

# Revista **Ordem** Médicos

n.º 179

Maio | 2017

Mensal | 2€

## Greve nacional dos médicos e SNS

- pág. 4

## Nova Prova Nacional de Seriação

O que esperar?  
O que estudar?  
Como estudar? - pág. 13

## Vacinas e TNC

**A REVISTA da ORDEM dos MÉDICOS**  
vai passar a ser enviada  
em formato digital  
- pág. 7



**Revista da  
Ordem dos Médicos**  
Ano 33 - N.º 180  
JUNHO 2017

PROPRIEDADE:  
**Conselho Nacional  
da Ordem dos Médicos**

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

Bastonário da Ordem dos Médicos:  
**Miguel Guimarães**

Diretor:  
**Miguel Guimarães**

Diretores Adjuntos:  
**António Araújo,  
Carlos Diogo Cortes,  
Alexandre Valentim Lourenço**

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

Redatora Principal:  
**Paula Fortunato**

Dep. Comercial:  
**Helena Pereira**

Designer gráfico e paginador:  
**António José Cruz**

Capa:  
**2aocubo**

Redação, produção  
e serviços de publicidade:  
**Av. Almirante Gago Coutinho, 151  
1749-084 Lisboa**  
Tel.: 218 427 100 – Fax: 218 427 199

Impressão:  
**Atelier Gráficos à Lapa, Lda.**

Depósito Legal: **7421/85**  
Preço avulso: **2 Euros**  
Periodicidade: **Mensal**  
ISBN: **2183-9409**

Tiragem: 44.000 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

#### **Nota da redação:**

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.



**GREVE DOS MÉDICOS**  
10 e 11 Maio de 2017

## **EDITORIAL**

- 04 Greve nacional dos médicos e SNS

## **ATUALIDADE**

- 08 Breve revista de Imprensa
- 10 Um ano de negociações não concretizadas origina greve
- 13 Nova Prova Nacional de Seriação  
O que esperar? O que estudar?  
Como estudar?
- 16 Sobrelotação do curso de Medicina –  
que soluções?  
Sem formação de qualidade, passamos  
a ser médicos 'mais ou menos'!
- 21 A vossa juventude enfrenta qualquer  
Adamastor!
- 23 Qualidade da formação garante aptidão  
para o exercício da especialidade
- 26 Colóquio sobre eutanásia  
É necessário um debate aprofundado
- 30 Cursar Medicina nos anos 50
- 31 Casos Clínicos Multidisciplinares:  
um livro essencial
- 32 A sexualidade explicada aos mais novos  
Todas as respostas às perguntas difíceis
- 33 Crónicas prisionais
- 34 Investigação em Portugal  
É possível criar uma economia  
no conhecimento
- 38 Geração de poucos que têm que  
formar muitos
- 40 Favorecer a uniformização,  
não a uniformidade
- 42 Reunião do Conselho Geral  
da UEMS
- 44 Falta de anestesistas na região Centro  
provoca cancelamento de cirurgias
- 45 Carlos Cortes alerta  
"Cada vez temos mais dificuldades",
- 47 "Competências Clínicas Práticas  
e Preparação para OSCE"
- 50 Palestra "Doença de Parkinson"
- 52 "Dilemas éticos em fim de vida"
- 54 Linguagem do corpo

## **OPINIÃO**

- 56 (In)Capacitar em Medicina
- 58 Memento mori
- 60 O que define um idoso?
- 62 Emissão de atestados para carta de  
condução por médicos especialistas  
em Medicina Geral e Familiar
- 64 Liderança na Saúde II
- 65 Provas finais e concursos:  
uma discussão urgente e rápida  
precisa-se
- 66 Quando a avó nos ensina  
a ser melhores médicos
- 69 Conversando sobre  
esperança e prognóstico  
em fim de vida
- 70 Medicina: arte ou ciência?
- 71 A Patologia Clínica,  
a Medicina moderna  
e a humanização
- 73 Doente oncológico
- 75 Os homens encolhidos
- 76 Aprender o básico!

## **HISTÓRIA**

- 77 Iconologia da Medicina:  
as imagens da vida e da morte

## 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: Victor Fernandes  
DERMATO - VENEREOLOGIA: 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: Jorge Caldas  
MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques  
MEDICINA INTENSIVA: José Artur Paiva  
MEDICINA INTERNA: Armando Carvalho  
MEDICINA LEGAL: Sofia Lalanda Frazão  
MEDICINA NUCLEAR: João Pedroso de Lima  
MEDICINA DO TRABALHO: Ferreira Leal  
MEDICINA TROPICAL: Jaime Nina  
NEFROLOGIA: José Diogo Barata  
NEUROCIRURGIA: Rui Vaz  
NEUROLOGIA: José Vale  
NEURORRADIOLOGIA: João 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  
PSQUIATRIA: Luiz Gamito  
PSQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA: Pedro Monteiro  
RADIOLOGIA: Amélia Estêvão  
RADIONCOLOGIA: Margarida Roldão  
REUMATOLOGIA: J. A. Melo Gomes  
SAÚDE PÚBLICA: Pedro Serrano  
UROLOGIA: Avelino Fraga

## 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: Fátima Serrano  
MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge  
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Helena Jardim  
NEONATOLOGIA: Daniel Virella  
NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira  
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA  
ORTODONCIA: Teresa Alonso

## COORDENADORES COMPETÊNCIAS

ACUPUNCTURA MÉDICA: António Encarnação  
AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL: Duarte Nuno Vieira  
EMERGÊNCIA MÉDICA: Vítor Almeida  
GERIATRIA: Manuel Veríssimo  
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: Fátima Carvalho  
HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira  
MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes  
MEDICINA FARMACÊUTICA: José Aleixo Dias  
MEDICINA HIPERBÁRICA E SUBAQUÁTICA: Oscar Camacho  
PATOLOGIA EXPERIMENTAL: António Silvério Cabrita  
PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL: Alberto Costa  
SEXOLOGIA CLÍNICA: Pedro Freitas

**Nota:** por terem sido detetados erros na listagem de Colégios das edições com capa de março e abril, efetuámos a respetiva correção. Por qualquer incómodo que tal situação tenha gerado, apresentamos as nossas desculpas.



# Acta Médica Portuguesa: Maio/2017

## EDITORIAL

### **A vitamina D na prevenção de doenças crónicas: uma análise baseada na evidência científica**

António VAZ-CARNEIRO

## PERSPECTIVA

### **O exercício como uma ferramenta terapêutica essencial na Saúde Mental: encurtando a diferença entre a pesquisa e a prática, uma perspetiva portuguesa**

Lara CARNEIRO, Simon ROSENBAUM, Maria Paula MOTA, Felipe SCHUCH, Philip B. WARD, José VASCONCELOS-RAPOSO

## COCHRANE CORNER

### **Análise da Revisão Cochrane: terapêutica farmacológica da hiperuricemia em doentes hipertensos. Cochrane Database Syst Rev. 2017;4:CD008652.**

Miguel Bigotte VIEIRA, Rute Baeta BAPTISTA, João COSTA, António VAZ-CARNEIRO

## ARTIGO ORIGINAL

### **Associação entre os internamentos ao fim-de-semana e feriados por pneumonia e a mortalidade num centro terciário em Portugal: um estudo transversal**

Margarida Barreto CORTES, Samuel Raimundo FERNANDES, Patrícia ARANHA, Luís Brito AVÔ, Luís Menezes FALCÃO

### **Fatores determinantes de morbilidade nos doentes com lúpus eritematoso sistémico**

Margarida JACINTO, Eliana SILVA, Nuno RISO, Maria Francisca MORAES-FONTES

### **Adaptação psicológica nas mulheres após síndrome coronária aguda**

Joana PRATA, Amadeu Quelhas MARTINS, Sónia RAMOS, Francisco ROCHA-GONÇALVES, Rui COELHO

### **Validação do Questionário *Otitis Media-6* para português europeu**

Ana Rita LAMEIRAS, Deodato SILVA, Assunção O'NEILL, Pedro ESCADA

### **Simulação em realidade virtual como ferramenta na monitorização de indicadores do desempenho cirúrgico: Estudo Observacional VIRESI**

Nuno MURALHA, Manuel OLIVEIRA, Maria Amélia FERREIRA, José COSTA-MAIA

### **Fiabilidade e validade do Questionário de Doença de Parkinson-39 e do Questionário de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson**

Joana JESUS-RIBEIRO, Elsa VIEIRA, Pedro FERREIRA, Cristina JANUÁRIO, António FREIRE

### **Prevalência de lesões de cárie de doentes com diabetes *mellitus* tipo 1 tratados com múltiplas administrações de insulina e de indivíduos sem diabetes**

Diogo MACHADO, Ana COELHO, Anabela PAULA, Francisco CAMELO, Francisco CARRILHO, Luísa BARROS, Carla BATISTA, Miguel MELO, Manuel Marques FERREIRA, Eunice CARRILHO

## ARTIGO DE REVISÃO

### **Bactérias anaeróbias com relevância clínica: classificação taxonómica e morfológica, presença na microbiota humana e diagnóstico microbiológico**

João ALVES, Susana PERES, Elsa GONÇALVES, Kamal MANSINHO

## CASO CLÍNICO

### **Síndrome de Gorlin-Goltz: diagnóstico e hipóteses de tratamento**

João MENDES-ABREU, Miguel PINTO-GOUBEIA, Cátia TAVARES-FERREIRA, Ana BRINCA, Ricardo VIEIRA

### **Síndrome carcinoide e doença carcinoide cardíaca como manifestações de tumor neuroendócrino do ovário não metastático**

Joana SIMÕES-PEREIRA, Lai Mun WANG, Attila KARDOS, Ashley GROSSMAN

## IMAGENS MÉDICAS

### **Hemorragia digestiva aguda secundária a lesão de Dieulafoy do esófago**

Armando PEIXOTO, Regina GONÇALVES, Guilherme MACEDO

### **Um caso exuberante de elefantíase *nostra verrucosa***

Luís SANTIAGO, Inês COUTINHO, Maria Manuel BRITES

Consulte a revista científica da Ordem dos Médicos em <http://www.actamedicaportuguesa.com>





# Greve nacional dos médicos e SNS



Um estudo da revista médica *The Lancet* comparou 195 países e territórios no que toca ao acesso e qualidade dos serviços de saúde entre 1990 e 2015. Apesar de Portugal não estar no topo e longe de “bater no fundo”, a verdade é que o acesso e qualidade dos serviços de saúde em Portugal está no fundo da tabela da Europa ocidental, depois da Grécia!

Portugal surge na 31ª posição entre os (quase duzentos) territórios que constam no *ranking* da revista *The Lancet*, com um índice de acesso e qualidade dos serviços de saúde de 85 pontos em 100. A avaliação teve como base o **número de mortes que poderiam ser evitadas** caso os serviços de saúde funcionassem a 100%. Ou seja, foram tidas em conta as mortes devido a causas que, a ser bem acompanhadas e tratadas, não provocariam a morte.

Este estudo, financiado pela Fundação Bill e Melinda Gates, publicado em Maio de 2017, vem reforçar as posições que a Ordem e os Sindicatos Médicos têm vindo a defender nos últimos anos, e que culminaram nos passados dias 10 e 11 de Maio numa **greve nacional dos médicos** convocada pelos Sindicatos.

E as razões ou motivos que levaram milhares de médicos a aderirem à greve, centraram-se na evidência clínica e “científica” dos múltiplos problemas que neste momento afetam o SNS e os seus profissionais. E são muitos, reiteradamente ignorados ou racionalizados, especialmente pelos dois últimos ministros, Paulo Macedo e Adalberto Campos Fernandes. E sempre com o mesmo argumento apresentado de forma ligeiramente diferente: a sustentabilidade e a neutralidade orçamental. Que classe! A responsabilidade não é dos Governos ou dos ministérios da Saúde. É dos outros. De todos, menos de quem nos governa e tem capacidade de decisão e o poder de gerir o orçamento de Estado!

Por isso, o nosso SNS está neste momento num plano inclinado e a descer. Não é nenhuma novidade para nós, que diariamente enfrentamos um SNS em momento de crise. Mas para quem nos governa está tudo cada vez melhor! No estudo divulgado recentemente (também no mês de Maio) pelo Observatório Europeu em Políticas e Sistemas de Saúde, no qual participa o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, foi revelado que os **portugueses pagam cada vez mais a sua saúde diretamente do seu bolso**. O valor referido é de 28% da despesa total em saúde mas se somarmos os seguros privados e o mutualismo chegamos a um valor próximo dos 36%. No estudo não se entrou em conta com a ADSE, o maior seguro em Portugal, que engloba quase 1,4 milhões de pessoas, que pagam 3,5% do seu vencimento e que nos últimos três anos teve sempre resultados positivos (lucro). O que significa, na prática, que o valor da despesa total em saúde que neste momento é suportado diretamente pelos portugueses deverá rondar os 45%. Pelo menos. Ou seja, o orçamento de Estado para a Saúde (5,9% do PIB) assegura neste momento cerca de 55% da Saúde (através dos nossos impostos).

Claramente o SNS está em queda. É cada vez mais um serviço público para as pessoas com menos possibilidades financeiras ou para as pessoas que têm um acesso privilegiado ao mesmo. Uma vergonha nacional. O código genético do SNS consagrado na Constituição da República Portuguesa está a ser violado. E o Ministério da Saúde limita-se a olhar para um lado e para o outro.

Só este motivo seria mais que suficiente para convocar uma greve nacional dos médicos na **defesa da dignidade e do direito à saúde** dos doentes.

Mas existem muitos outros motivos, que neste momento justificam a atenção redobrada de todos os médicos, da Ordem e dos Sindicatos Médicos.

Para além das reivindicações apresentadas pelos Sindicatos a propósito da greve, que a Ordem dos Médicos apoiou, existem muitas matérias que continuam a ser ignoradas ou empatadas pelo ministério da Saúde, e que colocam em causa a qualidade da medicina e dos cuidados de saúde e a segurança clínica dos médicos e dos doentes.

O respeito pela dignidade e pelo trabalho dos médicos continua a ser ignorado.

As **condições de trabalho** têm vindo a degradar-se de forma acelerada.

A pressão excessiva a todos os níveis sobre os médicos está a atingir patamares verdadeiramente preocupantes (prova disso são os resultados dos inúmeros estudos realizados nos últimos anos, que demonstram de forma clara a **desmotivação, insatisfação e exaustão** que atingem milhares de médicos).

A **emigração** e a opção exclusiva pelo sector privado continuam a crescer.

As **regiões mais carenciadas e mais periféricas**, continuam a ser cada vez mais desfavorecidas.

O **capital humano** no SNS está mais **debilitado e envelhecido**, com uma deficiência crónica de milhares de médicos de várias especialidades.

Os **equipamentos**, dispositivos e materiais são cada vez mais escassos e raros, muitas vezes interferindo com a qualidade da medicina e com a saúde dos doentes.

O **acesso a medicação** verdadeiramente inovadora e eficaz é demorado e cada vez mais difícil.

