

Revista

Ordem Médicos

ano 32 n.º 174 Novembro | 2016 Mensal | 2€

**19º Congresso Nacional
de Medicina
10º Congresso Nacional
do Médico Interno - pág. 16**

**José Manuel Silva distinguido
com medalha de ouro do
Conselho Geral de Colégios
Médicos de Espanha - pág. 43**

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 32
N.º 174
Novembro 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:
A. J. Sá Pinto & Filhos, Lda
Viseu

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



Sumário

editorial

05 Ser médico e o Juramento
de Hipócrates

informação

12 Acesso a dados clínicos
Resposta a pedidos feitos
diretamente pelas seguradoras

12 Instruções aos autores da
Revista da OM

13 Carta ao Ministro da Saúde
a propósito das TNCs

14 Critérios de admissão à
subespecialidade de Ginecologia
Oncológica

14 Informação dos Colégios em
www.ordemdosmedicos.pt

15 Erro médico, não!
Evolução científica da Medicina

actualidade

16 19º Congresso Nacional
de Medicina
10º Congresso Nacional
do Médico Interno

37 V Simpósio Acta Médica
Portuguesa: Ensino e ética
da publicação científica

42 Crianças informadas serão
cidadãos mais responsáveis

43 José Manuel Silva distinguido
com medalha de ouro do
Conselho Geral de Colégios
Médicos de Espanha

SRS - informação

46 Presidente recordou estudo de
demografia médica do CRS

47 Conselho Regional do Sul inicia
processo de implementação de
um Sistema de Gestão
da Qualidade

48 Presidente do CRS no
2.º Encontro de Médicos de
Família do Algarve

SRC - informação

52 Juramento de Hipócrates no
Convento de São Francisco,
em Coimbra

55 “Formação e Saúde para todos”
– o congresso aberto
à comunidade

56 Nazaré: Ordem dos Médicos
visita USF Global



57 “Prevenção do Burnout:
mindfulness”:
“As emoções não são para pensar.
As emoções são para viver”

SRN - informação

58 Das palavras aos actos

62 “Estão a impor um número de
consultas que os médicos têm
dificuldade em cumprir”

63 “Informatização do SNS:
passos maiores que as pernas”

opinião

64 Testamento vital
– Estamos preparados?

66 Incompatibilidade de “capas”

68 Sedação terminal

70 O fim do internato, do outro lado

71 Espaços comuns

72 E a consulta?

73 “Preferia não saber...”

74 O direito ao trabalho e o absentismo
medicamente justificado

78 Vinhais terra destino...

80 As verdades que se impõe serem
ditas com prudência, coragem e
esperança - parte III

86 Cuidados de Saúde Primários:
a realidade da Dinamarca

88 As diatribes do Joãozinho
no Centro Hospitalar

89 Perfil de um candidato

90 Sete interrogações sobre
a problemática da Saúde

91 Será que no informatizar
é que está o ganho?

94 Como dizia a minha avó...

95 “Primum non nocere” – iatrogenia
e prevenção quaternária

97 Herói por um dia

98 “Médicos que matam a esperança”

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: Rui Henrique
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: António Menezes da Silva
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: Fernando Jorge Prior Caldas Pereira
MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques
MEDICINA INTENSIVA: José Artur Paiva
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: Jaime Manuel Simões Nina
NEFROLOGIA: José Diogo Barata
NEUROCIROURGIA: Rui Vaz
NEUROLOGIA: José Manuel do Vale Santos
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: Augusto Ribeiro
DERMATOPATOLOGIA: Esmeralda Vale
ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão
EEG/NEUROFISIOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: Jorge Amil Dias
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA: Carlos Freire de Oliveira
HEPATOLOGIA: Luís Tomé
MEDICINA MATERNO-FETAL
MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Helena Jardim
NEONATOLOGIA: Daniel Virella
NEUROLOGIA
NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
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: Maria de Fátima Soares Costa Carvalho
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
PATOLOGIA EXPERIMENTAL: António Silvério Cabrita
PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL: Alberto Costa
SEXOLOGIA CLÍNICA: Pedro Freitas



Ser médico e o Juramento de Hipócrates*

"O mundo pertence àqueles que acreditam na beleza dos seus sonhos" - Eleanor Roosevelt

**Este editorial representa as intervenções efectuadas pelo bastonário da Ordem dos Médicos nas cerimónias de Juramento de Hipócrates de 2016.*

Caros jovens Colegas que hoje recebeis a vossa cédula profissional e assumis livremente um inflamado compromisso ético para o vosso futuro como médicos, sede bem-vindos à mais bela, escrutinada, complexa, sensível, exigente, responsável, desejada, gratificante e humana profissão do mundo.

A vida é feita de oportunidades e responsabilidades, duas características que ireis encontrar conjugadas ao mais alto nível

no exercício da medicina. Como médicos tereis a oportunidade de tratar, curar e auxiliar pessoas em sofrimento físico e/ou espiritual, o dever de respeitar a individualidade e as idiossincrasias de cada doente e a responsabilidade de fazer sempre bem, de aplicar o 'estado da arte', de nunca errar negligentemente.

Não é nada fácil. Balizados pela ciência, sempre em constante evolução, e por uma rigorosa deontologia, os médicos, sob pressão constante de uma sociedade cada vez mais despersonalizada e mercantilista, têm de decidir, para cada doente que os procura, quase sempre com algum grau de incerteza, en-

tre mais de 60000 diagnósticos, mais de 11000 procedimentos cirúrgicos e mais de 4000 fármacos diferentes. E cada vez é mais difícil. O conhecimento com base disciplinar registado internacionalmente levou 1750 anos, contados desde o início da era cristã, para duplicar pela primeira vez, depois disso a cada 150 anos, e, a seguir, a cada 50 anos. Actualmente, o conhecimento multiplica-se a cada dois a cinco anos e projecta-se que, em 2020, ele duplique a cada 73 dias. Impressionante. Hoje mesmo, muitos dos conceitos que aprenderam durante o curso já estão ultrapassados.

Como é fácil entender, ser mé-

dico exige uma dedicação ao estudo e uma preparação contínua únicas e assaz intensas. É estranho e irreal que outras profissões pretendam substituir ou equiparar-se aos médicos sem esta mesma longa, árdua, meticulosa e permanente preparação.

Mas afinal, o que é ser médico? No vosso futuro, que hoje se inicia, procurai enquadrar-vos na singela e expressiva frase com a qual o notável médico Rodrigo de Castro definiu o médico, na sua obra “O Médico Político”, em 1614, “o médico é um homem bom, perito em medicina”. É o que deveis procurar ser toda a vida, é o que os doentes esperam e, legitimamente, exigem de vós. Como refere Marina Geli Fàbrega, médica e política, tereis de saber conjugar ciência e humanismo, conhecimento e humildade, trabalho incansável e compromisso! Se não forem pessoas boas, no sentido positivo desta qualificação, poderão ser excelentes técnicos, mas não serão bons médicos.

Ireis descobrir agora quão difícil, stressante e imprevisível é a vida de um médico e perceber a intensidade e amplitude da frase do escritor e médico brasileiro Moacyr Scliar “a gente muda como ser humano quando estuda e pratica medicina”. A vossa missão é uma viagem sem rede pelo universo ainda tão desconhecido do corpo, da mente e da alma humana, embora possa resumir-se numa frase que aparenta, mas é só aparência, uma esdrúxula simplicidade: “curar, às vezes, aliviar, frequentemente, confortar, sempre”.

A convivência diária com a volatilidade da vida, a dor, o sofrimento, os medos, os apelos, as doenças, as alegrias, as

frustrações e tristezas de seres humanos frágeis, carentes e dependentes, quase sempre pacientes e reconhecidos, outras vezes agressivos e impertinentes, aqueles tremendos e intermináveis segundos que fazem a diferença entre a vida e a morte, não deixam ninguém imune e indiferente.

Mário Braga afirmava que “o médico é uma espécie de parceiro de Deus, na cura e na compaixão”. Não, não somos parceiros de Deus, esqueçam, seria uma blasfémia dizê-lo. Precisamente, José Cardoso Pires recorda-nos que a “ciência não é um sacrário de tecnologias”. Somos cientistas e pessoas, na cura, e a palavra compaixão deve estar sempre presente no léxico médico.

E como é que o doente vê o médico? Um belíssimo e sofrido texto de José Cardoso Pires, referindo os companheiros de hospital, as ‘sombras’ que lhe povoaram a “morte branca”, um AVC do qual emergiu quase milagrosamente, talvez dê uma ajuda: “hoje Ramires e Martinho estão vivos e integralmente recuperados. Ouvindo-os, conheci uma imagem terrena e quase mítica do médico, ao mesmo tempo dignificante e plena de humor sacrificado no discurso sobre a morte. Eles não interrogavam os mistérios da doença, interrogavam a verdade de quem a poderia derrotar. Os dois, em contraponto, situando o médico como referência final, transformavam-no em *dramatis persona* da sua *commedia della paura*”.

A relação única que temos com os nossos doentes, e eles connosco, obriga-nos a uma particular capacidade de comunicação, solidariedade, entendimento e cumplicidade com as pessoas. O conhecimento técnico-científico

é apenas uma parte da formação de um médico. Como cultivar e melhorar este lado humano e sensível, que extravasa a noção de vocação? As Faculdades de Medicina deviam apostar mais na formação nesta e noutras áreas sociais e humanísticas, que também se ensinam e que também se aprendem.

Se querem de facto ser bons médicos, agora que têm algum tempo, caso ainda não o tenham feito, leiam, absorvam e aprendam com livros como “Retalhos da vida de um médico”, “O homem disfarçado” de Fernando Namora, “A Nova Medicina” de João Lobo Antunes, “O Duplo” de Dostoievski, “O Médico de Aldeia” de Balzac, “A Morte de Ivan Illich” de Liev Tolstoi, “A Peste” de Albert Camus, “O Fiel Jardineiro” de John Le Carré, “Morte em Veneza” de Thomas Mann, “Um Médico Rural” de Franz Kafka, “Pavilhão de Cancerosos” de Soljenitzine, “De Profundis. Valsa Lenta” de José Cardoso Pires, “O Alienista” de Machado de Assis, “Olhai os Lírios do Campo” de Erico Veríssimo, “O médico, o doente e a doença” de Michael Balint, “Ser médico”, de Miquel Vilardell, etc., etc., que muito nos ensinam sobre o ser doente e o ser médico, sobre os meandros da medicina e a relação médico-doente. Porque, como nos lembra Mia Couto, “O que um escritor nos dá não são livros. O que ele nos dá, por via da escrita, é um mundo”. E nós não podemos ficar pela medicina, precisamos de nos conhecer a nós e ao mundo, mas também de saber ler, ouvir, interpretar e comunicar. Ficareis de certeza melhores médicos. Rita Charon, cultora da Medicina Narrativa, em oposição à terrível e destruidora MacDonaldi-

zação da medicina que hoje se vive, que nos querem impor e contra a qual devemos lutar incansavelmente, defende que “o treino narrativo ao nível da leitura e da escrita contribui para a eficácia clínica”. É de um artigo por ela publicado no NEJM, em 2004, intitulado “Narrativa e Medicina”, que reproduzo este pequeno texto:

“Um homem de 36 anos com uma dor nas costas como sintoma principal veio consultar-me pela primeira vez. Como sua nova Internista, eu disse-lhe que tinha de saber o máximo possível sobre a sua saúde. Poderia ele dizer-me tudo o que achasse que eu devia saber sobre a sua condição? E então fiz o meu melhor para não dizer uma palavra, para não escrever no seu processo e para absorver tudo o que ele tinha para me contar sobre a sua vida e a sua saúde. Escutei não apenas o conteúdo da sua narrativa, mas também a forma de a narrar, o seu curso temporal, as suas imagens, os seus enredos, os seus silêncios, o caminho que escolhe para falar dele, como sequencia os sintomas com os acontecimentos da vida. Tomo atenção à *performance* do narrador: as expressões, os gestos, as posições do corpo, os tons de voz. Após alguns minutos para de falar e começa a chorar. Pergunto-lhe porque chora. Ele diz, «ninguém jamais me tinha deixado fazer isto antes»”. A força desta frase é imensa. Não podemos aceitar como normal que, como um estudo efectuado nos EUA revelou, publicado em 2013 no J Gen Intern Med, que os médicos Internos passem 40% do seu tempo ao computador e apenas 12% com os doentes! Isto não é medicina.

A propósito da comunicação

médico-doente, Lisa Rosenbaum, que viveu os dois lados da relação, num interessante artigo sobre ‘Consentimento Informado’, publicado no NEJM em 2015, escreveu: “os médicos que mais admiro caracterizam-se não tanto por aquilo que sabem mas sim pela sofisticada intuição de como melhor partilhar o conhecimento com o doente. Por vezes eles dizem aos doentes o que fazer, outras vezes dão-lhes a escolher. Por vezes, quando discutem as opções de tratamento, eles cumprem todos os sete princípios do consentimento informado. Outras vezes, pelo contrário, lendo o terror da incerteza na face dos doentes, eles fazem as suas melhores recomendações e dizem, «Não sei como é que tudo vai correr, mas prometo que estarei ao seu lado durante todo o caminho»”. Ser médico é isto mesmo: caminhar ao lado do doente.

Esta é a base e a força da extraordinária e transcendente relação médico-doente, da relação terapêutica, sobre a qual Raquel Braga afirma: “Falo da presença balsâmica, da mão que cura ou alivia, do olhar que sossega e conforta”. Como nos pediu o Papa Francisco, quando recebeu uma delegação de médicos ibero-latino-americanos, “ponham mais coração nas vossas mãos”! Efectivamente, a vossa simples presença empática, a vossa bata branca, a vossa humanidade e compaixão, as vossas mãos, com as quais devem tocar literalmente os doentes, têm um forte efeito placebo que está cientificamente demonstrado e melhora o estado de saúde física e psicossocial dos doentes. Sem entender, observar, responder, respeitar e tocar o doente de forma holística, o risco do plano terapêutico ser

desadequado é elevado. Sejam médicos balsâmicos, médicos placebo, médicos humanos! Se não o forem, os doentes tendem a procurar outras formas de intervenção alternativas...

O melhor médico será aquele que conseguir associar o conhecimento científico com a empatia e a capacidade de comunicação. Como escreve Miquel Vilardell, o médico precisa de “ter um certo dom para lidar com as pessoas, isto é, uma certa facilidade para as relações pessoais e uma determinada capacidade para se expressar correctamente e explicar as coisas com clareza, porque, se assim não for, a relação com o paciente não correrá da melhor forma”. Interiorizem e não esqueçam este conceito comunicacional. Além do mais, previne e evita queixas dos doentes... Quando ouvirem de um doente a expressão “só de falar consigo já me sinto melhor”, estareis a cumprir integralmente a vocação médica.

Mas, obviamente, para tudo isto é preciso TEMPO! O tempo que o Ministério da Saúde não quer dar aos médicos e que os sistemas informáticos e burocráticos teimam em consumir e desperdiçar. Os médicos querem e precisam de ter mais tempo para os seus doentes, pelo que devem ser os médicos e nenhum Admator, perdão, administrador, a gerir a sua agenda. Mas é importante que os próprios doentes exijam que o Ministério da Saúde conceda mais tempo aos médicos, para cada doente, e que não se deixem reduzir a meras e falsas estatísticas.

Para além de médicos excelentes e humanos, desafio-vos que sejam também cidadãos de corpo inteiro, activos, interventivos, críticos e exigentes, adoptando

o exemplo de Egas Moniz e participando activamente na vida pública e política deste país! Único Nobel científico português, Egas Moniz, para além de médico notável, professor distinto e cientista brilhante, foi ainda um eminente escritor e um político lutador, tendo fundado o Partido Republicano Centrista e exercido as funções de Embaixador de Portugal, em Madrid, e de Ministro dos Negócios Estrangeiros. Visitem a sua casa-museu em Avanca, que é um espanto e uma lição.

É importante olharmos a personalidade eclética e irrequieta de Egas Moniz e percebermos como é essencial, sem quaisquer contradições, que os médicos dediquem mais atenção e mais tempo à intervenção política.

Esta dimensão política do cidadão médico faz todo o sentido na Sociedade actual, pois os problemas vividos e sentidos por todos nós no Sistema de Saúde, que afectam gravemente profissionais, doentes e a resposta do SNS, não são problemas intrínsecos à Saúde mas sim secundários à crise político-económico-financeira e ética do país.

Tal como nos alertou o Prof. Adriano Moreira, o grande problema de Portugal é ser governado mediocrementemente por algumas pessoas menos competentes, menos íntegras e menos preparadas do que vós!

Lembrem-se que na vossa vida pública e profissional estareis sempre a fazer política, seja por acção, seja por omissão. Política por política, então fazei política por acção! Sede cidadãos participativos e reivindicativos e não almas receosas e amordaçadas, incapazes de defender a ética e os doentes! Nos dias que correm, fixem bem, só terão direito

àquilo por que lutarem arduamente!

Como nos lembra um artigo do BMJ, que debate os determinantes políticos da Saúde, “a Saúde é uma escolha política e a política é a luta contínua pelo poder entre os interesses em confronto”.

Por isso mesmo, sem esse papel político não conseguiremos maximizar a nossa mais nobre missão, que é a de defender o legítimo direito dos nossos doentes a terem acesso a uma medicina qualificada e de acordo com o Estado da Arte Médica, exigindo, em nome dos doentes e como recomenda a Associação Médica Mundial, um orçamento suficiente para o fazermos.

Por todas estas razões, temos defendido, em sintonia com as outras Ordens profissionais da Saúde, que a despesa pública com a Saúde, em Portugal, actualmente de apenas 5,8% do PIB, pelo que o SNS está dramaticamente subfinanciado e a desmoronar-se, deve subir pelo menos para os 6,5% da média dos países da OCDE, para que possa responder minimamente aos seus requisitos constitucionais e seja um meio efectivo de combate às desigualdades sociais e aos determinantes sociais da Saúde, que são um relevante factor de doença e de despesas acrescidas ao SNS.

Infelizmente, o orçamento público da Saúde para o ano de 2017, com um ligeiro aumento que não chega para compensar a inflação e a reposição salarial, trará, pelo sexto ano consecutivo, uma contínua degradação das já graves condições de funcionamento do SNS. Nem sequer existem meios suficientes para prevenir e combater as infeções hospitalares...

Nos novos Estatutos, aprovados pela Lei 117/2015, entre as múltiplas atribuições da Ordem dos Médicos, a segunda é precisamente a de “contribuir para a defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos dos doentes”.

Rigor, racionalidade e combate activo a todas as formas de fraude e de desperdício, sim, são uma imposição deontológica, racionamento para os mais pobres e medicina a duas velocidades, não. Nunca! Mesmo com a consciência de que essa dicotomia nos está a ser artificialmente imposta, devemos lutar determinadamente contra ela e nunca a qualificar de ética, rejeitando esta forma de “economia que mata” como tão bem referiu o Papa Francisco. Até a comunidade médica dos EUA já evoluiu da chamada “ética do racionamento”, que afinal não é ético, para a “ética do combate ao desperdício”.

Se querem melhorar os amanhã que vos esperam, tomem o vosso destino, e o do país, nas vossas mãos. A Política e o país são demasiado importantes para os entregarem cegamente a alguns políticos profissionais que pouco ou nada fizeram na vida e que, à custa de todos nós, mentindo descaradamente, enriqueceram ilícita e desonestamente com a política e a governação.

São imensos os desafios e os combates que se colocam aos médicos e aos doentes. Não vou enumerá-los aqui. Fi-lo há dois anos e ocupei duas páginas de discurso, a que vos vou poupar! Está publicado e os problemas são os mesmos, embora um pouco mais graves.

Falarei apenas daquilo que, no imediato, certamente mais vos preocupa, a acesa discussão sobre *numerus clausus* e o mapa

de vagas para as especialidades, depois de, o ano passado, 113 e, este ano, 156 jovens candidatos não terem tido acesso a uma vaga, com os consequentes dramas pessoais que nos penalizam e entristecem e exigem uma solução. Em 2016 o último a escolher teve uma classificação de 39%. Para o ano será ainda pior, pois vão iniciar o Ano Comum cerca de 2400 jovens médicos, para um número de vagas que certamente será sobreponível ao deste ano; muitos já estão a equacionar emigrar para fazer a especialidade algures na Europa.

A questão fulcral a que temos de responder, sem estados de alma, é a seguinte: há vagas a menos ou candidatos a mais?

A ACSS e aqueles que querem entrar, como é o vosso caso, exigem mais vagas, 'custe o que custar' e até tentam inventar vagas. Os que já entraram exigem menos vagas e afirmam que, em muitas especialidades, já não conseguem fazer uma formação de qualidade.

Alguns Hospitais querem menos vagas, para não pagar mais salários. Outros querem mais vagas, para terem 'carne para canhão', frágil, barata, pouco experiente, alguns ameaçando e quase escravizando os médicos Internos para preencherem escalas de urgência deficitárias e trabalharem até à exaustão, sem folgas, colocando em causa a qualidade da formação, a segurança dos doentes, a saúde mental e a estabilidade familiar dos jovens médicos!

Contratar médicos em regime de prestação de serviços fica um pouco mais caro, e nem sempre são melhores, e os mais velhos e experientes deixaram de estar disponíveis, ao abrigo da

Lei, devido à remuneração de empregada doméstica que recebem. Não é por acaso que as urgências estão no caos que estão e o Ministério da Saúde conhece as razões e as soluções do problema, mas não o resolve, devido ao extremo desespero orçamental. Por causa destes abusos, mais ou menos generalizados, o CNIM e a Ordem dos Médicos elaboraram um 'Regulamento do Interno no Serviço de Urgência', para evitar os excessos praticados em alguns hospitais por administradores sem escrúpulos, alguns dos quais médicos que já esqueceram o Juramento de Hipócrates, transformando-se em despersonalizados comissários políticos.

É incrível como colocar um limite máximo ao trabalho formal dos médicos internos em 58h/semana levou alguns hospitais a enfrentarem enormes dificuldades para o preenchimento das suas escalas de urgência interna e externa, acabando por obrigar a Ordem a intervir em vários deles, em defesa dos jovens médicos e da qualidade assistencial. O rol de queixas que recebemos dos médicos Internos é imenso. Levantou alguma polémica acabar com os violentos turnos de 24h de trabalho, o que é extraordinariamente surpreendente, porque a profissão médica é a única que se auto-desvaloriza e parece achar normal trabalhar duramente 24h seguidas, ou mais (muito mal remuneradas...), depreciando as exigências, dificuldades, *stress*, responsabilidade e consequências negativas na sua própria saúde e bem-estar e na segurança dos doentes! Nem consigo encontrar explicação... Os pilotos e os motoristas não aceitam turnos de 24h! Caros Colegas, é uma

desnecessária, anti-fisiológica, perigosa e por vezes mortal estupididade trabalhar 24h seguidas. Nunca aceitem fazê-lo.

Voltando às vagas de especialidade: o papel da Ordem dos Médicos não é satisfazer nem os que querem mais vagas nem os que querem menos vagas, é abrir o máximo número de vagas possível em locais onde seja exequível proporcionar uma formação de qualidade aos futuros internos e especialistas. É esta a indicação dada aos Colégios das especialidades. Todavia, é fácil perceber e não carece de mais explicações, que é impossível abrir vagas para todos os candidatos que acabam medicina em Portugal e para todos os que vêm do estrangeiro, um número continuamente crescente.

Perante este panorama, a questão é para que se abrem vagas nas Escolas Médicas acima da capacidade de formação pré e pós-graduada? Qual é a estratégia dos Ministérios da Saúde e da Educação? Qual a razoabilidade desta decisão, num país que, de acordo com os dados mais recentes, é o quarto país da OCDE, *ex aequo*, com mais médicos e o terceiro país que forma anualmente mais médicos por 100000 habitantes? Nós temos mais médicos, em termos relativos, que a Alemanha, a Suíça, França, Reino Unido, Holanda, Espanha, Bélgica, etc.. Portugal tem 4,3 médicos no activo/1000 habitantes e a média da OCDE é de apenas 3,3 médicos/1000 habitantes.

Além do mais, desde há vários anos que estamos a formar médicos especialistas a um ritmo muito superior ao número dos médicos que se reformam. Por exemplo, nos anos de 2015 e 2016 reformaram-se, no total,

678 médicos, 2318 terminaram a especialidade e 3245 iniciaram a especialidade! Se quisermos falar só da Medicina Geral e Familiar, podemos dizer, porque é verdade, que nos próximos 10 anos se formarão mais de 4600 Médicos de Família (MF), pelo que o sistema de saúde contará com um *superavit* de 1600 MF, um valor muito acima das necessidades do país. A partir de 2025 as reformas anuais de MF andarão abaixo de 100, mas continuaremos a formar mais de 450 novos MF por ano. O excesso é evidente, pelo que milhares terão de emigrar. São números impressionantes e que demonstram que Portugal está a formar médicos que ultrapassam as necessidades nacionais.

Sejamos claros: a falta de horas de trabalho médico no SNS deve-se à mesma razão porque faltam enfermeiros, farmacêuticos, assistentes operacionais e técnicos, etc., no SNS. NÃO HÁ FALTA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PORTUGAL, INCLUINDO MÉDICOS, O QUE FALTA É DINHEIRO PARA OS CONTRATAR para o SNS, com grave prejuízo dos doentes. Só nos últimos quatro anos emigraram mais de 1500 médicos, INCLUINDO MUITOS MÉDICOS DE FAMÍLIA E ANESTESISTAS, à procura de melhores condições de trabalho, de remuneração e de vida. Em Portugal os médicos especialistas são pagos a oito euros líquidos/hora. Alguém estranha que emigrem? Se queremos mais médicos no SNS, é imprescindível que o actual Ministério da Saúde tome medidas concretas que compensem e tornem minimamente atractiva a difícil, dura e mal remunerada carreira médica pública.

É também altura de, com seriedade e sabendo que o impacto na formação de especialistas se fará sentir apenas dentro de 12 anos, reduzir o *numerus clausus* em medicina, pois corremos o risco de formar médicos com menor qualidade, devido ao excesso de alunos e de internos, e estamos a formar médicos muito acima das necessidades do país, que até está a perder população de forma rápida. Médicos que não terão outra alternativa profissional para além da emigração, o que representa um tremendo desperdício económico e de cérebros.

Desde 2006, o número de vagas para o internato da especialidade, realmente preenchidas, evoluiu sempre em crescendo, passando das então 894 para as 1676 de 2016. A Ordem deu sempre mais capacidades formativas do que aquelas que foram preenchidas, com excepção dos dois anos transactos. Actualmente há cerca de 9000 internos no SNS, um número sempre a subir, incluindo o Ano Comum! Onde querem colocar mais internos? O exemplo da Cirurgia Geral é gritante, pois muitos já nem conseguem efectuar o número de cirurgias suficiente para cumprir o programa do internato!

Que fique claro que não há vagas a menos, o problema é que há candidatos a mais. Caros Colegas, culpem anteriores Governos, que têm responsabilidades efectivas, não a Ordem dos Médicos, e insistam na correcção da lei e na redução do *numerus clausus*.

Sublinhe-se que a OM não pede um tratamento de favor, exige apenas o mesmo que acontece com todos os restantes cursos, cujos *numerus clausus* estão de-

finidos de acordo com as suas capacidades formativas, mesmo naqueles que também têm notas elevadas de candidatura, como é o caso de várias engenharias; explico, medicina é o único curso negativamente discriminado, é o único curso em que o *numerus clausus* está politicamente estabelecido muito acima das capacidades formativas pré e pós-graduadas! Estamos a treinar jovens médicos nos nossos doentes para depois os exportarmos, o que levanta sérias questões éticas e não faz sentido nenhum.

Regressemos brevemente à política de Saúde. O grande desafio que se coloca a todos os países é controlar os gastos em saúde ao mesmo tempo que se expande a prestação de cuidados e se melhora a Qualidade. Como refere o relatório da Gulbenkian sobre o Futuro da Saúde em Portugal, e alguns responsáveis esquecem, “a deficiente qualidade dos cuidados de saúde não é apenas má para os doentes, já que é também muito cara”.

A aposta tem de ser na qualidade, na transparência, no mérito, no rigor, no envolvimento construtivo de todos os parceiros, na promoção da literacia em saúde, na prevenção das doenças crónicas, que consomem 80% do orçamento da Saúde, na utilização de uma política fiscal inteligente que ponha a contribuir para o financiamento do SNS aqueles que consomem gordura, sal ou açúcar em excesso (pois também irão consumir mais recursos e originar mais gastos em saúde e em segurança social), na prossecução e concretização da reforma dos CSP, na reorganização da rede hospitalar, de cuidados con-

tinuados e de cuidados paliativos, na fusão das ARS com a ACSS, na aposta na eficiência e na criação de valor.

São estes os caminhos que a Ordem dos Médicos privilegia para o futuro da saúde em Portugal. Sabemos o que deve ser feito e como pode ser feito e estamos disponíveis para colaborar com todos os Governos. Também sabemos o que deve ser feito para aumentar o PIB português e, assim, poder melhorar o financiamento do SNS, e lamentamos que ninguém tenha perguntado aos portugueses se preferem mais 10 euros por mês nas suas pensões, cuja justiça não contestamos, ou se preferem ter cuidados de saúde de qualidade quando deles necessitam; é que actualmente, falemos com verdade, o SNS não responde às necessidades em saúde dos portugueses mais pobres. É triste.

Propusemos muito mais, sempre fundamentadamente, mas não vou alongar-me. Neste âmbito, permitam-me fazer-vos um único e particular pedido: nunca consintam que nada nem ninguém limite o direito dos doentes a terem acesso a uma medicina de Qualidade. Nunca tenham medo de defender a Qualidade da Medicina e, sempre que necessário, recorram à OM. Sejam os Provedores e a Voz dos vossos doentes! É sobre o somatório de todas as vossas intervenções individuais que se erguerá a qualidade do SNS. Os Doentes agradecerão.

Poderão alguns de vós perguntar, e se não houver recursos financeiros? E se não houver alternativas?

Caros Colegas, parafraseando o Prof. Adriano Moreira, há sempre alternativas! Sobretudo num país que já deixou falar três

bancos impunemente, perante a cegueira corrupta dos reguladores, num país que não fez uma verdadeira reforma do Estado, porque afectaria os interesses dos instalados no poder, num país que não altera o modelo de governação partidocrático que levou o país à bancarrota, num país que não investe na prevenção da Saúde, num país que até os administradores hospitalares partidariza, etc., etc.. Há muitas alternativas e há muito a fazer. Sugiro, entre outros exemplos, que leiam o livro “O país que não resgatou os seus bancos”, de Marc-Pierre Dylan, que descreve a notável experiência islandesa, vencendo a batalha contra os credores no tribunal de Haia.

E mais não digo, não porque não me apetece, como calcularão, mas porque hoje é dia de festa, da vossa festa solene, o dia do emocionante, frisante e histórico Juramento de Hipócrates e da vossa entronização deontológica como Médicos, um dia que esta chuva quase diluviana transforma simbolicamente no vosso baptismo profissional e que espero que seja um dos dias mais marcantes da vossa vida médica.

O melhor conselho que posso e tenho a obrigação de vos dar neste dia é que leiam o novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos com muita atenção e que o pratiquem todos os dias com consciência. Está lá o essencial da forma como a profissão médica deve ser exercida. O Código Deontológico é o vosso cinto de segurança nesta longa e atribulada viagem da medicina. Sereis confrontados com situações que conflituam com a Deontologia médica, em nome das ‘liberdades individuais’. Todavia, mesmo considerando

o indisputável valor da liberdade individual de decisão, que quando não colide com os valores e as regras sociais se deve respeitar por princípio, embora a lei já a constanja de múltiplas formas, a verdade é que, quando há um conflito inconciliável de valores, devem prevalecer intactos os pilares centrais dos valores da Sociedade, do edifício do Direito e dos princípios milenares da Medicina, porque, esses sim, constituem a única salvaguarda do direito das pessoas à vida e a uma vida que cumpra com dignidade os preceitos da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Finalmente, porque os médicos nem sempre lhe dão a justa e devida importância, recordo-vos que a maior ameaça global à Saúde no séc. XXI são as alterações climáticas produzidas pelo homem, nas suas múltiplas consequências! Além de balsâmicos, sejam também médicos ecologistas.

E, por fim, vou terminar.

Parabéns a todos e, porque é particularmente merecido, parabéns também aos vossos emocionados e orgulhosos pais, mães, famílias e amigos!

Nunca olvidem o tão especial dia de hoje e o Juramento de Hipócrates, tenham um óptimo 2017 e façam dos vossos doentes pessoas felizes!

Acesso a dados clínicos

Resposta a pedidos feitos diretamente pelas seguradoras

A matéria do acesso aos dados clínicos é muito discutida pelas seguradoras, a CADA e a CNPD. Em consonância com esta última e no sentido de defender a efetiva vontade dos doentes, na dimensão de que as declarações negociais impõem por parte das seguradoras uma informação e um esclarecimento cabal para o consentimento de acesso que é assinado nos contratos de seguro, a síntese constante do documento que reproduzimos em seguida é aquela que, no entender do departamento jurídico da Ordem dos Médicos, tem sustentação: “Se a autorização de acesso não for destacada/autonomizada do restante texto do contrato e especificamente explicada não teremos garantias de que a vontade do segurado é livre e clara no que respeita ao acesso a dados da intimidade da sua vida privada do segurado face à Companhia de Seguros”, salienta o consultor jurídico. Os médicos são repetidamente interpelados por seguradoras para que lhes sejam fornecidos directamente elementos clínicos de um seu segurado.

A muitos desses pedidos não é junta qualquer declaração de autorização para o acesso a dados clínicos nem delimitada a informação solicitada.

Embora seja matéria controversa entendemos que, face ao dever de segredo que tem como objectivo fundamental a defesa da intimidade da vida pessoal do doente, a posição a tomar pode sintetizar-se do seguinte modo:

1. *As informações clínicas podem ser fornecidas directamente aos médicos das seguradoras desde que a solicitação da companhia de seguros se faça acompanhar de uma declaração de autorização de fornecimento de dados clínicos, assinada pelo doente;*
2. *A declaração referida em 1. tem de ser suficientemente autonomizada por forma a que se possa presumir que o segurado deu o consentimento para o acesso de modo esclarecido e consciente;*
3. *Não sendo fornecida a aludida autorização expressa de acesso não poderá ser veiculado qualquer dado clínico atento o dever de sigilo profissional a que os médicos estão vinculados.*

O Consultor Jurídico, Paulo Sancho
2016-09-01

Instruções aos autores da Revista da OM

A ROM aceita para publicação artigos de opinião sobre temas da atualidade, ética, deontologia, etc. Os artigos devem ser enviados por *email*, em documento *word*, para paula.fortunato@omcne.pt. Como instruções aos autores, reproduzimos os comentários que foram encaminhados à ROM por H. Carmona da Mota:

“Amigos, antes de escrever algo, leiam: Le Carré reconhece que foi nos serviços secretos britânicos que aprendeu a escrever: “A instrução mais rigorosa sobre como escrever em prosa que alguma vez recebi (...) veio dos agentes seniores com estudos clássicos no último andar da sede do MI5 (...) que liam os meus relatórios com um pedantismo deleitado, manifestando desprezo pelas minhas orações incompletas e pelos meus advérbios desnecessários e riscando as margens da minha prosa chã com comentários como: redundante – omita – justifique – vago – quer realmente dizer isto? Nenhum editor que encontrei desde então foi alguma vez mais exigente ou teve tanta razão” – *in* Revista Expresso 15-10-2016.

“Não sei... não percebi... não pude perceber
o que o senhor doutor acaba de dizer!...
Fallava assim... difícil... treta arevezada,
a que eu cá, francamente, não'stoui acostumada!...”

José Bruno Tavares Carreiro - *Uma véspera de feriado; Récita dos quintanistas*, U. Coimbra 1904
<https://archive.org/stream/umavesperadefer00carrgoog#page/n115/mode/1up>



Carta ao Ministro da Saúde a propósito das TNCs

A OM interpelou, por carta, ao Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, na sequência das intervenções feitas por Pedro Ribeiro da Silva, da Direcção Geral da Saúde, num programa de televisão, questionando algumas das afirmações aí proferidas, nomeadamente a “equiparação” dos terapeutas das TNCs aos médicos. Reproduzimos em seguida essa carta para a qual, apesar da insistência da OM, ainda não houve qualquer resposta.

Assunto: TNCs

Chamamos a atenção de V. Exa. para este programa de televisão, em que o Dr. Pedro Ribeiro da Silva representa a Direcção Geral da Saúde e, por conseguinte, o Ministério da Saúde.

http://www.rtp.pt/noticias/pais/direcao-geral-de-saude-concorda-com-terapeutas-na-isencao-do-iva_v935518

Relativamente às surpreendentes afirmações do Dr. Pedro Ribeiro da Silva entendemos colocar a V. Exa., formalmente, as seguintes questões:

1 – Que “outro tipo de cientificidade” têm as terapêuticas não convencionais e qual é esse “tipo de cientificidade”? Quantas ‘cientificidades’ existem? Fica fora da noção de eficácia versus placebo que é prática da medicina? O Dr Pedro Ribeiro da Silva, ao não discriminar, incluiu todas as práticas das TNCs na afirmação produzida. Esta matéria, pela imagem de outra ‘ciência’ que foi transmitida e creditada pela DGS para a população, não pode ser silenciada e tem obriga-

toriamente de ser pormenorizada, fundamentada e explicada. Aguardamos.

2 – Se “não nos compete a nós analisar a cientificidade dessas áreas”, compete a quem? Aos seus próprios órgãos de classe, com claros conflitos de interesse? Posição oposta tem o Governo, e muito bem, quando à medicina científica, que escrutina através de órgãos independentes da classe médica e da indústria farmacêutica. Porquê e qual a fundamentação da dualidade de critérios?

3 – Em nome da Saúde Pública, a Direcção Geral da Saúde e o Ministério da Saúde não têm a obrigação de garantir a segurança e eficácia, confirmadas cientificamente, de todas as actividades em saúde desenvolvidas em território nacional, para protecção das pessoas? Têm, ou não têm?

4 – Conforme consta do seu Portal, e a isso está obrigada, recordamos que a DGS “desenvolve a sua missão de acordo com o ... rigor Científico e Ético nas De-

cisões em Saúde - Decisões de Saúde tomadas com base nos melhores conhecimentos existentes em termos científicos e de aplicação do conhecimento, e livres de quaisquer interesses que não sejam o serviço público em Saúde”. Em que patamar e coerência se coloca o “rigor científico e ético” da DGS ao afirmar, e não desmentir, que “não nos compete a nós analisar a cientificidade dessas áreas”? Porque não compete? São práticas somente reguladas pelo mercado – oferta/procura? **Está a DGS a actuar com “rigor científico e ético”, ou este protesto de “rigor científico e ético” por parte da DGS não é para levar a sério em nenhuma circunstância?**

5 – Conforme consta do seu Portal, entre outras atribuições, a DGS tem como missão “Emitir normas e orientações, quer clínicas quer organizacionais”. Com a activa colaboração da Ordem dos Médicos, a DGS tem emitido e auditado Normas de Orientação Clínica para a prática médica. Em resposta a uma

questão da jornalista, “os terapeutas são equiparados aos médicos?”, o Dr. Pedro Ribeiro da Silva responde “sim” e elabora um longo raciocínio com base na Lei 45/2003 para o justificar. Nesse caso, o Ministério da Saúde confirma que os terapeutas são equiparados aos médicos e, se sim, pode indicar quais são os seus órgãos disciplinares? A DGS também vai elaborar Normas de Orientação Clínica para as TNCs?

