer minha opinião ao advogado FTM:

Começo por concordar com a decisão do tribunal de primeira instância porque:

1. *A doente quando se deslocou à Clínica não escolheu um determinado médico para resolver o seu problema. Escolheu uma instituição prestadora de cuidados médicos que designou um dos seus colaboradores para tratá-la. Logo, aqui passa a existir uma relação de responsabilidade contratual com a Clínica e uma relação extracontratual com o médico.*

Pondo a questão me outros termos, a Clínica responde perante a doente, o médico responde perante a Clínica que é a entidade patronal, responsável pelas pessoas que lá tem a trabalhar.

2. O facto de o médico ter combinado com a doente voltar lá outra vez para completar o tratamento é habitualmente considerado como parte da primeira consulta e não uma nova consulta. Muitas vezes é necessário adiar/programar tratamentos que não podem ser efectuados no dia em que o doente é observado. Nos hospitais públicos em que trabalhei trinta e quatro anos era assim que se fazia.

3. Não sendo uma nova consulta mantem-se a responsabilidade contactual da Clínica, e a responsabilidade extracontratual do médico.

É o entendimento que tradicionalmente os tribunais têm aceite.

4. Também convém saber por que razão a doente não recorreu aos tribunais dentro do prazo previsto uma vez que tinha três anos para o fazer em relação à responsabilidade extracontratual do médico.

5. Parece-me que os desembargadores se preocuparam mais em penalizar o médico por este supostamente não ter «respeitado as regras da profissão com um especial dever de cuidado...».

6. Será então pertinente perguntar se houve algum inquérito de autoridades da saúde que concluisse por má prática não conforme o “estado da arte”?

... «minorar-lhe a dor, proporcionar-lhe bem-estar, saúde, aliviá-la do padecimento...» é o que qualquer pessoa doente procura quando vai a qualquer unidade de cuidados de saúde.

O problema é que houve uma complicação anestésica que não descortino.

7. A posição dos médicos só é “prejudicada” quando casos como este não são esclarecidos devidamente e este não o foi seguramente. Qualquer cirurgia, grande, média ou pequena não é inócua, nem isenta de complicações mesmo cumprindo todas as regras e preceitos segundo o estado da arte.

Questões para reflexão a propósito deste caso clínico/jurídico:

8. É mandatário haver um esclarecimento completo da complicação que ocorreu na sequência do tratamento administrado.

9. Além da responsabilidade extracontratual do médico há a *obrigação médica*.

Natureza da obrigação médica cf. J.A. Esperança Pina in “A Responsabilidade dos Médicos”:

«A maioria dos autores distingue a **obrigação de meios e a obrigação de resultados...e não estende esta classificação ao domínio extracontratual, não existindo neste caso uma obrigação, mas um dever.**

A prática da medicina é muito complexa. O diagnóstico é o resultado de uma diligência lógica, certa por vezes, mas muitas vezes incerta, que pode chegar a situações de impasse. A terapêutica é constituída muitas vezes por efeitos secundários dos medicamentos ou por técnicas que produzem complicações inexplicáveis e que são tantas vezes ineficazes.

Por tudo isso a obrigação médica é regra geral uma obrigação

de meios e não uma obrigação de resultados».

10. De onde se conclui que “O hospital não tem a obrigação de curar o doente” - título de uma muito interessante entrevista dada ao “Observador” em 2/2/2015 pelo Dr. Teixeira da Mota. O hospital terá que providenciar os melhores meios possíveis ao dispor do tratamento do doente.

11. Saber a fundamentação da decisão dos desembargadores da Relação de Lisboa no sentido de prosseguir o processo contra o médico apesar de estar ultrapassado em muito o prazo para apresentar a reclamação.

Se os prazos estabelecidos na lei forem alterados com uma simples decisão judicial, o melhor será deixarem de existir.

12. Com esta decisão abriu-se um precedente que, se passar de exceção a regra, poderá ter consequências indesejáveis como por exemplo aumentar a prática da chamada “medicina defensiva” com pedidos de exames complementares de diagnósticos desnecessários com a respectiva sobrecarga inútil dos orçamentos da saúde.



Tiago Sousa Veloso

Médico Interno de Formação Específica
em Medicina Geral e Familiar

Recertificação - A premência do contraditório II

Argumentos a favor da obrigatoriedade de formação contínua

A qualidade em saúde é difícil de avaliar

A medicina clínica, segundo alguns autores⁵, é um corpo de conhecimentos pré-científico, mas tem percorrido diversas etapas para complexificar a sua afirmação enquanto tal.¹ Enquanto área de conhecimento usa e respeita o método científico, mas na sua abordagem do objecto de estudo está ainda longe de conseguir um conhecimento objectivo e imparcial, quanto mais produzir verdades universais.⁶ Impõe-se um salutar convívio entre o modelo epistemológico positivista (modelo biomédico) e o modelo epistemológico subjectivista, ou até uma eventual conciliação num paradigma novo, mais abrangente, para uma eficaz adaptação às exigências clínicas e um melhor serviço prestado a quem a nós recorre.⁶

Os resultados da intervenção médica ("end outcomes") são, por vezes, difíceis de medir,

quer porque se situam longínquos no futuro, quer porque envolvem variáveis subjectivas, ou porque são influenciados por inúmeros determinantes, muitos deles incontrolláveis. Além disso, os determinantes são frequentemente desconhecidos (por exemplo, o património genético, os polimorfismos enzimáticos, as variações da farmacocinética, etc).

Assim, e ao contrário de outros sectores de actividade onde é gerado um produto cuja qualidade pode ser monitorizada, ou até um serviço em que a satisfação do cliente é um cabal reflexo da qualidade do serviço prestado, na saúde a qualidade do acto médico raramente pode ser aferida directamente. Por este motivo, impõe-se uma avaliação de modo indirecto.

Alternativamente à avaliação do serviço prestado pode fazer-se incidir a atenção na qualidade do prestador médico. Este é o princípio subjacente à avaliação das carreiras médicas - uma

avaliação de médicos feita por outros médicos, com o atractivo da progressão salarial. Se é certo que a avaliação para progressão na carreira é muito positiva e o modelo até recentemente vigente nos pareça adequado, também nos parece muito ajuizado considerar que a promoção da qualidade em saúde e da segurança clínica não podem ficar reféns das condições sócio-económicas ou de opções políticas subjacentes ao congelamento (ou reinstauração) da progressão na carreira. Uma das formas alternativas de fazer essa avaliação do prestador de cuidados é garantindo que ele tem acesso a actividades de desenvolvimento profissional contínuo, que sempre foram e continuarão a ser motores da assimilação de novos conhecimentos e técnicas médicas. O conhecimento, enquanto princípio ético fundacional que é da arte médica, é hoje vigiado de forma atenta e tenderá a ser alvo de vigilância periódica.¹ A nossa confiabilidade enquanto

médicos não é mais um dado adquirido e precisa de ser demonstrada,⁷ para o bem da classe e de cada um dos seus membros. Este mesmo princípio está subjacente à obrigatoriedade de certificação para o exercício da medicina nos Estados Unidos da América onde, apesar de todas as exigências do percurso pré-graduado este não é reconhecido como garante da qualidade assistencial desejada ("Maintenance of Certification responds to the needs of patients and payers for data about physician quality").⁸ Esta pressão verificou-se nos EUA, em grande medida devido às forças de mercado que geram uma intensa competição entre instituições prestadoras de cuidados de saúde em busca do reconhecimento do seu mérito por todos os interessados (stakeholders): público-alvo, financiadores (seguradoras e Estado) e, inclusivamente, outros prestadores de cuidados.⁸

O impacto do tempo de prática profissional nas competências profissionais

Dividiremos a análise do impacto da idade e/ou do tempo de actividade clínica em três componentes: o conhecimento teórico, o desempenho clínico (actividades desempenhadas) e os resultados em saúde.

Conhecimentos teóricos

Em diversos estudos metodologicamente rigorosos, incluindo amostras de tamanho consideráveis, dirigidos a diferentes áreas clínicas, foi constantemente observada uma associação negativa entre a experiência clínica e os níveis de conhecimento.⁹⁻²⁰

Desempenho clínico

Na perspectiva da adesão às recomendações nacionais e internacionais, diversos estudos observaram um menor cumprimento das orientações e uma menor adesão aos padrões considerados como boa prática médica pelos clínicos com mais anos de exercício clínico.^{15, 16, 21-46} Esta associação negativa não foi constatada em todos os estudos, sendo que nalguns se observa uma associação positiva^{47, 48} ou mesmo um fenómeno de curva em J (os casos nos extremos das idades associam-se a um menor cumprimento das recomendações internacionais, havendo uma idade intermédia óptima, que parece situar-se entre os 6 e os 15 anos de actividade profissional).^{49, 50}

Resultados em saúde

Em vários estudos observacionais, os médicos cuja formação graduada estava mais distante no tempo apresentaram piores resultados em saúde quer em termos de duração de internamento⁵¹, quer em termos de mortalidade por enfarte agudo do miocárdio⁵², pós-endarterectomia⁵³ ou pós-cirurgia de revascularização coronária⁵⁴).

Por outro lado, há estudos que não evidenciaram associação entre o tempo de actividade clínica e os resultados em saúde analisados.⁵⁵⁻⁵⁷

A formação médica contínua é um aspecto indispensável da formação pós-graduada

A formação de um médico é um processo longo e complexo, multifacetado, sujeito a diversos níveis de avaliação. Não garante a máxima qualidade

para todos os seus candidatos, mas é razoavelmente eficaz a moldar atitudes, a otimizar procedimentos e a aprimorar competências. É nele que assenta uma longa história de cuidados médicos nacional e internacionalmente reconhecidos, com múltiplas provas dadas de efectividade.