As **estruturas físicas** de várias unidades de saúde não são compatíveis com a dignidade das pessoas, com a segurança clínica e com os requisitos mínimos para o exercício da nossa profissão.

As tarefas burocráticas e administrativas continuam a obstruir o **tempo da relação médico-doente** e a limitar os médicos no exercício da sua profissão. A não resolução continuada deste problema constitui uma grave ameaça à medicina e à economia da saúde.

A integração das diferentes **aplicações informáticas**, os sistemas e respetivos equipamentos informáticos continuam a aguardar por uma solução que tarda em chegar.

A **reforma hospitalar** está sempre para acontecer, mas nunca mais acontece. Por incapacidade, por falta de ideias, por falta de condições estruturais, por falta de investimento financeiro, por falta de vontade do poder político.

A **reforma do serviço de urgência** não interessa ao Ministério da Saúde porque implica um investimento significativo. De resto, o plano para reformar o serviço de urgência e emergência médica já foi amplamente discutido e o caminho parece ser consensual.

Nos **cuidados de saúde primários** a reforma que estava em curso ficou embalada numa caixa de pandora. Os médicos de família continuam a ser tratados de forma diferente dependente da unidade funcional em que trabalhem. E os responsáveis políticos continuam a insistir em atribuir cada vez mais tarefas sociais aos médicos de família.

As **exageradas listas de utentes** e respetivas unidades ponderadas continuam a ser a regra apesar das promessas reiteradas do Ministro para reduzir

gradualmente o número de utentes por médico de família.

A essência da relação médico-doente e da Medicina continua a ser ignorada pelos responsáveis políticos. Vai ter que ser a Ordem dos Médicos a impor os **tempos padrão** para marcação de consultas, de acordo com as boas práticas médicas determinadas pelos Colégios de Especialidade.

A usurpação de funções e a **violação de competências médicas** continua na ordem do dia, perante a passividade e até o estímulo de responsáveis da estrutura do ministério da Saúde.

As ditas terapêuticas não convencionais sem evidência científica continuam a crescer com o apoio dos deputados da Assembleia da República e a total **passividade do Governo e do ministério da Saúde**.

A formação médica pré e pós-graduada necessita de uma reforma profunda que os responsáveis políticos preferem continuar a ignorar.

A aplicação na prática da **Carreira Médica**, assim como a sua reforma, continua a ser uma ilusão prometida mas continuamente adiada.

A defesa da **segurança clínica** tem sido uma "tourada". "Cavalgada" pelo ministério da Saúde. A ameaça constante da "obrigação" de tempos de urgência e horas extraordinárias inadequados e ilegais, a resistência e a negação dos descansos compensatórios com prejuízo de horário, a imposição de tarefas sobrepostas e a responsabilidade médica pelas más decisões "superiores", ultrapassaram o limite do aceitável, apesar do esforço comum desenvolvido pelos Sindicatos e pela Ordem.

As iniciativas no âmbito da **formação médica** no SNS, apoiadas pelo patrocínio da indústria, após uma legislação aberrante produzida pelo Ministro, estão paradas por inércia e interesse ministerial, apesar do compromisso assumido perante a OM.

E a cadeia de disfunções, irregularidades e incumprimentos, parece não ter fim à vista.

Motivos e razões para a greve nacional dos médicos não faltaram e continuam a existir. Parece-me até que hoje há mais motivos que ontem e amanhã haverá mais do que hoje.

Provavelmente os médicos e a sua Ordem irão ter que fazer alguma coisa de diferente. Que seja respeitada pelo poder político. Que seja capaz de **mudar mentalidades e hábitos**. E não vale a pena perder tempo a negociar com quem não tem capacidade de decisão política ou financeira. O tempo é um bem cada vez mais precioso.

O exemplo da emissão de **atestado para a carta de condução** por via eletrónica é paradigmático da gestão inábil e prepotente de quem tem o poder de decidir. De facto, após várias iniciativas desenvolvidas pelos médicos de família (petição assinada por quase dois mil médicos), pela Ordem dos Médicos e pelos Sindicatos Médicos, o ministério da Saúde veio reconhecer publicamente a

necessidade de criar os Centros de Avaliação Médica e Psicológica (CAMP) e adiar a entrada em vigor da obrigatoriedade da emissão do referido atestado por via eletrónica.

Aceitou como válidas as propostas apresentadas no sentido de salvaguardar a essência do trabalho desenvolvido pelos médicos de família e a relação médico-doente. Assumiu que os médicos de família não deveriam ser os juizes dos seus próprios utentes. Que não faz parte do conteúdo funcional do médico de família o exercício de autoridade que pode destruir a relação de confiança médico-doente. Que as instalações e os equipamentos de que dispõem não são os adequados. Que o acesso aos eventuais pareceres necessários é complexo e demorado.

Para nosso espanto geral, no dia em que os referidos atestados se tornaram obrigatórios por via eletrónica, os CAMP continuavam guardados na gaveta. E o ministério da Saúde, instado pela Ordem dos Médicos a explicar as razões do sucedido, deu como explicação a dificuldade acrescida em legalizar os CAMP, e que afinal os CAMP teriam que ser os SAMP (Serviços de Avaliação Médica e Psicológica) por uma questão de simplificação dos processos de legalização e implementação. E que o atraso previsível para o seu funcionamento em pleno era de 3-4 semanas. Mais uma situação lamentável que os responsáveis políticos poderiam ter gerido de forma diferente, adiando novamente a obrigatoriedade da via eletrónica. O que não aconteceu, mesmo perante o pedido e insistência da Ordem. Um exemplo de uma **gestão desastrosa** e gratuita das justas reivindicações dos médicos.

Mais um motivo para protesto, insatisfação e desmotivação dos médicos. E que acrescenta razões suficientemente válidas para que indiquemos aos nossos utentes o caminho dos CAMP ou SAMP através do ministério da Saúde. Uma vergonha evitável que demonstra a incapacidade do ministério em respeitar as pessoas e as suas próprias instituições. E a "dificuldade" em assumir compromissos.

Nos últimos três meses, a Ordem dos Médicos deu espaço ao Ministério da Saúde. Demonstrando boa vontade em **contribuir para resolver alguns dos problemas que afetam os doentes, os médicos e o SNS**. Como seria de esperar, num regime democrático em que o respeito mútuo e a conjugação de vontades deveria ser motivo suficiente para construir um caminho positivo. Os tais compromissos que poderiam concorrer para **fortalecer a Saúde em Portugal**. Tenho dúvidas que seja este o caminho que os nossos responsáveis políticos pretendem seguir. Da nossa parte estamos preparados e disponíveis para enfrentar todos os desafios. Com o vosso apoio e solidariedade. "Só é vencido quem desiste de lutar".

E nós não vamos desistir.

Miguel



# Revista **Ordem** dos Médicos

**A REVISTA da Ordem dos Médicos  
vai passar a ser enviada em formato digital!**

Será a partir de agosto de 2017 que a revista passará a ser disponibilizada apenas através de um *link* enviado por *email*, para *download* no novo portal interactivo ou através de aplicação informática disponibilizada nos ambientes habituais.

Os médicos que desejarem receber a revista em papel - e que ainda não tenham respondido a esta solicitação - têm que comunicar à Ordem dos Médicos por escrito (indicando nome, n.º de cédula e morada completa) para:

Revista da Ordem dos Médicos

Av. Almirante Gago Coutinho - n.º 151, 1749 – 084 Lisboa

Ou por *email* para: [rom@omcne.pt](mailto:rom@omcne.pt)

A partir de agosto, a **ROM** só será enviada em papel a quem se tiver manifestado nesse sentido.

Esta mudança além de ter em conta aspetos ecológicos e de modernização da comunicação da Ordem dos Médicos, traduzir-se-á em poupanças financeiras significativas e corresponde a um dos compromissos eleitorais do atual bastonário:

"A Ordem do presente e do futuro deve ser cada vez mais próxima dos médicos. Deve ser mais eficiente, ter tempos de resposta mais eficazes, fornecer informações úteis em tempo real através de meios de comunicação modernos e simples de utilizar. (...)

Renovar a comunicação e informação da OM, tornando-a mais moderna e intuitiva, através de uma nova plataforma institucional nacional, que inclua um portal interactivo com a figura do Balcão Único (que permitirá aos médicos aceder e obter um conjunto alargado de documentos certificados à distância), em rede com outros meios de comunicação digitais e físicos, incluindo novas ferramentas e aplicações, integrados e com outras funcionalidades. Esta renovação inclui os meios físicos e nomeadamente as revistas e *newsletters*, que também permitem divulgar regularmente as deliberações do Conselho Nacional da OM"





# Breve revista de Imprensa

**SOBE MIGUEL GUIMARÃES**  
BAST. ORDEM MÉDICOS



Ordem entende que as condições de trabalho dos médicos têm vindo a degradar-se, condicionando a qualidade da medicina prestada.

**DESCE ADALBERTO C. FERNANDES**  
MINISTRO DA SAÚDE



**Jornal de Notícias**

**Bastonário da Ordem dos Médicos quer parecer sobre vitamina D**

**PORT.COM**  
REVISTA DE PORTUGAL E DAS COMUNIDADES

01-05-2017  
**ESTIMA-SE QUE ENTRE 200 E 300 MÉDICOS NÃO TERÃO VAGA PARA ESPECIALIDADE**

Ordem dos Médicos identificou 1719 vagas para 2466 candidatos. Os que ficarão sem vaga serão quase o dobro dos do ano passado.



que ficaram o curso...

Mas estas com...

Como todos os...

preferindo agu...

melhorar a no...

para fazer a c...

A Ordem de...

as decisões...

em me...

juvens médi...

ve maior con...

indiferen...

Foi em 20...

ficaram m...

acesso a m...

especiali...

198. Segun...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...

especiali...

os entre a...

portugues...

o número...

maior o n...

estrangei...







## GREVE DOS MÉDICOS

10 e 11 Maio de 2017

# Um ano de negociações não concretizadas origina greve

*"Apelamos a todos, e em especial ao Ministro da Saúde, que se empenhem em contribuir para preservar as características genéticas do SNS e em recuperar a medicina de proximidade, primando pela qualidade e inovação"*



Nos dias 10 e 11 de maio os médicos fizeram greve, com uma adesão – em alguns locais – superior a 80%. O Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e a Federação Nacional dos Médicos (FNAM) convocaram esta greve - que contou com o apoio da Ordem dos Médicos (OM) -, após a falência de um ano de negociações com o Governo. Promessas não concretizadas e recuos por parte da tutela geraram um “deliberado desrespeito”, traduzindo esse insucesso negocial em dois dias de paralisação dos médicos. A OM emitiu um comunicado onde expressou “o desejo e disponibilidade” de que se encontrem “soluções que melhorem as condições de trabalho e se traduzam numa melhoria dos cuidados de saúde prestados aos doentes”, nomeadamente através dos vários processos negociais com o Ministério da Saúde que estão em curso e nos quais a OM tem estado envolvida.

O balanço dos dois dias de greve, feito pelo secretário-geral do SIM, Roque da Cunha, apontou para uma adesão superior a 80% no primeiro dia e idêntica ou um pouco superior no dia 11. Vários blocos operatórios terão sido encerrados, nomeadamente no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, no Hospital de São João no Porto, no Hospital de São José e de Santa Maria, em Lisboa ou no Hospital de Ponta Delgada. Consultas e cirurgias programadas foram dos serviços mais afetados nos dois dias de greve; os médicos

cumpriram obrigatoriamente os serviços mínimos, que contemplam as urgências, quimioterapia e radioterapia ou transplantes. Para minimizar os efeitos da greve sobre os doentes, alguns médicos de família avisaram os seus utentes que não iriam trabalhar, evitando deslocações desnecessárias. Consultas e cirurgias foram sendo remarçadas.

Apesar do Ministério da Saúde dizer que está “empenhado no diálogo” com os sindicatos, indicando que nos últimos meses foi possível chegar a acordo em algumas áreas, como a reposição do valor das horas extraordinárias em 2017, SIM e FNAM reivindicavam um conjunto de 30 pontos, salientando que o Governo protelou as negociações ao longo de um ano, sem concretização da maior parte das medidas e com vários recuos, demonstrando falta de respeito

pelos profissionais. Entre as principais reivindicações que originaram a greve, referimos apenas algumas:

- Limitação do trabalho suplementar em serviço de urgência a 150 horas anuais, em vez das 200 horas atuais;
- Imposição de um limite de 12 horas de trabalho em urgência, contra a realização de urgências por períodos de 24 horas, por colocarem em risco a qualidade do atendimento e a segurança do doente;
- Redução da lista de utentes dos médicos de família;
- Pagamento integral do trabalho extraordinário pois ainda se mantém o corte de 50%;
- Recuperação dos dias de férias acrescidos que tinham sido concedidos em função da idade do trabalhador, medida que se pretende que seja extensível aos médicos com contrato individual de trabalho;
- Convergência da idade de aposentação dos médicos com as restantes profissões de maior desgaste;
- Melhoria dos incentivos à fixação de médicos nas zonas e especialidades médicas mais carenciadas;
- Lançamento dos concursos para assistente graduado sénior e assistente graduado que estiveram previstos para 2016, mas não foram concretizados, etc.

### **Bastonário aponta graves deficiências no SNS e refere a falta de respeito**

A Ordem dos Médicos – compreendendo que há razões que sustenta-

## **Greve foi apoiada pelo Movimento dos Utentes**

O Movimento dos Utentes dos Serviços de Saúde afirmou estar solidário com a greve dos médicos e com o protesto de zelo dos enfermeiros, por acreditar que as suas reivindicações – se obtiverem resposta positiva do Ministério – também beneficiam os doentes. Manuel Vilas Boas, presidente desse Movimento, afirmou que “os utentes sabem perfeitamente que, se querem ser bem tratados e aceder atempadamente aos cuidados médicos e de enfermagem, têm que ter os profissionais a funcionar em pleno”, recordando que para que tal seja possível, os médicos têm que dispor dos meios necessários para o exercício da sua profissão e que têm que ser “em número considerado suficiente para realizar as suas atividades”, sublinhou, numa alusão à falta de contratação de especialistas em número suficiente para o SNS e à forma como, especialmente nas urgências, “os profissionais trabalham assoberbados”.

ram a convocação da greve devido à falta de condições de trabalho dos seus profissionais e, consequentemente, de segurança para os doentes – apoiou a paralisação, mas não sem antes ter apelado ao Ministro da Saúde que houvesse um “consenso com os sindicatos para que a greve não fosse necessária”. Inviabilizado esse potencial consenso, no primeiro dia de greve, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, falou a vários meios de comunicação, entre os quais a TSF, rádio à qual explicou porque razão os médicos se sentiram ‘empurrados’ para a greve. Na Manhã TSF, Miguel Guimarães alertou que a situação tem piorado

nas últimas décadas e sublinhou que, nesta greve, estiveram em causa fundamentalmente questões relacionadas com a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde, cuja deterioração é consequência direta do agravamento das deficiências do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e de reiterada falta de respeito pelos profissionais de saúde.