6 – O Dr Pedro Ribeiro da Silva foi mandatado pela DGS/Ministério da Saúde para afirmar que os terapeutas não convencionais não devem pagar IVA?

7 – Tem o Dr Pedro Ribeiro da Silva condições para continuar a trabalhar na DGS e a representar o Estado na coordenação do Conselho Consultivo para as TNCs, cujos trabalhos se têm arrastado indefinidamente porque o Dr Pedro Ribeiro da Silva não queria que os seus membros assinassem uma declaração de conflito de interesses, entre outras questões?

8 – Todos os membros do Conselho Consultivo das TNCs reúnem condições, científicas, técnicas e curriculares para fazerem parte desse Conselho?

Aguardamos uma resposta rápida do Ministério da Saúde a

estas sensíveis questões, que naturalmente não deixaremos cair no esquecimento, e reafirmamos a total disponibilidade e empenho da Ordem dos Médicos para continuar a colaborar da regulamentação das TNCs, em defesa da Saúde Pública, até porque sabemos que entre os terapeutas não convencionais há quem pugne pelo rigor científico e ético.

Com os mais cordiais cumprimentos

José Manuel Silva,
Bastonário da Ordem
dos Médicos

Crítérios de admissão à subspecialidade de Ginecologia Oncológica

Um Ginecologista Oncológico é um ginecologista-obstetra que adquiriu formação específica e possui reconhecidas capacidades clínicas e técnicas nesta área da especialidade e que a ela dedica mais de metade do seu tempo de atividade profissional. Os critérios de admissão também incluem: inscrição no Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, atividade clínica regular em serviço/unidade com autonomia funcional e de referenciação de doentes com patologia oncológica ginecológica, curriculum clinico, cirúrgico, de investigação, e outros fatores de valorização profissional na área da oncologia genital e ou mamária, ser er ou ter sido responsável por unidade com autonomia funcional e de referenciação para doentes com patologia oncológica genital e ou mamária, devidamente comprovados, entre outros critérios. No *site* nacional da OM, na área do Colégio da Especialidade, encontra-se o descritivo de todos os critérios bem como a respetiva valorização, documentação necessária, grelha classificativa, modelo de requerimento, etc.

Informação dos Colégios em www.ordemdosmedicos.pt

Publicámos no *site* nacional da Ordem dos Médicos diversos documentos nas áreas reservadas aos Colégios das Especialidades, entre os quais: os critérios de Idoneidade e capacidade formativa e assistencial em Neuropatologia, a grelha das provas curriculares de Anestesiologia e informação sobre estágios opcionais desta especialidade, os critérios de idoneidade formativa do Colégio de Cirurgia Pediátrica, o parecer do Colégio de Saúde Pública sobre estratégia vacinal para a tuberculose, o parecer do Colégio da Especialidade da Psiquiatria da Infância e da Adolescência sobre o tratamento da perturbação de hiperatividade e défice de atenção, diversos documentos de MGF, nomeadamente orientações para elaboração de currículo e grelhas de avaliação (publicámos grelhas de outras especialidades, nomeadamente Medicina Intensiva); programa de formação em Neuropatologia (incluindo toda a informação sobre os diferentes períodos de aprendizagem, consoante o recrutamento se fizer da área clínica ou da área morfológica. Um questionário do Colégio de Medicina Física e de Reabilitação que visou auscultar a opinião dos especialistas sobre o SCD-MFRA e a metodologia a defender no âmbito do grupo de trabalho a que se refere a Portaria 252/2016 e o mapa de capacidades formativas atualizado.

direito de resposta :

“Erro médico, não! Evolução científica da Medicina”

► Ao abrigo do Direito de Resposta, o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, enviou o seguinte comunicado.

“O Jornal de Notícias publicou, na sua edição de 25 de setembro passado a notícia, que fez manchetes, com o seguinte título: ‘Viveu 43 anos em cadeira de rodas por erro de diagnóstico’.

Relatava-se o caso de [nome] que esteve durante anos [nome] a res-

“Um doente foi, com os conhecimentos e exames médicos que havia disponíveis à época, diagnosticado como portador de uma determinada patologia, para a qual não havia cura nem diagnóstico exato, sendo mantido em controlo. Mais tarde, fruto do natural evoluir do conhecimento científico médico, foi possível, através de novos exames de diagnóstico, conseguir [nome] a res-

Erro médico, não! Evolução científica da Medicina

O Jornal de Notícias publicou no dia 25 de Setembro uma notícia com o título: “Viveu 43 anos em cadeira de rodas por erro de diagnóstico”. Como se pode ler na resposta que o mesmo jornal publicou dia 14 de novembro e que reproduzimos em seguida, o título do artigo poderia, e deveria, ter sido: “‘Milagre’ da Medicina põe a andar doente que estava há 43 anos em cadeira de rodas”, pois, como foi explicado nesse mesmo artigo de direito de resposta: “não houve qualquer erro médico, uma vez que o diagnóstico inicial não poderia ser o que foi feito mais tarde, já que na época não havia os meios para diagnosticar a doença. Quando estes passaram a existir, uma médica portuguesa, a trabalhar num hospital público português, fez o correto diagnóstico, instituiu a terapêutica devida... e deu-se o milagre da evolução da Medicina!... E o doente andou”.

O Jornal de Notícias publicou, na sua edição de 25 de Setembro passado a notícia, que fez manchetes, com o seguinte título: “Viveu 43 anos em cadeira de rodas por erro de diagnóstico”.

Nessa notícia relatava-se o caso de um doente que esteve durante anos necessitado de uma cadeira de rodas para se locomover, tendo, depois, recuperado a marcha graças à instituição de medicação com um fármaco usualmente prescrito para o tratamento da asma.

O título da notícia era, clara e deliberadamente, errado e sensacionalista, pois bastava interpretar corretamente o texto da notícia publicada, bem como os esclarecimentos que atempadamente a Ordem dos Médicos enviou ao jornalista, para que os responsáveis editoriais do jornal – em obediência ao Código Deontológico dos Jornalistas

– tivessem construído outro título. Diz o Código Deontológico: “O jornalista deve relatar os factos com rigor e exatidão e interpretá-los com honestidade. (...) O jornalista deve combater a censura e o sensacionalismo”.

O caso explica-se em poucas linhas:

Um doente foi, com os conhecimentos e exames médicos que havia disponíveis à época, diagnosticado como portador de uma determinada patologia, para a qual não havia cura, nem diagnóstico exacto, sendo mantido em controlo. Mais tarde, fruto do natural evoluir do conhecimento científico médico, foi possível, através de novos exames de diagnóstico, conseguir identificar a alteração genética responsável pela doença. E, depois disso, foi possível partir

para a instituição do tratamento.

O doente em causa, fruto da elevada valia técnico-científica de uma médica portuguesa, viu o seu caso corretamente diagnosticado e o tratamento corretamente instituído, com excelentes resultados.

Assim, não houve qualquer erro médico, uma vez que o diagnóstico inicial não poderia ser o que foi feito mais tarde, já que na época não havia os meios para diagnosticar a doença. Quando estes passaram a existir, uma médica portuguesa, a trabalhar num hospital público português, fez o correto diagnóstico, instituiu a terapêutica devida... e deu-se o milagre da evolução da Medicina!... E o doente andou.

O título do artigo poderia e deveria ter sido: “‘Milagre’ da Medicina põe a andar doente que estava há 43 anos em cadeira de rodas”.

19º congresso nacional de medicina

10º congresso nacional do médico interno

3 · 4 · 5 Novembro 2016

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Pólo III)

7 Novembro 2016 · Pós-Congresso



Sessão de abertura Desafio ao MS: aposte no futuro dos cuidados de saúde, investindo hoje na formação!



A sessão solene de abertura do 19º Congresso Nacional de Medicina e 10º Congresso Nacional do Médico Interno contou com a presença de Edson Oliveira, CNMI, Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos (OM), Lurdes Gandra, do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Fernando Araújo, secretário de Estado Adjunto e da Saúde, José Manuel Silva, bastonário da OM, Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro da OM e Luís Filipe Menezes, vice-reitor da Universidade de Coimbra.

Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro da OM e presidente executivo do 19º Congresso Nacional de Medicina e 10º Congresso Nacional do Médico Interno, justificou o tema escolhido para este congresso com a sua permanente atualidade pois “os médicos têm a preocupação constante com o saber ensinar e saber aprender”. “Vivemos tempos conturbados com uma

crise com impacto económico e social que muito tem afetado a Saúde, provocando dificuldades aos doentes e aos profissionais”. Entrando no tema da formação, Carlos Cortes recordou que “o planeamento em saúde em Portugal tem sido desastroso: temos perto de 50 mil médicos e 12 mil estudantes nas faculdades. Se antes o problema foi, por via do mau planeamento de recursos

humanos, a falta de médicos, no futuro será a falta de capacidade para absorver todos os médicos que estamos a formar”. Sobre a qualidade da formação, salientou como os médicos não defendem “o facilitismo”, mas antes a qualidade, o que se reflete, por exemplo, no facto de nenhum médico pretender o fim do ano comum. “A exigência que colocamos na nossa formação tem



Carlos Cortes



José Manuel Silva



Secretário de Estado Adjunto e da Saúde - Fernando Araújo

reflexos importantes na mesma. A formação médica portuguesa é reconhecida internacionalmente e tem sido pioneira na incorporação de algumas das diretrizes de qualidade nos programas de formação. Sobre o tipo de formação que a OM considera essencial, recordou que “a parte assistencial é muito importante mas não podemos esquecer a humanização”, fator que pode não estar explícito nos programas de formação nem nos livros científicos mas que é fundamental na medicina. “Nos últimos anos o

Ministério da Saúde (MS) tem assumido uma total desresponsabilização no que se refere à formação deixando essa tarefa para a Indústria Farmacêutica”, o que, segundo Carlos Cortes, tem que ser revertido pois “neste momento, em plena crise, são os internos que, com grandes dificuldades, pagam a sua formação”. Recorrendo ao exemplo europeu, salientou como em França os hospitais são dotados de um orçamento específico para a formação dos seus médicos. Neste enquadramento, Carlos Cortes

lança o desafio ao Ministério da Saúde para que “faça uma aposta no futuro dos cuidados de saúde, investindo hoje na formação médica”: “o futuro não se faz só com palavras, faz-se com ações concretas. (...). Pensar hoje na formação é assegurar o futuro da Saúde”, concluiu.

Edson Oliveira, coordenador do Conselho Nacional do Médico Interno, falou da importância de se fazer um congresso nacional de medicina em que o tema seja precisamente a formação; “Temos o dever hipocrático de ensinar e de aprender” e só no cumprimento desses deveres é possível ao médico cumprir outro dever hipocrático: “tratar com qualidade os seus doentes”. Mas, “em consequência de um *numerus clausus* excessivo e da consequente avalanche na formação pós-graduada, a qualidade tem sido posta em causa”. “Não podemos olhar só para números”, alertou, “estamos a formar pessoas para tratar pessoas”. Embora o internato em Portugal seja tido como modelo para muitos países europeus, facto que provoca natural orgulho em todos os envolvidos, os receios quanto



ao futuro estiverem patentes nas intervenções, nomeadamente na de Edson Oliveira, que terminou a sua formação como interno uma semana antes deste congresso. “Na formação médica tem que haver tempo para aprender e, para aprender, tem que haver tempo para estudar”, salientou, recordando que nos EUA, onde há um grau de exigência também muito elevado, existe a alocação específica de tempos para estudo (o que inclui ler e escrever artigos, por exemplo).

O vice-reitor da Universidade de Coimbra, Luís Filipe Menezes, quis deixar uma mensagem de esperança aos jovens: “temos que ser otimistas mesmo nos momentos difíceis”, e referiu a honra da universidade ao acolher este encontro.

José Manuel Silva, bastonário da OM, referiu na sua intervenção a importância de haver mais médicos que aceitem servir a Saúde e o país ocupando cargos políticos e convidou os colegas a refletirem sobre “a obrigação dos médicos darem o seu contributo”. Referindo-se à “multidimensionalidade do médico”, alertou para a necessidade de, desde o pri-

meiro ano da universidade, ser dada atenção a questões como a investigação. Ainda no contexto das várias dimensões do médico, salientou que se “há pessoas que têm características inatas de comunicação e humanismo”, tal facto não invalida que “todas essas dimensões podem e devem ser ensinadas e trabalhadas”, quer no curso de medicina quer ao longo da vida. José Manuel Silva referiu a manutenção de reuniões regulares com o Ministério da Saúde que permitem algum otimismo quanto ao futuro pois há “um clima de diálogo” que se reflete por exemplo na lei dos atos em saúde para a qual se “juntaram todas as profissões auto-reguladas da saúde que tratam seres humanos”, o que é “um sinal emblemático de que o atual Ministro da Saúde conseguiu implementar o diálogo”. Apesar de alguma controvérsia em torno desta lei, José Manuel Silva foi perentório: “não faria sentido que as terapêuticas não convencionais estivessem incluídas nesta lei dos atos em saúde”. “A formação médica está intimamente relacionada com as saídas profissionais (...) mas não esta-

mos preocupados com a empregabilidade, pois todos os médicos portugueses conseguem emprego na Europa ou em qualquer lugar do mundo”, sublinhou, numa alusão ao reconhecimento internacional da qualidade da formação que se faz em Portugal. “A nossa preocupação é a qualidade da formação e a utilidade do investimento que se faz nessa área”, pois não faz sentido investir na formação de médicos que vão em seguida emigrar. “É necessário diálogo, confronto de ideias e planificação de recursos humanos a médio e longo prazo. (...) Não fazer qualquer planeamento não é uma atitude digna de um governante”. Quanto ao futuro próximo, o bastonário da OM não tem dúvidas de que não será muito positivo: “vamos ter mais dificuldades no exercício da medicina, mais dificuldades em repor equipamentos e em atualizar tecnologias”, dimensões que também fazem com que os médicos procurem outros caminhos profissionais. “Não se espere que os jovens especialistas fiquem a trabalhar onde não têm condições”. Quanto aos problemas emergentes, “a reposição



Fado ao Centro, no encerramento da sessão de abertura do 19º Congresso Nacional de Medicina

do pagamento justo das horas extraordinárias irá resolver parte dos problemas”, nomeadamente nas regiões mais periféricas. Outro exemplo do clima de diálogo que foi referido foram as conversações “que estão a decorrer com o Ministério da Saúde para que a lei do licenciamento das unidades de saúde não reduza os prestadores privados a três oligopólios”. Reconhecendo que o futuro é desafiante, José Manuel Silva alertou os jovens para a importância do associativismo. “Têm que dispor do vosso tempo para lutarem pelos vossos interesses legítimos e pelos interesses dos doentes”. “Que sejamos cada vez mais rigorosos na avaliação da tecnologia científica mas que sejamos igualmente exigentes com as tecnologias não convencionais”, acrescentou, numa alusão à necessidade de exigência de comprovação científica para todas as tecnologias. “Não pode haver uma dicotomia na avaliação da prestação de cuidados. O placebo é ciência. Uma abordagem holística do doente é ciência. (...) O médico deve ter em conta – e usar – o efeito placebo da bata branca”. Em conclusão, após referir a importância do ano comum para a preparação dos jo-

vens médicos, José Manuel Silva acrescentou uma nota de otimismo quanto ao futuro: “o atual Ministério da Saúde tem tratado com grande respeito a qualidade da formação médica em Portugal”.

Fernando Araújo, secretário de Estado Adjunto e da Saúde começou por falar do contexto em que hoje se exerce medicina, nomeadamente os avanços científicos e tecnológicos e uma população cada vez mais informada, da evolução, da procura crescente de serviços de saúde e da necessidade de promover a eficiência. Mas a ciência pode ser “atordoada com a burocracia” e com isso perder-se o humanismo, reconheceu. Um “recurso fundamental sem o qual os serviços de saúde não existem” são “os profissionais com competência técnica e motivação para prestar bons cuidados de saúde”. Referindo alguns números do MS, explicou que 2016 é o ano de contratações céleres e com maior número de Médicos de Família contratados. Sobre o necessário diálogo do MS com os parceiros, o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde elogiou a postura da Ordem dos Médicos referindo que “para a aprovação da lei dos

atos em saúde, a OM mostrou-se um parceiro que ajudou no desenvolvimento da lei de forma rigorosa mas construtiva” e salientou o contributo pessoal de José Manuel Silva “que deixa uma herança que devemos respeitar”, expressando o reconhecimento e agradecimento do Ministério da Saúde ao atual bastonário da OM, “pelo trabalho efetivo, umas vezes visível outras invisível”. O representante do MS referiu ainda a garantia de manutenção do ano comum e como os médicos “têm que lidar cada vez mais com a erosão da confiança dos doentes e com as questões de mercado, na vertente da produtividade” o que tem afetado a “ancestral autonomia do médico” e concluiu: “liberdade no exercício da medicina só se a profissão for exercida como o cumprimento de uma missão”.



Emigração e outras alternativas profissionais



A mesa sobre alternativas profissionais foi moderada por Alberto Sousa e partilhou experiências tão diversas como: opção pela emigração para completar a formação da especialidade ou após conclusão da especialidade, carreira de investigação e na indústria farmacêutica ou carreira política. Vários intervenientes falaram dos prós e contras de cada escolha.



Melanie Almeida
é médica interna no Centre
Hospitalier Universitaire
Vaudois, na Suíça.

Dos dados que referiu no início da sua intervenção realça-se o facto de “65% dos médicos considerarem emigrar quando terminarem a sua especialidade”, com um aumento da taxa à medida que o internato avança. Referiu igualmente os pedidos à OM de certificados de *good standing* que desde 2009 têm aumentado e como nos últimos três anos emigraram 1300 médicos. Uma das realidades que

tem contribuído para essa situação é a situação dos jovens médicos que não conseguem vaga para fazer o seu internato da especialidade e que, em 2015, foram 114 e, em 2016, 158 (com 213 desistências). “Antes a emigração médica tinha como fundamento a realização pessoal, o enriquecimento curricular e a busca de melhores condições económicas. Agora acrescem a esses motivos a falta de vaga na especialidade e a procura de melhores condições de trabalho para os especialistas”. Sobre as hipóteses de emigração, explicou como os especialistas seniores optam por soluções como a Arábia Saudita, com melhor remuneração, enquanto que os jovens preferem a Europa, nomeadamente porque o reconhecimento do diploma é um processo muito fácil. Melanie Almeida enquadró o funcionamento do sistema de saúde suíço, as condições necessárias para fazer o internato nesse país (nomeadamente a necessidade de elaborar uma carta de motivação e apresentação de cartas de recomenda-

ção) e explicou como se processa essa fase da formação: o internato dura de 5 a 8 anos com plano de formação e requisitos definidos pelos Colégios da Especialidade enquadrados numa estrutura muito flexível em que o interno pode escolher como irá cumprir esses requisitos. Como aliciantes para quem pondera uma alternativa idêntica à que escolheu, Melanie Almeida refere a qualidade técnica científica, a possibilidade de enriquecimento curricular, condições atrativas em termos salariais, de carga horária, férias, folgas, etc. Outro fator referido foi a “progressão anual na carreira, com aumento automático do vencimento todos os anos”. Reconhecendo que “nem tudo são rosas”, esta jovem interna sugere que os interessados visitem o país de destino antes da tomada de decisão, que ponderem se se vão adaptar e que tenham em conta que aqui “deixamos o baixo custo de vida, boa qualidade de vida e o sistema de apoio que nos é proporcionado pela proximidade de familiares e amigos”.

Hugo Martins emigrou para o Reino Unido após concluir a especialidade de anesthesiologia.



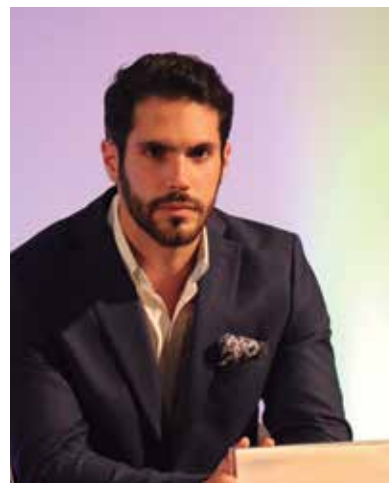
Da sua experiência relata que, no ano comum, feito em São Miguel, “ganhava razoavelmente mas trabalhava 80 a 100 horas por semana”. Em 2011, ouve o então primeiro-ministro, Passos Coelho, a convidar os professores a emigrar, olha o seu recibo e, constatando que 45% do vencimento ia para o Estado, decide emigrar. “Foram essas as razões porque deixei Portugal: para melhorar a qualidade de vida e o vencimento”. Pesquisou durante alguns meses, visitou feiras especializadas em trabalho médico e dos 30 a 40 CVs enviados, uma dezena de propostas poderia concretizar-se, nomeadamente para países como Arábia Saudita ou Papua Nova Guiné. Ponderadas as questões familiares, acabou por escolher Inglaterra, num hospital distrital com 4 ou 5 centenas de camas, onde trabalhava 36 horas por semana, sempre com os fins de semana livres, com um vencimento equivalente ao português mas com menos descontos. Como aliciante refere: “quando temos interesse em desenvolver um projeto o financiamento aparece; tudo é protocolado o que facilita a integração; os direitos dos trabalhadores existem

e não há retaliações para quem os exerce; (...) no momento em que pensei em mudar de sítio, duplicaram-me o ordenado”. Elementos negativos também existem e não os omite: “seremos sempre estrangeiros: estamos lá para trabalhar. A medicina praticada é muito defensiva; há uma cultura do medo. Somos vigiados por auxiliares, enfermeiros, técnicos... (...) Somos muitas vezes geridos por pessoas sem ligação à saúde.” Outras questões mais simples como o clima e a gastronomia (“muito maus”) ou a vida social (“não é interessante: os ingleses só vão ao *pub*; não fiz amigos ingleses, só de outras nacionalidades”) também foram referidas como pontos negativos. Hugo Martins mudou de local de trabalho e de país. “Fui para França para um hospital pequeno – Centre Hospitalier Mont de Marsan – com 340 camas, 8 blocos, RM, medicina nuclear, etc.”. A nova experiência foi mais satisfatória: “os franceses são mais parecidos connosco e facilitam mais a integração”. Neste momento tem uma carga horária de 48 horas mas vai reduzir para 39/semana. “Tenho um ordenado razoável e consigo estar 3 meses sem trabalhar, que correspondem a 45 dias de férias mais 15 dias de formação”. “Em França o médico ainda tem muita autonomia. É uma experiência aliciante, a gastronomia é excelente e o estilo de vida agradável”, mesmo com as saudades da família e mesmo que se sinta sempre estrangeiro, confessa... Já a pensar na próxima mudança, que será para o setor privado, Hugo Martins sugere ponderação a quem queira emigrar. “Tentem visitar o hospital para onde querem ir; se puderem façam um estágio prévio” pois refere ter amigos que foram para outros países e não estão a gos-

tar. Se a opção for o Reino Unido não considera importante que se faça através de empresa, mas se a opção for França sugere que a transição seja mediada por uma empresa de colocação de recursos humanos médicos e “certifiquem-se que o sítio para onde vão tem aeroporto”...

Indústria, investigação, política: opções válidas e necessárias

Bruno Fidalgo Dias fez uma opção de carreira diferente: é *medical manager* da Daiichi-Sankyo, uma empresa farmacêutica mul-



tinacional de origem japonesa. A sua intervenção começou pela desmistificação do conceito de trabalhar na indústria farmacêutica (IF) onde “não existem apenas delegados de informação médica, há muitos outros departamentos” e referiu, entre outros, o departamento regulamentar, de investigação, de excelência comercial, *marketing* e, naturalmente, o departamento médico, “que faz a ponte entre o departamento de investigação e a área comercial”, assegurando as questões éticas e o respeito pelas normas e requisitos legais

vigentes. O departamento médico é responsável, entre outras coisas, pela formação dos vários departamentos em questões relacionadas com os produtos desenvolvidos. “Em consequência dos escândalos que envolveram a IF, a interação com os profissionais de saúde tornou-se mais rígida o que fez com que os departamentos comerciais tenham cada vez menos relevância. A IF é cada vez mais vista como fonte de informação e investigação e a comunicação é cada vez mais assegurada por médicos ou farmacêuticos”. Bruno Fidalgo Dias explicou as atividades principais do departamento médico: publicações, formação científica interna, farmacovigilância, informação científica, formação médica, boas práticas, investigação, organização de sessões clínicas em hospitais, estabelecer pontes dos ensaios clínicos internacionais para os nacionais, patrocínio de estudos, etc. “É muito gratificante pensar que um pouco da evolução da medicina em Portugal passa pelas nossas mãos”. No final da sua intervenção, este médico referiu ainda o papel da AMPIF - Associação dos Médicos Portugueses da Indústria Farmacêutica e a importância da Competência em Medicina Farmacêutica criada pela Ordem dos Médicos.

Francisco Goiana da Silva, adjunto do secretário de Estado Adjunto e da Saúde,

interveio no congresso na qualidade de jovem médico e enquadrou o seu percurso nomeadamente em termos de associativismo (a ROM publicou uma entrevista com este jovem médico na edição de julho/agosto de 2014 onde consta esse percurso) e como o mesmo sempre foi

pautado pela “vontade de servir os outros”. Da experiência internacional que obteve, por exemplo, através de estágios, relembra a passagem por Beirute onde se pode ver pessoas a morrer à porta de um hospital por não terem seguro de saúde. Ao fazer esta referência, Francisco Goiana da Silva quis elogiar o sistema português, embora reconheça que “podemos ter críticas a fazer”. Interessado por política de saúde considera que é preciso que a mesma seja baseada em evidência e refere que, da sua passagem pela Organização Mundial de Saúde, ficou com a noção de que as organizações internacionais são “pouco eficientes”. Considerando que não há organização ou sistema de saúde com o qual se reveja menos do que o americano, ainda assim escolheu ir estudar em Harvard para ganhar mais experiência e um conhecimento mais abrangente sobre as questões de saúde. “O poder tem que ser um meio (...) de servir os outros”. Sobre a sua opção de carreira, defende que ouvir e aprender é essencial e concluiu dizendo que “continuo a servir a saúde, de uma forma diferente mas igualmente válida”.



João Íncio é um jovem investigador, emigrado nos EUA.



Na sua intervenção falou da inspiração que foi para si o médico Corino de Andrade por ter aliado prática clínica e investigação para melhor conhecer e tratar a polineuropatia amiloídica familiar e explicou: “Corino de Andrade é um exemplo de como um médico ao perceber a falta de conhecimento em relação a uma doença consegue através da investigação alterar a terapêutica”. Para João Íncio, “a investigação, mais do que uma alternativa, é um complemento à prática médica”. Este orador desenvolveu estudos sobre a prevalência e consequências da obesidade e patologias associadas, por exemplo, no tratamento do cancro do pâncreas tendo determinado que a quimioterapia era ineficaz em doentes com excesso de peso por existência de mais fibrose. “A obesidade fazia, portanto, com que a terapêutica perdesse eficácia; havia uma falta de resposta significativa da quimioterapia”; a investigação determinou ainda que, alguns fármacos com efeito anti-fibrótico nos tumores, como é o caso do hipertensor losartan que reduz a densidade

do tecido fibrótico, consequentemente, aumentam a eficácia do tratamento. João Início também referiu outro estudo que determinou a eficácia da metformina, medicamento para a diabetes, que também reduz a fibrose e melhora o prognóstico. “A partir da investigação, pode perceber-se o que pode ser aplicado na clínica e que leve, em última instância, a uma melhoria da prática médica”. No final da sua intervenção deixou algumas informações úteis para quem queira seguir esta alternativa profissional: o *Portuguese American Post-Graduate Society* (rede de apoio aos portugueses na América do Norte que funciona através de encontros de promoção de *networking*) e a *European MD/PhD Association* (rede de suporte para médicos que façam investigação) e referiu ainda o seu trabalho como *medical editor no IOMI – Journal of Medical Insight* (revista científica que em vez de artigos redigidos publica vídeos).

Ricardo Baptista Leite é deputado à Assembleia da República.

Nasceu em Toronto, no Canadá, onde viveu até aos 11 anos, país onde desde muito cedo se é incentivado à participação cívica, facto que “torna os jovens mais sensíveis ao conceito de pertença a algo maior”. Através da ligação ao associativismo, sempre se sentiu como estando ao serviço da causa pública. Explica que para escolher o partido político com que se identificava, primeiro leu todos os manifestos partidários. Já no internato percebeu que o exercício clínico não o satisfazia totalmente e, durante um estágio na OMS, surgiu a oportunidade de ser

candidato. “Há poucos médicos na vida política ativa”, refere. Foi eleito, fez um doutoramento em saúde pública, manteve-se como vereador da Câmara de Cascais (não remunerado) e simultaneamente como deputado. “A nível da academia podemos gerar evidência para depois defender as políticas de saúde no parlamento”, explica, referindo-se a outra das suas opções de carreira. Sobre a emigração médica, acha que deve ser uma opção mas recusa a ideia de se ser “empurrado para emigrar, fruto da ausência de oportunidades”, referindo-se também à “situação dramática de não haver vagas de especialidade para todos”. Reconhece que as circunstâncias mudaram muito mas lamenta pelos colegas mais jovens quando sublinha que quando começaram o curso de medicina “ninguém avisou que ia ser assim”... Referenciou vários problemas, nomeadamente a demora nas contratações após finalizar a especialidade, a falta de condições básicas para o exercício clínico com dignida-



de, falta de reconhecimento e inexistência de políticas de meritocracia. “Felizmente as carreiras foram retomadas mas muito aquém do que é desejável”. Sobre a falta de atrativos contou o seu caso pessoal que, quando terminou a especialidade, desejava fazer um contrato de trabalho para apenas 3 dias por semana por querer usar os restantes para investigação mas quando fez a proposta... “Riram-se de mim”, assume, para sublinhar que o sistema e a sua inflexibilidade não são atrativos para quem queira fazer algo mais ou diferente. Já no parlamento desenvolve e funda o projeto “creating health” que tem como principal finalidade precisamente apoiar as instituições nacionais a captar financiamento para projetos de investigação e inovação em Saúde. Afirma-se crítico de “políticas feitas de cima para baixo”, que reconhece neste governo como no anterior, em que as propostas não têm em conta o diálogo com os envolvidos e em que, por exemplo, não se tenta perceber o que de facto motivaria os médicos a aceitar trabalhar no interior. Critica igualmente a remuneração por ato, considerando que nesse contexto ninguém se importa com a satisfação, nem dos utentes nem dos médicos.



Complexidade dos papéis do médico: como capacitar e avaliar?



Inês Costa (relatora), Caldas Afonso, José António Pereira da Silva e Roberto Cavalcanfi

A segunda mesa redonda do 19º Congresso Nacional de Medicina/10º Congresso do Médico Interno foi moderada por Caldas Afonso do Conselho Regional do Norte da OM e abordou o tema complexidade dos papéis do médico e apresentou o CanMeds, um sistema em funcionamento no Canadá, que organiza as competências em 7 papéis iguais para todas as especialidades reconhecidas: perito médico, comunicador, colaborador, estudioso, defensor da saúde, gestor e profissional.

Caldas Afonso enquadrou o tema em debate referindo que “a nossa formação é exigente e tem qualidade do ponto de vista técnico científico, o que tem reflexos nos indicadores de que nos devemos orgulhar. Mas nunca devemos estar satisfeitos”...

O primeiro interveniente foi o reumatologista **José António Pereira da Silva** que começou por salientar que a complexidade e diversidade crescentes dos papéis do médico fazem com que a prática “se distancie cada vez mais do que foi desenhado em termos de formação”. “Hoje em dia o problema não está no acesso à formação mas sim na sua filtragem e análise crítica”



Pereira da Silva

pois é fundamental uma seleção rápida e crítica da informação disponível. Crítico da memorização e do atual exame que define como “vergonhoso”, sublinha: “não temos que acumular informação. Temos que saber procurá-la. (...) Ser capaz de observar um doente, sendo criterioso na aplicação dos princípios nucleares da medicina é cada vez mais importante”. Salientou a necessidade de ética, integridade e estar atento a conflitos de interesse. Reconhecendo que a medicina é cada vez mais uma atividade multidisciplinar, num contexto também ele multidisciplinar e multiprofissional, realçou a importância dos médicos saberem ser colaboradores. “É preciso mudar o plano de estudos mas não para que se cristalize novamente”. Para melhor capacitar, defende a avaliação e melhoria dos programas de formação de forma a que reflitam os vários papéis. José António Pereira da Silva referiu três perguntas nucleares a que é preciso responder:

- Aonde queremos chegar? (“que médico queremos nós construir?

Se não soubermos isso, tudo será obra do acaso”...);

- Como chegaremos lá? (planear e executar);

- Como saberemos se lá chegámos? (avaliação do processo).

Defendeu que se pugne por um “ciclo de qualidade da formação” em que se definam objetivos e metas, planeiem sessões de aprendizagem e por fim se avalie e confirme se o objetivo foi alcançado. “É preciso que haja auditorias de todo o processo para o melhorar”. “Para que servem os médicos? O que esperam de nós?”, questionou, salientando que as definições de um perfil do médico e das suas competências têm que incluir a evolução dos papéis que lhe competem. Referindo-se à planificação curricular, o especialista em reumatologia, realçou a sua importância quer para o formador (fornece critérios de avaliação, focaliza o ensino, define conteúdo curricular, etc.) quer para o formando (torna o currículo transparente, clarifica e organiza a aprendizagem por prioridades, promove a responsabilidade, etc.). “Os objetivos têm

que estar alinhados com o método e a estratégia de aprendizagem e avaliação”, sublinhou, ironizando que “ninguém aprende a nadar só com aulas teóricas”, para reforçar a ideia. Segundo este orador, na definição de objetivos, de domínios de aprendizagem conforme a taxonomia de Bloom, devem constar palavras como conhecimento (definir, registrar), compreensão (descrever, explicar, discutir), aplicação (aplicar, demonstrar, ilustrar, utilizar), análise (distinguir, testar, calcular, estruturar), síntese (conceber, formular, propor) e avaliação (julgar, comparar, avaliar). Na definição de competências e papéis do médico, reportou-se ao CanMeds Physician Competency Framework que define o médico especialista como alguém que “deve ser colaborador, líder, advogado da saúde, um pouco acadêmico (ensinando os mais novos); alguém que tem a obrigação de contribuir para a melhoria do conhecimento médico; ser profissional, saber comunicar e ser ético, (...) estabelecer relações profissionais terapêuticas com doentes e familiares (empatia, transmitir segurança, etc.)”. No papel de líder e de advogado da saúde deve o médico “contribuir para uma visão de alta qualidade do sistema de saúde”, tendo José António Pereira da Silva dado o exemplo dos médicos que dedicam o seu tempo em prol do trabalho na Ordem dos Médicos. No papel de académico, não basta procurar o conhecimento, é necessário “garantir que a evidência científica é aplicada”. “Os programas de formação devem cobrir todos os papéis e competências” mas o panorama atual não é, segundo este interveniente, animador: “os programas são heterogêneos, focados na forma e não no conteúdo, os objetivos definidos são ultrassintéticos e demasiado

genéricos, são omissos quanto aos métodos de aprendizagem, a avaliação é limitada a *medical expert* e publicações e apenas focada em conhecimento acumulado”. No fecho da sua intervenção, o especialista deixou as palavras chave: “estruturação, avaliação, adequação e evidência”.

Roberto Cavalcanti, o segundo interveniente desta mesa, falou sobre a experiência de aplicação do CanMeds no Royal College, explicando como esse sistema se estruturou e implementou no ensino do internato no Canadá, um dos “países pioneiros na evolução mundial da formação de competências” que adotou o sistema em 1996 e que procede a atualizações cíclicas, sendo que os ciclos de atualização são de 10 anos mas cada atualização demora cerca de 3 anos a preparar e implementar. Após uma introdução histórica, referiu como o CanMeds é usado na avaliação do internato, no credenciamento de programas de internato e na definição dos programas de formação. As principais etapas do CanMeds passam por criação das normas ou padrões de formação, desenvolvimento dos currículos (tendo em conta os requisitos de cada especialidade), mudança nos processos de avaliação e credenciação dos internos e mudança nas normas de credenciamento dos programas de internato médico. “Tradicionalmente o papel do médico era o de especialista, detentor do conhecimento” mas hoje “é muito mais amplo” e inclui a capacidade de trabalhar em equipa e de comunicar de forma adequada (com profissionais e doentes). O CanMeds organiza as competências em 7 papéis que são iguais para as 72 especialidades reconhecidas pelo Royal College: perito médico (interpretar um



Roberto Cavalcanti

exame de diagnóstico, por exemplo), comunicador (documentar informação respeitando o dever de sigilo, explicar um tratamento e seus efeitos colaterais potenciais, partilhar planos terapêuticos, etc.), colaborador (interagir de forma eficiente), estudioso (ou académico, ensinado os mais novos mas também aprendendo com todos), defensor da saúde (defender o acesso de deficientes, por exemplo, ou quando faz educação para a saúde), gestor (organizador, planeador, administrador) e profissional.

Roberto Cavalcanti explicou o funcionamento do OSCE – Objective Structured Clinical Examination em que se faz, por exemplo, a avaliação do desempenho do interno na interação com um doente (através do recurso a atores para desempenhar o papel de doente). Também pode haver lugar à discussão de um erro médico, interpretação de um exame de diagnóstico, realização de um telefonema para transferência de um doente, etc. são alguns exemplos de “avaliação estandardizada para os diferentes papéis que se esperam dos médicos”, explicou. Esta intervenção concluiu com a referência aos principais benefícios do sistema CanMeds que está implementado no Canadá há duas



décadas: “qualidade e uniformidade da formação e cuidados médicos, melhoria da qualidade do ensino, treino por competências segundo padrões internacionais”. Já em fase de debate José Manuel Silva, bastonário da OM, referiu a

relevância desta mesa redonda e o muito que se pode aproveitar da reflexão do Canadá no que se refere às dimensões essenciais para se ser um bom médico, tendo referido a obra *Competências Clínicas Práticas e Preparação para OSCE*,

editada pela LIDEL, que prefaciou. José Manuel Silva falou ainda da tentativa constante da OM na procura da homogeneidade, visto que os Colégios são muito heterogêneos e referenciou o grupo de trabalho, do qual faz parte um dos intervenientes da mesa, Pereira da Silva, precisamente com o intuito de “montar uma estrutura para prolongar a formação médica durante toda a vida”.