Um dos momentos mais marcantes neste processo foi a implementação da obrigatoriedade de formação pós-graduada para se exercer medicina. Até 1981, um licenciado poderia exercer Medicina autonomamente sem ser sujeito a qualquer outra etapa de avaliação obrigatória, se assim o entendesse. Era o clínico geral - o médico que exercia clínica sem especialidade. Muitos, célebres e bem-intencionados, há óptimos exemplos de clínicos gerais que se dedicavam de alma e coração à sua profissão, com verdadeiro espírito de entrega, altruísmo e humanidade, com espírito crítico e sedentos de saber que iam adquirindo da experiência clínica e da formação continuada a que acediam. Aos médicos que têm esta atitude perante a prática clínica, oficial ou oficiosamente tidos como médicos cientistas^{2, 58}, são clínicos que aproveitam a sua prática para fazer observações que agregam em experiência clínica e que submetem aos princípios do verificacionismo e refutacionismo do método científico. Este olhar analítico e crítico é o que lhes dá uma crescente bagagem de competência e sabedoria.

Outros, porém, estagnaram por este ou aquele motivo e não mantiveram o esforço de actualização científica ou técnica. Sem o desafio da progressão na carreira médica ou sem qualquer

outro tipo de mecanismo de verificação de competências, ficarão presos num tempo e num saber circunstanciado que corre o risco de se tornar obsoleto sem aviso prévio. Os mecanismos de desenvolvimento profissional contínuo pretendem auxiliar estes profissionais a ultrapassar os obstáculos que se lhes impõem. O seu eventual carácter obrigatório é uma forma de protecção da sociedade e da classe profissional. Negá-lo é negar a diversidade humana e o esforço pela promoção da qualidade.

Uniformidade de práticas num mundo heterogéneo e globalizado

Atendendo à disparidade de percursos formativos num contexto internacional, bem como à livre circulação de médicos no espaço europeu, torna-se exigível¹, senão mesmo imperioso, a protecção do profissionalismo médico com uma verificação iterativa das competências.

Críticas à obrigatoriedade da formação contínua

As principais críticas à formação contínua obrigatória são críticas dirigidas aos modelos propostos. Assim sendo, e dado haver muitas alternativas para a recertificação obrigatória, adiaremos esta discussão para um momento posterior, simultâneo à análise dos modelos possíveis.

Modelos de recertificação

São inúmeras as variações possíveis dos modelos de avaliação e formação contínua. Para já, e dada a ausência de debate desta temática dentro da classe médica, parece-nos relevante avançar apenas com algumas características essenciais: deve

ser um modelo concebido por médicos (idealmente sob a égide dos colégios de especialidade), deve ter em atenção a evolução da ciência médica (dar relevância aos conhecimentos mais recentemente actualizados), deve ser flexível em termos de prazos, e não deve colocar em risco o exercício da profissão (não deve ter a ameaça da reprovação). Como qualquer outro sistema controverso e pioneiro, também o sistema de recertificação deve ser dinâmico e adaptável às apreciações que lhe forem sendo dirigidas, de uma forma exigente e construtiva.

Periodicidade

A regularidade para um programa de recertificação pode variar consoante as especialidades e a evolução na carreira (tal como a regularidade com que é necessário revalidar a carta de condução). Um intervalo incentivador à participação espontânea dos médicos parece-nos situar-se entre os 5 e 10 anos.⁵⁹

Instrumentos de formação contínua

A frequência de cursos, seminários, encontros, congressos ou jornadas, desde que organizados ou apoiados por entidades reconhecidas pelos colégios das diferentes especialidades poderão ser alvo de algum valor no sistema de formação contínua. As actividades de formação médica contínua (continuous medical education, CME) de revistas médicas subscritas (por exemplo, Uptodate®, Medical Letter®, Dynamed®, New England Journal of Medicine®, Lancet®, British Medical Jour-

nal®, entre inúmeras outras) deverão também ser alvo de valorização na formação contínua. Actividades sujeitas a revisão por pares como a publicação de artigos em revistas (com revisão por pares - *peer-reviewed*) devem também ser valorizadas.

Consequências do incumprimento

A liberdade para o exercício autónomo da Medicina não deve ser retirada liminarmente pelo incumprimento da recertificação. Contudo, este estado de incumprimento deve conduzir a uma apreciação individual da Ordem dos Médicos de modo a esclarecer os motivos para tal situação de não-conformidade.

Apreciação subjectiva

Além do compromisso ético com o conhecimento, o médico tem também diferentes compromissos profissionais consoante a especialidade e o contexto em que a exerce. Deste modo, pelo menos ao nível do sector público, poderá ser contemplada a hipótese de uma avaliação inter-pessoal mais abrangente do que a proposta pelo modelo recente do sistema integrado de avaliação de desempenho na administração pública. Esta avaliação pode ser feita por qualquer outra categoria profissional (desde o corpo de enfermagem aos assistentes operacionais, passando pelos secretários clínicos ou administrativos), segundo uma metodologia aleatória e anónima, num carácter de "avaliação em 360º". Nesta apreciação poderia ser incluída uma classificação (aleatória e anónima) de um pequeno grupo de doentes/utentes.

Conclusão

Inseridos numa sociedade progressivamente mais atenta às questões de saúde, preocupada com as opções possíveis e exigente face às responsabilidades de cada agente, as instituições de saúde têm-se transformado para divulgar para o público em geral alguns dos seus resultados assistenciais. A escassa evidência existente aponta para benefícios directos na qualidade dos cuidados prestados por essas mesmas instituições.⁶⁰ Do mesmo modo, com o objectivo de cultivar a qualidade do exercício da Medicina e o compromisso ético de todos os médicos com o conhecimento e com a boa-prática médica, e reconhecendo a enorme velocidade de actualização dos conceitos e do estado da arte, quer ao nível técnico, quer científico, parece-nos imperioso discutir de modo proveitoso o tema da recertificação ao longo da vida profissional, com especial enfoque num eventual carácter obrigatório.

PS - a referência feita, na parte I deste artigo, a algumas especialidades, nomeadamente ortopedia, cardiologia, cirurgia vascular e oftalmologia tem um carácter meramente ilustrativo, sem qualquer segunda intenção subjacente.

Fazemos também referência na parte I a Hiperespecialistas (ou spécialiste spécialement spécialisé na óptica de Michel Serres) tal como nos foi apresentado por Sampaio da Nóvoa, na sua alocação durante o mesmo Congresso Nacional de Medicina.

Referências bibliográficas

1. Antunes JL. A profissão de médico. *Análise Social*. 2003;XXXVIII(166):77-99.
2. Antunes JL. O relatório sobre as carreiras médicas. In: Valente G, editor. *Ouvir com outros olhos*. Lisboa: Gradiva; 2015. p. 92.
3. Luís MLS, Pinto F. Miller Guerra: O Médico, O Professor, O Mestre. *Acta Médica Portuguesa*. 1993;6(263-266).
4. Antunes JL. *Um Modo de Ser*: Gradiva; 1999.
5. Miettinen OS. *Toward Scientific Medicine*.: Springer; 2013.
6. Wilson HJ. The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm? *Family Practice*. 2000;17:203-9.
7. Lawrie I. Rebuilding Trust in Healthcare. *Quality in Primary Care*. 2004;12:173.
8. American Board of Internal Medicine. Maintenance of Certification. 2007 [cited 2015]; Available from: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/E20-07-2007.pdf.
9. Salem-Schatz SR, Avorn J, Soumerai SB. Influence of clinical knowledge, organizational context, and practice style on transfusion decision making. Implications for practice change strategies. *JAMA*. 1990;264:476-83.
10. Golden NH, Seigel WM, Fisher M, Schneider M, Quijano E, Suss A, et al. Emergency contraception: pediatricians' knowledge, attitudes, and opinions. *Pediatrics*. 2001;107:287-92.
11. Meskauskas JA, Webster GD. The American Board of Internal Medicine recertification examination: process and results. *Ann Intern Med*. 1975;82:577-81.
12. Norcini JJ, Lipner RS, Benson JA Jr, Webster GD. An analysis of the knowledge base of practicing internists as measured by the 1980 recertification examination. *Ann Intern Med*. 1985;102:385-9.
13. Ramsey PG, Carline JD, Inui TS, Larson EB, LoGerfo JP, Norcini JJ, et al. Changes over time in the knowledge base of practicing internists. *JAMA*. 1991;266:1103-7.
14. Cruft GE, Humphreys JW Jr, Hermann RE, Meskauskas JA. Recertification in surgery, 1980. *Arch Surg*. 1981;116:1093-6.
15. Gemson DH, Colombotos J, Elinson J, Fordyce EJ, Hynes M, Stoneburner R. Acquired immunodeficiency syndrome prevention. Knowledge, attitudes, and practices of primary care physicians. *Arch Intern Med*. 1991;151:1102-8.
16. Lewis CE, Freeman HE, Corey CR. AIDS-related competence of California's primary care physicians. *Am J Public Health*. 1987;77:795-9.
17. Shapiro JA. General practitioners' attitudes towards AIDS and their perceived information needs. *BMJ*. 1989;298:1563-6.
18. Evans CE, Haynes RB, Gilbert JR, Taylor DW, Sackett DL, Johnston M. Educational package on hypertension for primary care physicians. *Can Med Assoc J*. 1984;130:719-22.
19. Schroen AT, Dettberbeck FC, Crawford R, Rivera MP, Socinski MA. Beliefs among pulmonologists and thoracic surgeons in the therapeutic approach to non-small cell lung cancer. *Chest*. 2000;118:129-37.
20. Ayanian JZ, Hauptman PJ, Guadagnoli E, Antman EM, Pashos CL, McNeil BJ. Knowledge and practices of generalist and specialist physicians regarding drug therapy for acute myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1994;331:1136-42.
21. Becker MH, Stolley PD, Lasagna L, McEvilla JD, Sloane LM. Characteristics and attitudes of physicians associated with the prescribing of chloramphenicol. *HSMHA Health Rep*. 1971;86:993-1003.
22. Stolley PD, Becker MH, Lasagna L, McEvilla JD, Sloane LM. The relationship between physician characteristics and prescribing appropriateness. *Med Care*. 1972;10:17-28.
23. Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC. Physician management in primary care. *Am J Public Health*. 1976;66:1173-9.
24. Payne BC, Lyons TF, Neuhaus E. Relationships of physician characteristics to performance quality and improvement. *Health Serv Res*. 1984;19:307-32.
25. Sanazaro PJ, Worth RM. Measuring clinical performance of individual internists in office and hospital practice. *Med Care*. 1985;23:1097-114.
26. Ford LG, Hunter CP, Diehr P, Frelick RW, Yates J. Effects of patient management guidelines on physician practice patterns: the Community Hospital Oncology Program experience. *J Clin Oncol*. 1987;5:504-11.
27. Jacques CH, Jones RL, Houts P, Bauer LC, Dwyer KM, Lynch JC, et al. Reported practice behaviors for medical care of patients with diabetes mellitus by primary-care physicians in Pennsylvania. *Diabetes Care*. 1991;14:712-7.
28. Marrero DG, Moore PS, Fineberg NS, Langefeld CD, Clark CM Jr. The treatment of patients with insulin-requiring diabetes mellitus by primary care physicians. *J Community Health*. 1991;16:259-67.
29. Roetzheim RG, Durme DJV, Brownlee HJ Jr, Herold AH, Pamies RJ, Woodard L. Compliance with screening mammography. Survey of primary care physicians. *J Fla Med Assoc*. 1991;78:426-9.
30. Schwartz JS, Lewis CE, Clancy C, Kinosian MS, Radany MH, Koplan JP. Internists' practices in health promotion and disease prevention. A survey. *Ann Intern Med*. 1991;114:46-53.
31. Kenny SJ, Smith PJ, Goldschmid MG, Newman JM, Herman WH. Survey of physician practice behaviors related to diabetes mellitus in the U.S. Physician adherence to consensus recommendations. *Diabetes Care*. 1993;16:1507-10.