Referindo-se às deficiências sentidas no terreno, Miguel Guimarães explicou como a situação se agravou muito nos últimos anos, com mais de 3 mil médicos a emigrar. “Se os médicos se sentissem respeitados ficariam a trabalhar no Serviço Nacional de Saúde”, respeito esse que inclui medidas simples como dar o tempo necessário para os médicos executarem as suas tarefas, dar-lhes a oportunidade e o tempo necessários para fazer mais formação, patrocinar a formação contínua, atribuir mais dias de férias (uma alternativa à solução remuneratória que se aplica, por exemplo, em França onde os médicos chegam a ter 45 dias de férias) porque os médicos, como as outras pessoas, “têm que ter tempo para descansar e pensar noutras coisas” além do trabalho.



A greve de maio foi anunciada após a última reunião do último Fórum Médico



**“Os especialistas de MGF têm que ter tempo para exercer as suas funções principais também na área da promoção da saúde e da prevenção da doença”**

“Quando falamos que os Médicos de Família não podem ter listas de 1900 ou 2000 utentes tem a ver exatamente com isto: os especialistas de MGF têm que ter tempo para exercer as suas funções principais também na área da promoção da saúde e da prevenção da doença e têm que ter tempo para conseguir comunicar melhor com os doentes e para executar as ‘peque-

nas tarefas clínicas’ que contribuem para que a medicina tenha, de facto, qualidade. E, neste momento, com o número de utentes que têm, isto não é possível”, referiu, explicando alguns dos argumentos dos sindicatos para a necessidade desta paralisação. Miguel Guimarães referiu ainda à TSF que “está a ser negociada uma carta de compromisso” com a tute-

la em áreas em que a Ordem tem a capacidade – e o dever – de intervir. “Estamos a falar de tudo o que tem a ver com a qualidade do exercício da medicina, a qualidade dos cuidados de saúde, a questão do acesso, colmatar as deficiências a nível do capital humano, nomeadamente fixando os jovens em Portugal e, sobretudo, resolver de forma sustentada os problemas que existem em algumas regiões do país mais carenciadas e mais desfavorecidas”. Miguel Guimarães enquadrava assim o facto da Ordem dos Médicos estar a trabalhar com o Ministério da Saúde com o objetivo de atingir um compromisso para os próximos dois anos, o qual assegure melhor acessibilidade e mais segurança para os doentes e condições de trabalho mais dignas para os médicos.

## **Comunicado do Conselho Nacional da OM pelo respeito e dignidade**

O plenário do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos reunido a 8 de abril de 2017, face à greve convocada pelas estruturas sindicais médicas, emitiu um comunicado onde se pode ler:

“Nos últimos anos, as condições de trabalho dos médicos têm vindo a degradar-se progressivamente, condicionando de forma negativa a qualidade da Medicina prestada aos portugueses.

É manifesta a insatisfação crescente dos médicos no Serviço Nacional de Saúde, facto este que tem constituído o motivo maior para a saída de muitos profissionais. Esta degradação progressiva das condições de trabalho, a par de um sistema disfuncional e inconsistente, quer de progressão na carreira quer na contratação de médicos, têm sido responsáveis pela impossibilidade crescente de repor o capital humano indispensável ao funcionamento regular do SNS.

A Ordem tem manifestado, desde o primeiro dia, o desejo e a disponibilidade para que sejam encontradas soluções que melhorem as condições de trabalho e, consequentemente, se traduzam numa melhoria dos cuidados de saúde prestados aos doentes; nesse sentido tem participado em vários processos negociais com o Ministério da Saúde, a maioria dos quais ainda em curso.

De igual forma os sindicatos, nas áreas da sua intervenção, têm percorrido um longo caminho negocial sem que tenham obtido os resultados desejados. Tal insucesso negocial levou os sindicatos médicos a convocarem uma greve para os dias 10 e 11 de Maio.

Assim:

A Ordem entende e subscreve as reivindicações defendidas pelos sindicatos como ficou claro na sua participação no recente Fórum Médico. Da mesma forma, assimila a posição individual de cada médico face à greve convocada e manifesta a sua total solidariedade e apoio a todos aqueles que, sentindo o efeito das más condições de trabalho na qualidade do exercício da medicina, decidam manifestar a sua insatisfação aderindo à greve.

A Ordem dos Médicos manifesta, como sempre o tem feito, o seu apoio e a sua disponibilidade para participar em soluções que reponham a dignidade do acto médico e o respeito pelas pessoas, reafirmando a justeza da valorização profissional e melhoria das condições de trabalho, sem as quais a Saúde dos portugueses pode ficar seriamente comprometida.

Apelamos pois a todos, e em especial ao Ministro da Saúde, que se empenhem em contribuir para preservar as características genéticas do SNS e em recuperar a medicina de proximidade, primando pela qualidade e inovação, em prol da melhoria das condições de saúde dos portugueses e dos doentes.”



## Nova Prova Nacional de Seriação

# O que esperar? O que estudar? Como estudar?

O temido (e desadequado) exame Harrison tem os dias contados. Falta definir quantos dias lhe restam: em 2019 é suposto haver uma nova prova de seriação. A proposta já foi feita e agora caberá ao Ministério da Saúde decidir e aplicar, nomeadamente porque a implementação deste novo exame implica custos. No âmbito das III Jornadas Médicas da Nova, o professor de Medicina Roberto Palma dos Reis proferiu uma palestra na qual tentou esclarecer os estudantes sobre o que esperar da nova prova de seriação. “Avaliação gera aprendizagem e estar a fazer depender a carreira dos médicos de um exame baseado na memória não é a forma mais adequada de escolher os melhores; faz sentido fazer um novo modelo de prova baseado na experiência e capacidade clínica”, referiu, resumindo à ROM a sua intervenção.



Perante a necessidade de mudar a matriz da prova de seriação, foi nomeada a Comissão Nacional para a criação do novo modelo de PNAS, presidida por António Sarmento, professor catedrático convidado do Departamento de Medicina da FMUP, na qual estiveram envolvidas as faculdades, a Ordem dos Médicos, representantes dos exames anteriores, a ACSS, o Ministério, a Associação Nacional de Estudantes de Medicina e os Colégios da Especialidade de cada uma das áreas da Medicina que se propõe avaliar com a nova prova. Apresentado o resultado do trabalho desta comissão consultiva, que propôs um novo modelo, compete agora ao Ministério a tomada de decisão. Foi precisamente esse o tema da palestra que incorporou as Jornadas Médicas da NOVA, um congresso que assume como missão “desafiar os estudantes de Medicina a crescerem enquanto médicos compenetrados nas responsabilidades sociais inerentes à sua profissão, participando no debate sobre as questões essenciais da Educação Médica e desenvolvendo outras competências humanísticas”. Até agora a bibliografia era o livro originalmente editado pelo cardiologista Tinsley Harrison que se focava apenas nas áreas da Medicina Interna e que estava estruturado de forma a avaliar a capacidade de memorização. Com a nova prova proposta, haverá a recomendação de uma obra para cada uma

das áreas definidas – que seja consensualmente aceite a nível internacional –, potenciando muito mais a “utilidade e expressividade da bibliografia”. “Os livros que constituem a bibliografia serão indicados quando for publicada a matriz, e corresponderão à última edição existente há mais de 18 meses antes do primeiro dia do mês de outubro”, foi referido durante a palestra. As dúvidas dos estudantes sobre o que estudar são muitas, mas Roberto Palma dos Reis procurou tranquilizá-los, explicando que mais importante do que o que estudar é o “como estudar”. Com a implementação da nova Prova Nacional para Acesso à Formação Específica prevista para o ano de 2019, “se eu fosse candidato neste momento, o que faria era estudar a parte clínica dos cinco capítulos e esperava que fosse definido o restante. Depois de saber bem essa parte preocupar-me-ia com as outras áreas. O que vai contar não será decorar o Schwartz ou o Harrison”, frisou Roberto Palma dos Reis. Num ambiente em que a competição é grande, o orador alerta os estudantes que “é a lucidez que vai fazer a diferença” e que devem “encontrar um caminho para um estudo construtivo, orientando o esforço, e, nas cadeiras que tiverem, aprofundar a parte clínica para estar bem preparado”. Segundo a proposta apresentada, “a matriz da prova muda com 18 meses de antecedência em relação à data da sua realização o que significa que todos terão esses meses de preparação. Estar parado até que esses 18 meses comecem a contar é que seria errado!”

### Em que consiste e quando entra em vigor o novo modelo da PNA?

Segundo o Despacho 642/2016 (DR 14/1/2016) o novo modelo da PNA entra em vigor no dia 1 de janeiro de 2018. O parecer da Comissão vai no sentido de existir uma informação com 18 meses de antecedência, o que significa que sendo o novo modelo de prova anunciado até 1 de

julho deste ano, entrará em vigor no dia 1 de janeiro de 2019. Tendo em conta o processo em curso, Palma dos Reis, considera mais provável que, se o Ministério da Saúde aceitar a proposta da Comissão (“uma decisão política” que “implica custos potenciais”), a entrada em vigor ocorra apenas a 1 de janeiro de 2020. A prova antiga com 100 perguntas, 5 áreas de conhecimento (estranques), um livro de referência (Harrison’s), reclamações baseadas no livro de referência, resultados baseados na capacidade de memorização de um texto pesado e que tem mais a ver com condições e capacidades individuais do que com o ensino, não era, conforme explicou Palma dos Reis, totalmente desprovida de qualidades: “tem características positivas como o facto de ser bem, ser honesta, clara e conhecida, historicamente respeitada, funciona, é gratuita para o SNS e para os can-

didatos”, gratuidade que se deve muito ao facto de viver de “boas vontades”. Mas os aspetos criticáveis também não ficaram de fora da sua apresentação: “seria pela memória e não valoriza a capacidade clínica; leva a muitos conhecimentos pouco úteis ou mesmo inúteis; para se ter sucesso nesta prova, o importante não é saber ver doentes, é memorizar centenas de páginas; afasta os candidatos da prática médica pois, para ter melhores resultados é sensato escolher serviço em que se faça pouco ou mesmo nada!”. Demonstrando a inadequação do atual exame de acesso à especialidade, Palma dos Reis questionou a legitimidade de “milhares de médicos, numa fase de grande capacidade e dedicação, ficarem um ou mais anos a memorizar conteúdos de reduzido interesse prático, com prejuízo da prática médica”. Crítico de se fazer com que uma vida clínica dependa



Roberto Palma dos Reis é professor associado de Medicina - Cardiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Regente da Preparação da Prática Clínica (disciplina do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina) e da Unidade de Ensaios Clínicos do Curso de Doutoramento. Coordenador dos doutoramentos em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNL. É coordenador da Unidade de Cardiologia do Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar de Lisboa Norte. O orador foi presidente de Júri da PNA de 2003 a 2006, em 2007 fez um interregno porque tinha uma filha candidata, voltou a presidir, agora ao Júri de Recurso, a partir de 2008 até ao presente. Foi membro de duas comissões de revisão do modelo da PNA (a de 2009 e de 2016-17).

da memorização de um tratado, explicou que o novo teste será focado na capacidade clínica: “aborda os grandes problemas de saúde e as doenças frequentes e melhora a capacidade clínica”. Para isso foi já proposto pela Comissão de que fez parte um aumento no número de perguntas e duração da prova, matérias a incluir, matriz de conteúdos, o recurso a uma estrutura externa para apoio técnico à elaboração da prova, tipo NBME, um regulamento da prova (semelhante ao existente), a criação do Gabinete Nacional de Provas de Avaliação Médica (GNPAM) para que se “profissionalize a estrutura responsável pelo processo de avaliação e seriação dos médicos”. O exame terá 150 perguntas que “deverão ser preferencialmente construídas a partir de uma vinheta clínica, sendo de escolha múltipla com a seleção da resposta mais correta, (...) com uma duração total da prova de 240 minutos (duas partes de 120 minutos, com um intervalo)”, explicou. Embora a matriz de conteúdos seja ainda confidencial, a ponderação de matérias proposta foi:

- áreas da Medicina (Medicina Interna, incluindo cuidados de saúde primários) - 50%;
- Cirurgia - 15%;
- Pediatria - 15%;
- Ginecologia/Obstetrícia - 10%;
- Psiquiatria - 10%.

Para a nova prova, a matriz foi definida por áreas de conhecimento mas também por relevância dos conteúdos, considerando que serão definidas matérias que entram sempre, por vezes ou apenas ocasionalmente. Para a Comissão é consensual que são essenciais e devem entrar sempre as competências em mecanismos da doença, diagnóstico, promoção de medidas de saúde e preventivas, terapêutica e gestão de doentes. Para cada conteúdo serão assinaladas quais as competências a ser avaliadas, conforme explicou Palma dos Reis, com um exemplo fictício apenas para ilustrar: na Neoplasia

do pulmão/linfomas pode ser definido como importante a prevenção e/ou o diagnóstico mas não a terapêutica (o que significa para este exemplo que os conhecimentos relativos à terapêutica não seriam avaliados).

O novo modelo não é vantajoso nem desvantajoso para os candidatos: “será vantajoso para os candidatos com mais capacidade clínica, desvantajoso para os candidatos com mais capacidade de memorização, mas globalmente é neutro”. O que poderá não ser neutro é o facto de se aumentar o número e a qualidade das vagas, o que é “vantajoso para todos os candidatos” e o efeito potencial para a melhoria da prática médica em Portugal.

Em conclusão, Palma dos Reis salientou a importância da Prova Nacional de Acesso para o futuro dos Médicos e que “não havendo vagas para todos, torna-se vital para a carreira dos licenciados em Medicina” que se faça uma seleção justa, algo que em sua opinião deveria ter existido mais cedo. Visto que é necessário seleccionar, o professor de Medicina defendeu, naturalmente, “que seja antes pelos conhecimentos clínicos do que pela memória”, recordando que com a PNA baseada no Harrison “pode ser avaliado o ‘saber’, mas não é avaliado o ‘saber fazer’ e muito menos o ‘saber ser’”, ou seja, não é avaliada uma grande parte do que é ser médico.

Orador na mesa seguinte a esta intervenção, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães elogiou e agradeceu a Palma dos Reis a sua “magnífica e esclarecedora palestra”. “É pressuposto que quando um estudante acaba o curso



seja capaz de exercer Medicina. Se isso não acontece é porque há uma falência e será necessário perceber se estamos a fazer uma formação adequada”. Além do conhecimento teórico profundo, Miguel Guimarães realça que “é preciso que haja boa formação na área da comunicação, da humanização e nos valores éticos da profissão médica” pois “o melhor médico para um determinado Serviço não é necessariamente aquele que tem melhor nota. Essa conceção tem que mudar porque a capacidade para exercer Medicina é muito mais abrangente”.

No mesmo sentido, e tendo em conta que a PNA proposta se centra muito mais no ensino e menos nas qualidades individuais, obrigando potencialmente ao repensar do ensino pelas Faculdades, à ROM, Palma dos Reis expressou a sua esperança de que – com a mudança do paradigma da prova – possa haver mudanças no ensino da Medicina: “O que eu esperaria é que as faculdades perante a matriz - em que também estiveram envolvidas -, reflitam sobre a eventual necessidade de adaptar e ajustar o seu ensino”.