Autonomia e capacitação: importância do ano comum



A importância do ano comum na formação e capacitação dos médicos internos foi o tema da mesa redonda moderada por Agostinho Sousa e Edson Oliveira do Conselho Nacional do Médico Interno que contou com as intervenções de André Fernandes da ANEM - Associação Nacional do Estudantes de Medicina, Rui Capucho, representante da Ordem dos Médicos no grupo de trabalho dedicado a esta temática, Francisco Goiana da Silva, do Ministério da Saúde, e Susan Redward, em representação do *General Medical Council*.

Rui Capucho, representante da Ordem dos Médicos no grupo de trabalho, leu as conclusões do mesmo, entre as quais se destaca a necessidade de alterar o paradigma da prova de seriação, mudar a

apresentação da tese de mestrado para o 5º ano do mestrado integrado, etc. Rui Capucho referiu a necessidade de alteração dos currículos das faculdades para dar coerência às disciplinas clínicas.

“Quando as faculdades começaram a obter resultados práticos deste sistema de ensino, foram obrigadas a alargar o *numerus clausus*; os currículos tinham sido feitos para 100 a 150 alunos e não

Rui Capucho



para os cerca de 300 que têm atualmente". A consequência, segundo Rui Capucho, é que, neste momento, a maior parte das faculdades está a regressar ao sistema de projeção de slides pois "com tantos alunos, é impossível manter a dinâmica anteriormente implementada". "Para avançar para um 6º ano profissionalizante é essencial que a prova de seriação avalie competências", sublinhou. O facto - já assumido pelo atual Ministério da Saúde - de não se acabar com o ano comum, foi referido como "muito positivo", tendo sido alvitada a hipótese de, em vez de um *numerus clausus* excessivo, termos antes "hospitais associados excessivamente pequenos", a par com a falta de especialistas nos serviços.

André Fernandes, da ANEM, concorda que o 6º ano se torne um ano clínico e referiu alguns resultados do estudo que a associação fez questionando o nível de exposição às competências clínicas e o grau de autonomia para cada ato (distinguindo a execução com supervisão da execução de rotina). Em atos como a medição da pressão arterial ou a auscultação, o grau de exposição é muito satisfatório mas o mesmo não acontece por exemplo com a obtenção de consentimento informado ou a avaliação nutricional (atos com pior de-

André Fernandes



sempenho neste estudo). "Alguns atos fazemos muitas vezes mas não temos a certeza se estamos a fazer bem", referiu, aludindo à falta de confiança para a execução autónoma. Quanto às competências de Medicina Interna a única que teve bom desempenho foi a colheita de sangue. Nas competências administrativas os resultados situaram-se consistentemente a baixo do que era expectável. "Os estudantes não chegaram ao 6º ano a sentir-se capazes de exercer medicina de forma autónoma". A razão de ser dessa perceção de insegurança prende-se, segundo André Fernandes, com a preocupação e o tempo alocado à preparação para o exame nacional, para a tese de mestrado mas também a perda de interesse dos estudantes e tutores. "Faltam médicos que tenham prazer em ensinar", sublinhou. Como não é num ano que se ganha autonomia, o representante da ANEM defende que, "mesmo com um 6º ano profissionalizante, o ano comum continua a ser essencial" para a aquisição de experiência e sedimentação da confiança e autonomia na prática clínica.

Francisco Goiana da Silva, adjunto do secretário de Estado Adjunto e da Saúde Fernando Araújo, começou por referenciar que esta tutela tem "grande sensibilidade

Francisco Goiana da Silva



para as questões da formação". Saliendo a importância do Ministério tomar decisões baseadas na evidência científica e em relatórios fundamentados, elaborados por quem tenha a devida competência técnica, referiu o grupo de trabalho para definição da próxima prova nacional, coordenado por António Sarmento como um bom exemplo. "Face aos resultados e conclusões desse grupo de trabalho - cujo relatório será apresentado no início do próximo ano - é desencadeado o processo de revisão da prova de seriação". Francisco Goiana da Silva referiu ainda o papel "fiscalizador" que deve ser exercido também pela ANEM, em defesa dos interesses dos estudantes pois a aplicação efetiva nesta área recai sob a autonomia pedagógica das faculdades.

Susan Redward fez uma intervenção onde realçou as questões relacionadas com a autonomia profissional e a relevância do ano comum, assim como do papel do General Medical Council (GMC) na formação (como promotor da excelência e de elevados padrões de qualidade para a formação pré e pós graduada). Usando como referência os vários papéis do médico, já analisados noutras mesas redondas do 19º Congresso Nacional de Medicina (cientista,



cuidador, defensor da medicina, protetor dos doentes. etc.), explicou o processamento do “foundation programme”, programa de dois anos de formação cujo propósito é “a preparação dos médicos recém-licenciados para a prática da medicina”, reconhe-

cendo a “necessidade de maior exposição a mais especialidades”, com vista ao desenvolvimento de competências genéricas e a facilitação do ensino posterior (especialidade). Uma das situações que Susan Redward referiu como de intervenção do General Medical Council para repor o procedimento correto é quando são detetadas situações de internos colocados a trabalhar, sem supervisão, na urgência hospitalar. As capacidades que são analisadas neste programa são: comunicação, segurança e qualidade, trabalho de equipa, liderança, comportamento profissional e confiança, entre outras. “É essencial que os internos tenham um entendimento dos princípios e valores da profissão”, sublinhou. O GMC desenvolveu estudos de caso para ajudar na formação prática dos jovens médicos ([http://](http://www.gmc-uk.org/education/undergraduate/studentftp.asp)

www.gmc-uk.org/education/undergraduate/studentftp.asp). À semelhança dos oradores das mesas anteriores, Susan Redward também referenciou a heterogeneidade da formação como um ponto negativo o que tem levado a que o GMC esteja a estudar a hipótese de implementação de um exame à ordem que garanta que quem se quer inscrever tem as capacidades mínimas exigidas.



Ferramentas e mentalidade certas para encarar a mudança



Francisco Goiana da Silva e Edson Oliveira

A mudança e a forma de a implementar com maior eficácia foi um dos temas abordados neste congresso: João Guedes Barbosa, da consultora Dynargie, explicou algumas estratégias e ferramentas simples para atingir os objetivos e tornar a adaptação à mudança um processo mais simples, usando aspetos comportamentais parametrizáveis.



João Guedes Barbosa

“O que é a mudança em termos organizacionais? O que tenho que mudar para me adaptar à mudança, por exemplo, de funções?” – foi com estas indagações que **João Guedes Barbosa** iniciou a sua conferência sobre “como encarar a mudança”. “Há duas posições possíveis: ou mudamos ou somos agente da mudança. (...) Temos que nos questionar: qual o grau de probabilidade de ir de A para B e permanecer em B?” Numa res-



Inês Mesquita (atrás: Constantino Sakellarides)

posta que designou como “eco-friendly leadership profile”, o ideal é “ir deliberadamente de A para B, com o maior sucesso possível, utilizando a energia estritamente necessária, mantendo-se em B com o mínimo esforço possível”. A gestão de mudança tem, conforme explicou o orador, quatro lógicas possíveis: individual, equipa, departamento ou instituição. Mas porque é que os seres humanos não gostam de mudar? “Porque todos gostam do progresso mas poucos gostam da mudança; porque eu sei o que vou perder mas não sei o que vou ganhar”, explica, alertando que abdicar desta premissa é cometer um erro grave na gestão da mudança. Um bom gestor irá procurar perceber “aquilo que não está escrito mas que, ainda assim, faz parte das equipas e da cultura da organização”. João Guedes Barbosa explicou brevemente os 8 passos essenciais à implementação da mudança:

- estabelecer um sentido de urgência (“ou mudas ou a equipa não se mantém”);
- formar alianças fortes (“quem são as pessoas que aderem mais facilmente à mudança?”, é preciso perceber e identificar essas pessoas);
- criar uma visão (“para onde queremos ir?”);

- comunicar a visão (“o erro número 1 é confundir características com benefícios”, para melhor explicar esse erro, o orador exemplificou: num carro o ar condicionado é benefício ou característica? É característica. O benefício – que é o que se deve comunicar – é o conforto);

- dar poder aos outros para atuar de acordo com a visão;

- planear e criar *short term wins* (“é essencial criar vitórias de curto prazo” que incentivam a equipa, mostrando os benefícios da mudança);

- institucionalizar as novas práticas.

“No processo de comunicação da mudança é preciso ter em conta que as pessoas estão a ouvir a ideia pela primeira vez e não têm que a aceitar logo”, alertou, sublinhando uma vez mais a importância de comunicar bem, em alusão à expressão “change your words, change your world”. “Temos que saber escolher as palavras que o outro ‘compra’, não aquelas que nos parecem certas”. João Guedes Barbosa explicou que a gestão de mudança pode ser equilibrada ou caótica, reativa ou proactiva e que “uma boa dose de raiva por trás de um processo de mudança pode ser benéfico”, tudo dependerá da gestão que se faça dessas premissas.

Sobre os perfis/*mindsets* possíveis, referiu a classificação feita por um estudo com 65 gestores de topo a nível internacional:

- *be* (altamente conservador, não inventa, replica as práticas que existem, lógica do propósito, previsível, consistente);

- *say* (lógica das pessoas, criar, experiência, proximidade, diversidade);

- *do* (lógica do desempenho futuro, erros, imprevisibilidade, inovador, experimentação. “Nunca fizeste?... Experimenta!”)

“Qualquer um destes perfis resulta”, explicou, “o que é essencial é perceber qual o *mindset* da equipa”. Para exemplificar, recorreu à explicação das características da geração *millennials*, as pessoas que nasceram após 1980, a que a revista Time chamou a “Me, me, me generation” (“Geração eu, eu, eu!”). Quem tem que os gerir é que tem que se adaptar a esta geração em que “o salário não é a única dimensão importante; (...) há uma dimensão do bem estar de que não abdicam. (...) O que esta geração mais valoriza é o *feedback* constante, se ninguém lhes diz nada, desmotivam”. Para os gerir “temos que sair dos registos desatualizados” e reconhecer as dimensões que têm relevância para eles: consciência social, liberdade pessoal, colaboração e tecnologia. “Esta é uma geração cuja lógica é gastar; não têm a lógica da poupança e encaram o dinheiro de forma utilitária”. A encerrar a sua intervenção, referindo que um processo de mudança demorará sempre 12 a 24 meses a ser implementado e que há uma forte probabilidade de se “voltar atrás no processo”, João Guedes Barbosa deixou alguns comentários motivadores: “a mudança pode não ser fácil

mas é sempre possível; a gestão tem que existir e terá sempre que haver alguém a liderar o processo de mudança; Nunca desistir!” Na fase de comentários, Inês Mesquita, vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, falou da partilha de liderança a que a sua geração adere facilmente e sem resistên-

cias e sublinhou como essa geração “aprendeu a capacitar-se”, concordando com a análise de João Guedes Barbosa sobre a geração *millenials*. Edson Oliveira, coordenador nacional do CNMI, referiu que em Portugal as chefias são muito longas o que considera prejudicial a estes processos de mudança e evolução.



Educação médica contínua: um imperativo ético



Ricardo Fontes-Carvalho e Nikki Curtis

Mesa redonda em que se debateu se a educação médica contínua é algo que só está ao alcance dos que têm tempo livre e bons recursos. Os intervenientes foram unânimes quanto à importância deste processo e também quanto à necessidade de se encontrarem formas mais eficazes de formação contínua do que os congressos tradicionais, tendo sido apresentadas diversas soluções.

A mesa foi moderada por **Diana Fernandes** (da Secção Regional do centro) e **António Vaz Carneiro**, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Num breve enquadramento do tema, António Vaz Carneiro explicou que diz aos seus alunos “para não lerem revistas científicas” dada a excessiva proliferação de artigos: “ao final do dia de hoje existirão mais 6.000 novos artigos”. “No momento em que tenho o doente à minha frente e para meu suporte à decisão, preciso de

um sistema que filtre a informação”, sublinhou. Referenciando a existência de pelo menos três sistemas que têm a função de filtragem, Vaz Carneiro referenciou o BMJ “que nos envia 3 *abstracts* comentados, o que permite que ao final do ano tenhamos 150 artigos, que são o essencial”. “A prática clínica muda a cada dez anos, em todas as especialidades”, facto para o qual contribuem os doentes bem informados sobre as suas doenças. Quanto à recertificação considera que “não existem sistemas ca-

pazes de captar a complexidade do que é o ato médico”.

Ricardo Fontes-Carvalho, membro do Comité de Educação da Sociedade Europeia de Cardiologia, começou a sua intervenção recordando as palavras de Nelson Mandela: “a educação é uma arma importante para mudar o mundo”, mas também para mudar a medicina, frisou. “A educação médica contínua, se bem aplicada, pode de facto melhorar os *outcomes* clínicos. (...) Não é só para quem tem tempo livre, deve ser uma obrigação



Vaz Carneiro e Diana Fernandes, moderadores



Luís Filipe Gomes

dos médicos e uma preocupação da sociedade em geral pois pode melhorar a forma como tratamos os doentes”. “Tem que haver interesse dos hospitais no desenvolvimento profissional contínuo dos seus médicos; é preciso identificar necessidades, definir objetivos e avaliar o programa de educação”. Considerando que no nosso país há grandes desafios nesta área, Ricardo Fontes-Carvalho elencou alguns deles: “primeiro, em Portugal, a educação médica contínua é voluntária; e a recertificação é um tabu”, o que nos leva à segunda dificuldade: “falta uma discussão séria sobre recertificação”. Para agravar esse panorama, refere como terceiro problema da educação médica a “heterogeneidade dos modelos de educação médica contínua a nível europeu” e a necessidade premente de harmonização, tendo referido que “os programas europeus de educação médica contínua deviam ter uma versão em português”. Como exemplo do caminho a seguir, referiu o *Core Curriculum for the General Cardiologist* da Sociedade Europeia de Cardiologia que define precisamente o que um cardiologista deve saber. O papel da Indústria Farmacêutica na educação foi igualmente refe-

renciado por este orador como mais um assunto tabu, facto que “abre espaço para conflitos de interesse”, sublinhando que, em seu entender, “a plataforma de transparência podia ser interessante” mas que “é usada de forma errada” pois os laboratórios têm acesso livre a tudo o que médico fez ou de quem recebeu apoios. Referenciou igualmente o novo ambiente regulatório, que começou nos EUA mas que também já chegou a Portugal, por via do qual há maior restrição aos apoios da IF à formação médica contínua. Um desafio muito importante é também perceber que informação é diferente de educação e de conhecimento: “uma coisa é debitar conteúdos, outra é educar, e outra igualmente diferente é a aquisição de conhecimentos”. Conscientes dessas diferenças, “é preciso encontrar novos modelos de formação médica” que não se sustentem apenas nos congressos tradicionais mas que poderão passar por soluções simples como gravar apresentações dos congressos para um visionamento diferido no tempo ou por *e-learning*, “com custos mais baixos, flexibilidade temporal e audiências globais” e que podem incluir *webinars*, plataformas de casos clínicos, aplicações

para telemóvel, etc. permitindo grande interatividade. Ricardo Fontes-Carvalho explicou o que é a *ESC E-learning Platform* e como funciona tendo referenciado, por exemplo, como se fazem galerias de casos clínicos típicos onde se explicam o diagnóstico e a abordagem terapêutica.

Luís Filipe Gomes, especialista em MGF que foi responsável do gabinete de formação da ARS Algarve, começou por definir educação médica contínua e referindo que deve representar “a procura incessante da excelência, constante atenção aos desenvolvimentos relevantes”, enquanto “um imperativo ético” dos médicos. Igualmente crítico quanto à formação que se baseie apenas em congressos, porque se traduzem em “passividade, irrelevância, falta de discussão, vergonha em perguntar” e consubstanciam um paradoxo da formação pois “nos congressos vamos assistir ao que mais gostamos e não ao que mais necessitamos”. Defensor de que a autoaprendizagem deveria “ser registada num *portfolio* de desenvolvimento profissional”, como se faz em muitos outros países da Europa, explica que esse registo inclui “reflexão e articulação do que foi aprendido, resumos, revisões críticas, projetos, notas de aprendizagem, etc.”. Luís Filipe

Gomes explicou a importância da “aprendizagem reflexiva”: “o que se passou? Qual o significado da ocorrência? O que vou fazer com isso?”, questões que também devem estar refletidas no *portfolio*. Defensor dos “pequenos grupos de formação, constituídos por especialistas, com reuniões periódicas, que tratam problemas importantes, com um tutor/facilitador de aprendizagem, que respondam às necessidades do grupo, nomeadamente às necessidades criadas pela prática clínica”, citou diversas vantagens desta abordagem à educação médica contínua: “desenvolve a comunicação interpares, fornece suporte psicológico, estimula a aprendizagem, etc.” O ex-responsável pelo gabinete de formação da ARS Algarve propõe assim a autoaprendizagem contínua, em forma modular periódica, utilizando reuniões de pequenos grupos e eventos educacionais, num processo que “podia ser coordenado pela Ordem dos Médicos através do seu Conselho Nacional para a Avaliação da Formação”. Esses pequenos grupos têm também a vantagem de implicarem custos baixos e serem fáceis de criar a nível regional e nacional mas, alertou, “a baixo custo não é a custo zero!” pois tem que haver, por exemplo, alguma compensação aos tutores. Este procedimento defendido por Luís Filipe Gomes está implementado em diversos países há mais de duas décadas.

Nikki Curtis, coordenadora do *British Medical Journal (BMJ) Learning*, começou por referenciar que a educação contínua tem que se traduzir num melhor desempenho dos médicos e numa melhoria da qualidade do ato médico. Como ponto de partida defendeu o auto-conhecimento pois é essencial que o médico esteja cons-

ciente das suas fraquezas e das suas capacidades para assegurar o sucesso do processo de educação médica contínua, definindo este conceito como “atividades educacionais que servem para manter, desenvolver ou aumentar o conhecimento, capacidades, competências e o desempenho profissional e relações, que o médico usa para prestar cuidados ao doente, público ou profissão”. Sobre as motivações dos médicos, Nikki Curtis explicou que no início da carreira o medo de errar é



Agostinho Sousa

aprendizagem citou: congressos, *e-learning*, conversar com colegas, ler artigos, escrever artigos, tutorar ou ser tutorado, etc.

Na fase de debate, com grande participação, Pereira da Silva explicou como tenta transmitir aos seus alunos que “o conhecimento vai fazê-los mais felizes” e defendeu que a recertificação poderá ajudar a tornar as pessoas mais conscientes de tudo aquilo que não sabem. Nikki Curtis concordou, mas alertou que “a recertificação não pode ser só tes-



Pereira da Silva

uma das principais. A representante do BMJ define quatro áreas a melhorar - “o que eu sei, o que faço, como faço e qual o impacto nos cuidados que presto?” – num processo permanente que deverá obedecer à definição do ciclo de aprendizagem de Kolb, cujo modelo é composto por quatro fases: experimentar/fazer – refletir/rever – concluir/aprender – testar/experimentar. “Conhecer não é suficiente, é preciso aplicar; Querer não é suficiente, é preciso fazer”, asseverou, explicando que o BMJ tem um *portfolio* que, quando usado com regularidade, pode ser uma ferramenta muito útil, nomeadamente para capturar, registar e medir a aprendizagem efetiva e o seu impacto na prática clínica. Das diversas formas de

tar conhecimentos, mas também competências e comportamentos”. Da sua experiência pessoal, a representante do BMJ salientou a “importância do comportamento na abordagem ao doente, que faz de nós melhores médicos” e concluiu dizendo que “se não sabemos, devemos ser honestos com o doente”.



Inquérito nacional Satisfação com o Internato Médico



No âmbito do 19º Congresso Nacional de Medicina/10º Congresso Nacional do Médico Interno foram apresentados os resultados de um inquérito nacional elaborado pelo Conselho Nacional do Médico Interno que teve como objetivo avaliar a satisfação em relação ao internato. Dos 9774 internos, responderam 3456, o que se traduz numa taxa de resposta de 35%. Os dados apresentados foram ainda preliminares mas permitem inferir que no ano comum há maior colaboração interpares, o que diminui durante os anos de formação específica o que também se reflete no facto de os internos do ano comum terem um grau de satisfação, com a sua formação, superior à satisfação dos internos da especialidade.



Miguel Bigotte Vieira, do Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI), começou por referenciar os poucos estudos que existiam (citando, por exemplo, o estudo realizado na região norte apenas com internos de MGF e o estudo de âmbito nacional realizado em 2005 em que a taxa de respostas ficou nos 12%) e explicou que em 2005 foi efetuado um inquérito nacional no Reino Unido, o qual já foi aplicado em 14 países, tendo sido esse o modelo escolhido para

a concretização do inquérito nacional de satisfação dos médicos internos em Portugal, embora tenha sido alvo de análise e adequação por parte de um grupo de trabalho (coordenado por este orador) que acrescentou algumas perguntas sobre os orientadores de formação e a direção do internato médico. Referindo-se aos primeiros resultados deste inquérito, Miguel Bigotte Vieira sublinhou a importância fundamental das respostas serem anónimas para garantir a validade das mesmas.

João Paulo Farias, presidente do Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM), e Rui Capucho, do Conselho Nacional da Pós-Graduação, concordaram que este trabalho “hercúleo” será um bom princípio para um processo de melhoria do internato médico que envolva Colégios da Especialidade e CNIM. Edson Oliveira do

CNMI salientou que “temos um bom internato” e que, com este estudo, “podemos perceber onde ele é melhor e replicar o que está bem” e defendeu a necessidade de ciclicamente se fazer este inquérito para medir o resultado de quaisquer alterações que sejam implementadas. Referenciou que as especialidades com maior grau de satisfação são endocrinologia, cardiologia, anestesiologia, medicina geral e familiar e gastroenterologia, o que, segundo Rui Capucho, se justificará pela “boa organização dos respetivos internatos e pela qualidade dos seus programas de formação” e quanto às piores classificadas, nomeadamente cirurgia geral e medicina interna, defendeu que “é preciso uma reflexão profunda”. As especialidades pior classificadas, como referenciado por Edson Oliveira, foram pneumologia, cirurgia geral, medicina



João Paulo Farias

interna, oncologia médica e, em último, medicina legal (esta última teve uma taxa de respostas de 100% o que poderia tornar este resultado mais preocupante mas, como foi frisado por Rui Capucho, trata-se da única especialidade que está sob a tutela do Ministério da Justiça e não do Ministério da Saúde, o que pode implicar diferentes sensibilidades na abordagem ao internato de medicina legal). João Paulo Farias considera que a razão provável dessa má classificação estará relacionada com a gestão de expectativas pois, como foi frisado por Inês Madaleno (CNMI), são especialidades com muita procura. O presidente do Conselho Nacional do Internato Médico referiu ainda que devemos ter em conta que “2% dos internos têm a totalidade dos problemas” e que a forma de os resolver é com sensatez e alertou que, por vezes, há um distanciamento entre os internos e os responsáveis de estágio ou com a coordenação do internato médico. A título de conclusão, foi referido que no ano comum há maior colaboração interpares, o que diminui durante os anos de formação específica; os internos de formação específica sentem falta de apoio da equipa para a tomada de decisão; os internos do ano comum têm maior grau de satisfação com a sua formação são os que têm. Foi também referenciada por Edson Oliveira a importância da atualização e da dinâmica dos serviços



Rui Capucho, Inês Madaleno e Edson Oliveira

a propósito do tempo de estudo definido no posto de trabalho (pois é uma das respostas onde o grau de insatisfação foi superior por não haver tempo suficiente para a atividade científica) e, no mesmo contexto, João Paulo Farias falou da importância de “permitir estágios fora da instituição”, área em que é necessário o apoio da direção clínica e da administração. Embora a satisfação vá diminuindo à medida que o internato avança, verifica-se uma ligeira subida no 6º ano o que, para Edson Oliveira se justifica pela satisfação pessoal e profissional do interno ao poder praticar atos médicos mais diferenciados com maior autonomia. A nível nacional os médicos internos apresentaram, na globalidade, níveis elevados de satisfação, destacando-se marcadas assimetrias de acordo com o ano de especialidade, região e grupo de especialidade. Relativamente a aspetos passíveis de melhoria foi ainda sugerida a melhoria dos locais, nas instituições de formação, destinados ao descanso durante o trabalho em período de urgência, a criação nas instituições de formação de um manual informativo e de procedimentos para médicos internos e a criação de estruturas de apoio ao percurso profissional do médico interno e carreira futura. Em fase de debate, Pereira da Silva referiu não considerar que se possam tirar conclusões quanto à qualidade dos internatos estrita-

mente a partir da satisfação dos internos porque, “perante a mesma realidade quem tem expectativas mais elevadas terá menor grau de satisfação”. “Satisfação não se pode confundir com qualidade”, concluiu, referindo considerar a validade do inquérito mas não algumas das conclusões extrapoladas a partir dos seus resultados. Já João Paulo Farias recordou que a satisfação é um parâmetro essencial para avaliação da qualidade. Os representantes do Conselho Nacional do Internato Médico, Conselho Nacional do Médico Interno e Conselho Nacional da Pós-Graduação concordaram que o inquérito nacional de satisfação realizado em 2016 é um trabalho muito importante para a análise e melhoria do internato, reconhecendo a sua convicção de que o internato médico é bom mas tem, naturalmente, tal como este inquérito, espaço para aprendizagem com as críticas e melhorias futuras.

Nota de redação:

a posição e comentários de Jaime Teixeira Mendes (presidente do CRSul) a este inquérito estão reproduzidos na página 46 desta ROM.



Investigação e formação médica: centros académicos

FORMAÇÃO MÉDICA

Crescemos juntos no saber e na prática.

Ensino, clínica e investigação foram representadas nesta mesa respetivamente por Nuno Montenegro, Manuel de Brito e António Jacinto, que falaram sobre as várias vertentes dos centros académicos e o que está a ser feito para concretizar a sua implementação, numa mesa moderada por Jorge Torgal (CRS).



Nuno Montenegro

Nuno Montenegro, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, começou por fazer um enquadramento histórico sobre centros académicos explicando que com instituições muito corporativas não é fácil alterar as tradições, razão pela qual processos de integração podem ser um pouco morosos. Faz todo o sentido que o Hospital de São João, que já em 1959 havia sido chamado de “hospital escolar” por Hernâni Monteiro, faça parte de um consórcio para centro académico. O CUME – Centro Universitário de Medicina – tem desenvolvido o projeto com a criação de grupos de trabalho (em áreas como comunicação



Manuel de Brito

e imagem, relações internacionais e mobilidade, biblioteca e recursos digitais, etc.) e departamentos académicos (com a reorganização dos departamentos da FMUP já aprovada com vista ao potenciar do desenvolvimento de redes de partilha de conhecimento), criaram agrupamento de entidades adjudicantes pois existe “vontade de fazer” mas, como explicou Nuno Montenegro, para avançar com o centro académico e pensar o futuro, “é tempo de levantar algumas questões” sobre opções estratégicas nomeadamente sobre o modelo de gestão, tipo de financiamento diferenciado, se haverá ou não contratualização única (o

orador defende que deveria existir contratação única mas não há definições quanto a essa questão).

Manuel de Brito, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, referiu que as preocupações e dúvidas são idênticas às já referenciadas por Nuno Montenegro mas que o processo de integração foi facilitado pelo facto de já existir uma relação prévia entre a Faculdade de Ciências Médicas e o centro hospitalar, razão pela qual o CMUL - Centro Médico Universitário de Lisboa - nasce “naturalmente”. O centro clínico académico, designação que, por ser mais abrangente, é a preferida de Manuel de Brito, procura prestar cuidados de saúde de qualidade, educar, formar e investigar, o que já era feito antes mas que, com a criação do centro académico, “passou a ser feito de forma enquadrada e mais organizada”. Para já “implementou-se o modelo de gestão cooperativo que é o mais acessível mas também seria possível optar pelo modelo de co-governança ou pelo modelo integrado. Um dos constrangimentos referidos foi o facto de a portaria que cria os centros referenciar que os mesmos não têm persona-



António Jacinto

lidade jurídica. “Se quisermos que os centros avancem, estes constrangimentos têm que ser ultrapassados”. Sobre a estrutura dos centros, Manuel de Brito acha que deve haver uma definição mínima por parte do Conselho Nacional para haver alguma homogeneidade e para que haja um “quadro de referência” que evite que se desvirtue o conceito de centro académico. O centro que representa abre-se a outras instituições que se integram no consórcio por via do Conselho de Cooperação e Parceria. “Queremos que os nossos parceiros participem nas nossas decisões”. Para o desenvolvimento de projetos concretos, o centro que representa definiu núcleos integrados de ação clínica e académica. Referida a estrutura, Manuel de Brito falou um pouco de resultados, pois dado o escasso tempo decorrido, admite serem ainda insípidos, mas projetou necessidades e objetivos futuros: “necessitamos de uma agenda para a divulgação do CMUL pois mesmo no hospital sentimos que não sabem o que é este centro”; Outro fator importante é fazer com que todos percebam o que irão ganhar em termos assistenciais pelo facto de existir o centro razão pela qual já têm agendadas reuniões com



José Manuel Silva

centros de saúde, áreas assistenciais, departamentos hospitalares, etc.

António Jacinto trouxe ao debate a componente da investigação, em representação do CEDOC – Centro de Estudo de Doenças Crónicas, tendo referido as vantagens de um centro médico universitário para a investigação no que se refere à investigação fundamental ou translacional (mais e melhor acesso a colaborações com clínicos, oportunidade de desenvolver projetos a partir de questões clínicas), ao ensino da medicina (com médicos não só melhor preparados para tratar hoje mas também mais capacitados para compreender e aplicar as terapias do futuro), do ponto de vista dos hospitais (os médicos mais jovens têm um interesse crescente pela investigação; dominar tecnologias avançadas, promover a inovação e capacitar os seus profissionais, possibilidade de participar em ensaios clínicos e gerar avanços terapêuticos). Também nas questões financeiras podem existir vantagens como referiu António Jacinto pois “uma investigação de qualidade trará retorno económico (nomeadamente através de parcerias com a indústria farmacêutica e a elaboração de ensaios clínicos)”. O orador refe-

riu igualmente algumas sinergias práticas possíveis com: biobancos, estruturas de apoio à investigação clínica, gabinetes de apoio a candidaturas a financiamento, estruturas de apoio à investigação clínica e desenvolvimento de *startups*, etc. Na fase de debate, José Manuel Silva, bastonário da OM, salientou que “um país pequeno como o nosso só se pode distinguir pela qualidade, nunca pela quantidade” e referiu que a investigação é precisamente um dos motores da qualidade pois “todos beneficiamos quando cada ato médico é encarado como um potencial ato de investigação”. Inês Mesquita, interna de anesthesiologia e doutoranda, falou da sua experiência pessoal com as dificuldades em conciliar internato, investigação, etc. acabando por recorrer a licenças sem vencimento porque “há muitas dificuldades para os jovens médicos que queiram fazer investigação”.





Cerimónia de abertura

V Simpósio Acta Médica Portuguesa: Ensino e ética da publicação científica

Com o objetivo de promover o debate entre editores, autores e outros agentes envolvidos na comunicação e publicação biomédica, teve lugar a 4 de novembro o V Simpósio da Acta Médica Portuguesa, que este ano decorreu no Centro de Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

A cerimónia de abertura juntou o Editor-Chefe Rui Tato Marinho, o Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães e o Bastonário da Ordem dos Médicos José Manuel Silva, de cujas intervenções sobressaiu a importância da Acta Médica Portuguesa (AMP) não apenas para os seus associados mas também no contexto da publicação científica nacional. Rui Tato Marinho evidenciou os principais desafios com que se tem vindo a debater enquanto Editor-Chefe da publicação, enquanto Miguel Guimarães e José Manuel Silva optaram por enaltecer o trabalho desenvolvido pela AMP graças ao conti-

nuado apoio da presente Direção, alertando para a necessidade de consolidação e expansão dos respetivos Conselho e Corpo Editoriais.

A primeira sessão dos trabalhos foi então aberta, dando voz às quatro revistas médicas portuguesas com Factor de Impacto da Web of Science (Thomson-Reuters). Coube a Rui Tato Marinho dar início aos trabalhos, com uma breve resenha do trabalho desenvolvido desde junho de 2011, momento em que assumiu a liderança da Acta Médica Portuguesa: não só procedeu à publicação imediata dos cerca de 250 artigos que então se encontravam por publicar como otimizou todo

o processo editorial por via da utilização de uma plataforma eletrónica operada por uma equipa profissionalizada – inovações essas que se viriam a traduzir no aumento sustentado do Factor de Impacto em anos recentes e nas cerca de 900 submissões que se prevê receber até ao final do ano de 2016.

Lino Gonçalves, Editor-Chefe da Revista Portuguesa de Cardiologia (RPC), partilhou igualmente um pouco da história da publicação, com existência desde 1999 e um crescente número de submissões, mais expressivo nos anos recentes. Da análise destas submissões, contudo, resulta que os artigos atualmente mais submetidos se destinam



Lino Gonçalves na sessão de perguntas e respostas

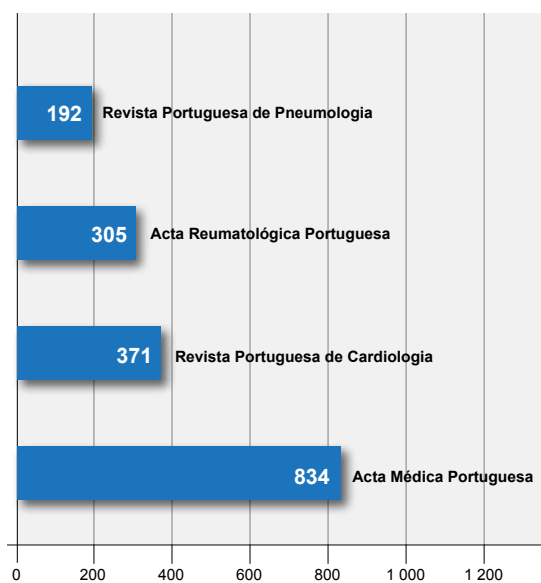
às secções de Casos Clínicos e Imagens Médicas – o que reflete, por um lado, a falta de disponibilidade dos médicos para se dedicarem à investigação científica mais elaborada e demorada, que se possa traduzir em Artigos Originais e por outro, a forte pressão a que os médicos, especialmente os internos, se encontram sujeitos para publicar, o que os leva a optar por um formato mais acessível de publicação. Em resultado direto desta situação, e a par dos sumários eletrónicos lançados recentemente, enviados para os endereços de *mail* dos subscritores e que de forma apelativa disponibilizam as conclusões de artigos originais, promovendo assim a sua visibilidade. A RPC planeia lançar em 2017 – entre uma série de outros projetos em carteira - uma revista em formato eletrónico exclusivamente dedicada a estes dois tipos de artigos.

A Revista Portuguesa de Pneumologia (RPP) fez-se representar pelo seu Editor-Chefe, António Morais, a quem coube resumir a recente atividade da publicação e em particular os

principais desafios com que se depara após a adesão à editora Elsevier, e ao crescimento exponencial do Factor de Impacto que, reconheceu, terá atingido o seu máximo no atual formato. A par da manutenção da língua inglesa como idioma de publicação, a RPP tem vindo a considerar a alteração do seu nome, como estratégia primordial para atrair o mercado internacional de leitores e revisores e assim colmatar a saturação dos revisores que tem vindo a verificar a nível nacional.

A encerrar a primeira sessão esteve a Acta Reumatológica Portuguesa (ARP), que pela mão da Editora-Chefe Elsa Vieira de Sousa recordou o percurso da revista desde a sua primeira edição em 1973, abordando em detalhe a análise interna realizada após a queda do Factor de impacto em 2014 de que resultou a conclusão de que a mesma terá decorrido de atrasos na indexação junto da PubMed, a par do aumento do número de artigos publicados, e do decréscimo do número de artigos publicados em inglês. Com o objetivo de agilizar o processo de

Peer Review – e bem assim, todo o processo editorial - a ARP disponibilizou entretanto manuais *online* para Autores e Revisores. Apostou ainda na rápida publicação de artigos em *Online First* e em padrões de exigência mais elevados, que se traduziram no aumento da taxa de rejeição pelo Editor logo após a submissão, estratégia que em 2015 permitiu atingir de novo um Factor de Impacto significativo. Nos próximos anos, é primordial uma reflexão relativa ao idioma de publicação, estrutura de cada edição, e sobretudo a definição de uma estratégia de divulgação, onde os meios online terão um papel de maior relevo, em oposição à edição em papel. A sessão II do V Simpósio, moderada por Luís Castelo-Branco e Pedro Câmara Pestana, Editor-Chefe da AMPStudent, iniciou-se com a alocução de Adelino Leite Moreira relativa à importância da investigação clínica e científica por estudantes. A par de um forte crescimento da investigação biomédica básica nas últimas duas ou três décadas, tem-se verificado um défice de investigação clínica e translação no nosso País, por falta de articulação entre as instituições prestadoras de cuidados de saúde e laboratórios de investigação, insuficiência de infraestruturas dedicadas à investigação clínica e à escassez de programas de financiamento especificamente dirigidos à promoção deste tipo de investigação. Neste contexto e com o objetivo central de fomentar a “ponte” entre o ensino e a investigação, a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto integrou desde 1997 mais de 60 alunos nas equipas de investigação, com resultados quan-



Artigos submetidos às “Big Four” durante o ano de 2015

tificados em 26 teses de doutoramento entretanto defendidas (cada qual com uma média de 6 artigos publicados, todos conjugando com sucesso a investigação e a atividade clínica). Tomou de seguida a palavra Guilherme Tralhão, que com a audiência partilhou a sua experiência na criação e gestão do Gabinete de Apoio à Publicação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e do Gabinete da Integridade e Rigor na Investigação e Publicação Científica, entidades que asseguram a proximidade entre o serviço hospitalar e a faculdade de Medicina. O primeiro teve como objectivo inicial apoiar os projetos desenvolvidos no âmbito da actividade clínica ou ligados a pós-graduações académicas de profissionais do CHUC, nas diversas áreas das ciências da saúde. Para tal, dispõe de uma equipa técnica que assegura prestações específicas tais como o tratamento estatístico de dados, a criação e tratamento de imagens para publicação e apresentações científicas, a tradução e/ou escrita de artigos

científicos de investigação clínica, em inglês, assim como a formatação das publicações científicas de acordo com as diferentes normas das editoras. Já com a criação do Gabinete da Integridade e Rigor na Investigação e Publicação Científica foram criadas e implementadas medidas com vista a promover a integridade científica da investigação e a incentivar as boas práticas.