As referências bibliográficas subsequentes poderão ser disponibilizadas a pedido (tv@med.up.pt)



António Gentil Martins

Direito a morrer com dignidade...

112 cidadãos publicaram no jornal "O Expresso" um manifesto em defesa da despenalização da morte assistida. Uma coisa é certa: o documento está inteligentemente elaborado no sentido de obter a resposta desejada, já que todos defendem a liberdade e ninguém gosta do sofrimento, seja ele físico, ou moral e espiritual. Mas o documento é claramente vago, não propondo fronteiras definidas, qual o verdadeiro significado que se pretende atribuir-lhe?

A morte é um acto irreversível e a dignidade é intrínseca: ninguém a perde por estar limitado ou ser deficiente. Procurar camuflar, ou simplesmente disfarçar, o suicídio, usando a palavra dignidade, é sofisticar a realidade e procurar dar-lhe um tom simpático e apelativo. A morte clinicamente assistida não é mais do que verdadeira eutanásia. O direito inalienável à liberdade não se aplica em matérias de proteção da vida humana.

Começam a sua proposta referindo o respeito pela Constituição ao definir os direitos individuais, mas omitindo o artigo 24º, que textualmente afirma, no seu ponto 2, que "a vida humana é inviolável" e o artigo 25º que reafirma que "a integridade moral e física é inviolável". Aliás referem surpreendentemente bem, que "o direito à vida faz parte do património ético da humanidade"...

É evidente que ninguém defende a obstinação terapêutica e não se pode esquecer que o dever do médico é lutar pelos interesses do doente, e pela sua saúde física e mental, do início da vida até ao seu

fim natural, que todos sabem ser inelutável.

Há um direito que sobreleva todos, independentemente de conceitos políticos, religiosos ou quaisquer outros, e esse é o direito à vida, pois sem ela nenhum direito existe, nem mesmo a liberdade. Só ele é um direito absoluto e por isso mesmo inviolável, seja qual seja a roupagem com que o cubram. Não há vidas descartáveis.

A liberdade, nomeadamente a individual, de enorme e de indiscutível valor, não é absoluta, como todos bem sabem, até porque termina se interferir com a liberdade dos outros e até permite a existência de leis que procuram proteger as pessoas de si próprias (como é, por exemplo, o caso dos "cintos de segurança" nos automóveis ou dos "capacetes" nos ciclistas.).

É um facto que os cuidados paliativos, sendo uma obrigação, procurando aliviar o sofrimento, não estão apenas indicados na fase terminal da vida e não são solução para todos os casos, embora indispensáveis. Há sempre qualquer coisa a fazer com acompa-

nhamento e compaixão. Muitas pessoas que numa fase depressiva desejam a morte frequentemente se arrependem, sobretudo se bem acompanhadas. O Testamento Vital veio definir a vontade do doente e que deve ser respeitada, embora não como valor absoluto e ao ponto do médico lhe tirar vida. Isso, um verdadeiro médico nunca aceitará. E, se a sociedade assim o decidir, o que sinceramente, esperamos não aconteça, terá de procurar um carasco que ajude ao suicídio.

Suicídios sempre houve e haverá... Mas perante quem se quer atirar da ponte abaixo, não se empurra, antes procura segurar-se. A palavra eutanásia significa boa morte, mas a palavra dignidade significa honra e aqui será erradamente utilizada, embora apelativa para o fim em vista: obter o "sim" à proposta. Mas é difícil entender o que é para alguns o significado da palavra honra, sobretudo se fizeram um Juramento que, no caso dos médicos, é o Juramento de Hipócrates.

Os médicos estão vinculados a dar testemunho de princípios éticos universais que estruturam e tor-

nam dignificante a sua conduta, a sua cultura e a sua própria existência como profissão. O direito à objeção de consciência não invalida a justiça e o valor da ética médica. Na Holanda, onde o suicídio-assistido primeiro se legalizou (inicialmente com grandes reservas...), já se atingem mais de 5.000 casos por ano, muitas vezes bem fora das regras da lei, com preocupantes e inevitáveis abusos. Aberta apenas um pouco, uma porta anteriormente fechada, em breve ela estará aberta de par em par. Do “direito a morrer”, facilmente se passa para o “dever de morrer”, pois pode já

não se ser produtivo numa sociedade de consumo, ou até porque pode existir uma desejável e apetecida herança...


As questões da vida e da morte ultrapassam o leque partidário, e não dependem de conceitos religiosos ou políticos, mas ajudam a definir que tipo de sociedade desejamos.

O que está verdadeiramente em causa, é procurar levar legalmente o médico a violar o seu código de ética, matando um doente a seu pedido ou ajudando-o a suicidar-se.

Desde Hipócrates (há mais de 2.500 anos), se considera a vida humana inviolável e o mesmo afirmam o

Código Deontológico dos médicos e as múltiplas declarações da Associação Médica Mundial. Esta faz notar que a defesa da vida não impede o médico de respeitar o processo natural da morte, se for esse o desejo do doente, não deixando no entanto de o apoiar até ao final. E, ainda em 2013, a mesma associação reafirmou, com veemência, que, embora em alguns países o “suicídio-assistido” tenha sido legalizado, os médicos se devem abster de colaborar, por se tratar de manifesta acção anti-ética.

Lisboa, 22 de Fevereiro de 2016

<p>CICLO DE CONFERÊNCIAS: “QUE FUTURO?”</p>		
	<p>Tema: Património Cultural, Educação, Ciência e Memória – que desafio?</p>	
<p>Conferencista: Guilherme d'Oliveira Martins</p>		
	<p>17 de Março - 21h Auditório da OM Lisboa</p>	<p>NOVA DATA : 5 de maio</p> <p>Marque na sua agenda! Entrada livre</p>



Tiago Manuel Barja Bral

Médico Interno de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar Aquae Flaviae, ACeS Alto Tâmega e Barroso

Gestão da Consulta: a visão de um Médico Interno de MGF

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com início em 2005, visou melhorar o desempenho dos cuidados de saúde em Portugal, com a reconfiguração dos centros de saúde e a implementação das unidades de saúde funcionais.

Este reagrupamento dos centros de saúde veio permitir mudanças e aperfeiçoamentos organizacionais, proporcionando melhorias quer em termos de acessibilidade, quer da qualidade dos processos assistenciais. Outros objetivos consistiram num custo-efetividade mais favorável dos cuidados de saúde, maior satisfação dos utentes e dos profissionais e ganhos de eficiência com redução do desperdício.

Como Interno do 4º ano de Medicina Geral e Familiar, a realizar o internato na região transmontana, fui-me apercebendo da importância desta reforma e de como na prática, o acesso da população a cuidados de saúde de qualidade foi conseguido através de uma adequação dos recursos existentes às necessidades sentidas.

No entanto, com esta reforma e no âmbito de melhoria assistencial e de acessibilidade, desde o início do Internato fui-me deparando com alguns problemas de gestão do tempo, recursos e horários.

Fui notando que uma deficiente resposta aos problemas de saúde na consulta, leva ao aumento do consumo de consultas não programadas, o que degrada a qualidade do ato médico, sendo muito fácil entrar num círculo vicioso de afogamento em consultas.

Deste modo, é fundamental que haja uma boa gestão da prática clínica e uma formação médica constante para aumentar a eficácia e eficiência na abordagem e resolução dos problemas manifestados na consulta.

Ao realizar um breve estudo da lista da minha Orientadora de Formação, constatei a utilidade do mesmo na elaboração de um horário capaz de adequar a oferta às necessidades da lista de utentes em questão, possibilitando assim uma boa acessibilidade e melhor gestão das consultas.

Na elaboração do horário, a colocação de certos espaços sem consulta para tratar de questões burocráticas, podem funcionar como “almofadas de tempo” estratégicas, por exemplo, para que num dia com mais horas de consulta, permita ao médico compensar algum atraso que ocorra na realização das mesmas bem como a satisfação de necessidades fisiológicas sentidas ao longo do dia.

A otimização da gestão da consulta pode ser realizada mais facilmente se tivermos em conta que o desenvolvimento do trabalho em equipa é fundamental, servindo não só como apoio em situações de atraso, doença, férias, mas também na implementação de estratégias para que as consultas não sejam interrompidas. Fazem parte destas estratégias a utilização de um sistema de mensagens instantâneas com vista a não interromper o ato médico bem como a definição de um horário exclusivo para o atendimento telefónico. A gestão das férias e ausências programadas também deverão ser realizadas em equipa.