O novo modelo de prova poderá ter, antes da entrada em vigor, a divulgação de alguma perguntas exemplificativas das existentes no teste.



# Sobrelotação do curso de Medicina – que soluções?

## Sem formação de qualidade, passamos a ser médicos ‘mais ou menos’!

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, Inês Pereira, jovem médica que realizou o seu internato da especialidade na Alemanha e Eduardo Rodrigues, interno do Ano Comum e ex-presidente da Associação de Estudantes da Nova Medical School, debateram no dia 14 de maio as implicações e eventuais soluções da sobrelotação do curso de Medicina. Novas saídas profissionais, redução do *numerus clausus* por adaptação às reais necessidades do país e aumento das capacidades formativas do Serviço Nacional de Saúde, melhorando as suas deficiências, quer tecnológicas quer em termos do número de médicos especialistas contratados, foram algumas das soluções propostas para um planeamento adequado e para garantia da qualidade da formação médica.



“Sobrelotação do curso de Medicina – que soluções?” foi uma das mesas redondas das III Jornadas Médicas da NOVA. António Rendas, moderador desta sessão, fez um enquadramento do tema, referindo os processos de investimento no ensino superior, que remontam aos anos 80 do século passado, e explicando como esse financiamento foi usado para serem construídos os centros de investigação como o CEDOC - Centro de Estudos

de Doenças Crónicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa ou o IMM Lisboa - Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, por exemplo. “Esse investimento serviu, portanto, para as faculdades se modernizarem e os estudantes poderem aprender num ambiente cientificamente estimulante”. Posteriormente, perante o potencial económico de formar médicos, “surgiram



Eduardo Rodrigues

vários projetos de faculdades privadas” mas como “não se faz ensino médico sem área clínica”, esses projetos não vingaram. “A ponte entre a formação pré-graduada e a aquisição de competências clínicas tem sido um processo muito complexo”, frisou. Reconhecendo a excelência desta geração, António Rendas lamenta a dificuldade em atrair médicos para a carreira académica. Classificando-nos como um país do “eu acho que”, António Rendas lastimou a falta de “planeamento sério na área da Saúde”, o que considera essencial pois “o planeamento é uma ciência que permite ter uma visão para o futuro”. Sobre as dificuldades provocadas pela sobrelotação dos cursos de medicina, António Rendas ironizou reproduzindo os comentários dos alunos: “Senhor Doutor, nós somos 20 à volta de 1 doente e eu só vi o umbigo”... “A sobrelotação é para mim paralela à questão de fundo que é: como é que devemos – e queremos – preparar os

estudantes de medicina?”, sintetizou.

Eduardo Rodrigues, IAC no Hospital Beatriz Ângelo, membro do Health Parliament Portugal e ex-presidente da Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, iniciou a sua intervenção agradecendo o apoio que a Ordem dos Médicos deu, desde o primeiro momento, a esta iniciativa, realçando a importância das instituições e da participação de todos. “O poder coletivo é extraordinariamente importante” nomeadamente se pretendemos que “as opiniões expressas pelas instituições sejam de facto representativas”, sublinhou, estabelecendo o paralelismo com a Associação de Estudantes. Entrando na temática da sobrelotação e suas consequências referiu como, “nos estágios clínicos, o número excessivo de estudantes prejudica o método de ensino” e a própria aprendizagem. Embora defenda que na Nova o rácio é de 3 alunos para

um tutor, reconhece que nas outras faculdades de medicina os números são muito piores. “O excesso de estudantes prejudica muito o ensino e faz-nos refletir sobre a sua eficácia”, prosseguiu, considerando que na apreciação dos estudantes alguns estágios podem não ser relevantes para a sua formação e que “aliviar o ambiente clínico com a redução de alguns estudantes podia ser uma melhoria”. Eduardo Rodrigues instigou as várias dezenas de estudantes de medicina presentes a “não serem meros transeuntes que passam pela faculdade” mas antes “cidadãos que contribuem para o desenvolvimento dessa mesma faculdade”. Da experiência de Erasmus, em França, realça grandes diferenças: “é tudo muito automatizado, com muitos automatismos”, concluindo que “a simulação e a repetição permitem criar mapas mentais que possibilitam agir mais, melhor e de forma sistematizada”. Eduardo Rodrigues considera que

esse método de ensino é melhor mas implica mais investimento. Europeísta confesso, recordou que também no planeamento de recursos humanos é preciso ter em conta que “vivemos num contexto europeu em que há mobilidade de doentes e de profissionais”.

## Emigração como resultado de uma ambição e não de um sistema falhado

Por opção, Inês Pereira emigrou para realizar o seu internato da especialidade em Neurologia na Alemanha. Referindo a problemática do envelhecimento dos especialistas médicos como um elemento que tem que ser ponderado quando tentamos responder à pergunta “temos falta de médicos?”, Inês Pereira alertou que é igualmente



Inês Pereira  
Médica Interna do Neurologia

necessário analisar se existe capacidade da formação pós-graduada absorver o número de médicos que se vão formar. Sobre o rácio excessivo tutor/estudantes, a jovem oradora recordou que não é apenas a qualidade do ensino que é posta em causa mas também

o conforto e privacidade do doente o que, em última análise, pode ser prejudicial para a relação médico/doente. Para Inês Pereira as soluções para o eventual excesso de alunos de medicina passam pela escolha de outros caminhos profissionais além da carreira clínica, referenciando a via académica, a gestão hospitalar, fotografia ou jor-

esforcei para que fosse bom". Outro ponto que pesou na sua decisão foi o "ambiente de *start ups* muito vivo que existe na Alemanha e que eu sabia que iria facilitar o meu desejo de começar a ter colaborações profissionais" fora da área clínica. "A minha emigração foi o resultado de uma ambição e não de um sistema falhado", concluiu.

### Capacidade formativa pós-graduada é insuficiente para tantos candidatos

Miguel Guimarães, bastonário da OM, começou por realçar a importância da participação dos mais jovens, o que se traduz, por exemplo, na participação da ANEM - Associação Nacional de Estudantes de Medicina no último Fórum Médico, do qual resultou a decisão dos sindicatos de convocar uma greve nacional. Referindo-se à intervenção de Eduardo Rodrigues e classificando o rácio de 3 estudantes para 1 tutor como "bom", o bastonário da OM sublinhou que essa não é a realidade que se vive no resto do país. Além disso, na análise do tipo de formação que estamos a dar, é preciso ter em conta que na consulta, além dos 3 estudantes de

medicina, estão presentes os internos de ano comum, internos da especialidade, internos de MGF que estão a fazer estágios... "Devemos lutar pela qualidade", alertou, o que, na formação pré-graduada, se traduz por "respeitar as capacidades formativas das várias escolas médicas". Compreendendo como as instituições universitárias são pressionadas pelas questões de financiamento, Miguel Guimarães deu um exemplo de como se põe em causa a qualidade. "Na Faculdade de Medicina do Porto os anfiteatros foram feitos para cerca de 170 estudantes. No entanto, no ano passado, entraram quase o dobro dos estudantes", o que implica provavelmente uma degradação das condições pedagógicas, sobretudo a nível dos anos clínicos. É esta sobrelotação que acarreta as dificuldades posteriores na formação pós-graduada e que põe em causa o internato da especialidade mas, alertou, "não é possível fazer medicina de qualidade com médicos não especialistas", "é mau para o sistema de Saúde, para a Medicina, para os doentes para os jovens médicos, para as famílias e para o Estado português que investiram na formação" e que verão o seu investimento emocional e financeiro desaproveitado. "Se a Ordem deixar de se preocupar com a qualidade, passaremos a ser médicos



Miguel Guimarães

nalismo médico, *coaching*, ou colaborar com empresas do setor da saúde, que foi uma das suas opções pessoais quando escolheu trabalhar com uma empresa que está a desenvolver uma aplicação para os doentes com enxaqueca poderem manter um diário clínico e assim monitorizar melhor os seus sintomas e conhecer melhor a sua doença. A decisão de emigrar prendeu-se com a vontade de poder gerir o seu internato e selecionar os hospitais onde quer trabalhar. "Posso mudar quantas vezes desejar; se chegar a um serviço e não me adaptar ou não gostar do tutor, mudo". Defensora de que um aluno (e, por maioria de razão, um profissional) não se resume à sua nota, salientou o quanto lhe agradou que na Alemanha reconhecessem as suas capacidades interpessoais, linguísticas, "e todo um currículo que me

## Uma geração de excelência

Numa das suas intervenções, Miguel Guimarães recordou que Inês Pereira foi a melhor estudante de Medicina do seu curso com uma classificação de 18 valores e como Eduardo Freire Rodrigues recebeu o 18º Prémio Nacional Jovem Empreendedor da ANJE (Associação Nacional de Jovens Empresários). O prémio atribuído à *startup* UpHill, que Eduardo Rodrigues fundou com mais dois colegas da UBI, foi entregue no dia 26 de novembro de 2016 pelo Presidente da República no Mosteiro da Vitória no Porto. A UpHill, sediada no UBIMedical, teve origem na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. O júri premiou esse projeto por reconhecer-lhe valor pelos recursos tecnológicos inovadores que desenvolve para o campo da saúde. Fundada na Covilhã, em 2015, surgiu com base na convicção de que a tecnologia "podia e pode ajudar os sistemas de saúde a ser melhores e a prestar cuidados de ainda melhor qualidade e com mais segurança para os doentes", como explicou Eduardo Rodrigues, que é um dos cofundadores da UpHill, juntamente com Luís Patrão (CEO da empresa) e Duarte Sequeira, ambos diplomados pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.



‘mais ou menos’. Enquanto a formação for boa, os nossos médicos terão colocação em qualquer parte do mundo”. Como solução, Miguel Guimarães propõe que se avalie a capacidade formativa pois “distribuir estudantes de medicina por hospitais sem capacidade formativa não é, naturalmente, uma solução”. As cerca de 1741 vagas (embora o mapa ainda possa sofrer ligeiras alterações) encontradas seriam suficientes “se fossem exclusivamente para os estudantes formados em Portugal”. Mas além dos médicos formados nas faculdades portuguesas, “este ano cerca de 400 jovens médicos vieram legitimamente fazer o exame de especialidade ao nosso país,

dos quais 100 são estrangeiros”, sendo os restantes portugueses mas que fizeram o curso de medicina noutros países. Sobre o ano comum, Miguel Guimarães considera que – por ser essencial para os jovens formados em Portugal – tem que ser garantida vaga para todos os licenciados nas faculdades de Medicina portuguesas. Considerando as características da geração mais jovem, o bastonário da OM defende que o Ministério tem que ser inovador nas medidas para fixar os médicos recém formados em Portugal, não bastando recorrer a medidas remuneratórias. É preciso encontrar incentivos que possam ser aplicados para o desenvolvimento das regiões mais periféricas e desfavorecidas, e que garantam a fixação de profissionais qualificados de várias áreas. Respondendo a quem diz que temos falta de médicos,

alertou que o problema é essencialmente no SNS. “Existem cerca de 27 mil médicos a trabalhar no SNS, dos quais mais de 9 mil são internos” o que explica facilmente que a nossa capacidade para formar especialistas está saturada, por falta de especialistas/tutores/tempo para dar formação, a falta de capacidade crescente do SNS para dar resposta a todos os portugueses, especialmente se tivermos em conta que, além de médicos, faltam outros recursos humanos: enfermeiros, operacionais técnicos e administrativos, etc. “Faltam de facto médicos no SNS... em algumas regiões do país... em algumas especialidades”, sublinhou. A principal solução para as dificuldades que se sentem na formação pós-graduada poderá ser “fazermos um planeamento consequente de recursos humanos” – na Alemanha, por exemplo,



formam-se menos médicos do que as necessidades – e “corrigirmos as deficiências que existem no SNS, contratando mais médicos. Se o fizermos iremos não só melhorar a qualidade dos cuidados de saúde que estamos a prestar como melhoraremos simultaneamente a capacidade de formação de novos especialistas”. Miguel Guimarães recordou que a Ordem dos Médicos já deu o seu contributo, encomendando um estudo prospetivo independente sobre demografia médica, que foi coordenado pela investigadora da Universidade de Coimbra, Paula Santana, e que poderia ser usado pelo Ministério como um indicador para o planeamento. “Se não falo de outras saídas profissionais como

o jornalismo médico – em que seria uma grande mais valia ter mais médicos a trabalhar – é porque acredito que a maior parte dos estudantes de medicina quer seguir uma carreira clínica ou de investigação”.

## As regras do jogo mudaram: há direitos e deveres

“Há a obrigação de nos ser proporcionada uma boa formação mas o Estado não tem nenhuma obrigação de nos dar trabalho”, referiu, perentório, Eduardo Rodrigues, já em fase de debate. Questionado sobre o planeamento, Miguel Guimarães respondeu com uma simples pergunta: “se um jovem médico português tiver três propostas de contrato – para Lisboa, para a periferia ou para Londres – sabendo que neste

último local lhe são oferecidos mais dias de férias, remuneração 2 ou 3 vezes superior, viagens baratas, tempo para e apoio à formação contínua, qual será o contrato escolhido?!” A estes desafios da globalização, acresce o mau planeamento de recursos humanos e as deficiências na contratação..., reclamando o representante da Ordem, um planeamento transparente e consequente. Questionada sobre aceitar a emigração como uma opção, Inês Pereira deixou clara a sua posição: “se forem criadas as condições para que esses profissionais regressem, tal como é referido no relatório da OCDE, teremos um ganho absoluto muito grande, com a incorporação de médicos especialistas multifacetados, com perspetivas diversas e inovadoras a contribuir para a evolução do nosso sistema de saúde. (...) A emigração e a investigação não são novidade, mas são alternativas. Não vejo porque razão

deverá ser obrigatório que exista um emprego clínico para todos”. Às muitas dezenas de estudantes presentes no auditório da reitoria da Nova Medical School, António Rendas afirmou: “temos uma rede de instituições que vos podem apoiar; confiem na Ordem dos Médicos porque ela existe para vos defender”, mas lembrou que cada um de nós tem que ter um papel ativo. “Contamos convosco para terem a vossa parte de responsabilidade social em serem médicos em Portugal”, reconhecendo a existência do direito a uma formação de qualidade para que possam ser profissionais competentes e o consequente “dever de contribuir para a sociedade que é muito importante na profissão médica”. “Se perceberem e aceitarem que as regras do jogo mudaram, mesmo que não seja fácil, têm, o vosso futuro assegurado”, concluiu.

## INFORMAÇÃO

www.ordemdosmedicos.pt

### Posições da Ordem, informação dos Colégios, oferta de emprego e de formação

Divulgamos no site nacional a **posição da Ordem dos Médicos** sobre a proposta de Portaria relativa aos Centros de Responsabilidade Integrada, em que qualifica a proposta como “inaceitável” apontando as razões, diversas oportunidades de emprego nacional e internacional (na área “**bolsa de emprego**”), cursos do Centro de Direito Biomédico e outras **oportunidades de formação**, convocatórias para assembleias gerais de vários Colégios e diversos **critérios de idoneidade**. Publicitamos a convocatória para a Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos.