Na sessão III, o painel da mesa redonda referente à “Investigação e publicação nos currículos do curso de Medicina” contou com a moderação de Maria do Carmo Fonseca e Lino Gonçalves. Convidados a participar estiveram personalidades de renome nacional como Margarida Correia-Neves (Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho), Maria Amélia Ferreira (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto) e Luísa Lobato em representação de António Sousa Pereira (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). A elevada qualidade deste painel permitiu assistir a uma viva reflexão crítica acerca das várias estratégias de incentivo à publicação aplicadas por algumas Faculdades de Medicina a nível nacional e levaram posteriormente a audiência a participar no debate sobre os principais constrangimentos que cada uma dessas Faculdades enfrenta.

O regime (obrigatório ou optativo) em que estas cadeiras devem ser lecionadas, o tipo

de conteúdos lecionados (introdução aos métodos de investigação, princípios básicos de recolha e gestão de dados, introdução à estatística, entre outras) e o ano curricular em que estas devem ser inseridas foram alguns dos primeiros pontos discutidos, com diferentes filosofias a serem seguidas pelas diferentes escolas médicas. No entanto, apesar das suas diferentes estratégias pedagógicas, foi entendimento comum que a existência de incentivos, quer académicos - com a atribuição de uma classificação ao Trabalho Final de Mestrado, a qual pode ser valorizada pela publicação científica; quer financeiros, através do apoio ao desenvolvimento de projectos; quer em termos de “tempo protegido” para docentes e discentes para investigação são pontos essenciais para o sucesso da inclusão da investigação e publicação nos cursos de Medicina. Assim, muitos são os avanços que se têm feito a nível local nas diferentes escolas médicas para promover a investigação e publicação científica. Contudo, muitos são ainda os constrangimentos que dificultam a implementação destas medidas, nomeadamente a nível burocrático, no que diz respeito à aprovação pelos diferentes comités de ética ou no acesso dos estudantes às bases de dados dos doentes.

Deste modo, apesar de uma visível mudança positiva visando a inclusão da investigação e publicação científica nos cursos de Medicina, muitas são ainda as ações necessárias que as diversas entidades formadoras deverão empreender de forma a facilitar e desburocratizar este processo e mantendo presente



Débora Miranda- a fraude no jornalismo científico



Intervenção de Maria Amélia Ferreira

que é a qualidade dos trabalhos produzidos e não a quantidade como principal objetivo a atingir.

Desde sempre assumida como um dos principais momentos do V Simpósio AMP, a sessão IV teve como objetivo a discussão de tópicos relativos à ética na comunicação científica. Pedro Alberto Escada introduziu a questão da credibilidade cien-

tífica dos jornais médicos de estudantes, a partir da premissa de que a escrita médica é uma estratégia de ensino eficiente. Com efeito, através da escrita de casos clínicos, o estudante de medicina experiencia uma primeira aproximação à escrita científica, o que desde logo lhes proporciona uma sólida base para a preparação e publicação de manuscritos. Na Escola Mé-

dica da Universidade Nova de Lisboa, este conceito é aplicado entre o segundo e o quarto ano de formação académica. Ao longo da história, foram creditadas a estudantes algumas descobertas médicas famosas, tais como a dos espermatozoides (Johan Ham, 1667) ou a da insulina (Charles Best, 1921), pelo que a credibilidade de publicações editadas por e para estudantes não é algo que possa ser de imediato validada ou excluída. Em todo o caso, e perante os diversos formatos disponíveis até a nível internacional, foi possível concluir que o mais adequado é o que se apresenta sob a forma de *student corner* integrado numa revista indexada e com factor de impacto – precisamente o modelo implementado pela AMPStudent.

A apresentação de Helena Donato apresentada por e com o contributo de Rui Tato Marinho, relativa ao lado obscuro das publicações e às publicações predatórias, constituiu outro ponto fulcral do encontro, já que o tópico tem aglutinado preocupações dos vários quadrantes da edição médica – em Portugal e não só. Nos últimos anos têm vindo a surgir várias editoras respeitáveis com modelos de negócio baseados no acesso livre, cujos custos operacionais não são suportados pela assinatura das revistas (estas encontram-se disponíveis gratuitamente, em open access), mas pelos próprios autores, que pagam um valor por cada artigo publicado. Este tema originou um dos momentos de debate mais vívido da reunião, tendo a audiência reportado vários casos de artigos pagos a diversas editoras, situação esta que se tem vindo a tornar procedimen-

to comum a nível internacional, tendo sido inclusivamente citados exemplos nas maiores revistas médicas internacionais. A propagação deste modelo em *open access* confundiu-se entretanto com a publicação predatória, que o explora em seu próprio benefício, tirando partido da “síndrome *publish or perish*”. A maioria destas revistas é oriunda de países como Índia, Paquistão, Nigéria, embora indiquem endereços dos EUA ou Reino Unido – estas entidades atuam como sendo legítimas, copiando os sites e práticas de revistas respeitadas. Apesar do prometido “processamento em *fast-track*”, o *peer review* destas revistas é fraco ou mesmo inexistente, comprometendo a qualidade da informação científica divulgada. Para além disso, estas revistas apresentam geralmente identificações atrativas e facilmente confundíveis com publicações já implementadas no mercado, porém a sua única indexação é no Google Scholar e o seu Factor de Impacto “falsificado”. Uma listagem deste tipo de publicações foi coligida por Jeffrey Beall – personalidade que recentemente e a este respeito realizou a revisão de um artigo para AMP - na já famosa Lista de Beall (<http://scholarlyoa.com>).

A encerrar a sessão da manhã, Débora Miranda desenvolveu o tópico “Fraude (in)voluntária no jornalismo científico”. A oradora, que durante vários anos esteve ligada à London School of Hygiene & Tropical Medicine

na qualidade de jornalista científica, explicitou os passos necessários a dar por forma a transmitir ciência através dos meios de comunicação sociais, já que em geral os conteúdos a transmitir e os formatos da comunicação não coincidem, entre cientistas (médicos e não só) e jornalistas. Este desajuste pode dar origem a fraude, quer voluntária (onde o jornalista distorce factos científicos para lhes dar valor noticioso), quer involuntária (notícias publicadas com base numa interpretação desajustada da ciência). Para prevenir estas situações, é necessário que investigadores e/ou clínicos adaptem os seus conteúdos informativos aos interesses do jornalista, já que este detém uma perceção mais clara sobre o que interessa ler ao consumidor de notícias – sobretudo num contexto digital imediatista da sociedade atual. A sessão da tarde foi inteiramente dedicada à realização de quatro Small Working Groups, que traduziram a vontade de criar dentro do Simpósio AMP espaços de elevada dinâmica e interação entre participantes e dinamizador, com o objetivo de fornecer e/ou desenvolver competências práticas: “Critérios de autoria: papel do estudante dentro da equipa de investigação”, monitorizado por Ivo Álvares Furtado; “Redes sociais e publicação científica”, coordenado por José Carona Carvalho; “Como escolher um título e um bom abstract”, liderado por João Massano; e “Como manter

o conhecimento up-to-date”, por António Vaz Carneiro. As conclusões (*abstracts*) dos quatro grupos de trabalho serão disponibilizadas na edição de novembro da Acta Médica Portuguesa.

Ao abrigo de protocolos de colaboração entre a AMPStudent e os Congressos nacionais de estudantes e jovens médicos, houve ainda lugar à apresentação de cinco trabalhos científicos, vencedores das respetivas competições: “Correlação dos parâmetros de reserva ovárica nos ciclos de procriação medicamente assistida” de Vanessa Albino, “How to achieve quality in medical education? Inter-rater agreement about item-writing flaws in multiple-choice questions: the case of Clinical Anatomy” por Bruno Guimarães, “Splicing alternativo no desenvolvimento neuronal” por Mariana Ferreira, “Doentes com carcinoma da próstata metastizado castração resistente” por Catarina Dantas e “An in vitro model to study the effect of fresh red blood cell transfusions in the phenotype of T lymphocytes” por Carolina Alves Padrão.

No encerramento dos trabalhos, Rui Tato Marinho agradeceu a todos os presentes a participação e o debate sempre intenso que, como é já habitual, caracterizou também este V Simpósio Acta Médica Portuguesa, fazendo votos de que esta iniciativa possa continuar a repetir-se no futuro.



Crianças informadas serão cidadãos mais responsáveis

Em países como o Reino Unido, uma em cada cinco consultas são para tratamento de problemas de saúde menores, tais como dores de cabeça, tosse, gripes e constipações, dor nas costas, problema capilares e doenças do viajante (fonte: Selfcare Forum). A aposta numa melhor informação poderia gerar poupanças de £2 mil milhões ao SNS, valor das consultas médicas não realizadas (dados SNS UK; 2012). O programa Tratar de Mim procura abordar estes problemas começando com a literacia em saúde dos mais novos.

A maioria das pessoas sabe que estes sintomas não constituem um problema sério de saúde. No entanto procuram na consulta médica um alívio rápido dos seus problemas de saúde, para além de quererem saber a duração e permanência dos sintomas ou o que fazer em caso de alteração dos sintomas. O programa Tratar de Mim tem como objetivos contribuir para uma maior consciencialização da população em matéria de saúde, promover a capacitação dos cidadãos e melhorar o seu conhecimento relativamente aos medicamentos não sujeitos a receita médica. A iniciativa, proposta e impulsionada pela APIFARMA/OTC (Comissão Especializada dos

Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica) e inspirada no Self Care Forum britânico, tem como parceiros a ANF - Associação Nacional das Farmácias, a DGS - Direcção-Geral da Saúde, o INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., a Ordem dos Farmacêuticos, a Ordem dos Médicos e a Valormed.

O programa está comprometido em desenvolver materiais informativos que permitam ao cidadão e também ao profissional de saúde saber como orientar as decisões individuais em saúde e já é possível obter folhetos sobre a utilização segura e responsável dos medicamentos não sujeitos a receita médica, como organizar medicamentos, febre, gripes e constipações e dores de garganta. Progressivamente irá ser alargada a informação e aconselhamento a temas de saúde de interesse geral e desenvolver acções formativas em universidades e escolas. O programa Tratar de Mim visa incentivar as pessoas a assumir a responsabilidade pela sua própria saúde. O incentivo a uma melhor Saúde passa também pela qualidade da informação que está disponível para os cidadãos e que lhes permite tomar decisões conscientes de autocuidado, cujo impacto positivo se estende para

além da saúde individual e se repercute positivamente no próprio sistema de Saúde.

Pensando na literacia, o programa preconiza o alargamento aos mais jovens, da informação sobre saúde, nomeadamente no âmbito da promoção de hábitos de vida saudável. Para o efeito, foi concebido o jogo Tratar de Mim, destinado a crianças dos 7 aos 12 anos de idade que, através das componentes lúdica e pedagógica pretende trabalhar antecipadamente a capacidade de aquisição de conceitos sobre saúde através de um conjunto de questões relacionadas com hábitos de vida saudável e uso responsável do medicamentos não sujeito a receita médica, indicados para o tratamento de problemas de saúde ligeiros e sem gravidade. Este jogo é uma das atividades dinamizadas junto das crianças que visitam o espaço Farmácia/Saúde da KidZania, em Lisboa e está igualmente disponível no site do programa, em versão digital, para download e utilização em casa, na escola, na farmácia ou no consultório médico. Crianças informadas serão cidadãos mais responsáveis.

Para mais informações:
www.apifarma.pt/tratardemim



José Manuel Silva distinguido com medalha de ouro do Conselho Geral de Colégios Médicos de Espanha

José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos portuguesa foi distinguido com a medalha de ouro do *Consejo General de Colegios Médicos* de Espanha em resultado do seu apoio generoso e solidário à profissão médica espanhola e a esse Conselho. José Manuel Silva foi o primeiro médico não espanhol a receber tal distinção. Nestes tempos difíceis, mas também de oportunidades, esta medalha honra o bastonário José Manuel Silva, mas também a Ordem dos Médicos, todos os médicos portugueses e a medicina praticada no nosso país.

O presidente da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, recebeu das mãos do presidente da Organização Médica Colegial espanhola, Juan José Rodríguez Sendín, a medalha de ouro dessa organização assim como a condição de Colegiado de Honra ao ser considerado como um referencial na Medicina portuguesa e europeia. O ato de entrega do galardão teve lugar no passado dia 12 de novembro, em Madrid, durante a V Convenção da Profissão Médica, que teve uma assistência de mais de 500 pessoas pertencentes à estrutura corporativa dos Colégios de Médicos espanhóis. Transcrevemos em seguida o texto original que fundamenta, resumidamente, o galardão atribuído ao médico José Manuel Silva, bastonário da OM, como forma de expressão da

gratidão do *Consejo General de Colegios Médicos* de Espanha por todo o trabalho que desenvolveu nos últimos anos em prol da medicina praticada na Península Ibérica mas também na América Latina, Europa, etc.

"JOSÉ MANUEL SILVA. Bastonario da Ordem dos Médicos de Portugal.

Decía nuestro ilustre medico, el sabio humanista D. Pedro Lain Entralgo, que la gratitud no existe si no se expresa públicamente y eso es lo que hacemos al proponer la concesión de la Medalla de Oro del Consejo General de Colegios Médicos de España al Bastonario de la Ordem dos Médicos de Portugal, un acto de gratitud, que es una virtud que lleva contenidos de justicia, de responsabilidad, de compromiso y de solidaridad,

para alguien que desde fuera de nuestro país, pero también en España nos ha distinguido con su apoyo, su esfuerzo, su compromiso, su comprensión y su ayuda. También decimos en España que es de bien nacidos ser agradecidos. Pues con esta concesión lo somos, porque así pagamos lo que debemos y porque premiar a quien lo merece nos honra y nos hace más grandes y mas dignos.

Hay días de satisfacciones por poder cumplir deseos y obligaciones, por saldar deudas. Hoy es uno de ellos y eso distingue distingue a este día. Porque alguien que lo merece mucho nos hace un gran honor. Siempre la medicina portuguesa ha sido una referencia para los médicos españoles y hoy queremos ponerlo de manifiesto,

ponerles la guimalda al cuello de nuestro agradecimiento y reconocimiento por los muchos méritos habidos a lo largo de los años, en el cuello de su presidente o Bastonario, para agradecerle, premiarle y reconocerle esos esfuerzos para mejorar las relaciones, ahora muy importantes, entre los médicos de Portugal y de España.

Por esto y por muchas razones mas que citamos a continuación pedimos la MEDALLA DE ORO DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MEDICOS DE ESPAÑA PARA EL DR. DON JOSÉ MANUEL SILVA, BASTONARIO DE LA ORDEM DOS MÉDICOS DE PORTUGAL, LAS RAZONES EN SÍNTESIS, SI EN SÍNTESIS, PORQUE A VECES CUANDO HAY MUCHOS MÉRITOS, RESULTA DIFÍCIL ENUMERALOS TODOS Y ES FÁCIL OLVIDAR MUCHOS:

1.- Por su apoyo generoso y solidario a la profesión médica española y al Consejo General de Colegios Médicos de España. Ha participado como ponente y en reuniones del III y IV y V Foros de la. profesión Médica de España y en las Jornadas de Comisiones deontológicas de Badajoz en 2012. Además de en varios encuentros hispanolusos entre la ORDEM dos Médicos y el Consejo General de Colegios Médicos y también el el G4, el grupo medico europeo de acción y presión que integramos los dos países ibéricos junto a Francia e Italia.

2.- El Dr. Silva, se distingue por su sensibilidad hacia todo lo que se relaciona con la medicina, con el medico, con la Ordem como institución, con tenacidad en defensa de lo que le es propio y con pragmatismo propio de quien administra con los pies en la tierra, quizás

como aquel otro Silva de Toledo, pero también de origen portugués que fue el caballero de la mano en el pecho, inmortalizado por el Greco. No solo habla perfecto español, sino que siempre ha apoyado las causas de los médicos y de la medicina en algo que es compartido y de influencia mutua, porque con Portugal, afortunadamente no hay fronteras.

3.- En Jose Manuel Silva el CGCOM ha encontrado el mejor interlocutor, el mejor apoyo en las organizaciones internacionales en las que participamos y que compartimos, sino también un amigo, con todo lo que esto significa, ayudándonos en lo bueno y en lo malo, siempre empujando en la misma dirección.

4.- Jose Manuel Silva es un referente en el entendimiento entre los médicos y sus organizaciones entre España y Portugal, un apoyo en el camino y una mano amiga con vientos favorables y desfavorables. Muy especialmente compartimos compromisos con Latinoamérica y en Europa, en base a una historia también compartida y una identificación de objetivos y de formas de ver e interpretar la medicina.

5.- Su labor en Portugal, desde Coimbra, donde vive y ejerce como internista y profesor universitario, se concentra en Lisboa, la sede central de la Ordem, en una labor destacada, esforzada, conocida y reconocida por la sociedad portuguesa y la profesión médica, de la que es un referente que con esta medalla de oro, la primera que otorga este Consejo General a un médico extranjero, queremos compartir.

6.- José Manuel Silva a su com-

promiso como Bastonario de los médicos portugueses, une condiciones profesionales y humanas que también merecen un reconocimiento y un agradecimiento especial de los médicos españoles ,de la profesión médica en general y de la institución que los representa, muy especialmente, el Consejo General de Colegios Medicos . Así pues, esta propuesta tiene un valor añadido, el hermanamiento del Consejo General de Colegios Médicos de España con la Ordem dos Médicos de Portugal. Derribemos muros, abramos puertas y ventanas y también los brazos para acoger al Dr. José Manuel Silva y honrarle como se merece.

7.- Si hay dos países en el ámbito europeo que comparten principios, valores, objetivos, sistema sanitario y, también como no, problemas, somos Portugal y España. Por eso tiene un simbolismo muy especial esta distinción al Dr. José Manuel Silva, que lo es también para la Ordem dos Médicos y para nuestros compañeros de Portugal. Atravesamos tiempos difíciles pero también han sido de oportunidades para aprender y mejorar y nosotros hemos aprendido de los médicos de Portugal y de su Ordem, para hacernos mejores y ser mas fuertes. El ejemplo del presidente de la Ordem dos Médicos debe por tanto ser reconocido como una referencia que nos une y nos proyecta juntos, hacia un futuro compartido, de esfuerzos, pero también de colaboración de interacción respetuosa y constructiva, al servicio de nuestras naciones, de nuestra sociedad y nuestros pacientes y reconociendo el liderazgo y buen hacer del Dr. Silva, estamos consolidando estos objetivos.

8.- Necesitamos de la cooperación



internacional en un mundo global y sin fronteras en el que Médicos portugueses se forman en España y españoles en Portugal, en donde médicos de ambos países intercambian formación, información y trabajo, éxitos, sinsabores y problemas. También reconocemos esto al homenajear al Dr. Silva.

9.-Quien nos abre su puerta, nos cede las soluciones aplicadas a sus propios problemas, quien comparte con nosotros preocupaciones, espacios, organizaciones, objetivos y soluciones es nuestro hermano, y tenemos que hacerle llegar el reconocimiento que merece, recuerden el proverbio africano que dice, si vas solo caminaras más deprisa, pero si vas con acompañado llegarás mas lejos, eso es lo que hacen ahora la Ordem dos Médicos de Portugal y el Consejo de Médicos de España, ojalá que lleguemos juntos muy lejos.

10.-Promover el desarrollo de las relaciones internacionales es beneficioso para la profesión médica española y para el Consejo de Médicos de España, con esta importante distinción que pedimos que otorguen al Presidente de los Médicos Lusitanos, estrechamos

y reforzamos lazos y potenciamos las relaciones con el país más cercano y próximo, abrimos puertas, derribamos fronteras y allanamos caminos, compartiendo mas y mejor nuestros destinos.

Concluyendo, pedimos la máxima adhesión para honrar al presidente de los médicos portugueses, para con esta medalla hacerle también que sea un médico español, pidiéndole que nos haga el honor de aceptarla, porque con ella queremos premiar lazos, esfuerzos, pero también principios y valores compartidos que dan sentido a nuestra profesión, que la hacen grande, gracias a personas como Jose Manuel, que hacen que la medicina tenga sentido por su compromiso y entrega al paciente y a la sociedad, para procurar una medicina a cada día mejor, de mayor calidad científica y humana. Y esto es Jose Manuel Silva, un Bastionario comprometido con Portugal, sus médicos y su sociedad, pero también un humanista, un amigo de España, de los médicos de su Consejo General y de la Sociedad española. Por estas razones comprenderán que pedir y conceder esta medalla de oro no es un acto protocolario,

sino de justicia, de reconocimiento y agradecimiento, en pago justo a su esfuerzo, compromiso y entrega hacia nosotros.

También con este homenaje queremos reconocerle y agradecerle ante sus hijos, su familia, y sus compañeros de Portugal y a la propia Ordem Medica de Portugal, a todos ellos les decimos que pueden estar legítimamente orgullosos de su padre, amigo, compañero y Bastionario, porque les sirve mucho y bien y porque colaborando con los médicos de España y su Consejo General trabaja para mejorar la medicina, toda, en España y Portugal, EUROPA y el Mundo. Sirva pues esta distinción de homenaje y hermanamiento, con nuestra máxima distinción, honrando a alguien que la merece sobradamente como el que más y con la que también queremos honrar y reconocer a los médicos y a la medicina portuguesa y a toda la Ordem Médica de Portugal y estrechar vínculos, desde un reconocimiento que reitero, merece sin ningún género de dudas.

Un cordial saludo. José Ramón Huerta Blanco (presidente do Consejo General de Colegios Médicos de Espanha)"

Presidente recordou estudo de demografia médica do CRS

A propósito do inquérito de satisfação dos internos apresentado no Congresso Nacional de Medicina



No 19.º Congresso Nacional de Medicina e 10.º Congresso Nacional do Médico Interno, que decorreu em Coimbra, foram apresentados os resultados do Inquérito de Satisfação com o Internato Médico, que a Ordem dos Médicos promoveu. Nesse contexto, o presidente do Conselho Regional do Sul recordou o estudo de demografia médica feito há um ano pelo presidente da Mesa da Assembleia Regional do Sul, Correia da Cunha, que apontava para um conjunto de especialidades ameaçadas de extinção.

Miguel Bigotte Vieira, do CNMI, relator do inquérito, sublinhou, na sessão que decorreu no dia 4 de Novembro, os aspectos mais importantes dos resultados. Entre eles, avulta a conclusão de que “os médicos internos, no global, tendem a considerar que não ocorre discriminação racial nem sexual no seu local de trabalho, têm boa colaboração com os outros médicos no seu nível de formação, consideram que o seu orientador de formação tem conhecimentos sólidos para proporcionar uma boa formação e têm oportunidade de participar ativamente em eventos formativos”.

Os resultados do estudo, segundo os dados apresentados, revelam globalmente que os internos estão satisfeitos e também que o nível de satisfação é maior nas Regiões Autónomas e entre os internos do Ano Comum.

Jaime Teixeira Mendes, a propósito do inquérito, aproveitou para recordar o estudo demográfico do CRS e também as informações que tem recolhido sobre a satisfação dos internos nos Açores e na Madeira.

O presidente do Conselho Re-

gional do Sul, que assistiu à apresentação dos resultados, interveio no final felicitando o Conselho Nacional do Médico Interno e Miguel Bigotte Vieira pela iniciativa e conclusão do projecto.

Jaime Teixeira Mendes referiu ainda que se trata de “um estudo importante” e manifestou satisfação por “ter sido feito com os meios da Ordem dos Médicos, de todas as secções regionais, e por médicos pertencentes à Ordem e a trabalhar na Ordem dos Médicos”.

De resto, apontou uma crítica: “Dr. Bigotte citou um estudo demográfico que foi feito aqui em Coimbra por uma professora universitária que é um estudo que já tem alguns anos e quanto a mim está incompleto. A certa altura as pessoas começam-se a referir a um estudo que já está ultrapassado e como se fosse uma verdade absoluta, coisa que até criticámos em vários sítios”.

O presidente do CRS recordou que há “um estudo demográfico, feito no Conselho Regional do Sul pela pessoa do Dr. Correia da Cunha, que foi um estudo realmente exaustivo, de



todas as especialidades. O estudo foi publicado nas revistas da Ordem e dele se retiraram conclusões graves, no sentido que há especialidades que, a continuarmos assim, vão acabar, com ou sem internos, sobretudo pela saída de seniores dessas especialidades. Suponho que teria interesse cruzar estes dados do inquérito com outros estudos já feitos na Ordem". "De resto, o inquérito tem muito valor mas tem o valor que

tem. Aliás vocês sabem como membros do CNMI que muitas vezes há insatisfação dos médicos internos. Pelo menos na zona sul – e fundamentalmente no Algarve – as queixas dos internos são enormes", referiu Jaime Teixeira Mendes.

Já quanto aos resultados do grau de satisfação nos Açores e na Madeira, o presidente do CRS considerou: "Espanta-me um pouco". Recordou então que, quando se realizou o Con-

gresso das Ilhas da Macaronésia, no Funchal, "as queixas foram muitas, sobretudo dos Açores, porque se sentem isolados, porque sentem que há obrigatoriedade de certas passagens por especialidades que não existem nos Açores e que na altura o Estado lhes cortou a verba de deslocação para o Continente, onde têm que vir obrigatoriamente".



Conselho Regional do Sul inicia processo de implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade

A qualidade assume cada vez mais uma posição significativa e indiscutível em todas as organizações. Apenas com a orientação para a qualidade é possível satisfazer as novas necessidades e expectativas de todos os que dependem do desempenho de cada organização.

O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos entende que a Qualidade deve ser o fator chave da Secção Regional do Sul e que a mesma é assumida e interiorizada por todos os colaboradores.

Assumimos como um princípio fundamental e estruturante o conceito da melhoria da qualidade dos nossos serviços para satisfazer os requisitos dos médicos, com transparência, controlando os processos e incorporando o profissionalismo e eficiência como garantia da qualidade em toda a organização.

Na prossecução deste objetivo, foi decidido pelo Conselho Regional do Sul da OM uma parceria com o Instituto Politécnico de Setúbal que funcionará como entidade consultora para a implementação dos requisitos da Norma da Qualidade - NP ISO 9001:2015.

O âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade é a promoção, desenvolvimento e implementação de todas as ações necessárias à melhoria contínua dos serviços que prestamos aos nossos associados. Entre outras ações, pretendemos otimizar os processos internos e a comunicação com os associados. O sucesso da implementação do SGQ visa, numa análise pragmática, uma melhor satisfação dos nossos associados e colaboradores com um aumento da transparência, eficácia e eficiência dos nossos processos, em paralelo com todos os investimentos que têm sido efetuados e o envolvimento de todos os colaboradores e partes interessadas.



Presidente do CRS no 2.º Encontro de Médicos de Família do Algarve “Governantes esquecem-se quando é necessário dar-vos condições de trabalho”

O Encontro de Médicos de Família do Algarve teve este ano a sua segunda edição e o presidente do Conselho Regional do Sul esteve presente, tal como na edição passada, na sessão de abertura, a 28 de Outubro. Jaime Teixeira Mendes, na sua intervenção, lamentou que os governantes se lembrassem dos médicos de família quando precisam, mas se esqueçam deles quando é necessário dar-lhes condições de trabalho ou quando os “carregam de tarefas” que lhes roubam tempo para os doentes.

Jaime Teixeira Mendes dirigiu-se a uma sala cheia de médicos de família, no Hotel D. Pedro Golfe, em Vilamoura, manifestando satisfação pela presença repetida e desejando que os médicos ali reunidos retirassem dos trabalhos “bons ensinamentos e se consolidem boas ideias”.

O presidente do CRS quis alargar a saudação a “todos os especialistas de Medicina Geral e Familiar; os que aqui estão, os do Algarve que aqui não estão e todos os do resto do país”, referindo que “todos fazem parte de uma especialidade que no trabalho se traduz numa tarefa dedicada, que envolve proximidade e até afectos, muitas vezes, mas que tem que ser competente, a quem pedem elevados níveis de exigência, mas que tem sido sempre pouco reconhecida”.

O dirigente continuou a sua inter-

venção, criticando o poder político e a sua relação com os especialistas de MGF: “Os governantes lembram-se de vocês quando precisam de anunciar vitórias na diminuição das listas de espera, que estranhamente nunca se verificam, lembram-se quando apontam aos portugueses os caminhos dos Cuidados de Saúde Primários como a primeira forma de serem tratados, lembram-se quando falam das USF e dos ganhos que representou a sua criação, mas esquecem-se quando é necessário dar-vos condições de trabalho, esquecem-se quando se justifica pagar o vosso trabalho de forma adequada e esquecem-se quando vos carregam de tarefas que vos tiram tempo e que impedem o melhor acompanhamento dos vossos doentes.

No vosso trabalho há uma permanente sobrecarga de trabalho

administrativo, burocrático e informático, há um nível de exigência cada vez maior em tarefas com nula repercussão na qualidade dos cuidados que vocês prestam”.

Jaime Teixeira Mendes disse ainda: “O Conselho Regional do Sul, de que sou presidente, tem desde há três anos uma permanente intervenção em favor dos Cuidados de Saúde Primários como grande pilar do SNS e temos uma forte preocupação com as tarefas burocráticas que aumentam passo a passo e que vos levantam enormes obstáculos na relação com os doentes e na atenção que eles merecem”.

“Querem mais médicos de família? Paguem como deve ser”

Perante os problemas que há nos



Cuidados de Saúde Primários, o presidente do CRS lança um desafio à tutela: “Querem mais médicos de família? Paguem como deve ser aos que temos, dêem condições de trabalho que permitam o acompanhamento mais próximo dos doentes e retirem das mãos dos médicos tarefas administrativas desnecessárias”.

Jaime Teixeira Mendes garantiu na sua intervenção o empenho do CRS na defesa da especialidade e do trabalho dos especialistas: “Contem connosco para não baixarmos os braços e enfrentarmos este problema de frente, exigindo soluções que facilitem o vosso trabalho”.

O dirigente referiu-se a seguir às questões específicas do Algarve: “Mas, para além dos problemas que são comuns a todos os médicos de MGF, aqui no Algarve há alguns que se agudizam. No dia-a-dia, vocês enfrentam os problemas próprios de uma região que tem um Centro Hospitalar sem capacidade de resposta, porque a fusão nada trouxe de positivo, e uma área de Cuidados de Saúde Primários sem condições para, a montante, sustentar o afluxo às urgências.

Já seria tempo de o Ministério da Saúde olhar com atenção para este problema. É verdade que foram criados modelos de incentivos, mas não me parece que seja suficiente para termos mais médicos no Centro Hospitalar, que possam dar uma resposta adequada aos anseios dos doentes que vocês têm que referenciar e, por conseguinte, aos vossos próprios anseios”.

Jaime Teixeira Mendes terminou com elogios às iniciativas médicas de formação: “A realização deste encontro revela uma consciência natural de que provavelmente cada região do país precisa

de respostas diferentes nos Cuidados de Saúde Primários. Os médicos de família do Algarve enfrentam certos aspectos específicos e devem discuti-los e trocar experiências sobre eles, como é natural.

Mas vale a pena também dizer, em função do programa do 2.º Encontro de Médicos de Família do Algarve, que os médicos continuam a cuidar da sua formação e que nada se vislumbra no futuro

que possa substituir este nosso modelo, um modelo de troca de conhecimentos, neste caso também de aproximação de especialidades hospitalares aos Cuidados de Saúde Primários.

Têm um programa que revela bem a consciência dos médicos com a sua formação e o compromisso de todos, quer MGF quer hospitalares, com essa formação”. Espero que corram bem os vossos trabalhos, saúdo a organização



APRESENTAÇÃO
DO ESTUDO

HISTÓRIA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL: A SAÚDE E A FORÇA DE TRABALHO, DO ESTADO NOVO AOS NOSSOS DIAS

JAIME TEIXEIRA MENDES
Presidente do Conselho Regional do Sul
RAQUEL VARELA
Co-autor
RENATO GUEDES
Co-autor

CONFERÊNCIA DE
**MICHAEL
ROBERTS**
ECONOMISTA

3 DEZ 2016 . 17H00
AUDITÓRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

por ter elaborado um programa de grande nível e deixo-vos a minha disponibilidade total e do Conselho Regional do Sul para vos apoiar no que considerarem necessário. Sempre disse, desde que estou na Ordem, que comigo nenhum médico ficará à porta. E assim farei enquanto me permitirem”, concluiu o presidente do CRS.

Adesão ao encontro cresceu

Também a delegada distrital da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) interveio na sessão. Daniela Emílio sublinhou o facto de ter aumentado o número de inscritos no Encontro, em relação ao ano anterior, referiu-se à importância do evento e fez agradecimentos a várias entidades apoiantes:

“Iniciamos hoje os trabalhos no 2º Encontro de Médicos de Família do Algarve. Com este evento pretendemos proporcionar um fórum de discussão, partilha de conhecimentos e, claro, convívio entre os nossos colegas médicos. Pretendemos também criar ligações e pontes com os nossos colegas hospitalares de forma a melhorar os nossos cuidados aos nossos utentes e uma equipa entre cuidados primários e secundários cada vez mais coesa e próxima.

Gostaria também de agradecer à equipa que permitiu a realização deste encontro, a delegação distrital de Faro: Dra. Ana Rita Marta, Dra. Sílvia Conceição e Dra. Soraia Monteiro e também a restante comissão organizadora, Dra. Mara José Arthur, Dra. Marisa Feire e Dra. Sónia Santos.

Agradecemos também os apoios da APMGF, Farmacêuticas que colaboraram connosco, ARS Al-

garve e todos os moderadores, palestrantes (esperando que para o ano os colegas do Barlavento se mostrem disponíveis para colaborar connosco) e equipa de júris. Esta jovem equipa tem o prazer e orgulho de anunciar que aumentamos a adesão para 130 participantes o que é um sinal de aceitação e ganho de importância e interesse do nosso encontro de médicos de família.

É com orgulho que agradecemos a presença dos nossos colegas do Alentejo que também começam a aderir a este evento.

Este é o expoente do nosso ano de trabalho mas também vamos continuar a dinamizar workshops e sessões de esclarecimento nas manhãs de sábado.

Convido todas as excelências presentes a manter e fortalecer os laços de forma a continuarmos a realizar novos e mais importantes eventos para a nossa região tornando-a apelativa e convidativa à comunidade médica.”

A cerimónia de abertura contou ainda com a presença da representante do Conselho Distrital do

Algarve da Ordem dos Médicos, Susana Costa Pereira, do Coordenador do Internato Médico de MGF do Algarve, João Paulo Almeida e do Presidente da ARS Algarve. Moura Reis realçou a importância deste tipo de iniciativas “não só para reforçar os elos profissionais mas também as relações pessoais”, sublinhando que “só assim é possível maximizarmos a qualidade e a eficiência da prestação de cuidados de saúde à população e renovarmos a nossa própria motivação”.

O dirigente enalteceu o profissionalismo e a dedicação de todos os profissionais de saúde da Região e destacou a aposta no reforço do número de médicos de Medicina Geral e Familiar na Região, em 2016, o que, alegadamente, tem “permitido diminuir significativamente a percentagem de utentes sem médico de família”, sendo que “atualmente cerca de 80% da população do Algarve tem médico de família atribuído”.



PRÊMIO

PROFESSOR JORGE DA SILVA HORTA

O Prêmio Professor Jorge da Silva Horta é dirigido aos médicos com idade não superior a 35 anos, visando distinguir os melhores artigos originais de investigação clínica, publicados ou aceites para publicação em revista com fator de impacto.

SESSÃO DE ENTREGA DOS PRÊMIOS

Dia : 10 de Dezembro, 11 Horas

Local : Auditório da Ordem dos Médicos



Juramento de Hipócrates
no Convento de São Francisco, em Coimbra:

**“Estamos ao serviço
da Medicina,
da Saúde
e dos Doentes”,
assumiu Carlos Cortes**



O grande auditório e a sala Mondego do Convento de São Francisco acolheram os familiares e amigos dos 500 jovens médicos que prestaram o seu Juramento de Hipócrates, em Coimbra.

Médicos recém-licenciados oriundos das faculdades de Medicina de Coimbra, Covilhã, Lisboa, Porto e algumas universidades estrangeiras, receberam as cédulas profissionais neste dia marcante. Na cerimónia promovida pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), todos os pormenores foram

pensados para acolher com conforto e bem-estar as quase 1700 pessoas que acorreram ao Convento São Francisco. Após a atuação do Coro da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos dirigido pelo maestro Virgílio Caseiro, coube ao presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos,

Carlos Cortes, a primeira intervenção como anfitrião desta cerimónia de profundo significado na vida profissional dos médicos e, no âmbito da qual, a Oração de Sapiência foi proferida pelo Coronel de Infantaria José Augusto Amaral Lopes. “Trata-se de um momento único na vida de um médico: Ser





médico é, hoje, muito mais do que ter um simples curso ou um emprego. Ser médico, hoje, é ter a coragem permanente de lutar contra o sofrimento, contra a adversidade, contra a insensibilidade. Sobretudo, nestes tempos conturbados”, referiu Carlos Cortes. O presidente da SRCOM, ao fazer uma análise às circunstâncias da profissão na atualidade, não deixou de criticar a tutela: “Nestes últimos anos, o Ministério da Saúde insistiu, sistematicamente, em mecanizar o exercício da medicina: através da criação da figura do médico-funcionário, das restrições nos tempos de consultas, do controle de atos diagnósticos e terapêuticos, da informatização deficiente e da insuportável e permanente pressão, por vezes muito bem dissimulada, para fazer do exercício da Medicina um exercício contabilístico de um conjunto de números, dados estatísticos e financeiros. Somaram-se, umas atrás das outras, leis, regras e decisões, com um largo impacto negativo na nossa vida do dia-a-dia e no bem-estar dos nossos doentes”. Acusou, até, os responsáveis políticos de “desrespeito pela atividade médica” por parte de “gover-



nantes e gestores incompetentes, insensíveis e impunes”. Referiu os números do estudo sobre Burnout na Classe Médica da região Centro, no âmbito do qual se revela que 40,5% dos médicos têm altos níveis de exaustão emocional, e a ausência de planeamento em Saúde, e os números avassaladores da emigração médica. Concluiu: É neste cenário que ireis cumprir o ritual do Juramento de Hipócrates. Por isso, neste momento, as minhas palavras são de incentivo. Nada vos deverá fazer vacilar. Estamos ao serviço da Medicina, da Saúde e dos Doentes. Somos herdeiros de princípios milenares e universais. Espero de todos vós o melhor da vossa sabedoria! Que nunca vos falte a determi-



nação e coragem para manter a esperança! É minha convicção, que com os médicos a Medicina nunca perderá a sua face humana”. Depois das palavras do Bastonário da Ordem dos Médicos que exortou os jovens ali presentes para que “sejam médicos balsâmicos, placebo e humanos” (ver discurso na íntegra no editorial desta revista), coube ao Coronel de Infantaria José Augusto Amaral Lopes a Oração de Sapiência, que, assumiu, “em termos de metodologia” procurou “encontrar ‘pontes’ que unem a profissão militar e o exercício da medicina”. Disse: “O reconhecimento da ligação das Forças Armadas à Nação, é formalmente afirmado nas fórmulas dos juramentos de bandeira e de fidelidade: “guardar





e fazer guardar a Constituição da República". Estes juramentos, assumidos sem reservas e com a consciência de sacrifício pessoal que eles implicam, são uma afirmação formal e pública do empenhamento em valores que nos distinguem na comunidade nacional. Também o exercício da Medicina carece da realização de um juramento solene, cuja prática remonta ao século V a.c.. Apesar das muitas mudanças no juramento hipocrático, o recurso ao juramento ainda hoje é encarado como importante, numa profissão comprometida com os nobres ideais morais. A fórmula do juramento chama a atenção para os preceitos valiosos de moral, essenciais à profissão médica. Nesse aspeto em concreto, gostaria

de enfatizar a promessa solene de consagrar a vida ao serviço da Humanidade e de guardar respeito absoluto pela Vida Humana desde o seu início, mesmo sob ameaça. Ou seja, a questão da vida assume um papel central em ambas as profissões, seja pelo seu respeito, seja pelo seu sacrifício. Importa agora, analisar de que forma o exercício da Liderança é moldado pela questão da vida". Subordinado ao tema "Liderança em situações de conflito", o coronel Amaral Lopes (de agosto de 2012 a dezembro de 2015, desempenhou o cargo de Chefe da Repartição de Avaliação das Operações no recém criado Quartel General da NATO – LAND COMMAND em Izmir, na Turquia. Atualmente está co-

locado no Ministério da Defesa Nacional onde desempenha as funções de Assessor na Divisão de Planeamento Estratégico da Direção Geral de Política de Defesa Nacional, declarou: "Não é em 30 minutos que se forma um Líder. Há um longo percurso que tem de ser percorrido por vós. O objetivo é que sejam bons líderes, e que ao longo desse caminho, procurem com a vossa conduta adaptarem-se ao ambiente envolvente, seja da organização, seja da equipa. Não há soluções únicas nem milagrosas. Há referenciais. Vivemos num ambiente de constante mutação e imprevisibilidade, o que coloca mais peso e responsabilidade em quem decide. Algumas das qualidades que hoje se reconhecem como ideias para quem lidera, passam por: Compreender a dimensão humana da profissão; Proporcionar finalidade, direção e motivação à sua equipa; Ter iniciativa; Ser tecnicamente competente; Que esteja disposto a explorar oportunidades e a assumir riscos (naturalmente calculados); Que ajude a criar equipas coesas; Que comunique com eficiência, verbalmente e por escrito e, não menos importante; Ajam de acordo com os princípios éticos da profissão. Quem possuir estas qualidades, torna-se num líder inspirador". Depois de ouvirem, atentamente, as palavras a eles dirigidas os jovens médicos receberam, num ambiente de grande emoção, as cédulas profissionais. Após a tradicional fotografia de grupo, o dia de festa e convívio entre familiares e jovens médicos continuou desta feita com a atuação do grupo Quatro e Meia, cujo espetáculo encantou todos os presentes.