Ser pontual é fundamental por forma a começar o dia sem atrasos, sendo que tal deve ser respeitado não só pelos profissionais, mas também pelos utentes.

No final do dia de trabalho, sempre que possível, é pertinente “preparar” as consultas programadas do dia seguinte, o que permitirá rentabilizar o

tempo e geri-las melhor.

Deixar sempre o consultório arrumado, com todo o material necessário, irá proporcionar uma maior disponibilidade mental e, por conseguinte, levar a uma rentabilização do tempo de consulta.

Para finalizar e não menos importante, apercebi-me que proteger a minha saúde e o meu

equilíbrio emocional, bem como da minha família, são fundamentais para potenciar as minhas capacidades como médico e gerir mais facilmente o meu desempenho, levando a uma maior satisfação dos utentes bem como de toda a equipa de trabalho.

notícia

Esclarecimento Cátedra em Bioética da Unesco

Na sequência da notícia que publicámos na edição nº 166 da ROM, página 53, sobre a criação da nova unidade portuguesa de uma Cátedra de Bioética da UNESCO, a revista foi questionada sobre o respetivo conteúdo por não termos referido a existência prévia de uma Cátedra em Bioética da Unesco integrada na Universidade Católica Portuguesa.

Efetivamente, não referimos, e aqui fica a correcção, que a recente prestigante nomeação do médico Rui Nunes foi para uma unidade integrada da Cátedra de Bioética da UNESCO de Haifa, que foi criada em 2001 e tem de dezenas de unidades espalhadas pelo mundo, incluindo a que está atribuída ao Karolinska Institut. No âmbito desta unidade, Rui Nunes coordenará as atividades com os países lusófonos.

Para completar a notícia, informa-se ainda a existência de uma Cátedra em Bioética da Unesco detida pela Universidade Católica, a única desta área sediada no país, que começou em 2009, foi renovada pela UNESCO em 2015 e encontra-se ativa e com responsabilidade de coordenação com os países lusófonos, no que a ela respeita. No ano passado, aquando da renovação, a *chairholder* dessa Cátedra passou a ser Ana Sofia Carvalho, diretora do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa.



Filipe Monteiro

Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia; Subespecialista em Medicina Intensiva; Mestre em Bioética

Eutanásia: a propósito do manifesto “Direito a morrer com dignidade”

De entre as várias questões bioéticas contemporâneas, a eutanásia – *quicá* o mais controverso, sensível e fracturante dos dilemas éticos do fim da vida – tem vindo a merecer, muito frequentemente, a atenção de vários sectores da nossa sociedade.

A título individual, diversas personalidades dos mais variados quadrantes – políticos e universitários, entre outros – expressaram recentemente a sua opinião através do manifesto “Direito a morrer com dignidade”.

Uma discussão séria sobre esta temática deve considerar aspectos médicos e éticos, principalmente no que diz respeito ao fim de vida. No intuito de tornar mais compreensível a razão de ser deste dilema, este artigo terá em consideração, de uma forma sequencial, as questões que, em nossa opinião, são fundamentais para a reflexão sobre o mesmo:

- **O fim da vida: o processo de morrer e o momento da morte;**
- **Eutanásia: definição e significado;**
- **Os limites de intervenção terapêutica;**

O fim da vida: o processo de morrer e o momento da morte

Na perspectiva dos cuidados médicos, o fim da vida tem duas componentes – “o **processo de morrer**” e o “**momento da morte**” – e é fundamental destrinchá-los claramente.

Reflectindo sobre estes conceitos, constata-se que o **processo de morrer** ou a caminhada para a morte é um tempo em que a pessoa pertence ao domínio dos vivos e, como tal, na área da saúde, está sujeita à responsabilidade dos seus profissionais. O médico, com os meios tecnológicos ao seu dispor, pode actuar quer no sentido do encurtamento da vida quer no do seu prolongamento. No processo de morte, a pessoa, estando viva, alimenta e vive o

tempo de esperança.

Por seu lado, a morte ou o **momento da morte** pertence ao domínio do desconhecido, sendo impossível a sua descrição. É o momento da irreversibilidade.

As querelas éticas do fim da vida centram-se, pois, no agir do médico no processo de morrer. No seu abreviar (**Eutanásia**) ou prolongar (**Distanásia**), indevido, eticamente inaceitável, reside o cerne da questão.

Eutanásia: definição e significado

Definição: Acto intencional de proporcionar a morte sem sofrimento a um doente atingido por uma *afecção incurável* e que produz *dores intoleráveis*. O acto é praticado por uma pessoa a pedido de outra.

Sinónimos utilizados: *Morte assistida, morte por compaixão.*

Na leitura e interpretação da definição acima apresentada — que é, em nossa opinião, a mais abrangente —, ficam, contudo, por esclarecer algumas premissas que tentaremos dissecar e analisar.

Para um entendimento correcto e sem ambiguidades deste dilema ético, iremos avaliar e comentar os enunciados da definição que estão na origem do debate e da polémica — *dores intoleráveis e afecção incurável.*

Dores intoleráveis

Na farmacopeia moderna a dor pode ser totalmente controlada através da administração de um ou mais fármacos. O problema reside nas consequências da analgesia.

A analgesia e o duplo efeito

É do conhecimento geral que muitas patologias, nomeadamente as do foro oncológico, provocam nos seus estádios mais avançados dores muito fortes, por vezes intoleráveis, e refractárias à analgesia instituída, o que obriga ao escalonamento dos analgésicos; daí podem resultar consequências que, em última instância, podem estar na origem da depressão do centro respiratório e a consequente paragem cardiorrespiratória.

Será então aceitável, numa perspectiva ética, que um acto médico possa ter um duplo efeito, em que um deles pode pôr em risco a própria vida do doente? Não poderá esta postura ser uma forma encapotada de eutanásia?

O duplo efeito dos fármacos é um tema que tem merecido a atenção das mais variadas esferas da sociedade que lidam com as questões de saúde, nomeadamente na área da ética do fim da vida.

À luz de princípios bioéticos, no

caso do duplo efeito de analgesia, parecem estar em conflito dois deveres que devem ser respeitados em todo o acto médico: o dever de não infligir o sofrimento e o dever de suprimir o mal ou o sofrimento.

É evidente que, a coberto do duplo efeito, um fármaco analgésico pode ser utilizado como instrumento de eutanásia. Qual a solução para esta situação?

Em nossa opinião a resposta pode ser encontrada num muito conhecido discurso do papa Pio XII dirigido a um grupo de médicos, no qual fez a diferenciação clara entre a eutanásia e o princípio do duplo efeito. Na sua opinião, “se entre a narcose e o encurtamento da vida não existe nenhum nexo causal directo, posto pela vontade dos interessados ou pela natureza das coisas (e seria o caso se a supressão da dor não pudesse ser obtida senão por meio do encurtamento da vida), e se, pelo contrário, a administração de narcóticos produz por si mesmo dois efeitos distintos, o alívio das dores e o encurtamento da vida, então é lícita”. Este argumento ficou conhecido como o **intuito da prescrição**.

Afecção incurável

Qual o sentido de “doença incurável” no contexto da tecnologia médica contemporânea?

No sentido clássico do termo, a doença incurável implica uma enfermidade sem cura que evolui, num prazo relativamente rápido, para a morte. Contudo, na actualidade, as realizações médicas no domínio de terapêutica mudaram, em inúmeras situações, o conceito tradicional da história natural da doença. Até há umas décadas, a evolução de inúmeras doenças, conduzia inevitavelmente, sem qualquer interferência médica, à falência do órgão

em causa e à consequente morte do doente. Na origem da falência podia (e ainda pode) estar uma situação aguda ou crónica em estado terminal. Hoje, muitos dos órgãos em falência podem ser substituídos temporária ou definitivamente por aparelhos que os substituem — hemodiálise, ventilação mecânica e *pacemakers*, entre outros — ou ainda pelo seu transplante.

A utilização de próteses mecânicas ou fármacos para a manutenção das funções vitais numa situação aguda não suscita, regra geral, qualquer dúvida. É na sua continuação ou suspensão, numa situação de doença crónica, que surgem as angústias, as dúvidas, as indecisões e por vezes o extremar das posições. Daí os dilemas.

Os Limites de intervenção terapêutica

O debate em relação à utilização continuada das próteses mecânicas tem decorrido fundamentalmente em relação aos dois cenários que em seguida se apresentam. A sua análise deve ter em consideração as questões mencionadas.

A avaliação global deste problema deve levar em consideração duas questões fundamentais que se encadeiam; a saber:

1. O prognóstico e a qualidade de vida do doente;

À luz do acto médico, é do mais elementar bom senso que o tratamento seja proporcional ao prognóstico esperado. Assim, numa situação clínica em que todos os indicadores revelam uma prognose muito má, é o próprio Código Deontológico da Ordem dos Médicos, no seu artigo 59, a apontar claramente que “o uso de meios extraordinários de manu-

tenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente”.

A este propósito, também a Igreja Católica, cujo posicionamento nesta matéria tem sido muito discutido, veicula, quer no seu Catecismo quer na encíclica *Evangelium Vitae*, a ideia de que, perante a iminência e inevitabilidade da morte, se pode, em consciência, renunciar a tratamentos que dariam somente “um prolongamento precário e penoso da vida”.

Verifica-se assim que, na situação descrita, isto é, coma profundo ou estado vegetativo persistente, é não só lícita como recomendável a suspensão de determinados tratamentos, casos de ventilação mecânica, hemodiálise ou administração de amins vasoactivas.

Há quem, na defesa da sua tese em favor de continuação de todos os tratamentos possíveis, argumente que a suspensão destes tratamentos implica a prática de eutanásia passiva. A utilização de tal expressão ou demonstra desconhecimento em relação a esta temática ou não passa de uma pura manobra com o intuito de lançar alguma confusão nas mentes menos esclarecidas, aproveitando o repúdio que a simples palavra “eutanásia” evoca em algumas pessoas. Como verificámos na definição mencionada, a eutanásia é um acto deliberado e premeditado, e como tal activo. Assim sendo, não é de todo aceitável, a não ser por má-fé ou ignorância, que se alvitre que a recusa da prática de distanásia, por meio de obstinação terapêutica, seja na realidade equivalente ao exercício de eutanásia.