### Novos critérios de admissão à Competência em Emergência Médica

Divulgamos no portal da Ordem dos Médicos na área da Competência em Emergência Médica o documento aprovado em Conselho Nacional da OM no dia 8 de maio de 2017 que contempla os novos critérios de admissão a esta competência. O texto agora publicado diz respeito à necessidade de atualização dos conteúdos programáticos teóricos e práticos, nas diversas áreas incluídas no âmbito da urgência e emergência, considerados essenciais para a atribuição da Competência. Surgem de forma explícita e individualizada, o que devem ser os requisitos de conhecimentos e não fazem referência apenas a temas teóricos e a exigências práticas de uma forma geral. Assim, o que pode parecer ser a exigência de uma vastidão de assuntos é simplificada pela discriminação clara do que se exige. Dada a natural sobreposição de conhecimentos teóricos e práticos, procurou-se evitar a repetição de conteúdos, comuns aos vários temas. No que se refere ainda aos conteúdos programáticos teórico-práticos propostos, houve a intenção de respeitar normas e recomendações atuais sobre a gestão de situações médicas emergentes, especialmente no que diz respeito ao Suporte Avançado de Vida e Trauma. O texto completo deve ser consultado em [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)



Boas vindas aos médicos internos de Portalegre

# A vossa juventude enfrenta qualquer Adamastor!

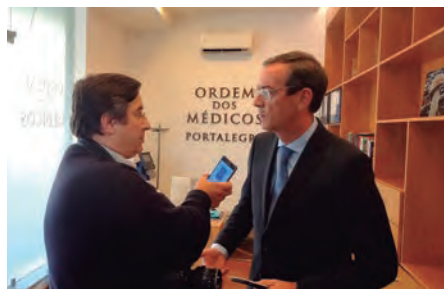


Jaime Azedo (à esquerda) e Miguel Guimarães (ao centro) com vários médicos internos que estiveram presentes na cerimónia

A receção dedicada aos médicos internos de Portalegre decorreu no dia 2 de maio e contou com a presença de vários representantes da Sub-região, entre os quais Jaime Azedo e Daniel Dias, mas também do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães.

Na cerimónia de boas vindas aos médicos internos do distrito de Portalegre, Jaime Azedo, presidente da Sub-região de Portalegre da Ordem dos Médicos, deu as boas vindas aos jovens profissionais, e afirmou a disponibilidade da Ordem para “o acompanhamento dos internos nas dificuldades que possam vir a sentir, quer quanto à sua integração, quer quanto às condições técnicas do exercício da Medicina”. O presidente da Sub-região leu ainda a mensagem que o presidente do Conselho Regional do Sul, Alexandre Valentim Lourenço, enviou na impossibilidade de estar presente na qual é sublinhada a importância desta cerimónia “quer para os jovens médicos quer para a Sub-região”. Alexandre Valentim Lourenço congratulou “todos os novos internos pela escolha que fizeram do distrito para iniciar a carreira profissional” nomeadamente porque “vão ver que as oportunidades num distrito periférico apresentam diferentes experiências profissionais e oportunidades de carreira e de qualidade

de vida, proporcionando uma mais rápida autonomia em prol de uma medicina de qualidade para o doente”, fazendo votos para que, “após concluírem o Internato, possam exercer e viver com o êxito que desejamos neste próspero distrito”.



Daniel de Frias Dias, presidente da Mesa da Assembleia da Sub-região de Portalegre, na sua intervenção desejou sucesso profissional e pessoal aos colegas, fazendo votos de continuidade e que o seu “grau de satisfação final determine a fixação nesta região periférica”, salientando a importância de trazer para a Sub-região os conhecimentos científicos adquiridos durante o curso de medicina e que serão consolidados num “processo formativo que conduzirá à autonomia, alicerçada na aquisição de competências de carácter clínico”. Sobre o contexto atual da prática clínica, referiu algumas condicionantes do trabalho dos médicos, entre as quais, o envelhecimento da população, com aumento da incidência de perturbações cognitivas e prevalência considerável de demências, a burocratização excessiva e asfixiante do trabalho médico, as restrições orçamentais, os problemas de gestão da informação clínica e de acessibilidade em tempo útil, a necessidade de aprofundamento da complementaridade dos diferentes níveis de cuidados, a “iliteracia dos utentes e as suas





crenças destituídas de evidência científica, na origem de conflitos quotidianos, que alguma comunicação social explora de modo a desvalorizar a relevância social dos Médicos” e a evidência de que “hoje, não basta diagnosti-



*Daniel de Frias Dias, Miguel Guimarães e Jaime Azedo deram as boas vindas aos novos internos de Portalegre*

car e tratar”, pois aos médicos pede-se também que reforcem a promoção da saúde, a prevenção da doença, deem resposta ou encaminhem as necessidades de reabilitação e cuidados paliativos, por exemplo. Num mundo em que o papel do médico mudou, Daniel de Frias Dias salientou que ao “médico compete prestar os melhores cuidados aos seus doentes, tendo em consideração a dignidade da pessoa humana e os seus direitos”, sendo atributos imprescindíveis para o seu bom desempenho o “saber comunicar, saber fortalecer a relação médico/doente, informar assertivamente acerca dos problemas de saúde do doente, habilitando-o a tomar decisões e prestar o seu consentimento informado, cuidar das relações interpares, fomentando a cooperação entre médicos e a exclusão da competição, valorizando o mérito, assumir comportamento público e profissional adequado à dignidade da profissão”, conceitos que, como evidenciou, se encontram plasmados no estatuto da Ordem dos Médicos. Referindo a importância da participação, o presidente da Mesa da Assembleia da Sub-região de Portalegre apelou aos colegas “para participarem nas atividades da OM (...) nas reuniões de trabalho, atividades formativas, culturais, eleitorais, etc.”, frisando tratar-se de uma obrigação de todos, na defesa dos interesses dos Médicos e dos doentes. “O destino é aliciante, mas o caminho é íngreme”, concluiu, recordando as dificuldades provocadas pelo *burnout* e o estudo que foi apresentado em novembro sobre o *burnout* na classe médica em que se refere que 2/3 dos Médicos admitem estar em elevado estado de

exaustão emocional, que os clínicos mais jovens são os que apresentam os níveis mais elevados de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional. Questionando se os jovens médicos já leram a “Nota aos Médicos Internos” que o bastonário Miguel Guimarães lhes endereçou na revista da OM nº 176, de janeiro/fevereiro, Daniel de Frias Dias deixou um alerta – “saibam defender-se e, se forem afetados por *burnout*, reabilitem-se” – e palavras de incentivo: “Não tenham medo. A vossa juventude enfrenta qualquer Adamastor!” O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, dirigiu-se em seguida aos médicos internos realçando a importância desta cerimónia, na qual não quis deixar de estar presente, tal como tem estado nas restantes sub-regiões, começando por lamentar as dificuldades que se sentem em termos de formação, com o excesso de estudantes nas Faculdades de Medicina, ultrapassando a logística instalada, em recursos humanos e equipamentos. Referenciando a qualidade formativa dos centros periféricos, Miguel Guimarães considera importante o intercâmbio entre instituições, como contributo para uma formação diversificada e de qualidade, através de estágios a realizar no interior a ser frequentados por médicos internos dos grandes centros e vice-versa. Sobre a permanência dos futuros jovens especialistas nas regiões mais periféricas, realçou a importância da criação de condições atrativas remuneratórias, mas também através, por exemplo, do aumento do número de dias de férias, apoios à formação contínua e políticas integradas de desenvolvimento



*O presidente da Mesa da Assembleia desejou que o grau de satisfação final determine a fixação destes jovens em Portalegre*

de infraestruturas sociais, culturais e familiares, porque considera que este tipo de medidas – para serem bem sucedidas – não podem ser pensadas e estruturadas apenas para uma classe específica, sendo antes necessário tornar todo o interior mais atrativo a todo o tipo de profissionais qualificados. Os desafios do mercado de trabalho também foram alvo de análise por parte do bastonário da Ordem dos Médicos, que expressou alguma preocupação com a futura empregabilidade, em resultado do excesso de médicos em formação, número ao qual acrescem os portugueses que optaram por fazer a sua licenciatura em medicina no estrangeiro, “em número desconhecido”, e que voltam a Portugal para fazer a especialidade. Além de convidar os jovens médicos a integrarem a sua Ordem e a conhecer aprofundadamente os estatutos e o Código Deontológico, Miguel Guimarães concluiu afirmando o seu apoio incondicional aos médicos, “em todas as suas áreas de interesse, nomeadamente apoiando melhorias salariais, a defesa da formação, da ética e das condições para um exercício profissional com qualidade”.

Durante a sessão de receção aos médicos internos, realizou-se ainda uma conferência/debate dedicado ao tema “Sarampo: uma doença re-emergente”, em que foram oradores principais o pediatra Abdurrachid Nurmamodo e o sociólogo Joaquim Camejo.

Receção aos médicos internos de Setúbal

# Qualidade da formação garante aptidão para o exercício da especialidade

Decorreu no dia 9 de maio a cerimónia de boas vindas aos médicos internos do distrito de Setúbal. Daniel Travancinha, presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal, e Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, referiram uma conjuntura complexa – com a degradação do SNS pela falta de planeamento e de investimento público – mas deixaram mensagens de esperança, incentivando os jovens médicos a seguir exemplos de excelência profissional e de cidadania e a, com o apoio da OM, ajudarem a reerguer o Serviço Nacional de Saúde.



Daniel Travancinha, presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal, deu as boas vindas aos internos, desejando-lhes felicidades no seu percurso, embora reconhecendo que estes “são tempos difíceis” devido à “degradação progressiva do Serviço Nacional de Saúde, ao agravamento das condições de trabalho, remuneratórias, de formação e consequentemente da prestação de cuidados de saúde”. Ainda assim, com o otimismo que confessou caracterizá-lo, Daniel Travancinha dirigiu palavras de incentivo aos colegas mais novos: “com a vossa juventude e amor aos vossos doentes, acredito que consigam - com o apoio dos mais velhos e da Ordem dos Médicos, do senhor bastonário e outras organizações médicas - reerguer o Serviço Nacional de Saúde e dar-lhe ainda mais força, de tal forma que se trave a sangria de especialistas do serviço público”, nomeadamente com a emigração pois

“temos direito a ser felizes no nosso país”. “Que assim seja e que juntos trilhemos os caminhos do Juramento de Hipócrates”, concluiu.

Em virtude desta cerimónia ter coincidido com a reunião do Conselho Regional do Sul, o presidente Alexandre Valentim Lourenço não pôde estar presente mas designou como seu representante Anselmo Costa, presidente da Sub-Região da Grande Lisboa, diretor do Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, e enviou uma mensagem pessoal que foi lida aos internos, na qual salientou a importância da cerimónia e congratulou “todos os novos Internos pela escolha que fizeram do distrito para iniciar a carreira profissional”, onde o próprio reside. “Vão ver que as oportunidades no distrito de Setúbal são maiores e melhores, proporcionando uma mais rápida autonomia em prol de uma medicina de qualidade para o doente”. Alexandre Valentim

Lourenço enviou ainda votos de que, após o internato, estes jovens médicos “possam exercer e viver com o êxito que desejamos neste próspero distrito”. Ainda integrado na receção aos médicos internos de Setúbal, Miguel Bigotte Vieira apresentou o inquérito à satisfação dos internos ao qual fizemos referência nas reportagens sobre o Congresso Nacional de Medicina de 2016 (ROM de novembro de 2016). O inquérito, baseado em “modelos nacionais e internacionais com provas dadas”, teve “uma taxa de resposta muito acima do que tem sido normal”. Salientando que os médicos internos apresentaram globalmente níveis elevados de satisfação, Miguel Bigotte Vieira não deixou de destacar as assimetrias, por ano de especialidade, região e grupo de especialidade, sendo que, geograficamente, o inquérito aponta as Regiões Autónomas como aquelas em que os internos revelam maior satisfação e o Algarve como o caso menos positivo. Por ano de formação, os internos do Ano Comum obtiveram pontuação mais elevada do que os internos de Formação Específica, uma diferença apontada como “estatisticamente significativa”. Foram igualmente abordados os resultados do estudo científico coordenado pelos investigadores Raquel Varela e Renato Guedes, da Universidade Nova de Lisboa, trabalho elaborado para o Conselho Regional do Sul da OM, que demonstra a crescente precariedade do Serviço Nacional de Saúde, com “adoção de modelos de gestão que têm efeitos contrários aos objetivos” para que são criados e que conduzem a “uma desvinculação emocional do trabalho” por parte dos médicos, mas também dos restantes profissionais. A investigadora Raquel Varela referiu igualmente que se está a criar “uma saúde pobre para pobres, uma saúde média para a classe média” e que “os ricos procurarão cuidados de saúde fora do país”. Se o SNS ainda não foi destruído, é porque “a Ordem dos Médicos tem sido uma barreira contra essa destruição”. “Hoje, o que faz funcionar o Serviço Nacional de Saúde com menos dinheiro é o facto

de os médicos receberem menos e trabalharem mais. Não são modificações de gestão, melhores condições de trabalho ou controlo de gastos. O que manteve a prestação dos cuidados de saúde são os médicos que passaram a trabalhar mais por menos”, frisou. Considerando que o SNS está quase ao nível do registo anterior a 1960, com hospitais como “centros de tratamento de pobres e, por essa via, de formação – sendo que os médicos após essa especialização passam a atender nos consultórios privados e em clínicas”, conclui o estudo.