“Formação e Saúde para todos” – o congresso aberto à comunidade



“Formação e Saúde para todos” foi o mote para um dia especial, dia 7 de novembro, no Pavilhão Eng. Augusto Correia (Olivais), em Coimbra, no âmbito do 19º Congresso Nacional de Medicina / 10º Congresso Nacional do Médico Interno.



Com sessões de *show cooking* (como preparar comida saudável para crianças pela blogger Leonor Cício, do Blog ‘Na cadeira da Papa’) e aula de nutrição ao vivo (com Chef Orlando

Castro, da Escola de Hotelaria e Turismo de Coimbra), Hospital do Ursinho (atividades levadas a cabo pelo Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra e Me-

dUBI) , aula de Zumba para idosos, avaliações de saúde, dicas de amamentação e sistemas de retenção automóvel, palestras sobre o sono das crianças, o papel do pai e papel dos avós

(esta última pela enfermeira Virgínia Pais Gonçalves, cuja tese de mestrado versou o tema: "O papel dos avós: Como percebem os avós a sua importância na educação dos netos").

Este evento inédito e dedicado à população em geral teve início, no dia 7, logo de manhã, na Faculdade de Medicina com uma sessão dirigida a turmas do 12º ano de escolaridade da Escola Secundária José Falcão, em Coimbra. Durante a tarde, todas as atividades foram concentradas no pavilhão desportivo após ter sido devidamente adaptado para acolher este evento especial.



Nazaré: Ordem dos Médicos visita USF Global



CENTRO DE SAÚDE DA NAZARÉ

No dia 28 de outubro, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Dr. Carlos Cortes, visitou a USF Global, no Centro de Saúde da Nazaré (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo), unidade coordenada pelo médico Licínio Laborinho Fialho. Nesta visita marcou também presença Rui Passadouro, do Conselho Distrital de Leiria da Ordem dos Médicos.

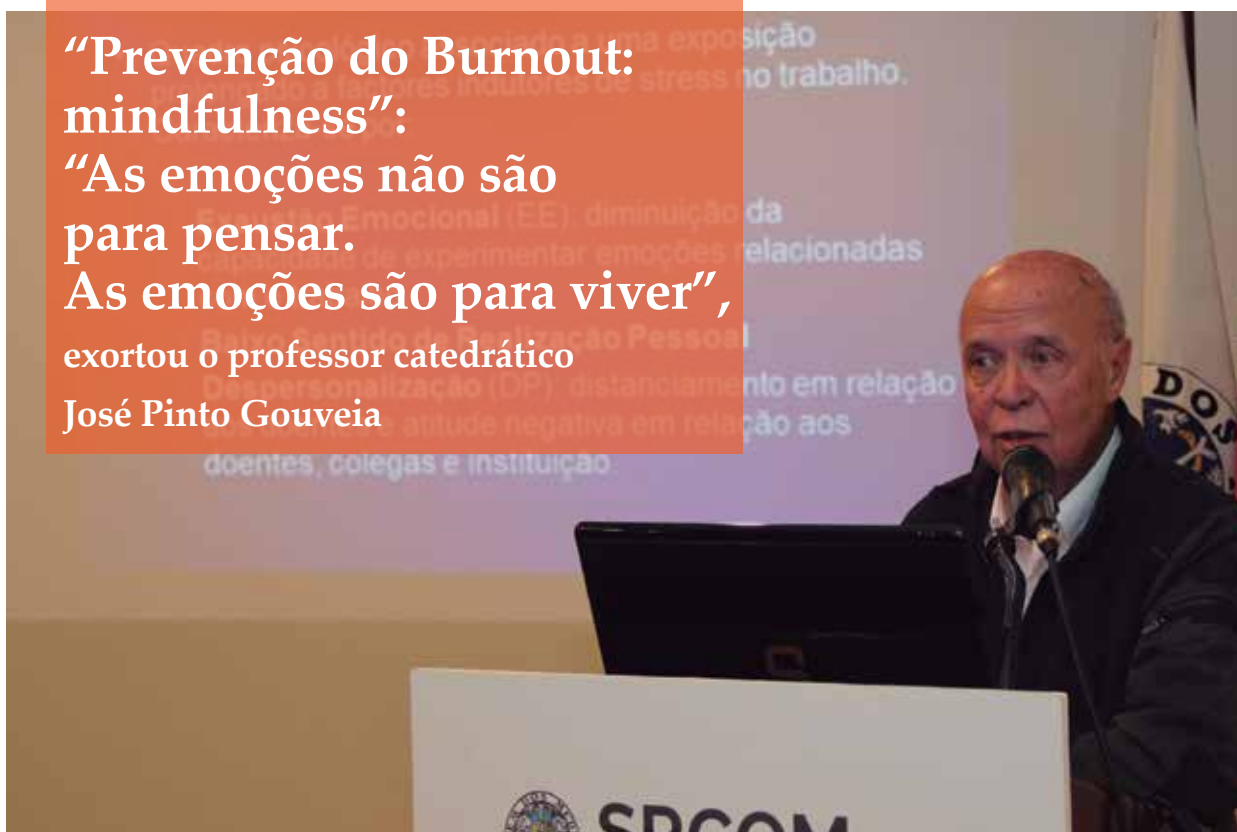


Esta USF – modelo A, com Carta de Compromisso de 2014 (9 de julho), beneficiará da construção do futuro centro de saúde, embora se tenha verificado no âmbito desta visita algumas dificuldades quanto ao projeto, uma vez que a comunidade médica não terá sido auscultada para o efeito.

Recorde-se que esta unidade, que está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Oeste Norte, passou a integrar a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos desde Setembro de 2015. Já em agosto, o presidente da SRCOM visitara a USF Nazareth do Centro de Saúde daquela cidade turística.



**“Prevenção do Burnout: mindfulness”:
“As emoções não são para pensar.
As emoções são para viver”,
exortou o professor catedrático
José Pinto Gouveia**



A prevenção do Burnout nos médicos é uma preocupação do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos que tem vindo a promover uma campanha intitulada "Saúde e Bem-estar dos profissionais de Saúde". Esta iniciativa, pioneira no país em organizações deste género, envolve três áreas importantes: a prevenção do Burnout; a prevenção da violência contra os profissionais de Saúde em contexto laboral e a criação de um gabinete de mediação de conflitos.

Inserido nesta campanha, foi realizado um inquérito sobre "Burnout" no sentido de conhecer os fatores que desencadeiam a exaustão e, em simultâneo, desenvolver programas que visem a sua prevenção. Os resultados deste inquérito davam conta de que 40,5% dos médicos desta região apresentam sinais de exaustão emocional. É neste âmbito que, no dia 17, decorreu a conferência sobre a "Prevenção do Burnout: mindfulness" do Prof. Doutor José Pinto Gouveia com moderação do médico psiquiatra João Redondo, Vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

A sessão teve forte impacto entre os presentes que apreciaram de sobremaneira as preleções sobre mindfulness (isto é, o treino men-

tal que pode conduzir a uma reprogramação mental). "A medição é isso, processo de reprogramar o cérebro para estar no presente totalmente envolvido e consciente da experiência do momento". Porque "cada momento presente é a eternidade", enfatizou José Pinto Gouveia, Doutorado em Psicologia Clínica e ex-Chefe de Serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra. "Os pensamentos são como boatos, porque podem ser completamente falsos e são muito difíceis de anular". Pedindo à plateia para fechar os olhos enquanto dava exemplos e exortava ao direcionamento de alguns pen-



samentos - todos o fizeram - tais momentos serviram de mote para que o catedrático da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, desse conta de que "não somos livres de escolher o nosso pensamento". Exortou o médico psiquiatra: "As emoções não são para pensar. As emoções são para viver".



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

António Araújo
Vice-Presidente do CRNOM

Das palavras aos actos

Editorial – Revista *NORTEMÉDICO* 68 [julho-setembro 2016]

No final deste segundo mandato do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, cumpre-nos fazer aqui um breve balanço da actividade realizada ao longo dos quase seis anos de trabalho. A actual direcção da SRNOM iniciou este percurso, em 2011, com a expectativa de poder melhorar a actividade da instituição, aprofundando, por um lado, as reformas que já vinham a ser desenvolvidas ao nível da organização interna e, por outro, imprimindo uma nova dinâmica de intervenção pública e associativa, nas áreas da relação médico-doente, da qualidade da medicina, da valorização profissional dos médicos, da solidariedade interpares, da organização da Ordem e das políticas de saúde.

Julgamos sinceramente que podemos estar satisfeitos com os resultados alcançados. Sem falsas modéstias, acreditamos que cumprimos com todos os

compromissos eleitorais que apresentamos em 2010 e em 2013. Em muitos casos teremos mesmo ido mais além.

Ao nível da organização interna, fomos capazes de aperfeiçoar os serviços prestados pela instituição e evoluir, de ano para ano, nos resultados operacionais obtidos, como facilmente se verifica nos nossos Relatórios e Contas. Reforçamos a aposta na digitalização processual e na qualificação técnica e humana dos serviços. Temos serviços mais ágeis e eficientes, em áreas como o atendimento administrativo, a informática, o apoio jurídico e a comunicação. Estabelecemos novas parcerias para aproveitamento dos equipamentos sociais, designadamente com as aulas de ténis que complementaram a renovação dos *courts* e com a nova exploração do restaurante, agora com o nome comercial *Bisturi*. Tivemos a audácia de concretizar, em 2013, a construção do

Centro de Convívio – Casa Luz Soriano, hoje em pleno funcionamento, com serviços de apoio à Casa do Médico, como consultas médicas, ginásio e biblioteca, abertos à comunidade médica e cumprindo a sua intenção solidária inicial.

No domínio da formação contínua, demos apoio a numerosas acções de formação e eventos científicos, bem como promovemos uma série de actividades desse âmbito, de que são exemplo o ciclo de conferências *Do Médico* para os Médicos, em 2012, ou os Convívios Científicos realizados em parceria com a Clínica Médica do Exercício do Porto.

Foi colocada em prática uma nova política de proximidade aos distritos médicos, conforme prometíamos nos programas do primeiro e segundo mandatos. Estimulamos o contacto com as direcções distritais e demos autonomia à criação de eventos próprios,



como o Juramento de Hipócrates em Braga, as recepções aos internos em Viana do Castelo e Vila Real ou a Festa de Natal, também em Viana. Em 2014 fizemos um périplo pelo Distrito de Bragança, em conjunto com o bastonário da Ordem dos Médicos, que contribuiu para colocar na agenda os problemas da região.

Finalmente, valorizamos extraordinariamente a cerimónia do Juramento de Hipócrates, realizando-a na Casa da Música.

Ao nível da participação e colaboração com o CNE e os restantes órgãos nacionais da Ordem dos Médicos, colaboramos activamente no processo de revisão do Estatuto – concluído em 2015 (Lei 117/2015, de 31 de Agosto). Assumimos a realização no Porto do XVIII Congresso Nacional de Medicina, em Novembro de 2015, e articulamos com o bastonário um conjunto de intervenções em defesa da qualidade médica, que teremos oportunidade de detalhar mais à frente. Fomos um parceiro cooperante e sempre presente de todos os órgãos sociais da OM, desde os Colégios de Especialidade aos Conselhos Consultivos.

Ao nível da formação médica pré-graduada, do exercício profissional e da qualidade da Medicina, julgamos que tivemos uma intervenção que irá marcar historicamente a instituição. Estivemos na primeira linha a denunciar as irregularidades que se registavam no curso de Medicina criado em 2011 na Universidade de Aveiro, designadamente por falhas no acordo com a Universidade do Porto e a ausência de um corpo docente devidamente

habilitado para desenvolver um bom trabalho académico. Contribuímos para que em Outubro de 2012 a A3ES lhe retirasse a respectiva acreditação, levando ao seu encerramento. Em matéria de formação pré-graduada, foi também o CRNOM que assumiu, em representação do CNE, a missão de elaborar, por duas vezes, a argumentação técnica sobre a proposta de abertura de um curso de Medicina na Universidade Fernando Pessoa; e que denunciou, em 2012, a ideia da criação de um curso bietápico em Medicina promovido pelo CESPU em parceria com uma universidade espanhola. Todas estas intervenções do CRNOM tiveram um grande impacto mediático e contribuíram decisivamente para uma percepção mais crítica sobre a abertura de novos cursos de Medicina, em especial no ensino superior privado.

A este nível, a nossa grande batalha, no entanto, foi travada no âmbito da formação pós-graduada. Debates exaustivamente, em sessões promovidas na SRNOM, a criação do novo quadro legal do Internato Médico. Contribuímos para combater uma proposta do Governo que, inicialmente, previa a retirada de competências à Ordem dos Médicos em matéria de atribuição das idoneidades e capacidades formativas. A revisão do Internato Médico, em 2015, acabou por manter a avaliação das idoneidades e capacidades formativas na Ordem dos Médicos e permitir que o Ano Comum se mantivesse. Uma matéria essencial para a qualidade da formação médica.

Desde a primeira hora alerta-

Reforçamos a aposta na digitalização processual e na qualificação técnica e humana dos serviços.

Temos serviços mais ágeis e eficientes, em áreas como o atendimento administrativo, a informática, o apoio jurídico e a comunicação.

mos para a eminente ruptura do sistema em termos de formação pós-graduada, no sentido em que não haveria capacidades formativas suficientes para acomodar tantos potenciais candidatos a partir de 2015. O tempo acabou, infelizmente, por nos dar razão nesta matéria.

Foi antevendo isso que o CNE pediu, já em 2012, um rigoroso estudo sobre a demografia médica (“Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde”), no qual era feita uma previsão a médio e longo prazo das necessidades de profissionais em Portugal. Esse estudo, realizado sob a coordenação da Prof.^a Paula Santana, da Universidade de Coimbra, foi publicado em 2013 e dotou a Ordem de um documento de análise, com sólida base estatística, muitíssimo importante.

Não sendo uma competência específica da nossa instituição, as questões relativas ao trabalho médico estiveram sempre em cima da mesa e sob o foco da nossa atenção, sempre que esteve em causa a seguran-

Estivemos na linha da frente no que diz respeito à denúncia dos problemas com a prescrição por DCI e com a prescrição electrónica.

ça clínica dos doentes e dos médicos. Denunciamos junto das instâncias competentes a existência de concursos “fechados” na contratação para o exercício em funções públicas; apoiamos os sindicatos contra as empresas que proletarizam o trabalho médico e demos o nosso apoio aos médicos e aos sindicatos numa das maiores greves nacionais de sempre na classe médica, em Julho de 2012. Neste âmbito, promovemos duas Reuniões Gerais de Médicos, tendo a primeira sido convocada em conjunto com o movimento Médicos Unidos e reunido mais de 600 pessoas nas instalações da SRNOM.

Estivemos na linha da frente no que diz respeito à denúncia dos problemas com a prescrição por DCI e com a prescrição electrónica. Em Outubro de 2011, realizamos uma Assembleia-Geral extraordinária para debater as questões associadas à prescrição por DCI e promovemos diversas diligências até à entrada em vigor da lei, no ano seguinte. Infelizmente, não foi possível impedir que a lei avançasse, apesar da sólida argumentação apresentada pela Ordem dos Médicos. No que diz respeito à prescrição eletrónica, realizamos uma grande sessão de esclarecimento em Agosto de 2011. Alertamos de forma rei-

terada para a necessidade de uma absoluta preservação da confidencialidade dos dados clínicos e, neste contexto, a importância de dotar os médicos de uma assinatura digital qualificada. Fizemos igualmente notar que a introdução da prescrição electrónica deveria ser amplamente testada antes de ser utilizada na prática clínica diária.

Pugnamos sistematicamente pelo respeito e inviolabilidade das competências médicas e pela publicação de legislação que regulamentasse definitivamente o Acto Médico. Em 2012 denunciamos a criação da figura do “enfermeiro de família” e, especialmente, a possibilidade de estes profissionais fazerem o acompanhamento de

Mantivemos uma intensa e amplamente reconhecida actividade cultural, suportada integralmente por patrocínios externos, à qual acrescentamos o Ciclo de Jazz na Ordem – já na sua sexta edição – e a iniciativa Porto Revisitado, conduzida pelo historiador Joel Cleto, entre outras organizações mais pontuais.

grávidas consideradas de “baixo risco”. Dedicamos mesmo o XVIII Congresso Nacional de Medicina (2015), organizado pela SRNOM, a esse tão importante tema (“Acto Médico – dos médicos, pelos doentes”), e estamos atentos ao debate legislativo que está a ocorrer em sede parlamentar.

Sempre que foi necessário denunciamos às autoridades competentes a usurpação de funções por pessoas não médicas, e rejeitamos a prática de terapêuticas sem evidência científica.

Defendemos melhores condições para as unidades privadas de serviços de Saúde, pensando sobretudo no exercício liberal e privado da Medicina, nas pequenas clínicas e consultórios, defendendo condições menos complexas ao nível do licenciamento. Sobre esta matéria foram feitas diversas diligências junto da ERS e da ACSS, em 2013.

No âmbito dos 35 anos do SNS, estabelecemos uma parceria com a RTP 2 para realização do programa Corpo Clínico – um magazine de 13 episódios, onde foram destacados um conjunto de serviços de elevada qualidade na região Norte. E realizamos, em Outubro de 2014, a Conferência / Debate “Presente e Futuro nos 35 anos do SNS”,

que contou com a presença de personalidades como o Prof. Adriano Moreira e o Dr. Paulo Mendo.

No início deste ano de 2016, dando cumprimento a um dos últimos grandes propósitos do nosso mandato, promovemos a instituição do primeiro prémio de investigação clínica na história da Ordem dos Médicos. Em colaboração com o Banco Carregosa – uma histórica instituição financeira da cidade do Porto – criamos o Prémio Banco Carregosa/SRNOM, que atribuiu um total de 25 mil eu-



ros para apoiar e incentivar a investigação científica na área clínica em Portugal. Um importante legado para as próximas direcções da SRNOM.

Além de todas as actividades já mencionadas atrás, desenvolvemos ainda um outro extenso leque de iniciativas no sentido de cumprir a nossa promessa de dotar a OM de uma agenda mais activa e interventiva. Foram centenas as intervenções públicas na defesa da qualidade da medicina, dos doentes e dos médicos. Foi o que nos levou, por exemplo, a denunciar as nomeações “políticas”, sem cumprimento dos requisitos exigidos pela lei, para o exercício de cargos executivos nos ACES, em Julho de 2012; a questionar, em Outubro de 2012, a limitação à prestação de cuidados respiratórios domiciliários imposta pela ARS Norte; ou a contestar a tese de racionamento em saúde defendida no final de 2012 pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Fomos os primeiros a reagir ao projecto de Código de Ética (“Lei da Rolha”) para os Serviços e Organismos do SNS, proposto pela tutela em Maio de 2014, o qual pretendia silenciar as denúncias dos profissionais. Esta situação motivou a elaboração de um importante documento, designado “Memorando de Exigências ao Ministério da Saúde”, em que, entre outras questões, a Ordem dos Médicos se propunha criar um canal próprio para os médicos denunciarem os problemas existentes nos seus serviços. Ainda na sequência desta polémica, o CRNOM promoveu diversas conferências de imprensa onde foi tornando públicos muitos dos casos reportados.

Sempre em defesa da qualidade do exercício profissional, denunciámos situações graves verificadas nos serviços de urgência entre 2014 e 2015 nas unidades hospitalares de Gaia, Matosinhos, Santa Maria da Feira, Guimarães e Vila Real. Em Setembro de 2014, propusemos ao CNE uma condenação expressa do atendimento clínico em grandes superfícies comerciais, após termos tomado conhecimento da abertura de clínicas médicas num hipermercado, o que terá conduzido ao seu encerramento.

Ao nível da cooperação institucional, mantivemos uma estreita colaboração com entidades como a UEMS, UEMO, CEOM, EJD ou FEMS, sendo que esta última realizou na SRNOM, em Outubro de 2013, a sua Assembleia Geral. Acolhemos por duas vezes a conferência anual da EHMA, os simpósios “*Aquém e Além do Cérebro*”, da Fundação Bial, e eventos de grande prestígio como o VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa. Tivemos uma participação activa na realização do II Congresso “SNS: Património de Todos”, que teve lugar a 18 e 19 de Março de 2016 no Porto, colaborando com a Fundação para a Saúde na construção do programa e na promoção externa do evento.

Ao nível da actividade socio-profissional e cultural, além de eventos já mencionados, acolhemos, em Novembro 2014, a primeira cerimónia de atribuição da *Distinção de Mérito em Gestão dos Serviços de Saúde*, que premiou o antigo ministro da Saúde, Dr. Paulo Mendo, numa sessão que contou com a presença e uma conferência de Nigel Crisp, membro da Câmara

dos Lordes britânica e antigo responsável pelo NHS.

Mantivemos uma intensa e amplamente reconhecida actividade cultural, suportada integralmente por patrocínios externos, à qual acrescentamos o Ciclo de Jazz na Ordem – já na sua sexta edição – e a iniciativa Porto Revisitado, conduzida pelo historiador Joel Cleto, entre outras organizações mais pontuais. E oferecemos hoje, a todos os médicos nossos associados, a possibilidade de praticarem desporto nas instalações da Casa do Médico – no Ginásio e nos *courts* de Ténis.

Temos a profunda convicção de que a SRNOM se encontra numa fase distintiva da sua existência e que deixamos um importante legado. É obra de todos os membros dos Corpos Gerentes da SRNOM e seus colaboradores, que nos acompanharam neste exigente mas bem-sucedido trajecto, a quem não podemos deixar de agradecer publicamente. A todos um grande bem-haja, projectado na memória do nosso colega e amigo Amílcar Ribeiro.

À próxima direcção da SRNOM cabe-nos formular votos de que possa ter um desempenho ainda melhor. Como estamos certos acontecerá.

Finalmente, a todos os colegas, todos os médicos do Norte que nos concederam o privilégio e a honra de liderarmos a SRNOM, Muito obrigado.

Miguel Guimarães
e António Araújo



Entrevista ao Presidente do CRNOM, Miguel Guimarães, no «Diário de Notícias»

"Estão a impor um número de consultas que os médicos têm dificuldade em cumprir"

Em entrevista ao DN, Miguel Guimarães, presidente da secção norte da Ordem dos Médicos, afirma que é preciso haver maior preocupação com a qualidade.

O relatório anual do acessos aos cuidados de saúde no SNS relativo a 2015 refere que houve um aumento de gastos com os privados, com as análises a assumirem a maior expressão, seguida da radiologia mas também com um grande crescimento nas colonoscopias. É possível o SNS poder assumir parte desta tarefa e reduzir os pedidos aos privados?

Aumentar a capacidade do SNS nos meios complementares de diagnóstico, incluindo exames radiológicos e análises, só é possível aumentando o capital humano. Existem equipamentos - alguns desatualizados - mas ou há pessoas para os usar todo o dia ou fins de semana ou não havendo é preciso pagar horas extraordinárias. Não consigo dizer se aumentar o número de pessoas versus pagar fora é mais vantajoso financeiramente, mas o ideal para o doente é tratassem tudo dentro do SNS. A questão que deve ser avaliada é que o setor privado sempre foi considerado complementar. Desde que o Estado não seja prejudicado, não penso que haja mal em recorrer a ele.

Quantos às consultas, elas subiram entre 2014 e o ano passado, mas em oftalmologia e dermatologia quase metade dos doentes não teve resposta dentro do tempo recomendado.

Neste momento, os médicos que trabalham nos hospitais estão a ver mais doentes do que deviam. Os tempos de consulta estão muito curtos e o sistema está no limite. Estão a impor um número de consultas que os médicos têm muita dificuldade em cumprir, o que também aumenta possibilidade de erro. A exploração do trabalho médico, a que a Ordem já alertou, está a colocar demasiados em cima dos clínicos, que tentam dar a resposta possível. A maioria das queixas que têm chegado à secção norte da Ordem está relacionada com isto, com trabalhar acima do limite de capacidade. O Ministério da Saúde tem de ter a preocupação com a qualidade de produção.

Voltamos à questão da necessidade de mais recursos humanos no SNS, sobretudo em algumas áreas?

Na radiologia seria benéfico que o SNS aumente os recursos humanos e os equipamentos. Mais de 50% dos radiologistas trabalham no privado. Tem a ver com as condições de trabalho e de remuneração. Quando não são boas optam pelo privado ou pela emigração. É preciso pensar e haver uma reforma do sistema. A Ordem está disponível para trabalhar com o Ministério da Saúde. Tem de se melhorar o serviço que o Estado e o privado prestam, com uma relação custo-eficácia boa mas em que o fator principal seja a qualidade.

E quanto aos resultados das cirurgias? Subiram, quer nos hospitais do SNS quer nos privados através dos cheques-cirurgia.

Quando se fala do número de cirurgias nunca fico satisfeito. Prefiro falar em número de doentes operados. Pode corresponder a um melhor aproveitamento do bloco operatório ou uma maior eficácia na discriminação dos atos e dos registos. O SNS precisa de uma gestão diferente dos blocos operatórios. Existem várias formas de o fazer. Por exemplo, a parceria público-privada de Braga faz uma gestão diferentes, que é contratualizar com os serviços um determinado número de cirurgias. O que vai além dos valores acordados é dado um incentivo por produção acrescida. Pode ter um efeito positivo. Nos hospitais com estatuto empresarial, contratualizam por determinado período e a produção acrescida é feita fora do horário de trabalho. Estes são resultados que devem ser estudados para perceber a eficácia.



Rui Capucho é médico especialista em Saúde Pública e membro do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

"Informatização do SNS: passos maiores que as pernas"

Artigo de opinião de Rui Capucho, membro do CRNOM, no jornal «Porto 24» [23 Setembro 2016]

Portugal tem sido distinguido, a nível internacional, em áreas de inovação e empreendedorismo, inúmeras vezes. Temos muito bons profissionais nas áreas das tecnologias da informação (TI) a fazer coisas fantásticas.

O Ministério da Saúde também tem inovado e introduzido novas ferramentas de TI no SNS de forma estrondosa.

Têm sido dados passos gigantescos.

Novas ferramentas de prescrição; novas funcionalidades de consulta cruzada de processos clínicos e meios complementares de diagnóstico entre unidades do SNS; a certificação dos óbitos de forma electrónica é exemplo para múltiplos países; a vigilância das doenças transmissíveis é feita de forma electrónica.

Mas como é habitual em Portugal, o que nos orgulha em inovação, envergonha-nos em planeamento e implementação.

Quem pensa e produz estes produtos informáticos, fá-lo no cantinho do seu gabinete, sem conhecer as condições de trabalho no terreno. Faz programas maravilhosos, aplicáveis a uma start-up, mas impossíveis de implementar na generalidade dos locais de trabalho...

De nada serve sermos bons em

filmes 3D se os portugueses só tivessem televisões a preto e branco em casa. E é esta a realidade do nosso SNS. A generalidade dos computadores de serviço não corre os sistemas operativos actuais, 'aguentando' apenas versões já descontinuidas e onde não funcionam (ou funcionam mal) os programas desenvolvidos. E com a disfuncionalidade do sector público, entre o processo de lançamento de concurso para novos equipamentos e a sua efectiva instalação, os equipamentos ficam obsoletos.

Na cegueira de modernização, a instalação destes programas descontinua os processos antigos de partilha de informação, mais lentos, mas funcionantes. Peguemos na PEM, que tanta dor de cabeça tem dado. O programa, conceptualmente, é bom! Mas como interage com múltiplas plataformas (a autenticação do médico, a autenticação do doente, a emissão da receita, a consulta da farmácia, etc.), se qualquer uma falha, o sistema para. E ao parar há a possibilidade (ainda) de, como plano de contingência, emitir a receita em papel. Mas como o histórico das prescrições saiu do ficheiro clínico do utente no centro de saúde e migrou para a PEM (conceptualmente correcto, mas sem

plano de contingência), sem esta não se pode consultar os medicamentos habituais. Não fosse as falhas serem diárias, não haveria problema...

O mesmo acontece com os exames imagiológicos. Na era digital faz todo o sentido que as imagens de TAC, ressonância e RX não sejam impressas em película. A pegada ecológica destas impressões é monumental. Criaram-se portanto mecanismos que impeçam a impressão das imagens e que seja possível o envio dos dados por via electrónica. Só que cada marca de equipamento tem o seu software para leitura dos dados, não havendo ainda nenhum standard, o que faz com que seja difícil, trabalhoso e moroso a leitura das imagens em outros locais diferentes de onde o exame foi efectuado. Solução? Um doente que faz uma TAC numa clínica, prescrito pelo seu médico de família e seja referenciado para um hospital, volta a repetir os exames. E se for transferido deste hospital para um mais diferenciado, repete de novo. A pegada ecológica e os efeitos na saúde do utente são bem maiores.

No SNS têm sido dados passos gigantescos, mas muito maiores que as pernas!



Sofia Coutinho

Interna de Medicina Geral e Familiar,
USF Casa dos Pescadores, ACES
Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Joana Lima

Interna de Oncologia, Centro Hospi-
talar Trás-os-Montes e Alto Douro

Testamento vital – Estamos preparados?

Desde 2012 que os portugueses podem manifestar o tipo de tratamento, ou os cuidados de saúde, que pretendem ou não receber em situações de incapacidade para expressar a sua vontade através do testamento vital (TV).

O Decreto Lei nº 25/2012, de 16 de julho, estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade (DAV) em matéria de cuidados de saúde, regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Este disponibilizado em 2014, após a publicação da Portaria nº 96/2014, de 5 de maio, que regula a sua organização e funcionamento.^{1,2}

Existe um documento modelo facultativo, disponível na Área do Cidadão (<https://servicos.min-saude.pt/utente/Info/SNS/RENTEV>), que deve ser devidamente preenchido e assinado presencialmente perante um funcionário habilitado do RENTEV ou notário. Este é entregue no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) ou Unidade Local de Saúde (ULS) da área de residência sendo depois registado no sistema informático, o RENTEV.³ Em prol do respeito pelo exercício da autonomia e do reconhe-

cimento da autodeterminação, qualquer pessoa pode manifestar o seu consentimento (ou dissentimento), preventiva e prospetivamente, desde que cumpra os requisitos legalmente exigidos. Através de uma séria e rigorosa elaboração dos documentos de DAV estabelecem-se instruções, disposições ou orientações a seguir ou a considerar num momento ulterior e meramente eventual, de agravamento do estado de saúde física e/ou mental consequente a uma ou várias situações clínicas. Com efeito, caso se verifique que o cidadão manifestou de modo antecipado a sua vontade, será certamente maior a probabilidade do profissional de saúde decidir conforme os desígnios desse doente. Contudo, note-se que esta vontade deverá ser manifestada de forma livre, informada e esclarecida, sob pena de inviabilidade.

O cidadão pode decidir, clara e inequivocamente, sobre várias possibilidades, nomeadamente:

- a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;*
 - b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;*
 - c) Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;*
 - d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;*
 - e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.”¹*
- Pode ainda, “nomear um procurador de cuidados de saúde, atribuindo-lhe poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde

a receber, ou a não receber, pelo outorgante, quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.”¹

No que respeita à sua aplicação, uma das primeiras questões que se levanta é: devemos abordar este assunto com os utentes? Ou apenas aguardar que nos questionem? Em que altura da vida? Numa situação de doença crónica progressiva, a questão é menos discutível e os doentes em algum momento aceitam falar desta questão e até nos interpellam nesse sentido. Dizemos em algum momento, porque nem sempre os doentes aceitam a sua condição física como irreversível. No entanto, as DAV não se destinam apenas a pessoas em fim de vida. Destinam-se a todos os cidadãos maiores de idade, que não se encontrem interditos ou inabilitados por anomalia psíquica, e se encontrem capazes de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido.

Neste sentido em que altura um médico deve abordar a questão num utente saudável? Deve fazê-lo? Isto trará benefício para o utente a longo prazo ou estaremos apenas a criar um conflito interior?

Na nossa opinião, a maioria da população não está preparada para falar deste assunto de forma aberta e informada. A discussão sobre o fim de vida é ainda um tabu na nossa sociedade. Assim, achamos que deve ser abordada a questão se o utente a trazer para a consulta, ou em situações de doença crónica progressiva e incapacitante.

Pode ler-se no decreto-lei que *“No caso do outorgante recorrer à colaboração de um médico para a elaboração das diretivas antecipadas de vontade, a identificação e a assinatura do médico podem constar no*

documento, se for essa a opção do outorgante e do médico.”¹

É evidente a necessidade de o utente ser informado pelo médico, de contar com a sua ajuda na elaboração do documento, não devendo este ser apenas um sujeito passivo no processo. Não deve somente receber o documento pronto mas é imperativo que o esclareça com as informações necessárias de acordo com o que o utente deseja.

Mas estamos nós preparados para prestar estes esclarecimentos? Todos nós conhecemos o documento, as suas premissas e os passos até à informatização do TV (preenchimento, receção, registo/submissão, tratamento e validação)? E sabemos como aceder ao documento no caso de necessidade? Achamos que não!

Segundo um estudo da Universidade Católica Portuguesa em parceria com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), divulgado em 2015, o TV é apenas conhecido por 1 em cada 10 portugueses. Este estudo de perceção sobre o TV inquiriu mais de mil portugueses e concluiu que 78% desconhecem o documento. O estudo revelou também que dos 22% que afirmaram conhecer o TV, apenas 50,4% sabiam como o fazer e a quem recorrer, e só 1,4% já o realizou. Os inquiridos referiram ser os meios de comunicação social a principal fonte de transmissão de informação sobre este documento (66,2%), ao passo que os médicos de família (2,8%) e os enfermeiros (2,9%) representam valores muito mais baixos.⁴

As autoras consideram que há um longo caminho a percorrer para que o modelo funcione de uma forma harmoniosa. É imperioso que se faça uma campanha de consciencialização dos cida-

dãos sobre este tema, ao mesmo tempo que se devem capacitar os profissionais de saúde para discutir o tema com os utentes.

De uma forma informal, esperamos contribuir para essa divulgação nos nossos locais de trabalho e em partilha de conhecimento com colegas e esperar que haja maior sensibilização para esta questão.

Bibliografia:

- 1- Decreto Lei nº25/2012. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Diário da República, 1.ª ser, 16 de julho 2012:136:3728-3730.
- 2- Portaria nº 96/2014. Regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Diário da República, 1.ª ser, 5 de maio 2014; 85:2637-2639.
- 3- Direção Geral de Saúde. Circular informativa nº 05/2014. RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital.
- 4- Ordem dos Médicos Secção Regional do Norte. Testamento Vital desconhecido pela maioria dos portugueses. Disponível em: <http://www.nortemedico.pt/?opc=dest&dest=277466>



Maria Helena Martins
Especialista em Medicina Geral e Familiar

Incompatibilidade de “capas”

“Dietrich Bonhoeffer foi uma testemunha. E o seu rasgo maior foi a percepção aguda das potências perversas em ação na história, que, no regime nazi, inverteu todos os conceitos éticos; que, por aparecer sob a capa da luz, da necessidade histórica, da legitimação nacional e da justiça social, perturbou, contagiou, cativou um povo inteiro e despertou muitas simpatias.

De modo implacável foi-lhe cortada, pelo regime nazi, a trama da sua vida. A exigência da hora fez dele um radical. Foi preso, encarcerado e assassinado apenas alguns dias antes de Hitler se suicidar; no dia 9 de Abril de 1945” - estes são alguns excertos da introdução do Livro “Ética” de Dietrich Bonhoeffer, pela pena do seu tradutor Artur Morão (1), situando-nos histórica e biograficamente a ação pró-vida de Bonhoeffer, devemos dar voz ao próprio, nesse seu livro fundamental. No capítulo “A vida natural – o direito à vida física”, lemos alguns parágrafos:

“A vida física que recebemos sem qualquer cooperação nossa, traz em si o direito à sua conservação,

direito que existe antes da nossa vontade e está radicado no nosso próprio ser. Visto que com a morte todos os direitos se desvanecem, a conservação da vida física é a base de todos os direitos naturais. O direito mais originário da vida natural é proteger o corpo do dano, da violentação e da morte intencional.