A cessação ou não iniciação de algumas atitudes terapêuticas não

é, todavia, totalmente consensual, dado que a alimentação, a hidratação ou a oxigenação por meios artificiais, como as sondas, não estão incluídas no grupo de medidas de tratamento consideradas extraordinárias (ventilação mecânica, hemodiálise, pacemaker, amins vasoactivas). Assim o indica o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, no Capítulo III, artigo 59, dedicado à morte.

2. A vontade do doente, manifestada pelo consentimento informado.

Como agir numa situação de doença crónica que evoluiu para a falência do órgão, e esta (função) só poder ser mantida com o recurso a uma prótese ou a um transplante.

Nesta circunstância, se o doente em pleno uso das suas capacidades cognitivas, não estando sujeito a qualquer coacção ou doença psíquica, recusar a manutenção de qualquer função orgânica por meio de dispositivos artificiais, principalmente numa situação de doença crónica em estágio terminal, deve ser respeitada a sua vontade? Ou, pelo contrário, deve prevalecer a decisão do médico ou o arbítrio da sociedade, que considera a remoção da prótese um acto de eutanásia?

Neste conflito de princípios — autonomia versus beneficência — qual o princípio que deve prevalecer?

Se, em vez da prótese, estiver em causa o transplante, pode o doente ser coagido a sujeitar-se ao mesmo? Podem o médico ou a sociedade obrigar o doente a aceitá-lo?

Será que aquilo que é tecnicamente possível tem que ser necessariamente imposto do ponto de vista moral?

A recusa em aceitar a decisão do

doente não faria do consentimento informado uma mera figura de retórica? Ou será que a validade do princípio de autonomia depende, em última instância, de a decisão do doente ir ou não ao encontro da disposição do médico? Nesta conjuntura, com a doença estabilizada, com a dor controlada, não estando o doente em estado depressivo e havendo o suporte afectivo da família, podemos afirmar que a probabilidade de o doente pedir a remoção dos aparelhos substitutivos de função orgânica é mínima.

A situação, felizmente rara, em que o pedido de remoção da prótese pode existir tem na sua origem uma doença crónica rapidamente progressiva, quando os tratamentos farmacológicos não conseguem aliviar o sofrimento quer orgânico quer psíquico.

Nesta situação, quando nem todo o amor e afecto dos familiares e amigos mais chegados são suficientes para no mínimo acalmar o sofrimento, qual deve ser a atitude do médico?

Perante este quadro, esgotados todos os recursos para convencer o doente das consequências do seu pedido, em nossa opinião a sua vontade, deve ser respeitada. Pode nesta circunstância a remoção, a pedido do doente, do aparelho substitutivo da função orgânica ser considerada um acto de eutanásia? Por outras palavras, pode a remoção de um aparelho que não suprime o processo evolutivo da doença nem tão pouco mitiga a dor e o padecimento, que, pelo contrário, prolonga o processo da morte e com ele o sofrimento ser considerado de eutanásia? Pensamos que não pode nem deve ser considerada como tal.

Saber reconhecer os limites da ciência e da sua aplicação pela

tecnologia é um acto de maturidade. Cumprir a vontade do doente, não forçando o prolongamento de vida e de sofrimento por meios tecnológicos, é respeitar o princípio de autonomia — o único princípio da moral, segundo Kant. Obrigar o enfermo, em nome da moral, a prolongar o seu sofrimento contra a sua vontade, só porque a alta tecnologia o permite, não é aceitável. Nas palavras de John Stuart Mill, na sua célebre obra *A Liberdade*, “sobre si mesmo, sobre o seu corpo e a sua mente, o indivíduo é soberano”.

Considerações finais

O debate em relação à eutanásia deve merecer toda a atenção dos vários sectores da sociedade. A seriedade do tema exige um conhecimento aprofundado do acto médico em toda a sua dimensão, dos princípios bioéticos que o devem reger e do Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Impõe ainda que a argumentação na defesa das teses não tenha como sustentáculo frases feitas e lugares comuns que pouco ou nada têm a ver com a realidade dos factos.

Pela exposição e análise que fizemos, um acto de eutanásia, em nosso conceito, implica a administração deliberada, a pedido do doente, com as condicionantes que descrevemos, de um fármaco cujo único intuito seja provocar a sua morte. E esta atitude, rejeitamos liminarmente.

É nossa convicção, que uma parte assaz significativa da controvérsia quanto aos dilemas éticos do fim da vida tem na sua origem a tese de que a recusa da prática da distanásia é um acto de eutanásia passiva. O repúdio da obstinação terapêutica é um acto de boa prática médica e vai ao encontro da

leges artis. Não pode nem deve ser considerado como prática de eutanásia, a não ser por má-fé.

Outra questão fundamental na apreciação desta temática diz respeito ao princípio de autonomia manifestado através do consentimento informado. Há limites para a sua aceitação? Se existem, quais são e quem os define? É o médico (tomando então primazia o princípio de beneficência sobre o princípio de autonomia)? Ou será a sociedade, pelos seus órgãos representativos — e com que direito? — Quem define quais os tratamentos que o doente deve aceitar e quais os que pode rejeitar?

É nosso entendimento, como referimos anteriormente, que numa situação aguda ou de instabilidade emocional o princípio de beneficência deve ter um ascendente em relação ao princípio de autonomia. Noutras situações, estando o doente em pleno uso das suas capacidades cognitivas e psíquicas, a sua vontade em recusar as próteses deve ser respeitada. Podemos afirmar, com algum grau de segurança, que estes pedidos surgem, na sua grande maioria, quando o doente considera que é um fardo para a família ou quando a sua dependência em relação a terceiros é um atentado à sua dignidade.

No universo dos dilemas éticos do fim da vida, um pedido de eutanásia — autêntico — é, felizmente, uma situação rara. A dor e o sofrimento, físico e psíquico, podem ser debelados, senão mitigados, com o vasto armamentário de que a farmacopeia moderna dispõe.

No casos, raros, que persistem, quem e como deve decidir?

Deve ser o indivíduo (médico)? Ou a sociedade, com o parecer dos tribunais?

Deve cada pedido ser analisado individualmente? Ou deve existir uma legislação?

Em nossa opinião, a eutanásia, na sua verdadeira acepção, tal como a definimos, não deve ser legalizada.

Não porque não sejamos capazes de abarcar o sofrimento. Não por falta de compaixão com a dor. Não por não entendermos a ausência do amanhã de esperança de quem faz o pedido. Não por sermos indiferentes ao longo e doloroso processo de morrer.

Somos contra a sua legalização, porque, em termos conceptuais, a solução para suprimir a dor não pode passar por matar quem sofre — quem tem a dor. Seria a antítese do fundamento basilar da Medicina.

Somos contra, porque o pedido para a eutanásia poder decorrer de a pessoa se sentir como um fardo para a família e para a sociedade, e a solicitação ser uma maneira de pôr fim ao incómodo. Somos contra, porque a família e a sociedade podem deliberadamente ou por omissão fazer sentir à pessoa incapacitada, dependente e fragilizada que a sua dependência tem custos muito elevados para o agregado ou para a sociedade.

Em sùmula, somos de opinião que a controvérsia em relação a eutanásia está eivada por muitos equívocos e outros tantas ambiguidades, e que a resposta para esta questão tão angustiante, poderá, pelo menos em parte, ser encontrada quando a mesma for reflectida à luz do outro dilema ético do fim da vida — a distanásia.



Jorge Manuel De Castro

Interno da formação específica de Medicina Interna do Hospital de Cascais

2006-2016

In memoriam da Cagança do Interno

Na passada noite de 3.01.2016 faleceu a cagança do interno. Num hospital. Rodeada de enfermeiros e de toda a paliação. Faleceu um coração de ingenuidade. Na minha ingenuidade pura de médico que vai salvar tudo e todos. Apagou-se o cigarro triste, que fumei com prazer até sentir uma tosse de cancro metastizado da minha cagança.

Chamado por uma simples dispneia, quem se afogou em preparação de colonoscopia fui eu. Retornado de férias e de força de quem acaba de entrar no seu 3º ano de especialidade, acreditei nessa cagança. Já não tomei o propranolol de outros tempos. Pela primeira vez estava confiante e não precisava de 8h de semi-vida de falsa bradicardia. Aquele telefonema foi apenas mais um. Foi “o mais”. Foi o abre olhos da corda bamba de piano que rebentou pela embriaguez da força de querer tocar sempre mais e melhor. Não tremi com o irónico som de toque daquele telemóvel de Urgência



Interna que habitualmente serve para a prescrição do captopril ou do lorazepam em SOS. Era apenas uma senhora que tinha aspirado a preparação de colonoscopia. Enquanto subia ao quarto ia pensando: optimizas a broncodilatação, pedes rx do tórax, mandas aspirar secreções, e na pior das hipóteses pões piperacilina/tazobactam se a aspiração for feiosa. Contudo, a noite seria em branco, e a pegada na minha cagança seria indelével. Confesso que me senti narcísico quando aliás percebi que era o elemento mais velho daquela equipa multidisciplinar. Fiz o protocolado. Fui ousado. Fiz o que sempre aprendi dos melhores. E não chegou.

Com um lactato de 4,5mmol/L na gasometria e uma FC de 186bpm vi logo que havia algo mais do que uma aspiração. E senti cagança por ver além do imediato. Não a guardei para mim e quis dar cartas. Disse aos enfermeiros com aquela cagança de 3º ano que havia ali mais qualquer coisa. Eles

olhavam com misto de respeito e desdém (“este deve achar que é o maior...”). Não vacilei. Era a minha urgência interna e ia triunfar desta vez. Cagança? Cagança. Liguei aos intensivistas e ao cirurgião assistente. Estabiliza e reavalia. Assim fiz. Este nocturno de Chopin prometia insónia.

- Anúria? Algalie-se.