### Os jovens que formamos estão, de facto, aptos para exercer a sua especialidade

Realçando a qualidade das apresentações de Raquel Varela e Miguel Bigotte Vieira, Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, que esteve presente na cerimónia, começou por enquadrar a afirmação de que existe um SNS para pobres no contexto dos resultados do relatório do Instituto de Higiene e Medicina Tropical que “diz que neste momento em Portugal, 28% da despesa global da saúde vem diretamente do bolso dos portugueses. Mas se adicionarmos a esta despesa direta a despesa com seguros, passamos de 28 para cerca de 38%”. Ou seja, em termos práticos, o estudo aponta para um gasto direto de 38%. Assinalando que todos os estudos têm falhas, Miguel Guimarães apontou um “erro grave” no estudo do IHMT pois “não entrou em linha de conta com a ADSE que é o maior seguro privado português”, o qual é pago através de 3,5% daquilo que são os rendimentos de quem tem ADSE. “E quem tem ADSE, neste momento, são mais de um milhão e duzentos mil portugueses”. “Se o estudo incorporasse este custo como custo privado, que o é de facto, obviamente que neste momento mais de 50% dos gastos em saúde são pagos diretamente do bolso dos portugueses. Ou seja, estamos a aproximar-nos perigosamente daquilo que acontece em países como



Miguel Bigotte

os Estados Unidos”. Juntando a essa situação as desigualdades de cuidados prestados por região, Miguel Guimarães explicou que “já não existe equidade no acesso”. Para evitar o desmoronamento do SNS, “o nosso Ministro da Saúde tem que lutar por mais orçamento” tal como as ordens profissionais da Saúde e até o Presidente da República têm sugerido nesta matéria. “Terá de ser investido, pelo menos, aquilo que é investido na média dos países da OCDE, cerca de 6,5% do produto interno bruto”. Outra questão abordada pelo bastonário foi a crescente procura de cuidados de saúde, nomeadamente pelo aumento da esperança média de vida e pelo facto de muitas doenças potencialmente mortais passarem a ser tratáveis ou tornadas doenças crónicas, exemplificando com a hepatite C patologia “em que morte acontecia mais cedo ou mais tarde” mas que “já é possível curar em mais de 90% dos casos”. A formação, tema incontornável perante uma plateia de internos, como base de um Serviço Nacional de Saúde de qualidade reconhecido internacionalmente como o melhor serviço público português, foi referida como sendo “melhor que aquela que existe na maior parte dos





países europeus. Não é por acaso que países como a Alemanha, a França ou a Inglaterra tentam recrutar médicos em Portugal porque reconhecem que os nossos médicos em formação têm um excelente acompanhamento e ensino”, uma qualidade pela qual a Ordem dos Médicos – nomeadamente através dos seus Colégios da Especialidade - é muito responsável e que “faz com que os jovens que formamos estejam, de facto, aptos para exercer a sua especialidade”. Realçando a importância do internato, Miguel Guimarães admitiu que o mesmo não acontece ao nível da formação pré-graduada pois “são os nossos estudantes que, ao acabar a escola médica, admitem que não se sentem aptos para exercer medicina”. O imenso trabalho desenvolvido pelos Colégios foi elogiado pelo representante máximo da OM, nomeadamente na definição dos critérios de idoneidade, indicadores de qualidade, capacidades formativas, os quais “têm permitido formar várias gerações de médicos de grande qualidade e que têm servido o nosso país e melhorado a saúde da nossa população”. Relembrando os desafios principais



Raquel Varela

da atual conjuntura - aos jovens, ao nosso Serviço Nacional de Saúde e ao Ministério -, Miguel Guimarães frisou que estamos a perder massa crítica essencial para o futuro do país e “não são só médicos: são enfermeiros, arquitetos, engenheiros, etc.” “Nos últimos quatro anos já emigraram mais de 3300 médicos” ao que acresce “um grupo enorme de médicos que optou por trabalhar apenas no setor privado”

pondo em risco o nosso serviço público de saúde de excelência, situação que só pode ser travada com investimento e oferta de melhores condições de trabalho. “Vocês são a geração sem barreiras”, quer geográficas quer de outra natureza, “são a geração da internet, das redes sociais, do facebook, das viagens low cost, do inglês”, características que fazem com que os mais jovens trabalhem com facilidade em Portugal ou em qualquer outra parte do mundo. “O Governo tem que perceber isto e ser competitivo na contratação, criando condições muito mais atrativas”. Ainda a propósito da saída dos mais jovens e do quão prejudicial essa circunstância é para o SNS, lembrou como a população médica está extremamente envelhecida, especialmente em alguns distritos periféricos como Beja e Bragança, onde uma percentagem elevada de médicos tem mais de 55 anos. “Em Bragança a curto/médio prazo vamos ter *deficit* marcado de médicos na MGF”. Além das dificuldades previsíveis para manutenção da capacidade de resposta à população, esta situação também dificulta a formação pois há menos especialistas disponíveis para ensinar os mais jovens. Já em Beja, a situação, é mais grave a nível hospitalar. “O número de médicos com mais de 55 anos que continua a assegurar o serviço de urgência em várias especialidades é elevado, e é o que mantém o SU em funcionamento. Senão o SU fechava”, alertou. Enquanto o Ministério da Saúde não investir e resolver “as deficiências e insuficiências do SNS – quer tecnológicas e logísticas quer de falta de recursos humanos – não se conseguem resolver dois problemas: o melhor acesso aos cuidados de saúde e a melhor capacidade formativa”, concluiu.

Miguel Guimarães terminou a sua intervenção dando exemplos de excelência médica, mas também de cidadania, convidando os jovens colegas a seguir esses exemplos ao longo das carreiras que agora iniciam.

## EUTANÁSIA



*"A sociedade não pode querer obrigar os médicos a praticar atos que sejam contra a sua ética!"*

Numa altura em que o debate sobre a eventual despenalização e legalização da eutanásia está novamente na ordem do dia, a Juventude Popular promoveu, no passado dia 1 de Abril, um colóquio dedicado à discussão do tema, na Casa da Cultura em Coimbra. No encontro estiveram presentes, entre outros, o ex e o atual bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva e Miguel Guimarães, que levaram ao debate a defesa da ética médica, do código deontológico e daquilo que é a essência da profissão: tratar os doentes e defender a vida.

Fotos de: Isabel Santiago Henriques/JP

## Colóquio sobre eutanásia É necessário um debate aprofundado

A iniciativa - que pretendeu promover um debate esclarecedor sobre a eutanásia, tema cuja discussão é por vezes excessivamente radicalizada, o que dificilmente contribui para o esclarecimento de conceitos, princípios e consequências das várias opções possíveis - foi constituída por três painéis aos quais assistiram cerca de três centenas de jovens. A abertura ficou a cargo de Diana Vale, vogal da Saúde da Juventude Popular (organização política e autónoma de juventude do CDS - Partido Popular) a qual fez uma introdução emotiva, centrada na sua experiência pessoal e nos valores que considera ser obrigatório que a sociedade defenda: "quando decidimos quem iríamos convidar, pensámos que seria, sem dúvida, uma mais-valia convidar alguém que tivesse uma história de vida, um testemunho verdadeiro, no sentido de consciencializar as pessoas sobre o valor da vida". Perante esta reflexão, Diana Vale escolheu dar o seu pró-

prio testemunho: "aos 12 anos foi-me diagnosticado um cancro na tíbia - onde o quadro médico não era de todo positivo - e hoje estou aqui. Ora, na Bélgica, os menores com 12 anos já podem decidir se querem ou não ser eutanasiados. Pois hoje realizo que, com 12 anos, não teria o discernimento necessário para pedir que me retirassem o mais bem precioso: a vida. Efetivamente e citando André Malraux: *'une vie ne vaut rien mais rien ne vaut une vie'*", concluiu.

O primeiro painel, subordinado ao tema "Eutanásia: direito a morrer?", apresentou o ponto de vista jurídico e legal e contou com a participação dos professores da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (FDUC) e membros do Centro de Direito Biomédico na FDUC, André Dias Pereira e Mafalda Miranda Barbosa, bem como do advogado e líder do grupo parlamentar do CDS, Nuno Magalhães, cujas intervenções foram



moderadas por Mariana Assis e Santos, vogal da Comissão Política Nacional da Juventude Popular. Mafalda Miranda Barbosa tem defendido em diversos debates que “a questão que se coloca é se a eutanásia poderá ser encarada como uma forma de exercício da liberdade, entendida em termos de autonomia, ou se representará antes, pela negação de valores essenciais, a destruição da própria liberdade”. Enquanto que para os defensores da liberalização da eutanásia a morte é digna porque corresponde à expressão da vontade do sujeito, para Mafalda Miranda Barbosa, “a defesa da eutanásia alicerçada na ideia de autonomia do sujeito que pede para morrer não corresponde a uma forma legítima de exercício da liberdade” porque representa uma renúncia ao direito à vida e “atenta diretamente contra a dignidade da pessoa, não podendo corresponder ao exercício de um direito que tem nessa mesma pessoa e na sua dignidade o polo de fundamentação axiológica”.

### Defender a dignidade dos doentes perante a vida e a morte

O segundo painel, “Eutanásia: qual o papel dos prestadores de cuidados de saúde?”, moderado por Raquel Pinto, vogal da mesma comissão, incluiu as participações do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, do diretor da Unidade de Cuidados Intensivos na Casa da Saúde da Boavista, António Maia Gonçalves e do professor da FFUP e ex-bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, Carlos Maurício Barbosa. Miguel Guimarães considera que esta matéria diz respeito a valores essenciais e deve, precisamente por isso, ser alvo de um amplo debate na sociedade portuguesa, para o qual contribuem este tipo de iniciativas e no qual a Ordem dos Médicos estará disponível para continuar a dar o seu contributo, na defesa da ética médica. Defensor de que a Assembleia da República, apesar da sua competência legislativa, não deveria decidir sobre este tipo de matérias altamente fraturantes,

sem um debate honesto e aprofundado seguido de uma consulta pública, o bastonário da OM não aceita a eutanásia por pôr em causa a essência da profissão – tratar os doentes e defender a vida – e considera que se viesse a ser aprovada deveria ser praticada fora dos hospitais e que “está convencido que a maioria dos médicos será objetora de consciência”. Para Miguel Guimarães, é errado discutir a eutanásia e o suicídio medicamente assistido sem aprofundar as opções éticas existentes. “Esta é uma matéria de grande complexidade e não deve ser decidida pela Assembleia da República mas sim submetida a um amplo debate, informação detalhada sobre os conceitos e experiências já existentes, e posteriormente decidida em referendo nacional, se for o caso”. Miguel Guimarães recordou que, se existir um acesso a cuidados de saúde de qualidade, nomeadamente na área dos cuidados continuados e dos cuidados paliativos – para o que será necessário maior investimento na Saúde e maior integração de todo o sistema de saúde – os argumentos a favor da eutanásia perdem relevância porque os doentes encontram soluções para a sua situação clínica. As questões relacionadas com o consentimento informado, a acessibilidade a cuidados paliativos de qualidade e o combate que tem que ser feito à distanásia são as principais matérias que o bastonário da Ordem dos Médicos considera que devem ser discutidas quanto à temática em análise. “A Ordem dos Médicos tem a missão de defender e fazer cumprir o Código Deontológico”, o que tem sido prerrogativa de todos os ex-bastonários da OM. “Continuaremos a defender a dignidade dos doentes perante a vida e a morte, nomeadamente reivindicando à tutela o investimento necessário para assegurar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, nomeadamente o acesso a cuidados continuados e paliativos, educação e formação nas diretivas antecipadas de vontade (testamento vital) e na distanásia, e a humanização da relação médico-doente”. Miguel Guimarães recordou que o Código Deontológico



da Ordem dos Médicos proíbe a eutanásia, a distanásia e o suicídio assistido e que a sociedade não pode querer induzir os médicos a praticar atos que sejam contra a sua ética profissional.

### Legalizar a eutanásia seria abrir uma arriscada caixa de Pandora

Na última mesa deste colóquio, José Manuel Silva (ex-bastonário da Ordem dos Médicos) e Hugo Ferreira (assessor jurídico do Grupo Parlamentar do BE) debateram a questão “qual o paradigma de sociedade que queremos?”, sob a moderação de Hugo Nunes, vice presidente da Juventude Popular. Hugo Ferreira defendeu a posição do Bloco de esquerda, grupo parlamentar que em fevereiro apresentou um anteprojeto de lei de despenalização da morte assistida, um texto com 25 artigos que exclui menores e doentes com perturbações mentais, defendendo que a vontade do doente tem de ser reiterada e obter o aval de dois médicos, com a possibilidade de recorrer a um terceiro, psicólogo, para avaliar as condições psicológicas do requerente, o qual deverá ser “um adulto, consciente, lúcido, sem perturbações mentais, com uma lesão definitiva ou doença incurável, fatal e irreversível, num contexto de sofrimento intolerável e que exprima a sua vontade”.





*"Continuaremos a defender a dignidade dos doentes perante a vida e a morte"*

é absoluto pois, quando colide com valores e regras sociais, é legalmente coartado, "a verdade é que, equacionando toda a abundante e profundamente preocupante evidência de uma *slippery slope*, não existe fundamentação suficiente para abrir uma imensa e mui arriscada caixa de Pandora, modificando um dos pilares centrais dos valores da Sociedade, do edifício do Direito e dos princípios milenares da Medicina, esses sim, uma efetiva salvaguarda do direito das pessoas à vida e a uma vida que cumpra os preceitos da Declaração Universal dos Direitos Humanos". José Manuel Silva

O Bloco de Esquerda tem defendido que é preciso prudência para legislar um tema tão delicado e que é essencial a discussão pública e a recolha de contributos da sociedade civil. Para o BE "a despenalização da morte assistida é a única forma de respeitar a vida de todos".

Já José Manuel Silva, dissecou os argumentos essenciais da defesa da eutanásia: o sofrimento intolerável e o direito a dispor da própria vida. "Quanto ao primeiro, a medicina e a sociedade podem reduzi-lo a uma expressão mínima, nomeadamente com o tratamento da dor e outros sintomas, cuidados paliativos e apoios sociais, pelo que perde força como argumento. Para além disso, com a Declaração Antecipada de Vontade, ou o recurso ao (não) Consentimento Informado, o doente tem a tranquilidade de saber que não será submetido a tratamentos ou intervenções que não pretenda ou que possam configurar distanásia", defendeu. Relativamente ao direito de dispor da própria vida, "ainda que verdadeiramente ninguém possa dispor da sua vida no amplo sentido do termo, porque se tivesse essa opção certamente ela seria pela saúde e jovialidade 'eternas', é naturalmente respeitável o direito à liberdade individual de determinar o momento do fim da vida, desde que fosse uma decisão puramente livre (nunca o será realmente, pois a pessoa sente-se encurralada) e consciente (o componente depressivo é muito



*Carlos Maurício Barbosa, ex-bastonário da Ordem dos Farmacêuticos*



*Mafalda Miranda Barbosa fez parte do painel que debateu o ponto de vista jurídico*

frequente)." Para o ex-bastonário da Ordem dos Médicos, despenalizar a eutanásia "significaria uma mudança radical do tipo de sociedade em que vivemos, pois a morte por terceiros ou a ajuda à morte seria institucionalizada e legalizada como 'solução' para o sofrimento, colocando na mão dos médicos o direito de matar, deixando de existir uma fronteira clara na defesa da vida, o que acarreta sérios riscos para os doentes". Recordando que o valor da liberdade individual não

recordou o Juramento de Hipócrates, segundo a fórmula de Genebra, adotada pela Associação Médica Mundial em 1983, em que o médico promete solenemente que guardará respeito absoluto pela vida humana desde o seu início, mesmo sob ameaça e citou o art. 65º do Código Deontológico:

- 1 - O médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim da vida.
- 2 - Ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia.