O corpo é sempre o ‘meu’ corpo. O meu corpo é que me separa espacialmente de outros homens e me situa como homem perante os outros homens. A violação consciente do corpo de outrem significa a destruição do primeiro direito natural do homem e, por conseguinte, a privação radical dos seus direitos, a destruição da vida natural. Arbitrária é qualquer morte consciente de uma vida inocente.

O problema que aqui se coloca surge sob o nome de Eutanásia (Eutanásia – Boa morte. O termo ‘Eutanásia’ aplicou-se no Terceiro Reich de modo enganador, à supressão da chamada vida indigna de ser vivida). Será lícito pôr fim de modo indolor a uma vida inocente, que já não vale a pena viver? Na base desta questão há uma dupla

motivação: o respeito pelo doente e o respeito pelos sãos. Nunca se pode tomar uma decisão acerca do direito de matar uma vida humana com base numa soma de motivos.

Matar ou poupar uma vida nunca são dois equivalentes para quem deve decidir. Poupar a vida tem uma preeminência absoluta sobre a sua aniquilação. Exigirá a consideração pelo doente incurável, pela gravidade do seu sofrimento, que ponhamos intencionalmente fim à sua vida, através de uma forma humana de morte?

Se um indivíduo gravemente deprimido pede que se ponha fim à sua vida, poderemos ignorar que se trata de um pedido de um doente que não é senhor de si? O desaparecimento da utilidade de uma vida para a comunidade justifica suprimi-la?

O forte não verá no fraco uma diminuição da sua força, antes um estímulo para ainda mais se empenhar. A ideia de aniquilar uma vida que perdeu a sua utilidade social nasce da fraqueza, não da força. O direito à vida subsiste no ser e não em qualquer valor. Não existe uma vida indigna de ser vivida.

Onde deverá então residir o critério para julgar do valor último de uma vida? Na vontade subjetiva de viver? No juízo da comunidade? Aqui depressa se tornaria claro que o juízo sobre o valor ou desvalor social de uma vida dependeria das exigências do momento e da arbitrariedade e que ora este ou aquele grupo de homens seria afetado pela sentença da aniquilação. A distinção entre vida digna de ser vivida e indigna de ser vivida destrói, mais cedo ou mais tarde, a própria vida.

A chamada vida indigna de ser vivida é a que mais impele o são, os médicos, os enfermeiros, os familiares a sacrificar-se socialmente e a realizar atos de verdadeiro heroísmo, e que de semelhante dedicação da vida sã à vida enferma a comunidade retira vantagens.”

Por seu turno, lemos o pensamento equivalente no livro “Ser Médico” do Professor Carlos Ribeiro (2). Em formato de cartas, no seu livro o Professor escreve:

7ª Carta (...)

“O exercício clínico é um sacerdócio que obriga o profissional a

desempenhar a sua atividade em circunstâncias adversas, desagradáveis e inoportunas. Podemos admitir a existência de diversos Egos profissionais (...) Desejamos que seja fundamentalmente médico adjuvans (profissional que se realiza pelo seu eu assistencial. Que pratica uma medicina com o objetivo de prestar ajuda ao próximo).

8ª Carta (...)

Prossiga objetivos de farsquia elevada (...) Interiorize que está ao serviço dos seus semelhantes (...) Assuma plenamente as suas responsabilidades (...) Lembro-lhe que o valor da profissão médica reside em preservar a necessidade mais básica do homem: a defesa da sua vida e da sua espécie. Cada vez se torna mais crucial a existência de personalidades profundamente humanas, que tragam mensagens de esperança, de solidariedade, de confiança e particularmente de amizade (...) Na doença, particularmente se presente nos setores mais vulneráveis da sociedade, é mandatário que alguém se disponibilize como gestor da esperança e orientador de boas soluções (...) Assuma a obrigatoriedade de manter por todos os meios a honra e as nobres tradições da profissão médica.

12ª Carta (...)

O seu doente é alguém irrepetível, necessitando de todo o seu saber, da sua atenção, da sua criatividade para o definir e ordenar na sua singularidade de pessoa.”

As circunstâncias sofredoras do nosso doente forçam-nos a envolvermo-nos por completo. Conjuram-nos a permanecer leais aos princípios éticos do não abandono do nosso paciente. As circunstâncias sofredoras do nosso doente impelem-nos à maior força de solidariedade, de compaixão, de presença, de sentido sacrificial, de envolvimento afetivo, de técnica apurada, de aprofundamento do conhecimento, de perscrutar e penetrar no âmago do seu sofrimento. Sempre na convicção inabalável de que ser médico incompatibiliza duas “capas”: cuidar e matar.

(1) BONHOEFFER, Dietrich, Assírio & Alvim, 2007

(2) RIBEIRO, Carlos, Temas e Debates – Círculo de Leitores, 2015

As circunstâncias sofredoras do nosso doente impelem-nos à maior força de solidariedade, de compaixão, de presença, de sentido sacrificial, de envolvimento afetivo, de técnica apurada, de aprofundamento do conhecimento, de perscrutar e penetrar no âmago do seu sofrimento. Sempre na convicção inabalável de que ser médico incompatibiliza duas “capas”: cuidar e matar.



Filipe Monteiro

Pneumologista, Intensivista, Mestre em Bioética

Sedação terminal

No debate sobre a morte assistida – eutanásia – um dos temas mais discutidos tem a ver com a sedação terminal, que no entender de alguns dos seus defensores, é um expediente dissimulado ou, no mínimo, a antecâmara da dita “morte assistida”. A designação de sedação terminal ou sedação paliativa tem sido utilizada indiscriminadamente, por vezes por desconhecimento e outras deliberadamente, com o intuito de equiparar a sedação terminal à prática de eutanásia¹.

Há uns anos atrás, uma tentativa para equiparar, em termos legais, a sedação terminal à eutanásia, deu origem, na Holanda, a um debate público onde prevaleceu a opinião dos médicos, com o apoio do ministro da saúde do governo holandês, que foram de opinião que a sedação terminal e a retirada de alimentação artificial e hidratação são procedimentos médicos normais e como tal diferem da prática de eutanásia².

Diz Levi-Strauss, na sua obra *Antropologia Estrutural*, que “as palavras são um instrumento que temos a liberdade de aplicar desde que expliquemos as nossas intenções”.

Na nossa opinião, a sedação terminal (ST) por vezes também designada de sedação paliativa (SP) sendo conceptualmente diferentes, complementam-se. A SP é uma atitude terapêutica cujo objectivo é unicamente paliar o sofrimento. Por outras

palavras, não tem por finalidade qualquer objectivo curativo. É o caso, entre outros, de aliviar ou minimizar a dor ou a dispneia à margem da sua etiologia. O controlo dos sintomas, pela prescrição dos fármacos, não implica, *a priori*, necessariamente, a perda da consciência do doente.

A ST pressupõe que a prescrição de fármacos para paliar o sofrimento não foi eficaz, e que este (sofrimento) só pode ser suprimido ou diminuído através da sedação. A título exemplificativo, a indicação para sedar um doente com dispneia quando não foi possível aliviar a mesma com as medidas farmacológicas, a oxigenação ou a ventilação. Nesta situação, o doente, ao ser sedado, perde as suas capacidades cognitivas. O efeito da sedação deve ser obtido através da dose mínima eficaz e o médico prescriptor estar avisado do princípio do duplo efeito de fármacos.

ST/SP: *Modus operandi*

A ST/SP pode ser prescrita a pedido do doente, dos familiares quando o doente não está em pleno uso das suas faculdades cognitivas ou por decisão médica. Entre nós, na sua esmagadora maioria, a responsabilidade de prescrição recai nos médicos. É uma boa prática médica, os clínicos informarem a família da razão de ser de tal atitude e das suas consequências.

Na sedação terminal o doente perde o seu relacionamento cognitivo, mantendo, no entanto, as suas funções orgânicas. A ST é, regra geral, levada a efeito através de fármacos de curta duração, isto é, de uma semivida bastante rápida. Se por qualquer razão a prescrição for suspensa o doente rapidamente recupera a sua consciência. Este procedimento é por vezes adoptado durante o horário das visitas, se os familiares manifestarem o desejo de terem algum contacto cogni-

tivo com o doente. Daqui se depreende que a sedação terminal não é um procedimento irreversível. Pelo contrário, a reversibilidade é o atributo fundamental que a define.

Comparar a ST, um acto potencialmente reversível, à morte assistida (algo potencialmente irreversível), parece-nos pouco lógico.

Assim que seja assumida a prescrição da ST, ela deve ser enquadrada no âmbito de outras medidas terapêuticas a que o doente já estava sujeito e definida a estratégia a ser seguida.

Sedação terminal: estratégia e opções

Iremos abordar de seguida as várias opções e as questões éticas que discorrem de cada opção.

A. Com manutenção de todos os tratamentos

Implica manter todos os tratamentos quer farmacológicos, quer aqueles que incluem procedimentos como a ventilação, a oxigenação, a hemodiálise, etc.

O princípio ético de beneficência e não maleficência implica que os tratamentos devem ser proporcionais ao benefício esperado, por outras palavras o tratamento deve ser proporcional ao benefício esperado. Se o quadro clínico do doente apresentar uma situação irreversível e o prognóstico estiver “fechado” e a administração da ST ter sido deliberada em função desta realidade, não faz nenhum sentido, em nossa opinião, manter atitudes terapêuticas curativas. Por outro lado, se o prognóstico apresentar ainda alguma janela de esperança, então o doente pode ser sedado mas não numa perspectiva de sedação terminal.

B. Com manutenção de tratamentos mínimos

Nesta opção, o cerne da questão

reside na definição de tratamentos mínimos. No código deontológico da Ordem dos Médicos, no capítulo III dedicado ao fim da vida, no seu artigo 59 está explícito que a manutenção de tratamentos mínimos implica a interrupção de meios extraordinários. No entanto, alimentação e a hidratação, mesmo quando administradas através de meios artificiais e a própria administração, por meios simples de pequenos débitos, de oxigénio, não são consideradas um meio extraordinário de manutenção de vida³.

Este código de conduta de não considerar a alimentação, a hidratação e a oxigenação por meios artificiais como tratamentos extraordinários tem estado na origem de muita polémica quer no meio médico quer dentro da própria Igreja católica⁴.

C. Com suspensão de alimentação e hidratação por meios artificiais

Esta alternativa pressupõe a opção anterior sem alimentação e hidratação artificial e sem oxigenação. A morte surge por desidratação e fome, mas releve-se que não é a sedação terminal que está na sua origem; pelo contrário a ST alivia o doente de qualquer sofrimento. Apesar de a morte ser inevitável ela pode acontecer passados dias ou mesmo semanas.

Na opinião de alguns autores é muito difícil a distinção entre a sedação terminal e a morte medicamente assistida, nomeadamente na opção C⁵.

Controvérsias

Sedação terminal é eutanásia dissimulada?

Há estudos que compararam o tempo de sobrevivência entre os pacientes sedados e os não sedados, não encontrando diferença

estatística nos resultados.^{6,7} Inclusive, um estudo numa unidade de cuidados paliativos, a sobrevida dos pacientes sedados foi maior do que os que não foram sedados.⁸ À luz destes estudos, não nos parece aceitável comparar a ST à eutanásia.

Como foi dito anteriormente, a sedação terminal é um acto reversível e, como tal, não faz qualquer sentido comparar à morte assistida, que independente do *modus operandi*, é um processo irreversível.

Em relação às medidas de suporte, na nossa opinião, a oxigenação não pode nem deve ser equiparada à alimentação e hidratação artificiais. Não faria nenhum sentido suspender a ventilação e manter a oxigenação.

Em relação à alimentação e hidratação a ambiguidade surge quando esta atitude é debatida numa perspectiva puramente tecnológica. A Igreja católica não considera a alimentação e a hidratação como um tratamento médico. De acordo com uma missiva de João Paulo II, dirigida numa conferência sobre a nutrição e hidratação no estado vegetativo persistente, organizada pela *Federação internacional das Associações dos Médicos Católicos* e pela *Pontifícia Academia para a Vida*: “A administração de água e comida, mesmo através de meios artificiais, representa um meio natural de preservar a vida e não um acto médico”. Por outro lado, é muito conhecido o aforisma “dar de comer a quem tem fome e beber a quem tem sede” - um preceito que pode ser considerado como um legado humanista da civilização judaico-cristã.

Em nosso entender, mesmo numa concepção médica, o entendimento da Medicina não se resume às conquistas tecnológicas. A ver-

tente humanista da Medicina é o seu património congénito. E à luz deste pensamento, parece-nos perfeitamente admissível manter a alimentação pela sonda nasogástrica e a hidratação através de soros. Excluímos a alimentação através da PEG (*Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*).

Fundamentos basilares a reter numa sedação terminal

Do exposto, parece-nos essencial reter os seguintes fundamentos:

- A ST só se justifica num estágio terminal e irreversível duma doença e quando o sofrimento do doente não pode ser aliviado com outras atitudes terapêuticas.
- Com o doente em condições cognitivas e anímicas, pode ser prescrita a pedido do doente mas

não deve ser prescrita se o pedido for com o intuito de provocar a sua morte.

- Se o doente não estiver em condições cognitivas, a prescrição deve resultar da decisão médica e após um diálogo com a família.
- A sedação terminal é uma prescrição médica reversível e não é, nem pode ser, prescrita deliberadamente para causar a morte do doente. A sua prescrição deve ser de modo a obter o efeito desejado com o mínimo da dose.
- A eventualidade do duplo efeito da prescrição não deve ser um obstáculo à sua prescrição.
- A própria prescrição da sedação terminal não é em si mesmo um acto irreversível. Ela pode a qualquer momento ser retirada ou suspensa se o médico assim o entender.

1 Taboada P. Terminal Sedation or Palliative Sedation? <http://hospicecare.com/resources/ethical-issues/essays-and-articles-on-ethics-in-palliative-care>

2 T. Sheldon. "Terminal sedation" different from euthanasia, Dutch ministers agree". *BMJ* 2003;327:46

3 Revista Ordem dos Médicos. Ano 25 – Nº 97; Janeiro 2009.

4 Monteiro F. Medicina Intensiva no fim da vida. Reflexão sobre o posicionamento da Igreja católica. *Revista portuguesa de Pneumologia*. Vol. XIII;Nº.4: Julho/Agosto 2007: 605-612

5 Quil TE, Lo B, Brock DW. Palliative Options of Last Resort. A comparison of Voluntarily Stopping and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia. *JAMA*. December 17, 1997 – Vol 278; Nº 23: 2099-2104.

6 Claessens P, Menten J, Schotsmans P et al. – Palliative sedation: A review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*, 2008; 36(3):310-333.

7 Vitetta L, Kenner D, Sali A – Sedation and analgesia-prescribing patterns in terminally ill patients at the end of life. *Am J Hosp Pall Care*, 2005; 22:465-473.

8 Mercadante S, Intraiva G, Villari P et al. – Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *J Pain Symptom Manage*, 2009;37(5):771-779



Maria Miguel Sá
Interna de MGF da USF Famílias

O fim do internato, do outro lado

Por estas semanas, tenho pensado muito sobre o fim do internato. Tem sido um pensamento algo invertido, face ao pensamento normal, uma vez que tem sido sobre o outro lado: o lado de quem fica e de quem vê partir. Esta inversão do pensamento, obviamente, não surgiu do nada. A minha interna "mais velha" termina agora este percurso.

É uma sensação com um amargo de boca, muito feliz por ela conseguir alcançar tudo o que se propôs, mas já com saudade de tudo o que vivemos. Aquele sorriso de manhã, com o atrasar da hora, um olhar partilhado entre aqueles que atravessam um mesmo período (e só esses compreendem). Um desabafo sobre um doente mais difícil ou pela sobrecarga de horas e de trabalhos que ocorriam por vezes.

Mas acima de tudo um orgulho, daqueles que enche o peito, como se ela fosse, também ela, um bocadinho minha!

O orgulho de ouvir colegas falar, mas acima de tudo de ouvir os doentes recordar e sentir. O ouvir os seus desejos de felicidade e de amargura "pela doutora já não vir mais". Nasce evidentemente, de quem presencia estas manifestações, um desejo profundo, de um dia, também ouvir falar assim do meu caminho. Mas hoje, é sobre ti. Este caminho não foi fácil, mas ver crescer alguém a cada dia é mesmo bom de se ver. O ganhar da segurança, sem perder a graciosidade e simplicidade, o impor de uma visão, que não é necessariamente igual à dos demais, mas que é a tua voz.

Isto é o que se vê deste lado, mas acima de tudo é o que se sente, com um carinho tão grande e um regozijo de, ainda que de um modo tão singelo, ter feito parte da médica de família que te tornaste.



José Francisco Pavão

Médico, interno da especialidade de Saúde Pública

Espaços comuns

No final do passado mês de Setembro viajei para Gastein, Áustria, onde tive a oportunidade de participar, enquanto jovem bolsheiro, no Fórum Europeu de Saúde.

Esta foi a 19ª edição e a 10ª edição dos jovens bolsheiros do Fórum Europeu que conta já com um grupo de 150 membros das mais diversas áreas profissionais associadas à saúde pública, quer em funções na Comissão ou Parlamento Europeu, na Organização Mundial de Saúde, nas diferentes agências promotoras ou de *lobbying* da saúde existentes, em Unidades ou Departamentos de saúde ou até representantes de Associações de Doentes e Organizações Não-governamentais (ONG's), o que torna ainda mais especial e interessante este *cluster* que desenvolve projectos, intervenções, investigação e políticas de saúde na Europa Comunitária.

Já em 2014, numa conferência europeia, o colega Ricardo Baptista Leite referiu em analogia que o tema saúde em todas as políticas se tornou o monstro de *Lochness* da União Europeia: *"todos falam delas, muitos acreditam, uns até afirmam já as ter visto, mas ninguém as sentiu como um todo e provavelmente estas não existem. É tempo de as construir, pois nós precisamos de saúde em todas as políticas!"*. Ora, o Fórum Europeu de Saúde envolve e compromete os líderes, mas acima de tudo desperta, motiva e une gerações em torno dos temas estruturais da

saúde e do espaço europeu.

O tema deste ano focou-se na Demografia e Diversidade na Europa. Debate actual, necessário e pertinente. De facto, o presidente do Fórum, Professor Helmut Brand, médico de saúde pública, académico e com um vasto currículo, a par da comissão organizadora, é um exemplo da oportunidade e do sentido de saber reflectir nos problemas e prioridades antes do seu tempo! Como referiu, Helmut Brand: *"As alterações demográficas e transição epidemiológica não estão apenas associadas entre si, têm também algo em comum: o impacto profundo na gestão social e em saúde dos Governos; pelo que este ano não queremos que apenas pense, mas pelo contrário identifique oportunidades e nos ajude a captá-las."*

Conferências tão diversas como a literacia em saúde, saúde materna, migrantes e refugiados, tecnologias e sistemas de saúde, a educação e a prática em saúde pública foram debatidos e trabalhados por especialistas, académicos e políticos na aprazível e cuidada cidade de

Badgastein. Entre as verdes montanhas do Tirol com temperaturas refrescantes, a pequena cidade torna-se por esta altura semelhante aos corredores do parlamento europeu numa amostra de culturas e costumes tão diversos com compromisso de união e caminhos convergentes.

Por último, este congresso permitiu-me também reflectir na importância que representa a Comunidade Médica de Língua Portuguesa (CMLP), no nosso presente e futuro. Estou convencido e confiante que a última reunião que esta Comunidade promoveu no Porto, onde juntou representantes das Associações Médicas e titulares dos Ministérios, é a porta aberta para uma estratégia comum na criação de entendimentos, cooperação, desenvolvimento e políticas para a afirmação da Saúde Lusófona!





Mariana Sá Nogueira

Interna de formação específica de MGF - USF S. Félix-Perosinho

E a consulta?

Na reta final do meu internato, assoberbada pelas infindáveis colheitas de dados e grelhas de avaliação, não consigo parar de pensar: então e a consulta?

A WONCA (World Organization of Family Doctors) define como competências nucleares do médico de família a gestão de cuidados de saúde primários, os cuidados centrados na pessoa, as aptidões específicas para a resolução de problemas, a abordagem abrangente, a orientação comunitária e a modelação holística.

A consulta é, por definição, o encontro entre o médico e o doente, no qual se estabelece uma interação dinâmica com o objetivo de definir uma agenda comum, baseada numa relação personalizada e de confiança mútua.

Desvalorizada por muitas especialidades médicas, a Consulta é, por excelência, o palco do médico de família, onde o exercício das competências nucleares define sua performance e no qual consiste o epicentro da sua ação enquanto profissional de saúde.

Para a maioria de nós, naqueles fugazes 15 minutos (para alguns 20 minutos e para privilegiados 30), o nosso foco, atenção e conhecimento técnico-científico

deve estar centralizado no indivíduo que está diante de nós. Aliás, é na medicina centrada no doente que está a essência e a *legis artis* do exercício da especialidade de Medicina Geral e Familiar.

Não obstante, a páginas tantas, lembramo-nos “será que já calculei o risco cardiovascular?”, “registei na ficha individual, certo? Caso contrário não cumpre o indicador...”. Por conseguinte, perdemos os últimos 20 segundos de monólogo do doente, não só porque deixámos de o ouvir, como certamente olhámos para o monitor e clicámos umas dezenas de vezes no rato. Claro está, pensamos condescendentemente, “certamente não terá contado nada que ainda não tenha contado nas últimas 10 consultas que já teve, só este ano”. Será assim? Ou será que perdemos um olhar, um gesto, uma palavra que nunca antes tinha sido usada e que nos ajudaria a descortinar o motivo pelo qual, sem razão física aparente, nos tem procurado tantas vezes?

Como é referido no prefácio da obra “A Consulta em 7 passos”, de Vítor Ramos, “existe crescente reconhecimento de que uma boa interação entre o médico e o doente, no decurso da consulta, tem uma influência considerável no bem-estar deste”. Ora não será este “bem-estar” que deve prevalecer sobre a panóplia de registos informáticos, metas e indicadores que nos são impostos? A preocupação com o final do internato, consequente avaliação e perspectivas profissionais (nada animadoras) consome a maior parte do meu tempo. Contudo a minha função como médica (sobretudo por ainda ser interna) deve ser sempre o encontro com o doente.

Se enquanto médicos de família menosprezarmos a consulta, o que nos resta? A satisfação de cumprirmos as metas dos indicadores? Se isso for o mais importante, como dizem os mais sábios, “então não és um médico, és um licenciado em Medicina!”...



Susana Sá

Interna do 4º ano de Medicina Geral e Familiar na USF Sem Fronteiras
– ACeS Entre o Douro e Vouga I

“Preferia não saber...”

Enquanto médicos internos e futuros Médicos de Família, deparamo-nos diariamente com uma enorme diversidade de sinais e sintomas, muitas vezes inespecíficos. Ser Médico de Família é ser capaz de contextualizar diferentes quadros clínicos, nos antecedentes biopsicossociais e familiares de cada doente. Procedemos a uma avaliação clínica detalhada que muitas vezes nos coloca na pista de determinada doença... Sendo nós gestores de cuidados, oferecemos ao nosso doente o seguimento mais adequado possível, reencontrando-o, quando necessário e numa decisão em parceria com este, para diferentes cuidados de saúde, com vista a esclarecer a nossa hipótese de diagnóstico.

E quando esta hipótese é confirmada? Que impacto terá no nosso doente? Estaremos preparados para ouvir “preferia não saber...”?

De facto, todos os doentes são diferentes e todas as doenças são vividas de forma diferente por cada doente. Uma doença crónica, apesar de estável ou de se poder apresentar com manifestações clínicas frustres ou até mesmo ser assintomática, poderá ter um impacto inimaginável no doente. Poderá afetar todos os seus planos de vida, a curto e/ou a longo prazo, gerar ansiedade e/ou depressão e, assim, afetar dramaticamente a sua qualidade de vida.

O jovem, instruído, ativo, que quer saber sobre todos os detalhes da história natural da doença, complicações associadas e que se apercebe que a sua profissão poderá ser incompatível com a sua doença no futuro...

A senhora de meia idade, com filhos e netos a caminho, que se depara com uma doença grave, incurável, que apesar de estável,

poderá sofrer deterioração a qualquer momento, com mau prognóstico...

São tantos os casos em que a atuação médica, apesar de ajustada às necessidades do doente, acaba por gerar sofrimento, inerente ao próprio diagnóstico.

Mas ser Médico de Família é isto mesmo... é ser médico do problema agudo, do problema crónico, do problema inespecífico que se revela devastador... é ser médico do indivíduo, da família e da comunidade... é ser o médico responsável pelo diagnóstico que o doente queria tanto saber mas que, afinal, “preferia não saber...”. É o médico que trata da doença, cuida da dor e que ajuda o doente a adaptar-se à nova condição... Ser Médico de Família é tudo isto e muito mais!



A anestesia em Portugal séc. XIX e início do séc. XX

Joaquim Figueiredo Lima procedeu a uma reflexão sobre a prática de anestesia em Portugal no século XIX e início do século XX (1850-1925), baseada na análise crítica dos conteúdos das teses de dissertação inaugural apresentadas pelos finalistas dos cursos de medicina nas Escolas Médico-Cirúrgicas do Porto e de Lisboa. Estas teses, ainda que orientadas por cirurgiões que praticavam anestesia, refletem o contacto destes alunos de medicina com o alívio do sofrimento e da dor e a sua participação nestes atos clínicos! A obra da Chiado Editora constitui, assim, um importante contributo para a compreensão dos primórdios da anestesia em Portugal.

cultura



M. M. Camilo Sequeira
Chefe de Serviço de Medicina Interna

O direito ao trabalho e o absentismo medicamente justificado

O direito a faltar ao trabalho por se estar doente, mantendo o vínculo laboral e recebendo salário, é uma conquista social recente, não generalizada, que carece de ser defendida, quer das manobras políticas que a não apreciam, quer dos beneficiários que a consideram um direito irreversível.

Trata-se de uma vantagem, de um privilégio de quem trabalha, que foi criada na expectativa de que seria exemplarmente gerida porque, por ser uma expressão do poder médico, teria na isenção deste grupo profissional os agentes de controlo, em nome da sociedade, da sua correcta utilização. De facto, é bom salientá-lo, o benefício só existe se for justificado por Médicos. Como sua estrita competência.

O que é uma questão complexa porque um direito só existe, ou só persiste, se for do interesse do colectivo e se a administração pública o considerar exequível. Isto significa, no caso, que se entregou aos Médicos mais uma grande responsabilidade em relação ao outro que lhes impõe o dever de muito bem decidirem sobre os pressupostos com que justificam o absentismo por doença. Responsabilidade cuja dimensão não é socialmente menor que a das decisões diagnós-

tica e terapêutica.

De facto a decisão correcta, bem fundamentada, do absentismo de causa médica tornou-se um valor basilar de avaliação da boa prática assistencial. Esta responsabilidade, atribuída exclusivamente aos Médicos, é outro dos normativos de exigência da actividade clínica porquanto obriga a que se seja muitíssimo rigoroso na valorização relativa e absoluta dos critérios em que o Médico se baseia quando afirma qualquer incapacidade por doença. De facto espera-se do Médico que saiba reconhecer um valor particular, que será interesse do doente, num contexto abrangente de interesses maiores como são os do colectivo onde se integra esse particular doente. Para afirmar isenção e para defender o direito em causa de abusos que serão sempre potenciais justificações para a sua suspensão.

Hoje o emprego certo e continuado já está perdido. Por isso temos

de trabalhar e de estar atentos para colaborarmos de forma correcta na preservação do que ainda persiste como conquista social. E o direito ao absentismo medicamente justificado é uma conquista com inegável merecimento que está muito dependente dos Médicos. Com o dever de rigor destes a, por vezes, muitas vezes, implicar o antipático de se ter de decidir contra o interesse de muito trabalhador que, mal preparado para se perceber como parte do todo, se vê antes como "beneficiário do direito porque o direito existe".

A boa prática e o dever de bem justificar

Vale a pena recordar que o estatuto do Médico não nos reconhece competência para fazermos "caridade" com dinheiro que não é nosso mas do todo de que fazemos parte. E que declara, em termos que julgo inequívocos, que mentir em geral,

e em particular sobre uma incapacidade por quaisquer motivos que não sejam doença incapacitante, é uma expressão de incompetência. A caridade de responsabilidade individual é critério de cada um. Mas a utilização abusiva do dinheiro de todos, como é a justificação da ausência ao trabalho sem suporte clínico seguro, mesmo que com propósito caritativo, é agir contra a motivação que levou à criação do benefício. E, em última análise, é dar sentido aos argumentos dos que o queiram anular.

Por isso me parece óbvio que os Médicos se devem proteger do risco de serem responsabilizados em exclusivo pelos custos financeiros e sociais de um problema, o absentismo pretendidamente injustificado, que se foi insinuando na vida quotidiana sem que, em tempo, se lhe desse a devida atenção.

Hoje o assunto é, finalmente, percebido como importante. Mas a sua abordagem raramente é feita da forma mais adequada encontrando-se os Médicos no meio dessas discussões sem que haja análise objectiva da razão de ser desse indesejado protagonismo.

Que, porém, é inevitável. Porque, de facto, são os Médicos que justificam, bem ou mal, as situações que se consideram como abusivas e que, demasiadas vezes, têm dificuldade em explicar para terceiros os motivos das suas decisões.

Pelo que faz todo o sentido insistir-se na obrigação dos Médicos de, por respeito para com os seus compromissos deontológicos e por ser de sua responsabilidade a maioria ou a totalidade dos casos de absentismo justificado que se prolongam no tempo por vezes meses e meses, terem devidamente estruturadas as motivações clínicas que determinaram as suas decisões.

E tê-las no registo clínico do doente antes dos casos se transformarem

em questões do domínio público. Para que, imediatamente após o confronto com uma eventual irregularidade de decisão, o poderem apresentar à tutela, à Ordem ou a outro qualquer organismo com competência reconhecida para ser seu interlocutor.

Estas justificações têm de estar bem redigidas, de ser revistas regularmente nos casos em que o absentismo se prolongue e de merecer *“reflexão permanente”* para se poder dizer que houve plano de recuperação da incapacidade, de reaproveitamento de competências, de, quando for o caso, treino ou ensino psicopedagógico reformulador de interpretações, de medos ou de conflitos, que também têm de ser regulados fora da consulta. Principalmente têm de ser claros, particularmente para o próprio Médico, em termos que lhe permitam defender-se contra o argumento de “ninguém perceber o motivo de uma justificação de absentismo por doença que se prolonga indefinidamente, ou que se renova constantemente após curtíssimos períodos de actividade, porque não há informação objectiva que permita a sua compreensão”.

E nem sequer estou a defender que a justificação tem de ser aceite como correcta por todos. Estou antes a afirmar que esses todos têm de perceber a lógica interpretativa do Médico decisor quer concordem ou discordem dela. Porque não há decisões absolutamente perfeitas.

Mas há sempre, perante uma má decisão ou uma decisão mal fundamentada, o risco de se ser acusado de laxismo o que é grave demais para ser ignorado. Até porque este será, ou poderá ser, considerado como atitude de cumplicidade com situações que, quando investigadas por terceiros, conduzam à suspeita de irregularidades. Mor-

A utilização abusiva do dinheiro de todos, como é a justificação da ausência ao trabalho sem suporte clínico seguro, mesmo que com propósito caritativo, é agir contra a motivação que levou à criação do benefício. E, em última análise, é dar sentido aos argumentos dos que o queiram anular.

mente a suspeita de propósitos de exploração de direitos, com potenciais ganhos pessoais, por se acreditar que a inespecificidade da Lei nunca acarreta penalizações objectivas para os manipuladores ou os vigaristas. Aos quais os Médicos, que serão acusados da mesma desonestidade, por acriticismo potencialmente cúmplice, por descuido ou simplesmente por ingenuidade (enquanto Médico velho só aceite esta hipótese para colegas no início da sua vida clínica) possam ter dado apoio.

O risco de decidir displicentemente e a “baixa”

Este risco é maior do que se possa julgar. É minha convicção que se fosse feita, agora, uma apreciação aleatória de casos de absentismo prolongado se encontrariam muitos quadros mal caracterizados em termos de incapacidade justificável. É claro que alguns apenas

estarão mal precisados na justificação embora esta seja aceitável. Mas outros não e são estes os contextos graves. E é esta realidade que se aplica quer a incapacidades resultantes de acidentes em serviço, quer a incapacidades para o trabalho ordinário mantidas indefinidamente por doença não compensada.

Basta pensarmos em quantas (e quais) patologias serão justificação para incapacidade laboral durante 3 meses, ou 6 meses ou um ano ou mais, e compararmos a resposta a esta questão com a justificação dos casos de absentismo que, neste preciso momento em que sou lido, têm e mantêm esse estatuto entre os trabalhadores com vínculo continuado. E fazendo de advogado do diabo valia a pena fazer a mesma análise aos casos de trabalhadores sem vínculo.

Naturalmente que tenho consciência que este tipo de problemática, que este tipo de análise e de reflexão sobre a mesma, pode servir de suporte à invenção de medidas restritivas do direito dos Médicos continuarem a ser os controladores mais credíveis deste tipo de circunstância social. Tal como reconheço que a aplicação de controlos fora do exercício médico será penalizador principalmente para os mais fracos.

No entanto, este receio não pode fingir-se ultrapassado evitando discutir-se o assunto. Até porque

a proletarianização médica e a sobrevivência dos que falham na luta competitiva por um lugar em carreira segura protegida, é factor facilitador do laxismo neste tipo de decisão porque “se não fizer a contento do *cliente* decerto o perderei para outro prestador”. Mas não só. Porque em ambiente profissional seguro protegido, também é mais fácil ceder à vontade ignorante mas apelativa do *utente* do que criar um conflito que terá consequências na avaliação que suporta as potenciais progressões na carreira do decisor. A ausência de queixas e ou conflitos é considerada como sinónimo de boa prática. E as denúncias de más práticas são sempre irresponsavelmente generalizadas a todos que tratam *doentes*.

A “baixa” médica é entendida como parte da solução para múltiplos diferentes e absurdos problemas sociais: a desadequação familiar, a desconfiança laboral, o conflito com a vida, um imperativo do dia a dia que não se consegue resolver sem faltar ao trabalho, a doença menor mas que perturba a boa prática profissional, a resposta a uma solicitação inadiável da hierarquia quando já foram assumidas responsabilidades, com custos financeiros, que essa hierarquia não compensará. Até o singular “normal” de estar de “baixa” indefinidamente até haver oportunidade, vulgo vaga, para se resolver

um problema clínico identificado e que carece de, por exemplo, tratamento cirúrgico. Normal entre comas porque se a doença pode esperar meses por esse tratamento decerto que não é aguda o bastante para justificar o absentismo em causa.

E sei lá quantos mais problemas se pretendem resolver com a informação “vá pedir a justificação das faltas ao seu Médico”. Este fenómeno, já integrado no nosso quotidiano e por muitos tido como normal, é outro motivo que poderá facilitar a anulação, no futuro, do direito de serem os Médicos a justificarem a incapacidade para o trabalho por doença e reflecte um outro bizarro do nosso tempo que é a medicalização de qualquer perturbação do viver. Hoje pretende-se que “tudo” na vida moderna tem de ser tratado como doença seja qual for a etiologia desse “tudo”. Mesmo que fisiopatologicamente a sua explicação científica seja muito mais que controversa.

Os Médicos tratam tudo?

Têm de tratar tudo?

Assumindo o conflitual do exemplo interrogo-me sobre se não será (chamo a atenção para o facto de não escrever “se não terá sido”) a incompreensão sobre o sentido clínico de queixas que, coerentemente, não se enquadram nos saberes estruturados nos tratados que justificam a criação de entidades nosológicas como a Fibromialgia ou a Síndrome de Fadiga Crónica. Para cuja autenticação científica se definem critérios diagnósticos cuja incerteza ou cuja ausência de objectividade implicam a integração nos mesmos de sinais de outras patologias, mormente de saúde mental, e uma chamada de atenção, como critério diagnóstico repito, para se excluir a simulação quando estiverem em causa po-

Este fenómeno, já integrado no nosso quotidiano e por muitos tido como normal, é outro motivo que poderá facilitar a anulação, no futuro, do direito de serem os Médicos a justificarem a incapacidade para o trabalho por doença e reflecte um outro bizarro do nosso tempo que é a medicalização de qualquer perturbação do viver.

tenciais ganhos secundários.

Claro que a ciência médica não parou e por isso a continuada melhoria da caracterização dos quadros é a base para mais correctamente se definirem diagnósticos e terapêuticas dirigidas. Mas este caminho tem de ser percorrido com muito cuidado e sempre com acentuada e permanente atenção ao risco de nos enredarmos numa fórmula de organização da assistência onde “tudo” é doença. Sendo este “tudo”, por isso, tratável com remédios.

Sabemos bem que isto não é verdade e que nos são, muitas vezes, exigidas curas para males característicos de incerta justificação científica. Sendo este mais um dos terrenos imprecisos onde o absentismo sem suporte estruturado se pode instalar. Com o nosso apoio. Porque não lhe sabemos dar solução, porque também achamos que, sendo sofrimento, tem de ser tratado com remédios e porque adoptamos, demasiadas vezes, uma atitude de tolerância e compreensividade passivos absolutamente contrários aos diferentes interesses em causa.

Com lamentável prejuízo para o “doente” (doente sim porque não possui bem-estar físico, mental e social) que nunca encontra caminho para o estar bem a que tem direito continuando a vitimizar-se sem alternativa “porque os Médicos não sabem como tratá-lo” e para o Médico que, querendo apoiar sempre e esquecendo-se de reflectir sobre o sentido desse seu apoio, não encontra saber que lhe permita uma compensação da queixa inespecífica decidindo manter o absentismo sem justificação porque é mais fácil e porque, em boa verdade, não sabe como o interromper.

No entanto é isso mesmo que tem de fazer. Porque o incerto, o irre-

gular, o fisiopatologicamente inexplicável porque não tem (ou ainda não tem) explicação científica não deve ser justificação para se apoiar a medicalização de tudo o que, directa ou indirectamente, possa ser sofrimento ou desadequação à vida que inventámos. Mesmo correndo o risco de nalguns contextos parecer injusto e sem prejuízo de continuar a oferecer ajuda ainda que em termos diferentes dos pretendidos pela pessoa que a pede.

O Médico nunca abandona o seu doente. Mas o seu apoio é determinado apenas pela competência clínica, pela sensibilidade social e pelo dever deontológico de análise sistemática e permanente de todos os contextos profissionais que lhe sejam propostos.

O absentismo de causa médica é um direito social e uma prerrogativa dos Médicos que temos de defender em todos os encontros com os doentes. Esta defesa só será eficaz, socialmente adequada e tolerada se formos, sempre, críticos na sua aplicação e absolutamente cuidadosos na sua justificação em processo clínico todas as vezes em que assumirmos que uma doença incapacita para o trabalho. Bem como na indicação do tempo provável em que julgamos que essa incapacidade perdurará. Sem qualquer concessão a outras variáveis que não a doença.