Surpreendido fui então. À algaliação constatei conteúdo castanho fétido. Uma fístula qualquer desafinou-me a cagança. Tinha 87 anos. Mas era autónoma e cuidava do marido, acamado. *Shock* séptico pela certa. Com tudo optimizado e com SpO₂ 80% e FC 186bpm. Critérios de SIRS Jorge, fizeste curso de sepsis! Uma correria para a TAC, confirmado pneumoperitонеu... E agora?

Dei tudo. Toquei piano até me doerem os dedos. Anestesia, Cirurgia, UCI, acordei todos os tutankamons. À entubação saíram no mínimo 500mL de preparação. Eu ia salvá-la. Cagança. Somente cagança. Convenci tudo e todos. Pus a senhora no bloco às 5 da manhã. O cirurgião acabou já o nocturno tinha acabado e o sol nascera. Cólon à pele, ureteres à pele, uma vaga na UCPA, um ventilador, um sucesso da Medicina Interna.

Ao 1º dia de pós-operatório morreu.

Fechei-me no meu castelo narcísico e toquei piano quando soube da baixa. Catarticamente. Não adormeci. Fui correr para o paredão às 22h30. Até me doerem as pernas das cãibras de um tecido que afinal era adiposo, cheio de cagança de quem já ensina a fazer gasometrias a alunos do 6º ano e põe CVCs sem supervisão. Como

se o suor me pudesse libertar dessa cagança. Corri, corri até não poder mais. Bati a 186bpm. Não me libertei. Morri à sede com os pés na água, tal era a sede de sucesso. E engoli todo o sal da noite anterior. A minha *doctor motherboard* não está programada para falhar. Morte com dignidade. Palição. Não, nunca me ensinaram isso na faculdade. Morrer num hospital com um tubo e sem família é que é qualidade. A sociedade cada vez mais vê o hospital como fim de linha e sinónimo de boas práticas. Tanto faz que chegue em *rigor mortis* na ambulância.

Há tempos fiz um curso de Cuidados Paliativos onde, entre outras coisas, nos mostraram um inquérito, onde resumidamente dizia isto: os inquiridos afirmavam que preferiam que os familiares morressem num hospital, rodeados de todo o “conforto” da Medicina do séc. XXI. Mais à frente, quando questionados sobre a própria morte, preferiam morrer em casa, rodeados da família, e sem manobras invasivas. Sem invasão desse momento. Sem esse pianista frio que é o médico e que só vê o piano como instrumento do seu prazer, da sua realização. E que se embrulha em todo o orgulho de som e se esquece que está num concerto. E que toca não para si, mas para um público que o venera e por isso paga um bilhete no CCB. Sabe tão bem o reconhecimento dos pares. A menção honrosa. Mas um pianista a tocar uma “*cagatta*” em *mi* menor é um mero... Sei lá, tetraplégico que acha que sabe tocar?

Os antigos ainda têm essa consciência da morte. E respeitam-na. E sabem-na inadiável e por isso querem um bilhete em primeira fila para o seu próprio *requiem*. Como a minha avó que conta que a mãe dela morreu ao 40 e tal de anemia na cama da família, de

madeira não sei de onde (que várias pessoas já quiseram comprar e tudo porque é de uma madeira com mais de 150 anos e não há igual), rodeada do marido e dos quatro filhos, em Rabo de Peixe, nos Açores. Haverá beleza mais bonita que esta manifestação de respeito e amor? Nas antípodas da senhora que, na minha cagança reiterei que era para operar, e morreu numa UCPA longe daqueles que amava, com carinho de quem cuida é certo, mas com esse misto de frieza e ausência de reflexos do tronco a que a nossa *motherboard* nos formatou. E um marido ficou abandonado, acamado e sem cuidador.

Que Medicina é esta onde há sempre um meropenem para uma velhinha sem vida de relação? Que Medicina é esta onde as neoplasias em estadio terminal morrem não da neoplasia *per se*, mas sim de neutropénia da quimioterapia dita “paliativa”? Há conforto e controlo de sintomas em prolongar um inadiável fim? Há dignidade em prolongar dois, três anos de vida com um colchão anti escaras, uma cama articulada e uma sonda nasogástrica num lar?

Perdão, diz-se casa de repouso (estamos em cascais...).

Recordo também que no dia seguinte a essa urgência interna dei alta a um toxicodependente. Orientado à consulta de VIH, onde aliás já era seguido. Estava em programa de metadona. Cumpria a medicação. Ia ao CAT buscar a sua metadona. Tentei reinseri-lo. Remar, Exército da Salvação. Tudo. Mexi mundos e fundos. Conversas intermináveis com a Assistente Social (à pala disso ainda ganhei umas trufas de chocolate). Ainda recordo o olhar de súplica da mãe a pedir o impossível. No fim, acabámos por lhe dar umas mantas e um casaco, junto com a nota



de alta médica e de enfermagem. Conscientes de que ele ia sair dali e voltar a consumir e a dormir na casa abandonada da Av. Marginal. Era maior e vacinado, não o podia obrigar a nada, recusou tudo. A minha liberdade acaba onde começa a dele. Mais uma vez não fui formatado para esse falhanço. Tratei-lhe a brutal pneumonia, com hepatização pulmonar, PCR de 34mg/dL e acho que com o meu bater de teclas lhe subi um bocadinho os CD4... Dois dias depois, quando ia para casa de uma amiga, para um jantar desses onde bebemos gin com uma raspa de laranja (que agora está na moda) e falamos dos nossos sucessos cada vez mais frequentes (somos todos internos de 3º ano, Oncologia, Medicina Interna, Gastroenterologia, Cirurgia Geral e Ortopedia, uma autêntica equipa multidisciplinar) encontrei o doente à beira de um café de minha casa enquanto eu esperava o verde do sinal, a fumar o seu cigarro. Virei a cara. Não consegui encarar a vergonha da minha cagança.

Sinto-me um Schindler e choro, pensando que o meu relógio ou o pólo da ralph lauren podiam valer um judeu a menos na camara de gás.

Sinto-me a crescer. E comigo crescem as perguntas. Adoro a minha especialidade a que muitos chamam o “caixote do lixo”, o depósito quando as “senhoras especialidades” já não sabem o que fazer, a “Merdecina Interna” que alguns hipócritas apelidam. Como me explicou uma interna mais velha, quando comesas o internato de Medicina Interna sentes-te um ponto, o centro de uma circunferência da qual conheces o limite do teu saber. Com o tempo vais aumentando o teu conhecimento até chegar ao limite dessa circunferência. E chegas a uma altura no internato em que achas que já sabes alguma coisa, e desenrascas a maiorias das patologias. Chegas ao platô desse raio. Explicou-me também que depois há uma viragem no internato. Quando percebemos que essa circunferência é apenas o ponto de uma circunferência maior, não sei se infinita, com tudo aquilo que te apercebes que existe e que ainda não sabes. Começas a ser médico quando te dás conta desse abismo. Das sonatas que faltam aprender. Esqueceu-se apenas de me dizer que esse limite era a cagança. E agora passei para o outro lado. Por isso hoje enterro esse mesquinho eu. Passei a uma

nova fase? Ou sou apenas um holístico, um Chopin que se crê deus vestido de vmer fluorescente?

Concluo por fim que existe um sentimento narcísico de ter uma vida nas mãos, de saber que podemos invadir essa dignidade. Somos ensinados a curar. Morrer num hospital, ou é erro médico, ou de enfermagem... Como é possível morrer num hospital? É possível sim. Enquanto não nos ensinarem que os concertos acabam. Que os pianistas se cansam. Enquanto não houver uma cadeira de “dignidade em fim de vida” nas faculdades. Enquanto não nos ensinarem a sair no fim da linha de metro da assistolia. Na passada noite de 3.01.2016 faleceu a cagança do interno.

Escrito de acordo com a antiga ortografia.



jmcp.work@gmail.com

**Marlene Ferreira**

Médica interna de formação específica em Medicina Geral e Familiar
- USF Vil'Alva, Santo Tirso

Cordialidade também para contigo, que és pequenino

A atitude do médico na consulta de grupos pediátricos

As competências em comunicação são essenciais na construção da relação médico-doente e assumem particular relevância no âmbito da Medicina Geral e Familiar. A cordialidade designa a atitude amigável, o uso de tom de voz e forma de relacionamento social adequados e pode ter significado moral ao reconhecer a dimensão humana da pessoa. As crianças, de um modo geral, têm dificuldade em lidar com o desconhecido e, quando expostas a situações de medo, sentem-se inseguras e ansiosas. Cabe ao médico exercer um papel na modelação do ambiente e sentimentos vivenciados no decorrer da consulta, amenizando o sofrimento. Este artigo pretende constituir uma reflexão acerca da cordialidade na consulta segundo uma perspectiva particular, a dos grupos pediátricos.

1. Introdução

As competências em comunicação são essenciais na construção da relação médico-doente e assumem particular relevância no âmbito da Medicina Geral e Familiar. Reconhecem-se como qualidades de um bom entrevistador a empatia, a cordialidade, a assertividade, a modulação da reatividade, entre outros.¹

Este artigo pretende constituir uma reflexão acerca da cordialidade na consulta segundo uma perspectiva particular, a dos grupos pediátricos.