*"O desaparecimento da fronteira clara na defesa da vida, acarreta sérios riscos para os doentes"*

Em conclusão, José Manuel Silva sublinhou o parecer 11/1995 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, que refere: "não há nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões de saúde que justifique em tese vir a tornar possível por lei a morte intencional do doente (mesmo que não declarado ou assumido como tal) por qualquer pessoa, designadamente por decisão médica, ainda que a título de 'a pedido' e/ou de 'compaixão'". Na sessão de encerramento, o presidente da JP, Francisco Rodrigues dos Santos, defendeu que este encontro traduz o que é, ou deve ser, a política: "aprender com quem sabe, discutir entre iguais, ouvir todos, pensar a



*Francisco Rodrigues dos Santos considera que o tema da eutanásia não pode ser discutido de ânimo leve*

## Carta-manifesto sobre eutanásia e suicídio assistido

No contexto deste artigo, recordamos a existência de uma carta-manifesto, assinada por 6 bastonários da Ordem dos Médicos – António Gentil Martins, Carlos Soares Ribeiro, José Germano Rego de Sousa, Pedro Nunes, José Manuel Silva e Miguel Guimarães – que se posicionam contra a prática da eutanásia e alertam a classe para a "negação da profissão" que a morte assistida significa, a qual passamos a transcrever:

"Em defesa e proteção das pessoas, a Constituição da República Portuguesa, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e todos os Códigos de Ética Médica afirmam claramente que, nas suas múltiplas dimensões, a vida humana é inviolável. Na sequência do primeiro caso de eutanásia infantil na Bélgica, os sucessivos bastonários da Ordem dos Médicos fazem, por unanimidade, a seguinte declaração:

1. Eutanásia é a morte intencionalmente provocada por um profissional de saúde. Não é mais do que tirar a vida, seja qual for a razão e a idade. Não é eutanásia a aplicação de medicação ministrada com a intenção de diminuir o sofrimento do doente terminal mesmo que contribua indiretamente para lhe abreviar a vida (mecanismo do duplo efeito);
2. Suicídio farmacologicamente assistido, por médico ou qualquer outra pessoa, sob qualquer argumento, mesmo o de aliviar sofrimento, é igualmente tirar a vida;
3. A distanásia ou obstinação terapêutica, em que se prolonga a vida, sem esperança de recuperação, e o inerente sofrimento do doente e familiares, é igualmente condenada;
4. A eutanásia, o suicídio assistido e a distanásia representam uma violação grave e inaceitável da ética médica (repetidamente condenados pela Associação Médica Mundial). O médico que as pratique nega o essencial da sua profissão;
5. Em nenhuma circunstância e sob nenhum pretexto, é legítimo a sociedade procurar induzir os médicos a violar o seu Código Deontológico."

sério e decidir cabalmente". Na matéria em discussão a Juventude Popular é perentória: "a morte não é solução para a vida! O remédio para os que

sofrem é cuidar, não é matar. O tema da eutanásia não pode ser discutido de ânimo leve, com recurso à retórica pífia e a *soundbytes* vazios. Nem lhe cabe ser capturado pelos diretórios partidários, proclamado em nome de um vanguardismo ilusório ou arrecadado por religiões", afirmou, designando como "falsa liberdade" aquela que atenta contra a vida humana. "Preferimos a formação ao invés da formatação das novas gerações. A JP sabe que a ignorância não se combate com a demagogia. Erradica-se com a cultura e o conhecimento", concluiu.



M. MANUELA DE MENDONÇA

**Cursar Medicina nos Anos 50**

História • Memórias • Imagens



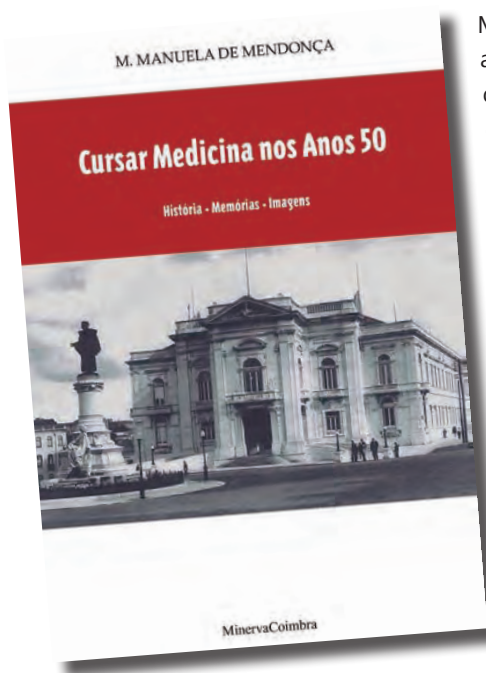
Uma viagem no tempo e na memória até à década de 50 do século passado, em que a autora, Maria Manuela Mendonça descreve ambientes e vivências, numa época em que “frequentar medicina nos primeiros anos a seguir à reforma de 1948, era de facto, uma temeridade”.

O livro “Cursar Medicina nos anos 50 - história, memórias, imagens” da autoria de Maria Manuela Mendonça, é a mais recente obra desta médica, especialista em Psiquiatria e em Neuropsiquiatria Infantil. Editada em 2017, esta obra é prefaciada pela professora catedrática de História Moderna e Contemporânea da FLUC, Irene Vaquinhas, prefácio no qual escreve: “Matriculei-me na Faculdade de Medicina de Lisboa no ano letivo de 1950/51’: assim começa a narrativa dessa ‘viagem’... (...) O livro agora publicado... dá continuidade à sua genealogia biográfica e aos fundamentos das suas raízes identitárias. A menina de olhar atento e curioso para o mundo dá lugar à jovem universitária que leva dentro de si ensinamentos que jamais esqueceu, entre os quais, um humanismo abrangente, os princípios de uma ética deontológica que carreará para a sua futura vida profissional, e a paixão pela escrita. (...) informações de grande valia em termos históricos e relativas a várias áreas do conhecimento, tanto interessando à história da educação e da medicina como à história da vida privada e quotidiana. A esses motivos associa-se a mestria no agarrar das situações e de as transcrever, de uma forma desprentensiva e fluida, tornando este livro de agradável e aprazível leitura...”

Lino da Silva, médico cardiologista, pintor, escritor e colega de curso da autora acrescenta: “Descreves tão bem os espaços por onde andámos, a atmosfera e o ambiente humano que neles existia com tanto rigor... Frequentar medicina nos primeiros anos a seguir à reforma de 1948, era de facto, uma temeridade; e foi um martírio vivê-los. (...) Mas saíram da Faculdade de Medicina de Lisboa muitas centenas de médicos com boa formação que se distinguiram em todas as vertentes da ciência médica: no ensino, na prática clínica, na investigação, na Saúde Pública e na política da Saúde.”

Maria Manuela Mendonça seguiu desde o início a carreira hospitalar, exercendo atividade clínica e de investigação, de formação de técnicos de saúde e de educação, de docência universitária (em Lisboa e Coimbra). Entre outros cargos foi subdiretora do Centro de Medicina Pedagógica de Coimbra (do Ministério da Educação) e consultora do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga, presidente da Comissão da Especialidade de Neuropsiquiatria Infantil e presidente da direção do respetivo Colégio da Ordem dos Médicos. Publicou dezenas de trabalhos científicos em Portugal, noutros países europeus, Estados Unidos e Canadá. Tem vários livros publicados de cariz memorialístico em que regista a sua vivência privada e profissional nas diferentes instituições que conheceu, sendo o mais recente A Música e Eu, editado em 2015 também pela editora MinervaCoimbra. Fez Investigações pioneiras, algumas das quais mereceram prémios, atribuídos pelas Sociedades de Neurologia e Psiquiatria, Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e Sociedade de História da Medicina da Bulgária. Possui louvores da Direção de Serviços de Saúde Mental e do Ministério da Saúde.

Este livro foi lançado na Ordem dos Médicos, em Coimbra, no dia 17 de maio, numa sessão presidida pelo vice-presidente SRCOM, Manuel Teixeira Veríssimo. A apresentação ficou a cargo de Maria Lucília Mercês de Mello e de Fernando Augusto Barbosa.





# Casos Clínicos Multidisciplinares: um livro essencial

Academia CUF lançou no dia 19 de abril o livro “Casos Clínicos Multidisciplinares”, na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa. A apresentação desta obra, para a qual contribuíram dezenas de profissionais das unidades privadas CUF e das parcerias público-privadas, esteve a cargo de Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, o qual salientou a importância de sedimentar a decisão e o raciocínio clínicos na partilha de conhecimento e experiência.

Para Salvador de Mello, presidente da comissão executiva da José de Mello Saúde e primeiro orador na sessão de lançamento, cumpriu-se o objetivo deste livro - “proporcionar um fórum científico, público e multidisciplinar” -, tendo referenciado a importância de se encarar o setor privado como “um parceiro na defesa da formação médica em Portugal”. Já João Paço, presidente do Conselho Médico da José de Mello Saúde, considera que “acabou o tabu” pois “nos hospitais privados também se faz investigação clínica” e salientou que a revista oficial do grupo, a Gazeta Médica, recuperou a indexação internacional, o que demonstra a qualidade dos artigos publicados.

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, fez a apresentação deste “livro essencial”, realçando que a sua edição “prova que a medicina privada tem uma grande atividade clínica e de investigação, que percorre todas as especialidades” e, neste caso, “refletindo a atividade de vários hospitais”. Segundo referiu o bastonário da Ordem dos Médicos, esta compilação de casos clínicos retrata alguns exemplos complexos que pelo seu interesse “seriam publicados em revistas internacionais com fator de impacto”. Sendo a formação médica uma área de natural interesse da OM, Miguel Guimarães não pôde deixar de realçar o papel que a Academia CUF tem tido na formação contínua, com a organização de cursos, congressos e seminários “de elevado interesse”. “Para além do sector público e das sociedades científicas o contributo da medicina privada é importante” para a

formação contínua dos médicos. O livro “Casos Clínicos Multidisciplinares” traduz algo que devemos exigir no nosso dia-a-dia, lembrou: “uma medicina de qualidade” quer quanto a recursos humanos especializados quer quanto a equipamentos e instalações. Segundo o apresentador, esta obra prova sem margem para dúvida a existência dessa qualidade e o consequente potencial para formação dos médicos mais jovens, o que poderá ser uma ajuda para “aumentar a capacidade formativa”, frisou, recordando as atuais dificuldades no número de capacidades existentes quando comparado com o número de candidatos a essas vagas e também a necessidade de adaptação do *numerus clausus* às capacidades formativas existentes a nível pré e pós-graduado e às reais necessidades do país em termos de planeamento de recursos humanos. “Nem a Ordem dos Médicos nem o Ministério da Saúde querem que existam médicos sem especialidade”. Miguel Guimarães garantiu que nas reuniões com a tutela, a formação de internos nos hospitais privados será um assunto que irá debater com o Ministro, garantindo não deixar

de fora o tema do “financiamento dessa formação, que não é, naturalmente, uma questão despicienda”. Regressando especificamente ao conteúdo da obra, o qual reflete a “rotina clínica, a multidisciplinaridade, o espírito de equipa e o



Miguel Guimarães apresentou a obra, realçando a importância da discussão de casos clínicos para a melhoria do raciocínio clínico e da capacidade de decisão

bom ambiente de trabalho”, Miguel Guimarães salientou a importância da “troca de experiências” e como a discussão de casos clínicos contribui para ajudar no exercício “de raciocínio clínico”, melhorando a “capacidade de decisão”. “A análise e apresentação de casos clínicos tem evoluído muito, o que tem sido um grande contributo para a evolução da medicina”. No final da sessão de apresentação do livro “Casos Clínicos Multidisciplinares”, Miguel Guimarães realçou a importância da partilha de informação, conhecimento e experiência, instando os médicos a “habitarem-se a escrever e publicar artigos científicos”.



# A SEXUALIDADE EXPLICADA AOS MAIS NOVOS

*Todas as respostas às perguntas difíceis*



A Fnac do Colombo acolheu no dia 6 de maio o lançamento do livro "A sexualidade explicada aos mais novos" da autoria do médico Manuel Mendes Silva, com ilustrações de Carolina Antunes e Silva, uma edição da Booksmile. Familiares, amigos, doentes e muitos médicos marcaram presença neste encontro onde foi dado a conhecer um livro escrito "de forma verdadeira, com rigor e cientificidade".



O mais recente livro da autoria do urologista Manuel Mendes Silva, "A sexualidade explicada aos mais novos", foi apresentado pela pediatra Maria do Céu Machado e pelo médico urologista e sexólogo Nuno Monteiro Pereira. Maria do Céu Machado, confessando ter um especial gosto pelo trabalho com adolescentes, explicou a obra e as personagens, como "uma descrição que é justa e engraçada" com grande rigor anatómico e realçou a importância da temática deste livro contando que uma neta ao colocar-lhe questões sobre a sexualidade, conclui "disto não posso falar com a mãe". O livro é, portanto, "muito útil para os pais" pois "o melhor é estudarem enquanto os filhos são pequenos porque, depois, o diálogo esmorece". Maria do Céu Machado explicou como a puberdade é cada vez mais precoce em termos etários (a média situa-se nos 10,5 anos atualmente) e os fatores que podem funcionar como disruptores endócrinos (cadeia alimentar, exposição química,

etc.). A apresentadora da obra, concluiu, cumprimentando o autor por ter escrito um livro do ponto de vista feminino, pois a personagem principal é uma menina de 9 anos.

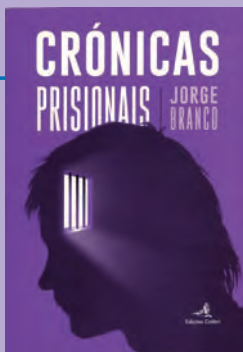
Nuno Monteiro Pereira referenciou a existência de outros livros sobre a mesma temática, mas realçou que "A sexualidade explicada aos mais novos" é único no seu "rigor biológico": "Este é sobretudo um livro pedagógico fundamental" e especialmente importante se tivermos em conta que a sexualidade começa logo na vida fetal e que está envolvida em "mecanismos muito precoces" mas que "os pais têm medo" de abordar, nomeadamente quando são confrontados com situações tão naturais como as perguntas dos meninos sobre ereções espontâneas. Os dois apresentadores da obra foram unânimes no elogio a Carolina Antunes e Silva pelas magníficas ilustrações que acompanham o texto de Manuel Mendes Silva.







A intervenção de Manuel Mendes Silva, que foi acompanhada pelos seus netos (os mais novos que espontaneamente quiseram sentar-se junto do avô e os mais velhos que pediram a palavra para agradecer o livro e elogiar a forma clara como está escrito) foi essencialmente de agradecimento aos presentes neste lançamento, entre os quais se encontrava Alexandre Valentim Lourenço, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, em representação de Miguel Guimarães, bastonário da OM, os ex-bastonários Carlos Ribeiro e Gentil Martins e o ex-presidente do Conselho Regional do Sul, Pereira Coelho. "A sexualidade não é nem deve ser um tabu, um pecado ou uma brejeirice. A sexualidade é algo natural (...) que alicerça afetos e está na base da constituição da família. (...) A sexualidade deve ser explicada com responsabilidade. (...) Escrevi um livro de forma verdadeira mas com rigor e cientificidade", explicou o autor que, à semelhança das suas anteriores obras, doou os seus direitos à Acreditar – Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro.



ATUALIDADE

# CRÓNICAS PRISIONAIS

A sede da Ordem dos Médicos em Lisboa, recebeu no dia 6 de abril a apresentação do livro "Crónicas prisionais", da autoria de Jorge Branco. Trata-se do terceiro livro do médico comendense, em cujas páginas o autor mistura memória e imaginação, brindando o leitor com crónicas de sabor real, e até cruel por vezes, mas sem perder o tom bem humorado e provocatório com que gosta de deixar correr as ideias.