Embora teoricamente se possa assumir que, claramente registado no processo, possa figurar como justificação de falta ao trabalho de muito curta duração um contexto social inesperado cuja repercussão no estar quotidiano do doente seja gerador de angústia ou de sofrimento. Ou uma dificuldade aparentemente inultrapassável na planificação de um dia da vida por acontecimento que aos olhos do Médico, doente a doente, seja relevante.

...Esta defesa só será eficaz, socialmente adequada e tolerada se formos, sempre, críticos na sua aplicação e absolutamente cuidadosos na sua justificação em processo clínico todas as vezes em que assumirmos que uma doença incapacita para o trabalho. Bem como na indicação do tempo provável em que julgamos que essa incapacidade perdurará. Sem qualquer concessão a outras variáveis que não a doença.

No entanto, é bom recordar que a Lei reconhece ao próprio o direito de se justificar sem ter de recorrer ao Médico para pedir um “atestado de falta ao trabalho” por motivo que não depende dele. Dizendo a mesma Lei, com justiça, que este direito implica a perda do salário do dia em causa porque, de facto, não se cumpriu o dever de trabalhar por razões socialmente aceitáveis. Estranhas à intervenção dos Médicos. O que me permite afirmar que até as excepções que referi como hipóteses teóricas, que parecem aceitáveis, o não são de facto.

Mónica Bagueixa

Especialista em Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de Miranda do Douro
- Unidade Local de Saúde do Nordeste

Vinhais terra destino...

No dia 18 de janeiro do presente ano dirigi-me a uma pequena vila, pendurada nos montes da serra da Coroa, com salpicos de casas, a traduzir um padrão estrutural de uma vida em cadeia polipeptídica, que lhe confere uma beleza natural inigualável. Saindo de Bragança, percorrem-se 32 km por meio de montes e vales num traçado de curva, contracurva almejando-se o destino - Centro de Saúde de Vinhais, parte integrante da Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Não posso deixar de referir os anseios de um primeiro dia de trabalho como especialista, de um julgamento a cada consulta, a cada passo, a cada atitude...

Já o dia ia longo quando me apercebi do oásis em que vivia uma experiência única, entre profissionais polivalentes que se dedicavam de corpo e alma, num deserto de tudo e de nada. Bem recebida e acarinhada por todos os profissionais do Centro de Saúde de Vinhais e pelos utentes que viam em mim uma jovem a trazer vitalidade a uma população envelhecida, com necessidade de um sorriso, de uma palavra e não só da "cura física". Já me começava a sentir

envolta num mundo de admiração e respeito pela figura mítica do "Sr. Doutor", de alguém que iria criar uma empatia afável emergindo no mundo destes seres humanos numa vivência que implicaria uma esperança renovada, pela generosidade gratificante e incomensurável dos que me procuravam na ânsia de satisfação de um quotidiano triste e por vezes infernal, mas simultaneamente cheio de esperanças e que o médico tenta colmatar, fazendo muitas vezes uma medicina de trincheira, subtraindo a este campo humano o sofrimento físico, psíquico e social em que se encontra embrenhado.

Na hora da partida, a saudade foi o que ficou, mas as vicissitudes da vida, levam-nos muitas vezes, a mudar o rumo daquilo que se tinha direcionado como uma etapa final. Ao Centro de Saúde de Vinhais a minha homenagem de gratidão, pelo incentivo e apoio a quem luta por querer fazer mais e melhor numa atitude que só dignifica o ser humano. O isolamento não é fácil de aceitar mas também não é difícil de o transformar num local aprazível por razões de vá-

ria ordem, nomeadamente, por ser um local de aprendizagens feitas a cada momento, saindo do desespero de não ter meios complementares de diagnóstico no momento da observação do utente em Consulta Aberta, e onde por vezes surgem casos de verdadeira emergência, e com artes que parecem mágicas procurava-se estabilizar o utente que tinha que ser enviado para a Unidade Hospitalar de referência.

Neste dia-a-dia, em que procurei dar o meu melhor, consultas gratificantes, eficientes e algumas vezes a desgosto do utente, mas que de uma maneira efusiva abriram o caminho para a implementação do axioma que pragmatiza "a saúde em primeiro lugar".

O quotidiano de um médico faz dele um herói, pois o verdadeiro herói é a pessoa que repara nas coisas para depois poder bem fazer. Quem inventou a vacina da varíola não pode ser considerado um inventor, pois na realidade ele não inventou, mas limitou-se a "reparar" que as pessoas portadoras de varíola bobina ficavam imunes à varíola. Afinal reparar é deveras im-

portante para ressuscitar a vida que se esgueira, para dar vida à vida... É reparar na população envelhecida, na falta de transportes, na falta de alimentos, no desemprego e conseqüente dependência da reforma do idoso, na alteração do estatuto social da mulher, no menor envolvimento das famílias na prestação de cuidados aos seus familiares mais velhos, na solidão, numa realidade que nos confronta e nos pede soluções. Há que lutar por aqueles que nos ajudaram a atingir a nossa meta e agora com forças exíguas se sentem o resto de uma sociedade que os esquece.

O médico tem um papel preponderante na humanização da velhice e foi nesta miscelânea de pensamentos que deixei Vinhais nas recordações e rumei para

terras do Douro, onde encontrei tudo igual e tudo diferente. Igual no que concerne a meios complementares de diagnóstico, mas gente com usos e costumes um pouco diferentes, numa sociedade em que o peso dos anos dos utentes parece definir vidas, vidas que se expugnam e se disseminam numa paisagem ora agreste, ora de vales verdejantes que revelam a audácia humana a dominar a arquitetura natural. Assim se passaram dias e sucederam-se meses que terminaram com a oportunidade de regresso a terras transmontanas, mais propriamente a Miranda do Douro. Nesta terra de arribas agrestes, que o rio Douro serpenteou para chegar mais rapidamente à foz, encontram-se transmontanos de características semelhantes às gentes de

Vinhais e que desfrutam de um Centro de Saúde com recursos parcos, mas com uma equipa de profissionais que tenta atenuar os défices existentes, proporcionando o melhor ao utente.

Oh meu Portugal aonde estás, o que és e o que pretendes ser? Vamos partir unidos na índole que nos une, nos dignifica e nos revolta, mas que nos permite parafrasear António Arnaut: “Como novo dia é sempre um dia novo/não há noite que sepulte a nossa esperança. Só merece um lugar no tempo vindouro quem se deu no seu tempo”. Assim o espero e desejo para o Sistema Nacional de Saúde que caiu sete lugares em *ranking* internacional e para a dignificação e reconhecimento de quem trabalha, enveredando-se por caminhos de justiça.



A singeleza do quotidiano, na distância do pensamento



José M. D. Poças

Médico Internista e Infecionologista; Diretor de Serviço de um Hospital EPE, em regime de CIT sem exclusividade

As verdades que se impõe serem ditas com prudência, coragem e esperança - parte III

“São as circunstâncias que governam os homens, não os homens que governam as circunstâncias”

(Heródoto, geógrafo e historiador grego, 484 aC – 425 aC)

“O homem não é a criatura das circunstâncias. As circunstâncias é que são criaturas do homem”

(Benjamin Disraeli, Político inglês, 1804-1881)

IV)- O Sistema

Vivemos num tempo de indefinições e de contradições que não tem fim à vista. O principal exemplo que se pode encontrar tem a ver com o facto de, há uns quantos anos atrás, terem existido sucessivamente, um atrás do outro, num mesmo governo do mesmo partido político (o que está atualmente no Governo da Nação), presidido pelo mesmo Primeiro-Ministro (António Guterres), e na mesma legislatura, três Ministros da Saúde com visões completamente díspares uns dos outros. E que, a partir daí, as coisas nunca mais tomaram qualquer rumo coerente. Ou se admite a celeberrima “exclusividade”, como no tempo da já referida ex-ministra Leonor Beleza, em que a autora dessa alteração legislativa foi literalmente surpreendida pela enorme adesão a este regime de trabalho verificada por uma parte muito significativa da classe médica, primeiro, e depois, da enfermagem. O que aquela responsável política pretendia realmente demonstrar, era que os “malandros” dos médicos (e depois, também os enfermeiros) estavam era muito mais interessados em irem a

correr à tarde, para a “ganhuça” da sua atividade privada, ou para o segundo ou, mesmo, o terceiro empregos que “gananciosamente” acumulariam, o que não se verificou de todo da forma generalizada suposta. Ou então, decide-se restringir fortemente aquele mesmo acesso, como nos “reinados” seguintes, com o expediente de não se poderem aumentar demasiado os custos com a função pública. Para, mais recentemente, se pretender voltar à mesma filosofia anteriormente definida, fundamentalmente para facilitar a repartição dos recursos humanos entre os dois monopolistas emergentes: O Estado, e os donos dos grandes projetos empresariais privados, “proletarizando” e “funcionalizando” definitivamente a classe médica (e as restantes), com vista a baixarem depois, quiçá drasticamente, a sua remuneração, precarizarem ainda mais os contratos de trabalho e, por esta via, acabarem de vez com o “poder médico” que, de “moribundo”, passaria então, à definitiva condição de “defunto”. Seria pois a grande vitória almejada, há muito, por muitos! Com que custos para os doentes, para os

cidadãos e para a sociedade, pergunto?

Por outro lado, para, alegadamente, pôr na ordem, os “desordeiros” e “irresponsáveis” “incumpridores” de sempre, implementou-se, por todo o país, o registo eletrónico de assiduidade, no intuito inconfessado de posteriormente se poder demonstrar aquela mesma premissa. Como se atividade clínica se pudesse reger pelas mesmas normas de um administrativo, qual celeberrimo “manga-de-alpaca”, figura típica do “saudosos” tempo do mais “patrioteiro” dos ditadores que nos “governou” durante várias décadas a fio. Algo que também se poderia extrapolar da inqualificável designação que ficou exarada no texto da própria lei, recentemente publicada, na qual se passou a classificar oficialmente esta carreira profissional: “Os doravante designados trabalhadores médicos”, como oportunamente me insurgi publicamente! Mais uma vez se enganaram. Existem hoje muitos colegas que, continuando a privilegiar a assistência aos seus doentes, acumulam centenas de horas que não são, nem nunca serão pagas enquanto tal (embora

isso fosse plenamente justo!), até que a “geração dos valores” (a que ajudou a implementar no terreno o SNS) se venha a cansar um belo dia destes, se reforme, emigre, adoeça ou mesmo faleça, e então se verá se os doentes passarão (ou não...) a serem observados finalmente como pretendem os arautos desta nova teoria, ou seja, com o tempo contado por uma ampulheta, ou por qualquer outro método um pouco mais sofisticado, como se a preocupação com a humanização dos cuidados prestados fosse perfeitamente secundária. Termos e conceitos emergentes como os de “Medicina Narrativa” ou de “*Slow Medicine*” são-lhes intrinsecamente estranhos. Para aqueles “ilustres iluminados”, o mundo perfeito seria o que o génio de Charlie Chaplin ridicularizou há já umas boas dezenas de anos no inesquecível filme “Os tempos modernos”. Uma perfeita “linha de montagem” de ver doentes, sem perdas de tempo ou desperdícios supostamente inúteis. Mas que grande equívoco de trágicas consequências seria a transformação da mais bela profissão do mundo numa tão ridícula caricatura...!!!

Pior ainda. Nalguns Centros de Saúde, a parametrização introduzida nesses aparelhos só contabiliza os atrasos (de segundos ou de minutos, conforme os casos) mas jamais o tempo efetivo que o profissional está em funções, mesmo que este alegue ter ainda afazeres inadiáveis nesse dia, no respeito pelo saudável princípio, segundo o qual, a verdadeira atividade clínica jamais se compadece com limitações temporais tão estritas. Quando este tem de sair depois da hora administrativamente prevista, e mesmo sem sequer se atrever a reivindicar o seu eventual pagamento subsequente (embora justo, repito!), os seus superiores hierár-

quicos argumentam que tal se fica a dever apenas à vontade e ao “capricho” do profissional (quando não à sua acintosa “mandriice”, ou mesmo “manhosice”) logo, não tendo que ser contabilizado e muito menos remunerado. “*Era o que faltava*”, pensarão! E, para culminar, também nalguns hospitais, os respetivos CAs determinaram que a denominada “bolsa de horas” é como que literalmente recolocada a zeros após um certo período pré-determinado, mesmo que o profissional não goze posteriormente essas horas por manifesta impossibilidade, dada a reconhecida exiguidade dos meios humanos e, por consequência, a satisfação imperiosa das necessidades assistenciais efetivas dos seus doentes assim o determinar. Que belos incentivos! Que inolvidáveis exemplos de boa gestão dos recursos humanos! Em que compêndio de psicologia empresarial virão inscritos estes “magníficos” conceitos, pergunto? Os últimos governos decidiram, mais recentemente, eleger como prioritário o desenvolvimento dos Cuidados Primários. Nada a opor, por princípio. É bem sabido que, sem se projetar e edificar bem os alicerces de algo (seja um prédio, seja o edifício conceptual das respostas em saúde, ou de qualquer outro setor estruturante de uma sociedade) a obra jamais cumprirá os seus objetivos e perdurará no tempo. Contudo, para mim, é pena que esta decisão só agora tenha sido tomada. Deveria tê-lo sido há cerca de duas décadas. Explico porquê. As doenças graves deverão ter que continuar a serem tratadas nos hospitais e, por vezes mesmo, em regime de internamento. A atual situação quase caótica que se vive em certos hospitais públicos, radica fundamentalmente em duas nefastas realidades: Somos, presentemente, dos países da Europa,

daqueles que têm menos camas de internamento hospitalar/mil habitantes, e temos a grande força de trabalho concentrada na faixa etária entre os 55 e os 65 anos, logo à beira de deixarem de dar o seu contributo ao SNS. Por outro lado, há Serviços que já laboram em rotura permanente e outros que vertiginosamente para lá caminham. A chocante exiguidade do número de especialistas de Anatomia Patológica, de Anestesiologia, de Patologia Clínica (e de Microbiologia Clínica), de Imagiologia, de Obstetrícia ou de Pediatria, etc., é absolutamente gritante, provocando encerramentos diários de várias dezenas de salas de bloco operatório em todo o país, ou mesmo de alguns setores de certas urgências, por períodos intermitentes, atrasos incomensuráveis na realização dos imprescindíveis exames auxiliares de diagnóstico, ou na obtenção dos correspondentes relatórios, com todas as gravíssimas consequências inerentes. Igualmente muito preocupante, e exemplificativo deste desnorte, é o facto de algumas UCIs, para funcionarem com o mínimo de horas extraordinárias a serem pagas, os médicos esgotam o seu horário em três dias, não indo ao hospital dois dos cinco dias úteis da semana (que são ocupados, por alguns, a irem fazer urgências a outras instituições), levantando-se portanto a questão de se saber até que ponto esta, pelo menos, “aparente” quebra inédita na continuidade dos cuidados prestados se reflete na sua consequente qualidade e na segurança do doente.

Tudo isto, apesar de se ter que compreender forçosamente que antes da “revolução dos cravos”, o parque hoteleiro e hospitalar do nosso país era completamente insuficiente em número e obsoleto no que se refere ao seu equipa-

mento tecnológico, e os médicos não tinham sequer direito a uma carreira condigna, recebendo apenas uma modesta subvenção mensal, porque era suposto ganharem o seu devido sustento (e o da sua família) no exercício da respetiva atividade privada desde muito cedo. Por isso, não admira que o investimento tivesse que ter sido, inicialmente, nos cuidados hospitalares. Mas essa fase não deveria, contudo, ter durado mais do que um quarto de século...

Quando, há cerca de dois anos, fui convidado para fazer uma intervenção no 1º Congresso Nacional da Fundação para a defesa do SNS, onde abordei a temática da “Urgência Hospitalar”, não deixei de levantar a questão da demasiada demora na construção do eternamente adiado Hospital Oriental de Lisboa que virá (?) a substituir o complexo hospitalar dos denominados ex-Hospitais Cívicos de Lisboa (atual Centro Hospitalar Central de Lisboa). A questão que mais tem motivado especulações é saber como irá a ARSLVT resolver o problema da diferença (da ordem de algumas centenas de camas!) que resulta da capacidade de internamento entre aquilo que existe presentemente e a que se prevê vir a existir no novo edifício... Será que o que se pretende verdadeiramente, para resolver esta candente questão, é mesmo promover o recurso à já famosa contratualização externa, por certamente se ter que vir a constatar de futuro, afinal, a mais do que previsível insuficiência dos próprios meios disponíveis no setor público, especula-se...!!! É que, decisivamente, não basta apenas promover a (salutar) ambulatorização dos cuidados médicos e cirúrgicos hospitalares, para evitar a atual sobrelotação das urgências e das enfermarias da maioria dos hospitais públicos.

Como aceitar então a presente existência de Serviços hospitalares com um único médico no seu quadro, não raramente dentro da faixa etária anteriormente referida e com a categoria de Chefe de Serviço? Não será isso equivalente a conceber a existência de uma companhia de um exército composta apenas por um soldado raso e por um comandante, sendo ambos os postos ocupados, inconcebivelmente, por uma única e a mesma pessoa? Como compreender a reiterada colocação de jovens especialistas em hospitais onde não existe um correspondente serviço ou sequer mais nenhum colega da mesma especialidade? Estarão os alegados “responsáveis” pela hierarquia dos sucessivos Ministérios sinceramente preocupados com estes problemas? E o que dizer da formação dos jovens internos num contexto de tão grande adversidade, sobretudo depois de se ter extinguido, de forma perfeitamente demagógica, o internato geral, que tão importante era para os mesmos? E das candentes questões relativas à responsabilidade profissional? E já agora, porque é que algumas ARSs têm funcionado como que “fechando os olhos”, deixando que certos hospitais tenham podido contratar médicos, até muito recentemente, com uma remuneração superior à de outros (e mesmo ao que a própria lei prevê), só para, alegadamente, resolverem os seus problemas imediatos relativos à situação interna de eminente rotura assistencial, quando esta realidade é antes transversal a todos os demais, que assim se sentem injustamente discriminados?

Uma maneira que se equaciona presentemente para responder ao quase caos instalado é a de anunciar uma política de (pequenos) incentivos, para que os profissionais ganhem finalmente algum ânimo

que lhes permita, pelo menos, tolerar por um pouco mais de tempo, este penoso estado de coisas, até que as novas gerações os venham substituir... Que dizer então dos colegas dos Centros de Saúde que também sofrem do mesmo terrível mal de terem uma pirâmide de distribuição etária bastante invertida, serem confrontados com um acréscimo compulsório de cerca de 25% do valor que deveria corresponder ao volume ideal de uma lista de doentes (pois passaram dos ideais 1500 para os cerca de 2000 doentes), sem qualquer compensação remuneratória adicional, e que se esfalfam 7 a 8 h / dia a terem que observar, em média, 1 doente / cada 15 mn? Que dizer do tempo e da paciência que nos é exigida diariamente para lidarmos com a inoperacionalidade dos múltiplos programas eletrónicos que nos impingem, pois são muito pouco intuitivos, deixam de funcionar com uma frequência desesperante e são terrivelmente lentos, ao ponto de já quase não termos tempo, nem sequer para olhar para o doente, quanto mais para lhe fazer uma anamnese cuidada e um exame objetivo pormenorizado?

Não será precisamente aquela uma das principais causas da grave e crescente desumanização dos cuidados de saúde e do acréscimo na despesa com meios auxiliares de diagnóstico que, por vezes, seriam perfeitamente desnecessários se houvesse mais tempo e motivação? Ou, mesmo, dos tremendos e cada vez mais propalados erros de diagnóstico e de conduta terapêutica que chegam quase diariamente à barra dos tribunais e à primeira página dos mais diversos tabloides? Mas, não serão afinal os próprios departamentos do Ministério a confessarem indiretamente, eles mesmos, a sua pouca confiança nesses mesmos programas, pois

não param de continuar a ordenar a contagem manual de muitos índices de supetão, só para ver se as “contas batem mesmo certo” perante o Ministério das Finanças (ou da “dívida”...) e se não ficam mal vistos perante as instituições congêneres internacionais, pois só muito recentemente passámos a dispor de estatísticas para cumprir com os compromissos a que estamos obrigados no contexto comunitário? Não seria mais adequado criar ou adquirir programas integrados que funcionassem perfeitamente em rede e que permitissem o cruzamento das variáveis pretendidas, em vez do desnorte em que se vive? E o que dizer, finalmente, da “infernal” legislação relativa à avaliação da carreira médica que, de tão desajustada à realidade, quase em lado nenhum foi aplicada, servindo antes para descredibilizar a efetiva necessidade de cada um dos médicos interiorizar que deve dar, periodicamente, aos seus pares, conta do seu trabalho, e de ser portanto justamente avaliado! Em Setúbal, existia, há mais de uma década, uma consulta de “Terapia Familiar” no âmbito dos Cuidados Primários de Saúde, o que era uma verdadeira exceção (e exemplo!) no seio da realidade nacional, embora os responsáveis pela respetiva Sociedade (Prof. Doutor Daniel Sampaio e discípulos) sempre tivessem pugnado pela sua disseminação ao nível de outros centros congêneres e mesmo no âmbito dos Serviços de Psiquiatria dos Hospitais da rede pública do nosso País. Ao fim desse tempo, apesar da competência demonstrada, do reconhecimento de diversas instituições oficiais e dos próprios doentes e respetivas famílias, ainda por cima depois da necessária formação (e recertificação periódica) ter sido efetuada fora das horas de serviço e a expensas

próprias, subitamente, os “responsáveis” pelo agrupamento onde estava inserido (ACES Arrábida), determinou unilateralmente o seu encerramento, sem apelo nem agravo, num inqualificável desrespeito total e absoluto pelos profissionais envolvidos e pelas dezenas de famílias abrangidas. Serão estes os incentivos de que nos falam? Porque é que, em vez de apoiarem os profissionais que se distinguem pela sua própria iniciativa, fazendo algo de diferente em proveito da comunidade, podendo isso servir mesmo de estímulo ao desejável aparecimento de iniciativas idênticas noutros locais, se penalizam antes os autores de tão “reprovável”, e “provocatória infração”? Se fossem ganhar dinheiro para o setor privado, o que é que diriam? O atual Bastonário, já fez deste mais do que lamentável caso, tema de um artigo de opinião num grande órgão de comunicação social, tendo inclusive também, pedido explicações às diversas entidades ministeriais “competentes”, mas tudo continua na mesma há um bom par de meses... Sou testemunha que a Ana (minha esposa) e a sua colega Eugénia mereciam tudo, menos isto! É algo que é demasiado injusto e iníquo para, sabendo, aceitar omitir ou esquecer...

Num afã inusitado, diversos organismos oficiais têm-se dedicado ultimamente a publicar estudos de “benchmarking”, no sentido de comparar os mais diversos índices da “produtividade” e de “eficiência” dos diferentes hospitais. Embora não discorde de modo algum da ideia em si, pergunto, contudo, o seguinte: Fará algum sentido esse exercício, sem tomar em linha de conta a prevalência e a complexidade das patologias tratadas nas diferentes instituições, sabendo-se que existe uma grande variabilidade ao nível do território

nacional? Terá alguma validade comparar hospitais colocados “arbitrariamente” num mesmo escalão, quando aquele onde trabalho, que tem quase todas as especialidades, foi administrativamente “desqualificado” para um patamar onde estão outros que praticamente só têm as especialidades ditas “básicas”, quando é, reconhecidamente, mais diferenciado do que alguns que são classificados como centrais, mas não é dessa forma financiado e ainda aparece sistematicamente como “o mau da fita”, por ser (segundo essa abstrusa metodologia), alegadamente, dos mais “gastadores”? Será justo estabelecer paralelo entre hospitais que tratam muitos mais doentes com elevada despesa associada do que outros, sabendo-se que o que pagam pelo mesmo medicamento varia de preço entre si? Qual será a pertinência de se compararem serviços com base na capacidade de retenção dos seus doentes, quando a prevalência e a gravidade dos problemas sociais prevalentes na comunidade adstrita, esses sim, são os condicionantes mais importantes e divergem muito entre eles? O que dizer do enorme atraso com que a ACSS paga aos hospitais (e estes, conseqüentemente, à indústria farmacêutica...) as verbas correspondentes aos programas de financiamento vertical (de que a infeção VIH é um exemplo) e indexa nessa retribuição, precisamente, o mesmo aludido parâmetro da adesão aos cuidados de saúde, quando se constatam todas as enormíssimas limitações já referidas e esse facto não ser, de todo, da responsabilidade dos profissionais dos respetivos serviços onde aqueles doentes se tratam? E o que pensar da contratualização recentemente efetuada entre algumas ARS e certos hospitais, segundo a qual se impôs um número máximo de epi-

sódios de urgência a serem pagos pela ACSS, como se se impusesse uma sansão económica às instituições hospitalares, por estas serem as “verdadeiras responsáveis” pela vinda “indiscriminada” de cidadãos a estes serviços, quando a incómoda verdade é que muitas das apelidadas “falsas urgências” têm a sua origem estreitamente ligada à atual crise social e de valores que afeta a sociedade contemporânea? E quanto à exiguidade dos orçamentos anuais dos hospitais que não permitem sequer investir o mínimo necessário na conservação dos edifícios e na reposição dos meios tecnológicos, degradando-se assim progressiva e irreversivelmente de forma tão nefasta para o seu futuro? Como tomar então decisões justas, se afinal muito daquilo que se mede atualmente carece de reconhecida fiabilidade e adequação, pelas razões já apontadas? E, por último, será que a qualidade efetiva dos serviços prestados, que tanto importaria avaliar, de facto, se pode resumir à mera quantificação de diversos índices assim apurados com tantas limitações e os médicos, as administrações hospitalares e mesmo outras entidades externas se confrontam com a ausência da imprescindível autorização para terem acesso a certas bases de dados (como por exemplo o SiVIDA), sabendo-se que tal seria fundamental para autoavaliar o seu desempenho ou para fazer a planificação anual da sua contratualização com a tutela? O País tem uma gritante falta de camas para cuidados continuados, e mais ainda, de camas devotadas ao apoio especializado aos doentes que necessitam de cuidados paliativos (não apenas dos oncológicos, como vulgarmente se pensa, mas também dos foros neurológico, ortopédico, reumatológico, cardíaco, pneumológico ou gastroenterológico

co...) ou para o internamento de certos doentes com patologia psiquiátrica crónica, já que a saudável desativação das vetustas e, por vezes, “monstruosas” instituições de natureza asilar de outrora, não foi, como estava consignado no texto e no espírito da legislação correspondente então publicada, devidamente acompanhada pela prévia ou pela concomitante operacionalização de uma rede de cuidados alternativos que efetivamente desse resposta às candentes necessidades atuais que, naturalmente, conduziram à quase constante rotura das exíguas enfermarias desta especialidade nos denominados hospitais gerais, com muitos doentes a aguardarem a almejada vaga nos Serviços de Urgência, deitados em filas de macas dispersas pelos seus sinuosos corredores.

Um outro facto deveras perturbador, na minha opinião, diz respeito à recente discussão à volta da questão da eutanásia e do suicídio assistido. Porquê legislar-se sobre esta matéria antes de se fazer urgentemente aquilo que se impõe e que uniria certamente os defensores de ambas as correntes de opinião: Um reforço significativo das três redes anteriormente referidas (bem como dos cuidados domiciliários), e da formação de técnicos especializados em número adequado, enquanto se procede a uma discussão séria, não só no seio dos médicos (e dos restantes profissionais de saúde) e respetivas organizações representativas, mas também pelas associações de doentes e, logicamente, por todos os cidadãos que queiram dar esse contributo à sociedade. É que, estou firmemente convicto, é tão demagógico admitir que elas resolverão definitivamente todos os problemas, quanto o é também, afirmar que não irão existir efetivamente alguns casos muito concretos, em que a questão

se poderá ter de colocar com toda a frontalidade. Fazer as coisas ao contrário e precipitadamente será, certamente, desvalorizar a extrema importância da sua existência, no sentido de minorar ao máximo o sofrimento humano, permitindo contudo que, futuramente, em casos verdadeiramente excecionais, não se deixe de considerar a morte uma efetiva alternativa a uma vida de permanente, irreversível e intolerável sofrimento. Até porque, a Morte, ela mesma, como momento derradeiro da Vida, e à semelhança desta, também carece de ter a mesma dignidade.

Aos que defendem cada uma das posições, que respeito profundamente, aconselho a leitura de um livro que escrevi e editei há cerca de um ano, intitulado “*Ode ou Requiem*” e que, não tendo sido publicado com este propósito, não deixa de interpelar o tema da Vida e da Morte, pois conta mais de meia centena de histórias clínicas verídicas de doentes que tratei (família, amigos, colegas, doentes de longa data, anónimos cidadãos, etc.), muitas delas que acabaram no seu “*exitus*”, mas onde o sofrimento e a alegria se mesclam, através de uma visão muito pessoal daquilo que considero dever ser a relação médico doente e no que é que consiste o âmago do ato médico. Estarão os legisladores à altura de saber impedir eficazmente os indesejáveis abusos e a hecatombe de valores que representaria a sua desajustada generalização e iníqua banalização, que só nos poderia conduzir a um novo Holocausto, pergunto?!... É que, convém não confundir, o “direito ao suicídio”, com a colaboração ativa dos profissionais de saúde enquanto cúmplices ou autores de atos eticamente reprováveis. Se a Vida, na verdade, nunca foi um verdadeiro valor absoluto em si mesmo, mas “apenas” o

maior de todos eles, porque, entre outras exceções, se admite o homicídio em legítima defesa, se reconhece o direito a priorizar a vida da mulher grávida em detrimento da do seu feto, quando se está perante uma gravidez na qual existe uma séria ameaça à vida da própria mãe, se dá acesso a alguém poder decidir por uma interrupção voluntária da gravidez quando se detetam precocemente malformações graves ou a presença de uma doença de muito mau prognóstico no feto (as vezes induzida iatrogenicamente!), se aceita sem reservas a não viabilização por meios comumente considerados extraordinários, de recém-nascidos portadores de gravíssimas malformações congénitas incompatíveis com uma vida autónoma e com um relacionamento afetivo mínimo com os seus progenitores (como no caso dos anencefálicos), não se condena quem mata por ordem judicial ou no teatro de guerra (e às vezes se chega mesmo a matar por amor, como na adaptação cinematográfica da história do grande herói da antiguidade, o escravo *Spartacus*...), também não se deve deixar de considerar que o sofrimento sem remédio algum disponível não é nada edificante e que o verdadeiro compromisso do médico para como o seu doente é, mais do que tudo o resto, o respeito absoluto pela sua vontade devidamente expressa com total liberdade e plena consciência, a par da defesa consequente e sem cedências da sua dignidade, quer em vida, quer na morte, embora sem nunca contrariar a essência do código de ética da profissão. Mas jamais deixando de dar tempo para o eventual refazer da sua opinião, nunca confundindo um episódio de desespero ou de depressão passageiros e reversíveis (muitas vezes induzidos por fatores sociais), estados confu-

sionais ou perdas cognitivas limitativas do bom julgamento, com a efetiva realidade assumida com toda a determinação, ponderação e perenidade, sem a influencia das pressões de terceiros (muitas vezes disfarçadas e que ocultam outros interesses próprios e nada edificantes), respeitando sempre o tiver sido exarado na “Diretiva Antecipada de Vontade” que o próprio tenha registado, tal como está presentemente previsto na legislação em vigor, e jamais promovendo a repugnante e unanimemente condenável distanásia.

Legislou-se recentemente (e bem!), no sentido de reconhecer o direito do doente poder escolher a instituição onde quer ser tratado no seio do SNS (como sempre aconteceu no setor privado!). Há uns anos atrás, legislou-se (e bem!), no sentido de todos os cidadãos, independentemente do local (público ou privado), onde foram atendidos, terem a mesma participação nos medicamentos, quando os vão aviar à farmácia (privada). Porque não há-de o mesmo acontecer com os exames auxiliares de diagnóstico? Que coerência existirá no facto de, ao mesmo cidadão (e contribuinte!), ser vedada a escolha livre do seu médico? O exercício da medicina privada, num pequeno consultório ou clínica, cumprindo as regras da ética e da deontologia, sem sobreposições de horários, onde são observados os doentes que optam livremente por lá ir, depois do médico ter cumprido um horário completo no seu local de trabalho (no serviço público, ou no privado) é, presentemente, considerada uma realidade apenas tolerada, a caminho de ser quase que proibida por ambos os monopolistas do setor. Pergunto: Porquê? Com que direito? Que ganharão, com a sua proibição (ou passagem à quase clandestinidade...), os ci-

dadãos de uma sociedade pretensamente livre e democrática, e sobretudo, os próprios doentes? Não será aquela prática muito diferente da de andar a saltitar por um número sem fim de locais, ter apenas horários reduzidos nas instituições (públicas e privadas), ou acumular vários contratos precários de prestação de serviço em diversas instituições (públicas e privadas)? Não deveria a Ordem dos Médicos exigir (tal como o Estado já faz, e bem!), ter conhecimento do que é que todos os médicos andam a fazer, onde e quando? E de se estabelecerem normas objetivas que impossibilitassem manifestos abusos, verdadeiras fraudes e intoleráveis atropelos do código de ética e da deontologia profissionais? Não seria isso mais eficaz e transparente do que exigir obstinadamente a exclusividade a todo o custo? Sobre tudo num contexto político em que a desconfiança (legítima) da classe (e dos demais cidadãos) para com os seus “patrões” é hoje inquestionável e bem fundamentada! Com as exíguas reformas que se irão receber num futuro próximo, não será a defesa destes princípios uma possível (e muito razoável) solução, para que os membros na nossa classe não se tenham que resignar à condição de quase indigência logo no mês seguinte à respetiva aposentação, para quem não tenha outro tipo de rendimentos, como acontecerá certamente numa maioria dos casos?

Nota:

3ª de 4 Partes. Continua no nº 175 de Dezembro com os capítulos V)- Algumas propostas para ajudar a solucionar “O Problema” e VI)- Conclusões. Capítulo anterior III)- O “Sistema” publicado no nº 173 de Setembro.



Catarina Marques Pinho
Joana Vidal Teixeira

Internas de Medicina Geral e Familiar da USF Pevidém, Guimarães

Cuidados de Saúde Primários: a realidade da Dinamarca

No passado mês de junho, aquando da nossa participação na conferência WONCA Europa 2016, tivemos a oportunidade de visitar uma clínica prestadora de cuidados de saúde primários em Copenhaga.

A prática de Medicina Geral e Familiar na Dinamarca é reconhecida pela sua qualidade e eficiência, regendo-se pelos princípios de boas práticas em cuidados primários enunciados por Barbara Starfield, nomeadamente o de constituir o primeiro contacto com o serviço de saúde, o de prestar cuidados centrados na pessoa e os de longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidados.

As clínicas de cuidados primários da Dinamarca são tipicamente pequenas (até três ou quatro médicos por unidade, com um ou dois enfermeiros e secretários), sendo cada médico responsável por uma lista média de 1600 utentes. Durante o período de um ano, cerca de 85% dos utentes têm pelo menos uma consulta com o seu médico. Os médicos detentores das clínicas são trabalhadores por conta própria, sob um contrato com as autoridades regionais de saúde locais, que determina os serviços e reembolsos atribuídos, os horários de trabalho e a necessidade de formação pós-gradua-

da. A sua remuneração provém de pagamentos *per capita* e taxas de serviços prestados.

A rede de cuidados de saúde primários tem evoluído no último século e tem mostrado capacidade de adaptação aos novos desafios propostos.

Os processos clínicos encontram-se integralmente informatizados e a prescrição eletrónica encontra-se implementada há mais de quatro anos. Na agenda diária de trabalho do médico existe pelo menos uma hora dedicada a consultas via telefónica ou correio eletrónico. O horário de atendimento é das 8h às 16h e pelo menos uma hora semanal depois das 16h (que na Dinamarca corresponde ao horário pós-laboral).

Todos os cidadãos são cobertos pelo serviço nacional de saúde. Estes têm duas possibilidades de acesso aos serviços de saúde. A maior parte (99%) está afiliada a uma unidade de saúde, tem o seu médico de família atribuído e é referenciada para outras especialidades quando necessário. Neste caso, as consultas

são gratuitas, exceto no caso de consultas do viajante e emissão de alguns tipos de atestados médicos. Caso não estejam satisfeitos, estes utentes podem requerer mudança de médico de família, mediante pagamento de uma taxa. Por outro lado, uma minoria (1%) opta por realizar copagamento das consultas, mas pode escolher qualquer médico de família ou outro especialista sem necessidade de referenciação.

Nós tivemos o privilégio de fazer uma visita a duas unidades de saúde. Uma delas era no centro da cidade de Copenhaga, num prédio com diferentes prestações de serviços. A unidade de saúde situava-se no 5º andar (Figuras 1-3). A outra era nos arredores da cidade num edifício próprio (Figuras 4-5). De facto, os cuidados de saúde primários dinamarqueses são um exemplo de bom funcionamento e acesso.

Confirmando o que atrás foi referido, as unidades por nós visitadas eram constituídas por equipas médicas diminutas



Figura 1: Exterior



Figura 2: Recepção e ala comum



Figura 4: Exterior



Figura 3: Consultório médico



Figura 5: Consultório médico

(uma delas composta por três especialistas e um interno e a outra por quatro especialistas e dois internos), comparativamente à nossa realidade (a USF onde exercemos funções dispõe de nove especialistas e quatro internos). Outra das diferenças por nós encontradas entre estas unidades e a USF onde trabalhamos é a presença de laboratório de análises clínicas, tornando o acesso a análises mais rápido e cómodo para os doentes e para o próprio médico.

Para além disso, a existência na agenda diária de consultas via telefónica e correio eletrónico proporciona uma facilidade de contacto entre o utente e o seu médico de família, o que, sem dúvida, nos parece uma vantagem que desejaríamos aplicar, num futuro próximo, no nosso local de trabalho. Esta prática possibilita, por exemplo, a abordagem de exames, a monitorização de tratamentos, o esclarecimento de dúvidas que possam surgir, entre outros, simplificando o contacto com o sistema de saúde, colmatando certas

lacunas e reforçando a relação médico-doente.

Gostaríamos de destacar o sistema organizacional dos cuidados de saúde primários, pois achamos curioso o facto dos médicos serem detentores das próprias clínicas, o que lhes confere um grau elevado de autonomia e gestão do trabalho, apesar de se regerem pela legislação nacional.

Em termos de acessibilidade sentimos alguma dificuldade pois a sinalização era deficitária e foi complicado encontrar as clínicas. Este ponto contrasta com a realidade portuguesa, na qual as unidades de saúde se encontram, no geral, devidamente sinalizadas e identificadas.

Globalmente consideramos esta visita de extremo interesse, pois permitiu a partilha interpares de diferentes nacionalidades, bem como das estruturas organizativas em que se inserem. Se por um lado reforçou a nossa segurança no modelo dos cuidados de saúde primários portugueses, por outro promoveu desafios, pois as realidades

visualizadas incitaram-nos a experimentar e, eventualmente, integrar práticas, de modo a alcançar melhorias rumo à excelência no servir a Pessoa, as Famílias e a Comunidade.