2. A atitude cordial

A cordialidade designa a atitude amigável, o uso de tom de voz e forma de relacionamento social

adequados e corresponde a uma manifestação de respeito.² Finaliza todo um processo de reflexão e treino de capacidades concretizadas com subtileza e simplicidade. Pode ter significado moral quando o propósito, não é objetivar dados clínicos, mas reconhecer a dimensão humana da pessoa, sempre ameaçada na relação médico-doente.²

3. A consulta

A consulta deve ser centrada na criança e nas suas necessidades. Devemos considerar as especificidades próprias dos grupos pediátricos, da mesma forma que procuramos adaptar-nos aos adultos. As crianças, de um modo geral, têm dificuldade em lidar com o

desconhecido e, quando expostas a situações de medo, sentem-se inseguras e ansiosas.³ Procuram por vezes sentir confiança naqueles que as acompanham mas nem sempre o conseguem dado que também se sentem ameaçados e desprotegidos perante um ambiente que lhes é estranho.³

A consulta constitui um processo complexo. Não está ao alcance do médico controlar os resultados, apenas o ambiente em que decorre e o processo que lhe é subjacente.⁴

3.1 Ambiente “cordial”

O ambiente em que a criança é recebida deverá reunir condições de higiene, temperatura e luminosidade adequadas, privacidade, tranquilidade, minimizar o risco de aciden-

tes e, muito importante, contemplar uma vertente lúdica através do brincar e do brinquedo.⁴

A criança, ao brincar: modifica o ambiente aproximando-o do seu quotidiano; fortalece a relação com o profissional de saúde e inicia um processo de autoconhecimento, interação com o mundo que a rodeia e posteriormente com os outros. A manipulação de objetos, em si mesma, reduz o medo, a ansiedade e a frustração e promove a satisfação, a diversão e a espontaneidade. Ao brincar a criança expressa e trabalha emoções e passa a exercer um papel mais ativo na consulta. Para além do mais pode ser usado como recurso para promover e avaliar o desenvolvimento infantil e para fortalecer o processo de humanização.^{3,4}

Sugestões: Poderá ser útil ter no consultório: um ou mais brinquedos, laváveis; ilustrações nas paredes; lápis de cor e desenhos para pintar.

3.2 A atitude “cordial” do médico – regras básicas

A atitude do médico na consulta – dizem - tem tanta importância quanto a sua ciência e deve, por isso, ser também alvo de reflexão.^{5,6} São listadas, de seguida, algumas “regras de ouro” que todos os prestadores de cuidados de saúde, orgulhosos do seu profissionalismo, devem conhecer:

1. Inspirar confiança através da postura, interesse, cuidado, coerência na conduta do exame, segurança nos gestos e respostas e tom de voz;
2. Evitar tudo o que possa ser interpretado como insegurança, pressa ou irritação - a comunicação não-verbal influencia as reações das crianças e o modo como as mensagens verbais são interpretadas;
3. Falar de forma pausada, audível, com um tom de voz tranquilo,

não hesitante ou imperativo;

4. Evitar usar a expressão “parece-me” dado que não inspira confiança, deixando a exposição das dúvidas para o final da consulta;
5. Evitar ter na mão papéis, telemóvel ou relógio que poderão ser interpretados como sinal de pressa ou pouca consideração;
6. Evitar a formulação de perguntas que possam acentuar a preocupação ou condicionar a resposta;
7. Apostar na simplicidade, rigor e clareza;
8. Expressar ideias pela positiva;
9. Ser empático;
10. Ouvir os acompanhantes mas também envolver a criança no diálogo não-verbal (fitar, sorrir) e verbal, sempre que possível - fará com que se sinta valorizada, para além da doença, evitando-se uma situação de passividade e subseqüente ansiedade;
11. Tentar perceber o motivo subjacente a atitudes de exigência, desconfiança, arrogância e agressividade, respirar fundo e olhar calmamente o interlocutor.^{4,5,6}

3.3 Anamnese “cordial”

A anamnese resulta da interação entre a criança, o acompanhante e o médico.⁴ Tem valor diagnóstico e terapêutico, reduz a ansiedade e permite a tomada de consciência.⁷ A criança deve estar presente durante a anamnese – trata-se de um período em que se familiariza com o ambiente e adquire confiança no profissional de saúde, facilitando também posteriormente a observação. O médico deve ser calmo mas firme dado que a permissividade é prejudicial ao desenvolvimento infantil e não se deve acriançar – há que evitar que a hierarquia se dissolva dado que não traria benefícios para nenhuma das partes.^{4,5,6} Antes de colocar as perguntas há que saber como perguntar:

1. Poderá valer a pena começar por

“O que é que a preocupa?” ou “O que se passa com a sua menina?” e tentar perguntar pela positiva;

2. Tratar a criança pelo nome;
3. Evitar interromper o acompanhante de modo a que possa não só fornecer informação mas também expor preocupações e completar o raciocínio;
4. Não tomar notas durante o diálogo, apenas durante as pausas;
5. Aproveitar os silêncios para observar, escrever ou pensar;
6. Lembrar o poder da palavra – terapêutico ou danoso;
7. Identificar os problemas antes de enumerar diagnósticos;
8. Interpretar o problema segundo uma perspectiva fisiopatológica, depois procurar o diagnóstico e atribuir uma probabilidade a cada hipótese;
9. Selecionar as perguntas que surgem na anamnese de modo a esclarecê-las aquando do exame objetivo;
10. Atender ao facto de que há palavras que têm conotação pejorativa que não desvanece mesmo que o diagnóstico não se confirme pelo que devemos evitar usá-las, não levantar suspeitas infundadas;
11. Não fazer perguntas demasiado vagas que levarão a respostas vagas;
12. Em vez de perguntar “O que fez?”, perguntar antes “E depois, o que aconteceu?”;
13. Resumir a história no final e pedir aos acompanhantes para que a corrijam;
14. Ter bom senso e não só conhecimento;
15. Conhecer a plausibilidade e a probabilidade (epidemiologia);
16. Lembrar que 70-90% dos diagnósticos médicos são baseados exclusivamente na história do doente;
17. Não alijar responsabilidades – faz parte da responsabilidade do médico assumi-las;
18. Informar sem preocupar des-

necessariamente a família;

19. Lembrar que a criança é o centro da atenção - deve sentir que está a ser atendida e não a ser examinada.^{5,6}

3.3 Exame objetivo “cordial”

O exame objetivo começa no início da consulta, com a oportunidade de inspeção, e deve ser oportunita. A inspeção, por sua vez, deve ser realizada como se se pudesse dispensar o exame físico.^{5,6} A extensão do exame objetivo depende da extensão dos problemas, do tipo, do conteúdo e dos objetivos da consulta. Uma anamnese inteligentemente conduzida pode orientar, de forma eficaz, quais os parâmetros a observar. A restrição dos pontos a avaliar é uma decisão frequente, tomada com a consciência deliberada de risco mas que tem por base a competência, experiência e intuição clínicas do médico. Assim, em caso de doença, se se verificar um diagnóstico com alta probabilidade (>90%) não se justifica a realização de exame físico completo exceto que haja uma hipótese alternativa plausível e grave.^{7,5,6}

Não é necessário pedir licença à criança para qualquer exame mas é indispensável que sejam explicados os procedimentos e qual a sua finalidade.^{5,6}

De um ponto de vista mais prático existem ainda algumas atitudes que deverão ser consideradas aquando da realização do exame objetivo:

1. Transmitir tranquilidade e tratar a criança com delicadeza;
2. Começar pelo tele-contacto (voz, olhar, sorriso, piscadela olho) e só depois avançar para o toque (gestos tranquilos e habituais);
3. Manter sempre um diálogo verbal e não-verbal com a criança: dialogar em tom de voz agradável, amigável, tranquilizador e abor-

dar temas do interesse da criança; evitar movimentos bruscos;

4. Transformar os instrumentos de avaliação (ex.: estetoscópio) em brinquedos;
5. Procurar que todas as manipulações sejam realizadas pelo cuidador (vestir, sentar, deitar) sobretudo se a idade se situar entre 1-3 anos;
6. Iniciar a observação na posição em pé, depois sentada e por fim deitada, minimizando sentimentos de vulnerabilidade. Não hesitar em observar a criança ao colo da mãe;
7. Explicar todas as etapas do exame físico e a sua finalidade;
8. Se for necessário despir e observar uma zona de cada vez;
9. Nunca tocar na criança com as mãos frias para evitar prejudicar os passos subsequentes;
10. Deixar as explorações mais agressivas, tais como a observação da orofaringe, para o final e executá-las rapidamente minimizando o desconforto que possam provocar;
11. Elogiar o comportamento;^{5,6}
12. Promover sempre que possível o respeito pela autodeterminação da criança contribuindo para o seu desenvolvimento.⁸

No final da consulta, se o diagnóstico não for óbvio explicar a estratégia programada, informar mas também assumir responsabilidades e pedir a opinião de um colega se entender necessário.^{5,6}

4. Cordialidade para com crianças portadoras de deficiência

Existem alguns aspetos que não devem ser descurados no atendimento de crianças portadoras de deficiência. Podem referir-se, como exemplos, aquando do atendimento de crianças com: a) amaurose - o médico deve apresentar-se e explicar, de forma clara, todos os passos antes da sua execução na consulta; b) limitação física - o mé-

dico deve procurar adaptar o mobiliário do consultório para poder recebê-la.

5. Conclusão

A cordialidade para com as crianças é um aspeto essencial nas consultas e traz vantagens para todos os intervenientes: criança, médico, cuidadores e futuros prestadores de cuidados de saúde. Podem identificar-se como benefícios, a curto prazo, a maior satisfação e colaboração na consulta e a redução da ansiedade e, a longo prazo, a facilitação na prestação futura de cuidados de saúde.

Quando o médico consegue modelar o ambiente da consulta amenizando a ansiedade, o medo e o sofrimento está a reconhecer na pessoa a sua dimensão humana e todos já sentimos, em algum momento, a sua importância. Às vezes podemos ser grandes fazendo-nos pequeninos.

Bibliografia

- 1 Nunes José, Comunicação em Contexto Clínico. Lisboa; 2010.
- 2 Agle Dahl K *et al.* *Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations.* J Med Ethics. 2011;37:650-654.
- 3 Pedro I *et al.* O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. Ver Latino-am Enfermagem. 2007;março-abril;15(2).
- 4 Palminha J, *et al.* Orientação Diagnóstica em Pediatria. 1ª ed. Lisboa: Lidel; 2003.
- 5 Carmona M. Para uma história clínica (I). Acta Pediatr Port. 2011;42(1):43-8.
- 6 Carmona M. Para uma história clínica (II). Acta Pediatr Port. 2011;42(2):84-9.
- 7 Ramos V *et al.* A consulta em 7 passos. 1ª ed. Lisboa: 2008.
- 8 Silva S, Perspetivas dos profissionais e dos pais de crianças com incapacidades sobre autodeterminação, Dissertação de Mestrado. ESSE Politécnico do Porto: 2013.