Eduardo Miranda
Clínico Geral (Peso da Régua)

As diatribes do Joãozinho no Centro Hospitalar

A notícia da demissão dos Directores Adjuntos da Direcção Clínica do CHTMAD, dirigida pelo Dr. João Gaspar, passou, num matutino do Porto, de forma quase anódina. Não por mim!

Fiz um texto para publicar na minha página do Facebook e perguntei ao jornal a “Voz de Trás-os-Montes” se tinham interesse e liberdade para o publicar.

Pelos visto não têm, com o fundamento de que a “linguagem” por mim utilizada não segue a corrente editorial do Jornal.

Isto é típico do Portugal que vivemos: sorumbático, taciturno, medroso, reverencial, politicamente correcto, sem qualquer interesse em agitar águas em busca da verdade cristalina.

Amofinado!

Com Gunter Gras, prémio Nobel da Literatura que nunca li, empinei uma citação valiosa:

- “O trabalho de um cidadão é manter a boca aberta”!

Ora é isso que os demissionários aparentemente não têm intenção de fazer, recolhendo-se ao silêncio, em nome daquilo a que chamam de ÉTICA!

É bom que não esqueçamos que Mário Rui Silva, Fernando Luís Próspero, Manuel Justino Cunha, Francisco Esteves e Alexandre Hoffeman, pertencem à nata clínica do CHTMAD!

E apetece perguntar como é que eles conseguiram amparar, até agora, João Gaspar, um director clínico nomeado pelo Partido Socialista e

predisposto para obedecer cegamente aos ditames e orientações do partido, mesmo que conflituem com os interesses da instituição, vistos na perspectiva dos doentes e dos funcionários?

Apenas conheço a ligação partidária, de longa data, de Manuel Justino Cunha ao Partido Comunista Português.

Dos outros, nada sei!

É lógico que apetece perguntar o porquê do silêncio deste ilustre clínico, ligado a um partido de denúncia e de contra-poder, de rebate ideológico e aposta nos mais desfavorecidos.

E, já agora, também apetece perguntar, se não houvesse Governo das Esquerdas e o mandante fosse do PSD ou do CDS, o silêncio colectivo, principalmente de Manuel Justino Cunha, era mantido e contido pelo dito superior regulamento ético?

Li e reli o Juramento de Hipócrates, um “tipo” que viveu em 460 A.C. e cuja ode é soletrada por todos os aprendizes de Médico, na sua transição de estudante para praticante, numa afirmação de um compromisso eterno com a sua arte, o devir e a sua relação com o ser humano. Não encontrei nenhuma referência à ÉTICA!

Reparei sim em algo majestático:

“Prometo que ao exercer a arte de curar me mostrarei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência”!

O silêncio em nome de uma ética profana, quando o que está em causa são exigências performativas da arte de curar, que são adiadas, escamoteadas ou esquecidas e é um silêncio bizarro que compromete e não liberta!

João Gaspar que noutro texto caracterizei, em relação ao seu comportamento profissional para com os meus doentes, verdadeiramente Hipocrático, é um amanuense ao serviço do Partido Socialista no CHTMAD!

Não há outra forma de definir o seu descomando e inabilidade para o cargo, que exige para lá de uma série de atributos pessoais que já mostrou que não tem, uma enorme e vital independência em relação ao “diktat” partidário.

É evidente que as agruras do CHTMAD não são só de agora!

Arrastam-se com governos de outros matizes, mas que se está a perder uma oportunidade de inverter a situação, esta demissão, como a da Directora do Serviço de Anestesiologia, é disso prova.

E João Gaspar está atolado!



Maria Irene Baptista Martins

Perfil de um candidato*

* Publicamos este artigo (que saiu originalmente na edição da ROM de dezembro de 1986) por sugestão do ex-bastonário Gentil Martins que o considera de profunda atualidade, com a devida autorização da autora.

É comum hoje em dia definir-se o perfil adequado para o desempenho de determinado cargo e só depois encontrar a pessoa que se adapta a esse conjunto de características.

Qual será o perfil ideal de um candidato à Presidência da Ordem dos Médicos?

Apenas posso dizer que gostaria de ver presidir aos destinos da Ordem:

- Um médico prestigiado e respeitado na profissão e de conduta moral irrepreensível;
- Alguém que considerasse a Presidência da Ordem como um lugar de permanente serviço à Classe, à Medicina e aos Doentes e não como um cargo honorífico ou meramente representativo;
- Um Presidente sem ligações preferenciais a sectores, regiões ou categorias profissionais, mas que quisesse ser o Presidente de todos os médicos;
- Um colega que mantivesse

se independência total do Poder, dos Partidos, de grupos de pressão ou Associações nas suas tomadas de posição;

- Alguém que apenas fizesse distinções entre médicos pela dignidade com que exercem a sua profissão e não pelos cargos que exercem ou posições que ocupam;
- Um perfeito conhecedor dos problemas de toda a classe médica, sobre os quais tenha ideias concretas e proponha soluções aceitáveis e correctas;
- Um lutador que tenha dado provas de se encontrar na primeira linha na defesa dos médicos, sempre que tal foi necessário;
- Quem não temesse a impopularidade ou a incompreensão pelas suas atitudes se ciente de se encontrar a lutar pelo Interesse da Classe e prestígio da Medicina;
- Alguém disposto a retirar às suas ocupações profissionais e

familiares o tempo necessário para se dedicar aos múltiplos problemas que se colocam à Classe e exigem resoluções imediatas e não adiadas;

- Um médico com qualidades de direcção e chefia, mas respeitador das posições dos órgãos representativos da Ordem, nos quais se integra e cujas ideias veicula;
- Enfim... Alguém em quem os médicos pudessem confiar pelo seu passado, pelas ideias que se lhe conhecem, pelas garantias que dá para o futuro e que verdadeiramente nos representasse a todos com dignidade e orgulho.



Luciano Ravara

Professor jubilado da Faculdade de Medicina de Lisboa e ex-responsável do Movimento Europeu em assuntos de educação

Orlando Gouveia Pereira

Professor jubilado da Psicologia da Universidade Nova de Lisboa e especialista em temas de arte, especialmente de Van Gogh.

Sete interrogações sobre a problemática da Saúde

1. A primeira interrogação é sobre se é conveniente utilizar a palavra *saúde*, como o termo mais geral que abarca estas questões? Mesmo que não se deem conta disso, não será inconveniente para os médicos? Não objetando ao uso de *Saúde Pública*, até porque tem um componente, “assegurar o bem estar social”, que escapa à *ars medica*, e que compete à “governança” e a cada um dos cidadãos (promover a própria saúde), o que se questiona é se falar em agentes, funcionários e profissionais de saúde, isto é, ao agrupar médicos, farmacêuticos, veterinários, enfermeiros e paramédicos, não apouca o estatuto e os interesses legítimos dos primeiros? Não será preferível que cada grupo profissional fale de si próprio e por si próprio, científica e sindicalmente? Mais, não será estulto dizer que o que se defende são os interesses dos doentes ou utentes, quando o que se reclama são remodelações que só interessam aos médicos?

2. A criação de uma autêntica promoção da saúde deve deixar-se à consciência dos cidadãos ou deve ser da responsabilidade do Estado, do governo e das tão mal aproveitadas organizações não governamentais? Sendo claro que, com seriedade, se diz que o Estado para que serve é “para não deixar fazer coisas”, não será de pensar a

questão sobre este prisma?

3. Como criar *centros de excelência* que nos honrem a todos nós? Num país tão pequenino, em que se pode ir de Valência a Vila Real de Santo António em seis horas, não será sensato apenas criar *um* centro de excelência para cada área específica? Quando é que nos deixaremos de “competiçãozinhas” entre Lisboa e Porto, entre capitais de distrito e outros centros urbanos, entre hospitais escolares e outros? Em qualquer caso, a quem se deverá conceder a iniciativa da criação dos centros de excelência: aos centros hospitalares, aos centros de saúde, às misericórdias, à iniciativa privada ou até às assembleias municipais? Deverão ser órgãos de recurso livre dos utentes ou de encaminhamento por todos os serviços?

4. Não será necessário pensar o Serviço Nacional de Saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde?

5. A formação de médicos e de especialistas deverá depender apenas das faculdades e das vagas hospitalares ou também de pareceres da Ordem dos Médicos, sindicatos e outras organizações de classe? O mesmo se pode perguntar para os outros profissionais acima mencionados, mas não nos compete a nós fazê-lo. A liberdade de escolha das profissões e nas profissões deverá

ser livre ou obedecer a critérios de necessidade económica e geográfica? Não deverá ser para nós um orgulho estarmos a formar, anualmente, médicos para outros países da Europa e do mundo? Estigmatizar a “emigração” de médicos não é uma mesquinhez, sobretudo no que se refere à União Europeia, de que os portugueses também são cidadãos? Não será um motivo de orgulho que estudantes estrangeiros procurem as nossas faculdades? Não será de rever toda a questão das vagas (um bom exemplo do que o Estado “não deixa fazer”)?

6. O pagamento dos encargos com os serviços públicos, cooperativos e privados deve ser da responsabilidade dos utentes conforme as suas possibilidades ou igual para todos? Dever-se-á ter em conta a riqueza das regiões, tão desigual no país?

7. Como cumprir e respeitar as recomendações ou imposições da OMS, OIT, FAO, OCDE, CE, etc., adotando ou não novos critérios e pareceres nacionais? Como lidar com os preços astronomicamente ascensionais de novos medicamentos essenciais e de novos equipamentos eletrónicos, necessários a uma Medicina digna do primeiro mundo? Duplicar o que já existe no sector privado e não governamental, não será total insensatez?

**Daniela Duarte Silva**Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar
USF Brás Oleiro – ACES Gondomar**Elsa Costa**Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar
USF Monte Crasto – ACES Gondomar

Será que no informatizar é que está o ganho?

- A informatização dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Portugal é um dos países da OCDE com melhor sistema de informação nos cuidados de saúde primários. A utilização de registos eletrónicos está generalizada, sendo que o *software SClínico*, desenvolvido e gerido pelo Ministério da Saúde (através dos Serviços partilhados do Ministério da Saúde - SPMS), é utilizado por 90 % dos profissionais¹.

Os dados recolhidos incluem informação demográfica e clínica dos utentes, lista de problemas, notas clínicas, prevalência e incidência de patologias, registo de medicação, de alergias e de exames complementares de diagnóstico. Muitos destes dados são engenhosamente usados como indicadores de qualidade, utilizados na contractualização de serviços com os Agrupamentos de Centros de Saúde/Unidades de Saúde Familiar (ACES/USF).

Para além deste recurso, os médicos de família acedem regularmente aos registos hospitalares dos doentes através da Plataforma de Dados da Saúde

(PDS). Embora a partilha de informação seja bidirecional, isto é, os médicos hospitalares podem consultar nos registos do médico de família a informação clínica dos seus doentes, 90% dos acessos são feitos a partir dos cuidados de saúde primários¹. Esta ferramenta não possibilita a comunicação direta entre os profissionais, mas o facto de permitir o acompanhamento - quase em tempo real - da evolução clínica de um doente internado, do plano do colega ou dos resultados de métodos complementares de diagnóstico, amplia a abordagem holística do doente, competência intrínseca da Medicina Geral e Familiar. Através de plataformas de comunicação informática é também possível pedir pareceres clínicos, referenciar um doente para uma consulta específica ou para o Serviço de Urgência. Os sistemas de vigilância nacionais - ex. Farmacovigilância, Vigilância Epidemiológica (SINAVE), Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)

- estão agora apenas à distância de um *clic* no rato do computador. A utilização generalizada das Tecnologias de Informação (TI) permite ainda que a taxa de utilização das receitas eletrónicas atinja os 96% no Sistema Nacional de Saúde (SNS)².

Não temos conhecimento de nenhum estudo nacional de larga escala que investigue a satisfação e motivação dos profissionais na utilização destas ferramentas, mas existe alguma evidência nacional e internacional que os médicos de família estão adaptados e satisfeitos com a utilização de sistemas de registo eletrónico³⁻⁵.

Acreditamos que, tal como nós, os restantes jovens médicos de família, criados na era da tecnologia digital, já não consigam idealizar uma prática médica isolada dos restantes recursos de saúde. Contudo, também reconhecemos o reverso da medalha. Com a obrigatoriedade de executar cada vez mais e mais registos clínicos, o computador deixou de ser uma ferramenta acessória e passou a dominar

o espaço da consulta. No caso da Medicina Geral e Familiar, a codificação ICPC (*International Classification of Primary Care*) e os programas de seguimento dos grupos de risco uniformizam procedimentos, mas são tantos os campos a preencher que é fácil que o médico se sinta frustrado por não ter tempo para *ver e ouvir* o doente. Deixa de haver tempo para a relação empática médico-doente.

Em 2014, iniciou-se a divulgação de dados de *benchmarking* dos ACES⁶. Esta ferramenta permite comparar resultados e identificar aspetos a melhorar no acesso aos cuidados de saúde, no desempenho assistencial e eficiência dos ACES e das Unidades Funcionais que os compõem. Os objetivos globais desta monitorização são a melhoria dos resultados e uma gestão rigorosa, responsável e transparente do Sistema de Saúde. Mas, se por um lado a partilha de informação promove a igualdade dos serviços prestados, por outro, é mais um fator de *stress* para o prestador dos cuidados. A nossa população não é igual à de um colega de Bragança ou de Faro. Qual é o peso dessas diferenças na avaliação final de resultados? Embora exista já alguma flexibilidade na escolha dos parâmetros a avaliar, cabe a nós, médicos, exigir que quem classifica o desempenho das unidades de saúde entenda que inerente a cada “indicador” existe um conjunto de atos médicos que têm tanto de rigor e ciência como de arte e subjetividade na relação médico-doente.

O atual programa do governo para o setor da saúde, pretende “deslocar o epicentro das prioridades do hospital para

os cuidados de proximidade”⁷. Com este propósito, foi criado o “plano de relançamento da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários”⁸. Um dos eixos estratégicos é o “Sistema de Informação ao serviço de todos”, que integra, por exemplo o Registo Nacional de Utentes (RNU) e a desmaterialização da receita médica recentemente implementada. Como em qualquer mudança, estas inovações quebram a rotina imposta e o ajuste à nova realidade só se consegue ultrapassando as barreiras iniciais. Se os Cuidados Primários assumem uma posição central no SNS, é crucial que os médicos de família tenham ao seu dispor todas as condições para atingir resultados ótimos.

Centremo-nos na desmaterialização das receitas e na polémica aplicação de “Prescrição Eletrónica Médica” (PEM). A “Receita sem Papel” é um novo modelo eletrónico que inclui todo o ciclo da receita, desde a prescrição no médico, à dispensa na farmácia e à posterior conferência das faturas. Este projeto, iniciado em junho de 2013 e atualmente de uso obrigatório no SNS, visa a substituição gradual da receita em papel, através do envio de dados em circuito eletrónico⁹.

A PEM é um bom caso de estudo das barreiras e facilitadores da implementação das TI¹⁰. A falta de formação é uma das principais barreiras à satisfação e utilização das TI por parte dos profissionais. Não houve formação prévia à implementação da PEM. Outras barreiras à implementação das TI são o facto de tornarem a consulta mais demorada, a utilização de equipamentos de *hardware* desajustados, a necessidade

de responder a alertas gerados pelo sistema e a própria resistência à mudança. Encontramos todas estas limitações na PEM. Sendo os registos informáticos necessários para a avaliação dos determinantes de saúde, é necessário dotar os profissionais de competências para a utilização das TI. Precisamos de sistemas informáticos que sejam verdadeiros auxílios e não “quebra-cabeças” para quem os utiliza. Neste momento, atendendo aos sucessivos erros e *crashes* da PEM, que têm vindo a ser muito lentamente colmatados, tem crescido um sentimento de descontentamento com a utilização do sistema operativo. Em geral, a PEM está bem conseguida, mas devem ser adotadas medidas que a tornem mais “amiga do utilizador”. Por exemplo, a interoperabilidade com o *SClínico* ainda não é satisfatória – a lentidão do sistema, a necessidade de abrir nova janela e introduzir novamente senhas de acesso, a necessidade de justificar escolhas terapêuticas – desgastam o utilizador e atrasam o processo de prescrição. É inequívoco que a PEM promove a segurança e a transparência do circuito do medicamento, desde a emissão da receita à sua dispensa na farmácia, mas a que custo? Reconhecemos as mais valias na PEM, mas a sua implementação tem sido marcada por demasiados recuos. Atualmente os doentes já podem pedir a renovação da medicação crónica pela *internet*, o que implica um registo eletrónico da medicação prolongada permanentemente atualizado. Quantos vezes nos deparamos com erros ao consultar a listagem de medicação crónica dos doentes? De facto, ainda não es-

tão reunidas todas as condições para dizer que a implementação da PEM foi bem-sucedida. Todas estas limitações são transponíveis se acreditarmos que trabalhamos todos em conjunto pela melhoria dos cuidados de saúde. Esta motivação é o maior facilitador que temos para aceitar a PEM. Mas precisamos da **PEM, Prática e Empática com o Médico!**

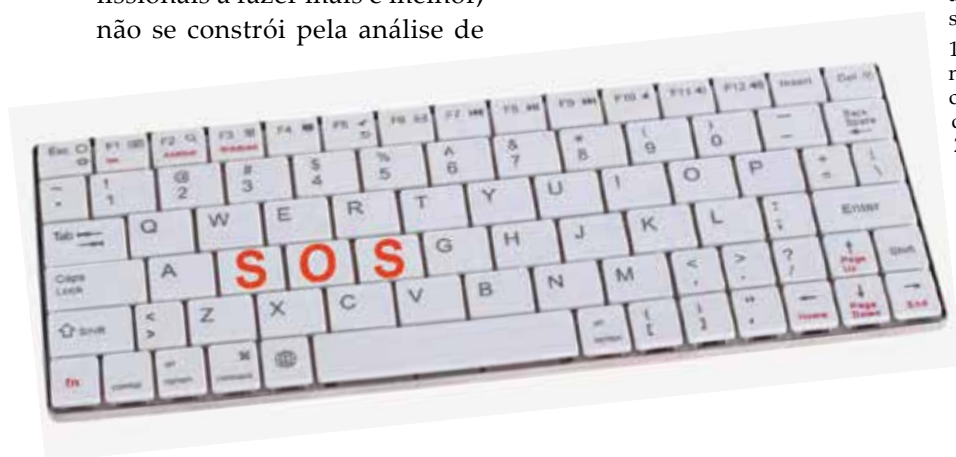
Um número crescente de estudos sugere que as TI podem ser associadas à melhoria na Qualidade em Saúde - na aplicação de normas clínicas, na promoção da prescrição racional, na melhoria do controlo de grupos de risco e no incremento de cuidados preventivos, entre outros^{5,11,12}. Contudo, o recurso a estas tecnologias carece de avaliação, para verificar se estão a ser cumpridos os propósitos iniciais e qual o grau de sucesso alcançado¹³. O êxito pode ter muitas dimensões: efetividade, eficiência, atitude, satisfação dos trabalhadores e utentes. Não se pode dizer com certeza qual dessas dimensões é a mais importante. Mas achamos que o compromisso organizacional dos profissionais que estão no terreno deve ser uma delas. Este compromisso, este elo ao SNS que motiva os profissionais a fazer mais e melhor, não se constrói pela análise de

benchmarking dos indicadores de eficiência ou de desempenho assistencial. Numa altura em que se debate o *burnout* na classe médica, faz sentido refletir em estratégias de *coping* que ajudem os profissionais a ultrapassar as limitações da implementação das TI na prática clínica. Se tais medidas tivessem sido implementadas, o discurso “anti-PEM” não seria tão aceito, e seria mais fácil aceitar os “constrangimentos” a que estamos sujeitos.

Em geral, a informatização no Sistema de Saúde Português tem sido invejável, e muito tem contribuído para a dinamização dos Cuidados de Saúde Primários. O caso da PEM vem mostrar que ainda há pontos a melhorar, principalmente no plano estratégico e nos processos de implementação das TI. Portugal tem provas dadas de empreendedorismo e inovação na área da saúde, mas os médicos no terreno têm que ser vistos (e tratados) como parceiros para atingir em pleno o sucesso.

Bibliografia:

1. OECD, “Primary care provision in Portugal”, in OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards. OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-6-en>
2. II Congresso “SNS: Património de Todos”, 18 e 19/03/2016. Nortemédico – revista da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. janeiro - março 2016, ano 18, nº1.
3. Prazeres F. How do GPs versus GP trainees adapt to electronic health records? A Portuguese pilot study. *Inform Prim Care*. 2014;21(3):139-141.
4. Villímar Rodríguez AI, *et al*. Percepción de los médicos de atención primaria sobre la receta electrónica en el Servicio Madrileño de Salud. *Rev Calid Asist*. 2016 Apr 14. pii: S1134-282X(16)30028-8. doi:10.1016/j.cali.2016.01.008. [In press]
5. Des Roches CM, *et al*. Electronic health records in ambulatory care: a national survey of physicians. *N Engl J Med*. 2008 Jul 3;359(1):50-60.
6. <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/aces-benchmarking/enquadramentoaces/enquadramento.aspx>
7. Declaração proferida pelo Ex.º Sr. Ministro da Saúde, Prof. Adalberto Campos Fernandes, no II Congresso “SNS: Património de Todos”, março de 2016
8. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano_Estrategico_e_Operacional.pdf
9. <http://1mzobq1ocyts1wep384fsb5k.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/10/FAQs-PEM-Receita-sem-papel.pdf>
10. Gagon Marie-Pierre, *et al*. Barriers and facilitators to implementing electronic prescription: a systematic review of users groups perceptions. *J Am Med Inform Assoc*. 2014; 21:531-541.
11. Ancker JS, *et al*. Associations between healthcare quality and use of electronic health record functions in ambulatory care. *J Am Med Inform Assoc*. 2015; 22:864-871
12. Kivekäs E, *et al*. General practitioners' attitudes towards electronic prescribing and the use of the national prescription centre. *J Eval Clin Pract*. 2016; 22(5):816-25
13. Berg, M. Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges. *International Journal of Medical Informatics*. 2001;64(2-3):143-56.





Cátia Pereira da Silva

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar na USF Aqueae Flaviae – ACES Alto Tâmega e Barroso

Como dizia a minha avó...

Passaram-se seis anos de faculdade de medicina, um ano de internato geral e mais de três anos de internato em Medicina Geral e Familiar, mas continuo a achar que a minha avó, que não era médica nem nada que se parecesse, curava melhor uma "gripe" do que eu!

As opções terapêuticas que as farmacêuticas nos oferecem são cada vez mais e melhores mas como dizia a minha avó "o que não tem remédio... remediado está!"... Era verdade e hoje continua a ser. Não há nenhum *cocktail* milagroso para as ditas constipações e mesmo após toda esta formação médica continuo a concordar com a minha avó em que chá de limão, uma colherada de mel e uma pitada de paciência, são o melhor remédio.

Não posso generalizar quando digo que as mezinhas da avó são sempre a melhor opção, mas existe evidência do efeito do mel e da hidratação na melhoria sintomática das infeções respiratórias superiores não complicadas. Quanto à pitada da paciência, devo confessar que não pesquisei sobre este assunto, mas costumo dizer aos meus

doentes "tenha paciência... não vai ficar bom amanhã!". Eles voltam dois a três dias depois, porque é muito maçador estar constantemente a espirrar, com o nariz hiperemiado e a tossir o dia todo. Não posso ser sempre a má da fita por isso, de vez em quando, também passo o dito "xarope" para a tosse. E quando digo "meus doentes" tenho que colocar aspas porque se o xarope não atuar rapidamente vão comprar igual ao da vizinha.

Sou a favor da partilha de informação e decisão com o doente, mas também da responsabilização do doente, no entanto a responsabilização do médico mantém-se na liderança.

Os doentes informados trazem listas de diagnósticos diferenciais, listas de exames complementares e até mesmo sugestões terapêuticas, o que muitas vezes nos obriga a pensar em voz alta e tomar uma decisão, algumas vezes, quase partilhada. Ler notícias de jornal que sugerem negligência médica já faz parte da rotina dos utentes, portanto talvez seja o momento de nos dedicarmos à educação para a saúde.

Porquê falar tanto do xarope? Realmente não é o maior drama da medicina, mas é uma luta diária nas consultas. Tosse seca ou produtiva devem ser os motivos de consulta aberta mais frequentes nos centros de saúde durante o inverno, como seria de esperar, mas faz-me confusão que os "utentes saudáveis" recorram tão frequentemente com estes sintomas com menos de 48h de evolução.

Já não se tenta o xarope caseiro de cenoura ou o chá de limão e mel, é urgente ir ao Médico de Família, pedir um Raio X de tórax e um *cocktail* de fármacos.

Os sintomas são corriqueiros e mais antigos que eu, mas leram na *internet* que há uma gripe exótica do outro lado do mundo, por isso a tosse e rinorreia podem ser graves. O tio teve tosse durante um mês, e como o médico não fez nada, acabou internado. A avó que conhecia as mezinhas da terra tem bronquite crónica e usa o último modelo dos ventiladores.

Fico mesmo tentada a prescrever o xarope! E o colega que faria?



Vera Juliana Oliveira Soares da Costa

Interna de Medicina Geral e Familiar
USF São João /ACeS Aveiro Norte

“Primum non nocere”

– iatrogenia e prevenção quaternária

Recentemente, Makary e Michael Daniel, investigadores da *Johns Hopkins University School of Medicine de Baltimore* publicaram no *British Medical Journal* (BMJ) um artigo que aponta a iatrogenia médica como a terceira causa de morte nos EUA, logo após a morte por doenças cardiovasculares e por cancro. Este problema, no entanto, não parece ser específico dos EUA, mas generalizado por todo o mundo... até no meu pequenino mundo...

O que me fez escrever este artigo foi... O senhor que um dia me disse “então a Dr.^a esqueceu-se de me pedir o PSA? Não sabe que é a análise mais importante para um homem?” e a senhora de 40 anos que veio à consulta e referiu “o meu ginecologista pediu-me esta mamografia de rastreio...”, os pais de uma criança de 12 meses saudável que me mostram “as análises que o menino fez porque o pediatra pediu...” Isto choca-me... Será que nós, médicos, ainda não percebemos os malefícios que causamos com o nosso excesso de intervencionismo?

Façamos uma reflexão séria sobre este assunto...

A saúde tem melhorado em termos de efetividade ao longo dos tempos e, no século XXI, a sociedade sonha com uma juventude eterna, sem sofrimento, doença e morte, como se tudo pudesse ser evitável. Contudo, nem todas as atividades ligadas

à saúde são benéficas, podendo também ocorrer danos causados pela intervenção médica no indivíduo, classificados por Illich como iatrogenia clínica.

Atualmente, o umbral terapêutico para a intervenção médica está a diminuir, por um lado porque o conceito de doença tem-se modificado ao longo do tempo, com os pontos de corte para designar o que é considerado doença invadindo o que antes era considerado normal e, por outro lado, porque os fatores de risco estão a ser considerados como equivalentes a doenças, tornando a distinção entre prevenção e cura menos clara. Assim, cada vez mais se intervém nos “velhos problemas” e se trata mais intensamente os “novos problemas”. Este fenómeno parece ser devido a uma menor tolerância para as variações do processo saúde-doença individual. A margem da “normalidade” diminui, os

A prevenção quaternária fundamenta-se em dois princípios: o da proporcionalidade (os ganhos devem superar os riscos) e o da precaução (*Primum non nocere*).

diagnósticos expandem-se, assim como as intervenções. Estas são cada vez mais precoces, mais variadas, mais potentes, para mais problemas e realizadas por mais profissionais, o que poderia levar a um sistema de saúde mais eficaz. Contudo, o intervalo de segurança (a margem entre os benefícios e os riscos) diminui, tornando o sistema de saúde mais perigoso, pois aumenta a probabilidade de dano desnecessário. Para além disso, vive-se uma cor-

Devemos saber resistir à pressão da indústria farmacêutica, do desenvolvimento tecnológico e também dos próprios pacientes, criada pelos meios de comunicação social e evitar iniciar uma cascata de exames, de diagnósticos e de tratamentos excessivos ou inapropriados, exercendo uma medicina assente nos pilares da prevenção quaternária.

rente de “criação de doenças” (do inglês, “*disease mongering*”), criada pela indústria farmacêutica, pelos meios de comunicação social e pelos próprios profissionais de saúde, que provoca sobrediagnósticos e sobretratamentos.

Em paralelo ao excesso de intervenção e medicalização, cresceu o conceito de prevenção quaternária, proposto pela primeira vez por Jamouille em 1999 e oficializado pela *World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA) em 2003. A prevenção quaternária foi definida como a deteção de in-

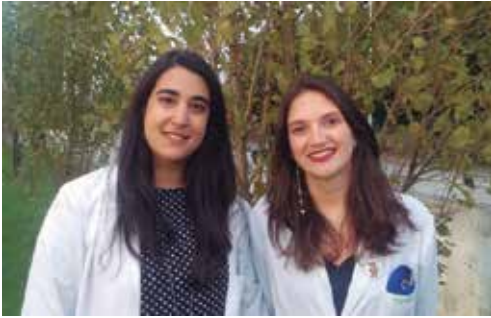
divíduos sob risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Posto isto, e como um dos fundamentos centrais da medicina é o “*Primum non nocere*”, a prevenção quaternária deveria primar sobre qualquer outra opção preventiva ou curativa.

A prevenção quaternária foi proposta no contexto clássico dos três níveis de prevenção de Leavel & Clark, que classificava a prevenção em primária, secundária e terciária. Assim, Jamouille propôs a prevenção quaternária como o quarto e último tipo de prevenção, não relacionada ao risco de desenvolvimento de doenças e seu tratamento, mas sim ao risco de adoecimento iatrogénico devido ao excessivo ou desnecessário intervencionismo diagnóstico e terapêutico e medicalização.

A prevenção quaternária tem hoje um papel de destaque pois permeia todos os outros tipos de intervenção desde a primordial até à terciária, podendo começar por evitar a atividade médica desnecessária, dotando a população de conhecimentos, através de educação para a saúde, para evitar “rotinas” e “rastreios” sem fundamento científico. A prevenção quaternária deverá estar presente e ser desenvolvida em paralelo com a atividade clínica, evitando medicalização de fatores de risco (obesidade, osteopenia) e de respostas normais a eventos vitais (lutos) ou adoecimentos

benignos autolimitados (gripe); excessos de diagnósticos e rotulagem de quadros inexplicáveis (fadiga crónica); pedidos de exames devido a pressão dos pacientes ou por medo dos próprios profissionais (medicina defensiva); rastreios com benefícios duvidosos. Desta forma, a prevenção quaternária está presente no simples bloqueio das “cascatas de cuidados de saúde” desnecessárias, através do simples “saber esperar para ver” ou “atitude expectante”.

Desta forma, a prevenção quaternária fundamenta-se em dois princípios: o da proporcionalidade (os ganhos devem superar os riscos) e o da precaução (*Primum non nocere*). Ela providencia cuidados médicos que sejam cientificamente e medicamente aceitáveis, necessários e justificados: o máximo de qualidade com o mínimo de intervenção possível. Todos os profissionais de saúde, em especial, os médicos devem praticar a prevenção quaternária, aliando três ferramentas importantes: a abordagem centrada na pessoa, a medicina baseada na evidência e orientada para o paciente e a prestação de cuidados longitudinais. Devemos saber resistir à pressão da indústria farmacêutica, do desenvolvimento tecnológico e também dos próprios pacientes, criada pelos meios de comunicação social e evitar iniciar uma cascata de exames, de diagnósticos e de tratamentos excessivos ou inapropriados, exercendo uma medicina assente nos pilares da prevenção quaternária.

**Liliana Coelho****Raquel Barros**

Internos de formação específica em MGF na USF St. André de Canidelo

Herói por um dia

Os super-heróis fazem parte do nosso imaginário desde cedo, onde fantasiávamos que podemos voar, ter uma supervisão, uma superforça... E se pensarmos nos heróis de todos os dias?

Foi com surpresa que a USF St. André de Canidelo aceitou o convite para integrar o projeto "Herói por um dia". O objetivo foi recordar às crianças quem são os verdadeiros heróis de todos os dias, através da parceria da nossa equipa de saúde (secretários clínicos, enfermeiros e médicos), os Bombeiros Voluntários de Coimbrões e a Polícia (Polícia de Segurança Pública – Esquadra de Canidelo). As atividades foram dirigidas às crianças que frequentavam o 4º ano, em cada uma das escolas primárias do Agrupamento de Escolas D. Pedro I, durante o primeiro semestre de 2016.

Foi criada uma situação de urgência (um incêndio, em ambiente controlado) com a necessidade da colaboração e cooperação dos profissionais acima referidos. E porque "uma ação vale mais do que mil palavras", adaptando o provérbio, convidamos as crianças a experienciarem uma pequena amostra do que é o dia-a-dia destes profissionais da nossa comunidade. Para tal, distribuímos-las por três equipas, desempenhando, cada uma, as funções específicas de cada profissão.

De modo a tornar a experiência

mais real, as crianças eram inicialmente instruídas pelos respetivos grupos, equipadas a rigor, sendo feita uma atribuição de tarefas. E então tudo acontecia:

A manhã começava com o uivar das sirenes... um terrível acidente aconteceu... a comunidade chamava pelos seus heróis... bombeiros e polícias chegavam primeiro ao local, com os profissionais de saúde já a caminho, deparando-se com um cenário de chamas, "feridos", gritos, espectadores assustados... o pânico instalado!

Era preciso apagar o incêndio, controlar a multidão e tratar os feridos. Foi criado um perímetro de segurança, extinto o fogo e transportados os feridos para o hospital de campanha. Aqui, aprendeu-se a distinguir as situações emergentes, urgentes e não urgentes, definindo-se graus de prioridade. Houve ainda tempo para desinfetar feridas, fazer pensos, colocar talas e gessos...



Cada equipa desempenhou o seu papel de forma exemplar, numa simbiose perfeita entre os "pequenos" e os "grandes" heróis.

A manhã termina com uma sensação de dever cumprido e com um sorriso de plena satisfação no rosto de todos aqueles que fizeram parte integrante.

Nestes dias, substituímos as cadeiras e as mesas das salas de aula por uma brincadeira ao ar livre e os nossos consultórios deixaram de ser simples secretárias, pouco atractivas, para fazerem parte activa desta comunidade, porque o nosso papel não se restringe aos nossos utentes, dentro das nossas paredes, mas também a toda população fora delas.

O que seria inicialmente uma brincadeira do "faz-de-conta" fez-nos relembrar com orgulho, que de alguma maneira também nós somos heróis, não apenas por um dia, mas sim todos os dias!





Osvaldo dos Santos Francês

Assistente graduado de Cirurgia Geral (aposentado)

“Médicos que matam a esperança”

“Médicos que matam a esperança” - título de um artigo publicado em Fevereiro de 2014 no jornal “Público”, da autoria de Laura Ferreira dos Santos (LFS), docente aposentada da Universidade do Minho. LFS escreve em sub-título: “As pessoas sujeitas a cancro podem facilmente vivenciar uma situação de *stress* pós-traumático. Que médicos pensarão nisso?”

Começa por expressar os sentimentos face às “ameaças de morte”, ao invés de ser reconfortada com palavras de carinho, como as da enfermeira que acalmava o capitão Phillips, depois de ter sido libertado do sequestro por piratas ao largo da Somália.

Os médicos pareciam ter um gosto macabro em transmitir a sentença, como se dissessem que não poderia escapar à morte precoce. LFS refere um comentário sádico de uma médica que sabia de alguém que se teria “safado” graças à intervenção divina de Nossa Senhora de Fátima. Refere de seguida a uma revista belga em que admite haver uma situação de *stress* pós-traumático vivenciado por doentes oncológicos. Por fim fala de palavras de consolação proferidas por um psiquiatra e aconselha aos médicos, que se arvoram em deuses ditando sentenças de morte, uma ida ao divã de um psicanalista. São estes os pontos que me parecem essenciais do artigo de LFS.

Ao ler este artigo “devastador” resolvi dar uma resposta/opinião a LFS que transcrevo:

“OS MÉDICOS QUE MATAM A ESPERANÇA”

Senhora Professora:

Ao ler o seu artigo na edição do jornal Público de 5 de Fevereiro de 2014 fiquei deveras espantado e escandalizado com aquilo que escreveu.

Espantado porque, sendo eu cirurgião geral, neste momento já aposentado, e conhecendo esta profissão como conheço e muitos colegas que, tal como eu, também tratam doentes com cancro, custa-me admitir que hajam médicos que se comportem da maneira que descreveu, falando “em safar-se”, “preparar-se para morrer” e outras enormidades, com pessoas que estão a tratar.

Concordo consigo que poderá levar a uma situação de “*stress* pós-traumático” só o simples facto do doente ficar a saber que tem uma doença cancerosa, bem como todo o processo diagnóstico e terapêutico a que tem que se submeter. E depois suportar todas as consequências sociais e económicas que daí resultam. Sim, deve ser difícil. Além disto, toda a informação disponível ao fácil alcance de todos, transforma esta doença num estigma que acompanha as pessoas afectadas para o resto da vida. Terá por certo conhecimento que hoje em dia há alguns tipos de cancro que são curáveis graças ao avanço da investigação, métodos terapêuticos e acções de rastreio para diagnóstico precoce.

Depois fiquei escandalizado porque me

pareceu que a Senhora Professora ao relatar o seu caso está a generalizar, dando a entender que todos os médicos são como aqueles com quem contactou. Eu não sou assim!

Todos os meus colegas que conheço e que tratam doentes cancerosos não são como os que descreveu. Estava capaz de lhe assegurar que poderão ser uma minoria. Em todas as profissões há bons e maus profissionais.

Senhora Professora: escreve-lhe um cirurgião que durante todo o seu percurso profissional tratou muitos doentes com cancro. Posso assegurar-lhe quão difícil e doloroso é lidar com estas situações. Ter que dar a conhecer ao doente o que é que tem quando ele nos pergunta: “Senhor doutor o que é que eu tenho?”, “quanto tempo vou durar”, “vou sofrer muito?”.

Mas dir-me-ão alguns: “Diz-se uma mentira piedosa”. Não se deve optar por este tipo de “piedade” porque, no dia em que o doente se aperceber que o seu médico lhe mentiu, perde a confiança nele, e é mais um “trauma” a contribuir para aumentar o *stress*.

Senhora Professora: Espero que as breves palavras que lhe escrevo sirvam para alguma coisa, ajudem a ultrapassar toda a amargura que transparece no artigo que escreveu.

Desejo-lhe que melhore e não perca a ESPERANÇA, nunca!

LFS respondeu-me agradecendo a opinião e referindo que tinha já recebido algumas opiniões semelhantes às dela.