António L. Gonçalves

Interno de Anestesia
do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

A caça ao coelho

Esta crónica é dedicada ao Sr. G., um açoriano com mais de sessenta primaveras. E invernos. É-lhe dedicada pois ele precisa de ânimo, ou não tivesse vivido recentemente duas semanas terríveis.

Conversámos no recobro de um bloco operatório, enquanto ele recuperava de uma cirurgia que lhe amputou a parte sobrança de um pé, pé esse debulhado pela máquina da apanha do milho. Durante os últimos quinze dias os médicos tentaram preservar o que restava daquela extremidade dilacerada, mas, vencida a medicina, chegara a vez de cortar o último dedo.

– Sentia alguma dor no dedo, mas até ficava contente, pois para mim era sinal de que algo ali ainda estava vivo. Pensei mesmo que se ia salvar... - contou-me o Sr. G., desolado.

Em apenas meia hora de convívio, ensinou-me um mundo de coisas sobre caça. Mais precisamente a caça ao coelho, que o apaixonou desde rapaz. Explicou-me que a paixão não estava na espingarda, comprada já durante a tropa, mas nos cães. Os podengos. Eram eles que faziam da caça um prazer.

– Sabe, os cães não agarravam os coelhos enquanto eles estavam parados ou, como a gente diz, acamados. Batiam-lhes com o focinho e depois abocanhavam-nos na perseguição. Consolava, soltar os cães. – e os seus olhos exultavam

ao dizer a palavra podengo.

Continuou:

– Belos cães os de antigamente. Andavam o dia todo no campo e alguns até tinham de caçar para se safar, pois alguma fome passavam. Certos animais estavam tão bem treinados que chegavam a valer duzentos contos, que só os caçadores mais ricos de São Miguel podiam pagar. Era uma pena porque depois os cães aburguesavam-se, ficavam urbanizados, e perdiam qualidades como destreza e resistência.

E na sua face descobria-se desilusão.

– A caça agora é bem diferente. Hoje caça-se à base de espingarda enquanto antes só os senhores o faziam. A caça à moda antiga, com grandes matilhas e com o furão, ou comadrinha, é que está praticamente acabada. Hoje em dia até os cães são doutores.

– Doutores? – espantei-me.

– Sim, doutores. Primeiro porque os regulamentos e licenças de manutenção e transporte dos animais são incontáveis. Depois, já só autorizam a caça durante dois meses do ano e apenas no último domingo de cada um desses meses. O pe-

ríodo de defeso é enorme! E nesse tempo todo só podemos dar uso aos animais, que é como quem diz passeá-los, também no último domingo de cada mês, entre as nove horas e o meio-dia... É como lhe digo, até os cães já são doutores.

Ora, perante isto, julgo que até o evolucionista Lamarck ficaria estupefato com o módico número de gerações que, através do mecanismo do desuso, foram necessárias para operar tanta evolução, ou involução, numa determinada espécie animal. E dei assim por mim afogado em toda a lucidez do Sr. G.. A sua clarividência, num momento de tanto sofrimento, lembrou-me a sorte e riqueza que é poder trabalhar com pessoas e não com papéis, ficheiros informáticos ou betão. É verdade que damos muito aos doentes que cuidamos, mas não tenho dúvida que recebemos em igual medida.

– E sabe de quem é a culpa da desgraça que me aconteceu?

Esperei a resposta, em silêncio.

– É do furacão Gordon. Aliás, nem é bem do Gordon, mas da crise.

– Da crise? – perguntei pasmado.

– Sim, da crise. O Gordon passou-me pelo milho e deitou-o todo ao



Imagem do Museu de História Natural de Génova

chão. Se não fosse a crise, o milho prostrado ficava perdido na terra, mas nestes tempos difíceis temos de aproveitar o máximo possível. Isto não está fácil e até a reforma de técnico agrícola, que sempre pensei ser sagrada e para a qual trabalhei trinta e oito anos, me estão a levar... Angústia, novamente. Mas também revolta.

– O problema é que a máquina

que colhe o milho apanha-o de pé e portanto eu precisava de homens para ir ajudando a apanhar o milho acamado. Ora num dia os homens podiam de manhã, mas a máquina só estava disponível à tarde. No outro dia era ao contrário. A gente nunca sabia. De outra vez foi porque houve a festa da freguesia. Farto daquilo, decidi-me a fazer o serviço com a ajuda do meu

filho. E estávamos nisso quando senti o pé ser puxado...

Naquele momento senti que a minha admiração pelo Sr. G. já estava no auge. Mas ainda não.

– Ao menos foi comigo e não com o meu filho. – acrescentou, aturridinho-me.

E são estes os heróis que a crise atual amputa. Que pena vivermos numa época de cães mansos, domesticados por tantas restrições à caça ao coelho. Mas atenção: haja alento! E força! Para que estes homens e mulheres exemplares, cujo carácter é mais forte que qualquer tempestade, mesmo depois de amputados, não sucumbam. Cacemos os coelhos!

Nota final: Escrito em 2011. Os meus agradecimentos aos diferentes revisores desta crónica. Entre eles, e especialmente, o Sr. G..

Destaques do site nacional da Ordem dos Médicos

Publicámos no site nacional da OM (www.ordemdosmedicos.pt) informação sobre prémios e bolsas como a do Núcleo Regional dos Açores (NRA) da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) que anunciou a edição de 2016 da Bolsa “D. Maria do Livramento de Abreu Forjaz”, que se destina a apoiar a realização de estudos de investigação na área da oncologia. Na área dos Colégios da Especialidade no site nacional, publicámos informação relativa aos critérios para admissão à Competência de Avaliação do Dano Corporal e de Medicina Aeronáutica, inquéritos para atribuição de idoneidade formativa em várias especialidades (nomeadamente Nefrologia); publicámos relativamente a MGF o guião para a elaboração de casos clínicos da prova prática e o regulamento da prova teórica para a avaliação final do internato de Medicina Geral e Familiar. Publicámos ainda diversos documentos de Medicina Nuclear e Ginecologia/Obstetrícia, além da norma para a elaboração do relatório-descrição dos casos clínicos relativamente à Competência de Acupuntura Médica.

www.ordemdosmedicos.pt



Rui Campante Teles

Presidente da Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular (APIC), Sociedade Portuguesa de Cardiologia

Tratamento endovascular do AVC isquémico. Como ou Quem?

A mortalidade por doença isquémica cardíaca aguda em Portugal é a segunda mais baixa da Europa, enquanto que a do acidente vascular cerebral (AVC) se encontra na vigésima posição entre os 27 países da União Europeia. Esta discrepância constitui uma problema de saúde pública e reflete uma assimetria na resposta a doentes cuja patologia subjacente é, usualmente, a doença aterosclerótica e aterotrombótica aguda. O que podemos fazer para mudar este paradigma?

A cardiologia tem a obrigação de dar, naturalmente, o seu contributo. Desde logo pelo conhecimento detalhado que temos desenvolvido sobre a realidade nacional.

- Sabemos que, por exemplo, a doença cerebrovascular está presente em 4,5% das 109.000 angioplastias coronárias incluídas no registo nacional de cardiologia de intervenção (RNCI), agravando em 1,74 vezes a mortalidade.

- Sabemos que, de quatro em quatro horas em todo o país, se efetua uma angioplastia primária emergente por enfarte agudo do miocárdio (EAM) num dos 18 centros integrados na via verde coronária, os quais mantêm, desde há mais de uma década, a sua disponibilidade permanente à população em regime 24x7 horas, assegurada por 70 cardiologistas de intervenção.

- Sabemos que, através dos dados recolhidos pela iniciativa *Stent For*

Life – promovida pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia e Sociedade Europeia de Cardiologia – metade dos doentes ainda têm como primeiro contacto um centro sem cardiologia de intervenção, o que acarreta um atraso no início do tratamento de duas preciosas horas.

- Sabemos que, em Portugal, podemos contar com muitos clínicos especialmente dedicados ao AVC entre os 2349 internistas e 464 neurologistas. Porém, para a intervenção cerebral, há menos de duas dezenas de neurorradiologistas de intervenção entre os 162 especialistas da área, distribuídos muito assimetricamente.

A abordagem da trombose arterial no AVC agudo alterou-se radicalmente em 2015. Os colegas que lideram a linha da frente, especialmente a medicina interna e neurologia, enfrentam um novo desafio ao qual temos que dar resposta. Qual é?

Proporcionar o tratamento mecânico endovascular precoce (< seis horas), associado aos fármacos endovenosos. Três estudos aleatorizados vieram provar a sua eficácia e compete-nos estudar soluções organizativas nacionais, bem como recrutar e treinar médicos capacitados para abordar estes doentes:

- A intervenção no AVC tem uma logística mais complexa e tempos de atuação muito curtos que o EAM. A concentração ou rotatividade entre hospitais acarreta tem-

pos de tratamento elevados, com um aumento evitável da morbilidade e mortalidade. Tal com o “tempo é músculo”, também o “tempo é cérebro”, pelo que cada hospital tem que responder de imediato.

- A disponibilidade de profissionais numa base 24x7 é muito sensível. A “declaração conjunta de neurorradiologia da área metropolitana de Lisboa sobre AVC agudo”, propôs uma solução interessante, regional, que constitui um passo em frente. Porém, quer o número e localização dos centros de neurorradiologia nacionais, quer a quantidade de profissionais treinados está longe de conseguir dar resposta à população Portuguesa, sendo óbvia a dificuldade em conseguir implementá-la nos próximos anos.

- A alternativa racional, que já foi ensaiada noutros países europeus, é a utilização da rede de tratamento do EAM no tratamento do AVC. Nesta linha poderá ser necessário integrar, treinar e colaborar com cardiologistas de intervenção nas equipas da Via Verde do AVC.

É nesta perspectiva que a cardiologia de intervenção apresenta a sua disponibilidade para a globalidade do território Português, tal como divulgado na posição por consenso subscrita por 20 peritos nacionais (www.spc.pt/apic).

Em conclusão, permanecemos focados no “como” muito mais do que no “quem”. É esse o nosso tempo!