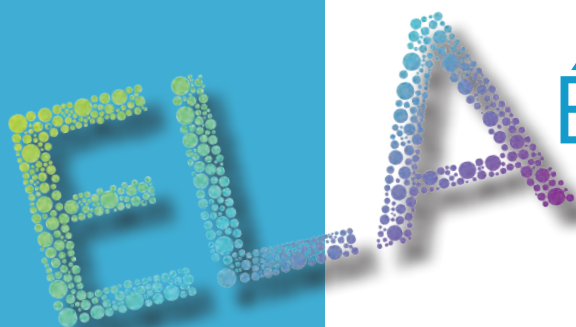
Filomena Fortes, Jorge Branco, Graciela Simões e Fernando Mão de Ferro (editor)

Amigos, colegas e familiares marcaram presença no dia 6 de abril na apresentação do livro "Crónicas prisionais", o qual já tinha sido lançado na terra natal do autor, Jorge Branco numa sessão que decorreu à margem da Festa da Juventude e na qual haviam marcado presença o editor Fernando Mão-de-Ferro, o presidente do Município, José Pio, o presidente da Junta de Freguesia de Comenda, Rui Vieira, o amigo de longa data João Galinha Barreto e a psiquiatra Filomena Fortes, autora do prefácio. Nas 250 páginas de crónicas - como "Travessa das Mónicas, à Graça...", "Mortes na noite beirã" ou "O fantasma da matricida" - Jorge Branco conduz-nos ao espaço da memória que tem de um tempo que o marcou como profissional e como ser humano de grande sensibilidade e capacidade de observação invulgar, como o descreve o seu editor. "Crónicas Prisionais" são histórias de pessoas que passaram pela prisão, com quem o autor teve contacto quando fez parte de uma equipa que prestou cuidados médicos nesses estabelecimentos prisionais. São histórias de situações relativas a pessoas que poderiam ser conhecidas, amigas ou familiares do leitor e que, por uma qualquer razão, foram encarceradas. Nas páginas deste livro, além do romancista, encontraremos o médico Jorge Branco que nas suas personagens descreve psicopatologias e distúrbios de personalidade como parte integrante de enredos, drama e até alguma crueldade. O autor - para quem escrever é mais um nível de estudo e compreensão do outro nas circunstâncias que a vida lhe coloca, tal como na medicina humanista em que sempre se moveu - falou de como foi modificado pela sua experiência profissional de há mais de 20 anos, nas prisões, numa época em que o HIV/SIDA estava em ascensão e infetava muitos reclusos. A base das suas crónicas pode ser a memória, mas Jorge Branco garante que este livro contém "histórias mais ficcionadas do que reais".



Jorge Branco nasceu na Comenda em 1953 e é médico especialista de Medicina Geral e Familiar com a competência em Hidrologia e Climatologia, tendo exercido em Almada, Barreiro e Sacavém. Atualmente exerce funções, a meio tempo, como médico de família em Marvila, Lisboa. Em 2012 dedicou-se à escrita, sendo que "Crónicas Prisionais" é o seu terceiro trabalho. Antes lançou "Senhor doutor, dói-me tudo! (estórias vivas de um médico nos subúrbios)" e, em 2015, o livro "Comenda Com Alma- Ainda há vida na charneca!", sobre a sua terra natal, a Comenda.





# Investigação em Portugal

## É possível criar uma economia no conhecimento



No âmbito do 2º Simpósio Esclerose Lateral Amiotrófica, realizou-se, no dia 29 de abril, a mesa redonda Ciência e Saúde na qual se falou sobre financiamento e inovação em Saúde. Necessidade – e dificuldade – de captar ensaios clínicos, de financiamento da ciência, de políticas públicas motivadoras de investigação, de carreiras específicas de investigador, de uma mais eficaz e célere aprovação de ensaios, de um melhor registo clínico, etc., foram alguns dos temas que prenderam a atenção de uma plateia com dezenas de pessoas, num sábado à tarde, onde se concluiu que, apesar de todos os desafios, a investigação em Portugal tem qualidade para ser um dos motores da economia, melhorando, paralelamente, o bem estar e a saúde dos portugueses.

O 2º Simpósio Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) que se realizou nos dias 28 e 29 de abril, concluiu com uma mesa redonda intitulada “Ciência e Saúde”, a qual encerrou, simultaneamente, uma série de debates que tiveram lugar todos os sábados desse mês. No período da exposição das 40 melhores fotografias da iniciativa “Um click por ELA”, foram realizadas as “mesas de abril”, quatro encontros na faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa sobre as áreas temáticas do concurso de fotografia: ambiente e cultura, arquitetura e paisagem, sociedade e tecnologia e ciência e saúde. A primeira mesa redonda coincidiu com a inauguração da exposição das fotografias selecionadas e a última com o fecho do Simpósio.

Ana Paula Martins, bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, Catarina Resende de Oliveira, professora da Universidade de Coimbra, Miguel Castanho, vice-presidente da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), e Ana Ferreira Castro,



*Catarina Resende de Oliveira defende investimento público para garantir liberdade e inovação*

em representação do bastonário da Ordem dos Médicos, foram os participantes da mesa redonda moderada pelo especialista em *Media Intelligence*, José Manuel Diogo.

Ana Paula Martins, bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, começou por enquadrar o tema, situando o investimento na investigação em dois níveis distintos: a investigação em áreas mais fundamentais que é iminentemente suportada pelo PIB dos países e a investigação mais prática que é sustentada pela indústria farmacêutica (IF). “93% dos ensaios clínicos que dão origem a novos medicamentos são pagos pela IF”, salientou, citando um estudo da APIFARMA. Realçando que a Ordem dos Farmacêuticos considera muito importante “atrair ensaios clínicos para Portugal”, Ana Paula Martins considera que essa área não é devidamente explorada e que faltam recursos humanos qualificados. “Fazer investigação é inovar, é contribuir para o SNS e para que os nossos cidadãos sejam melhor tratados; nesse sentido, é contribuir para o PIB”. Tendo em conta esse contributo positivo para as finanças do país, Ana Paula Martins defendeu que as carreiras “deviam privilegiar a investigação”.

Catarina Resende de Oliveira, professora da Universidade de Coimbra, destrinçou os tipos de investigação (básica e clínica), explicando de que forma, após um profundo trabalho prévio na fase pré-clínica, se faz o processo de seleção das

moléculas que avançam nos ensaios clínicos, salientando igualmente que nesta fase a IF investe muito. “Na investigação tem que haver liberdade e inovação”, razão pela qual defende que, para garantir essa independência, “tem que haver um investimento estatal que não condicione o trabalho do investigador”. Considerando os centros académicos clínicos como “oportunidades únicas”, Catarina Resende de Oliveira defendeu a pro-atividade porque “o conhecimento cria valor eco-



*Ana Paula Martins e Ana Ferreira Castro visitaram a exposição de fotografia*

nómico”. Para que a evolução científica seja potenciada, esta oradora alertou para a necessidade de se constituírem “bases de dados que comuniquem entre si” porque “sem esquecermos os nossos egos” e sem essa partilha de informação a investigação em saúde é dificultada, se não mesmo travada. “É preciso criarmos uma nova cultura”.

## **Economia do conhecimento depende de políticas que acarinhem a investigação**

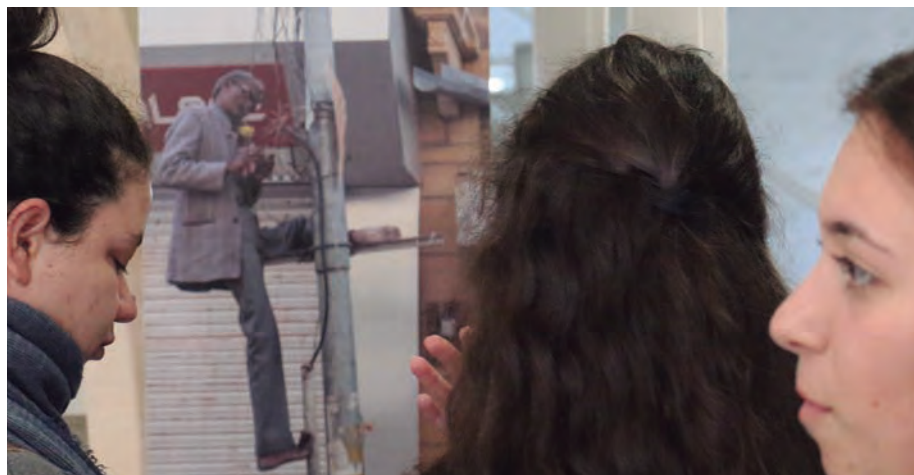
Ana Ferreira Castro, questionada sobre quem decide que investigação fazer, sublinhou o papel catalisador essencial das associações de doentes ao gerar pressão para que a investigação relativa às suas patologias não fique esquecida, exemplificando com o contraste na evolução farmacológica relativa ao cancro da mama (onde se tem assistido a uma evolução contínua) versus o cancro de cabeça e pescoço: “Neste último, os grupos de doentes têm menos preponderância e há duas décadas que não surgia uma inovação terapêutica nesta área oncológica”. Para esta oradora,

idealmente, “a investigação deveria ser direcionada após uma análise das áreas problemáticas nas quais não existem soluções minimamente satisfatórias”. Um exemplo de sucesso de investigação clínica não promovida pela IF foi o trabalho desenvolvido para a diminuição da mortalidade infantil, é o exemplo de uma área onde a investigação colocada em prática trouxe grandes melhorias. Embora a captação de ensaios clínicos seja importante, a burocracia tem impe-

dido que sejamos mais bem sucedidos: “em Portugal somos um pouco lentos a aprovar os processos e quando a comissão de ética finalmente responde já o ensaio clínico está fechado” o que faz com que “só quan-

do a Europa está com dificuldade em recrutar é que os ensaios chegam cá”, uma circunstância que Ana Ferreira Castro considera tão inaceitável como as “dificuldades em delinear um projeto clínico”, consequência dos dossiers excessivamente burocráticos e complexos que são exigidos para a apresentação de qualquer projeto. Outra dificuldade que apontou – ainda devido ao excesso de burocracia – é o acesso aos dados para estudo: “por exemplo, temos um registo oncológico no norte, outro no centro e outro no sul. Mas quando tentamos juntar os três para fazer um registo nacional a Comissão Nacional de Proteção de dados não aprova a sua ‘criação’; este é apenas um exemplo da grande dificuldade que os investigadores sentem no acesso a informação essencial”. Para melhorar, a representante da Ordem dos Médicos, defendeu que “devemos trabalhar melhor em equipa e sermos muito bons a registar os dados clínicos”. Apesar das dificuldades geradas pela separação de tutela entre ciência e saúde, que considera que devem ser resolvidas, Ana Ferreira Castro considera que “podemos gerar uma economia fundamentada no conhecimento”. Reconhecendo o papel





Miguel Castanho da FCT



Pedro Souto, presidente da direção da Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica



A investigadora Dora Brites, responsável pelo programa deste simpósio, visivelmente emocionada no encerramento dos trabalhos

## A Europa complicou muito mas Portugal aprimora imenso a complicação!

de grande relevo da FCT na evolução da ciência, concluiu: “se queremos tornar-nos uma economia do conhecimento temos que ter políticas públicas fortes que acarinhem a investigação” o que não invalida que é necessário captar outro tipo de investimento pois “se dependermos apenas dos dinheiros públicos, vamos ter sérias dificuldades”. “São doenças como a ELA – que é alvo de menos atenção – que devem unir os esforços dos investigadores”. “Vivemos em proximidade com o doente, falamos muito acerca da sua participação ativa no processo de tomada de decisão, mas ainda não descobrimos como o colocar, de facto, no centro do sistema...”

Miguel Castanho, investigador na área da bioquímica, em representação da FCT, iniciou a sua intervenção de forma perentória: “ninguém me ouvirá dizer que a ciência tem dinheiro a mais, nem se ou quando o investimento for o triplo”. Mas o baixo investimento financeiro na investigação “não é o pior aspeto do nosso sistema”... “O pior são as regras absurdas que o país criou”, facto facilmente comprovável sempre que se tenta preencher um “simples” formulário de candidatura. “A Europa complicou muito mas Portugal aprimora imenso a complicação!” – ilustrando as suas afirmações, Miguel Castanho referiu o exemplo real de um concurso em

que sete instituições, incluindo a FCT e o Compete, têm que “concordar em unanimidade em todos os aspetos do concurso”, concluindo que “a burocracia é um problema muito pior do que o financiamento”, ou a falta dele. Para resolver os problemas criados por um sistema cego à realidade, a FCT “desenrasca” as situações, adaptando, por exemplo, a lógica do Compete (que define regras num raciocínio de financiamento empresarial) à lógica de financiamento de investigação. Apesar de todas as dificuldades, a instituição escolhe não se deixar bloquear pelas mesmas e “fazer o melhor possível” com o que existe. “A ciência não é um super herói da Marvel”, alertou, perante as expectativas por vezes irrealistas de resultados. “A ciência contribui para o bem estar mas evolui por tentativa e erro. (...) O que limita o aparecer de novos produtos para uma doença é o desconhecimento dessa doença pois não se combate o que se desconhece!” É precisamente com este raciocínio que Miguel Castanho explica o fase inicial da investigação: “primeiro

é o conhecimento, que começa com a ciência básica”. A questão das carreiras, já referida, é também de grande importância para o representante da FCT e um dos fatores disruptores de todo o processo além de serem mais uma fonte de complexidade. Na investigação “temos duas tutelas que vivem em mundos separados o que torna tudo muito difícil”, situação que, segundo a FCT, se resolveria com a definição de uma única tutela para a investigação, nomeadamente através dos centros académicos clínicos, que associam escolas médicas a centros hospitalares e unidades de investigação, com definição de “uma carreira única de investigador”, definição absolutamente essencial porque “o tempo não estica”. Miguel Castanho explicou que a FCT está integrada num grupo de trabalho que visa estudar e propor medidas de promoção de investigação clínica e de

translação e da inovação biomédica em Portugal, criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 20/2016. Nesse grupo, em que estão representados o Infarmed, o INSA, vários hospitais, faculdades de medicina e diversos institutos, pretende-se criar uma Agência de Investigação Clínica. De referir igualmente a Resolução do Conselho de Ministros n.º 22/2016 que criou o Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos, duas resoluções que constituem um avanço quanto à colaboração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. “para haver desenvolvimento é preciso investir ‘em toda a linha’; a FCT financia a investigação básica mas depois não existe correspondência em termos de investigação

com financiamento público quando passamos para a investigação aplicada”, lamentou. Já em fase de conclusão, Miguel Castanho quis deixar uma visão otimista para o futuro da investigação em Portugal:

“Se tudo correr muito bem, a FCT irá aumentar a fatia do investimento mas descendo em termos percentuais porque surgem muitos outros investidores na ciência”.



A fotografia intitulada "Struggling" da autoria de José Oliveira foi a vencedora absoluta

## Fotografar em prol de uma causa

Winston Jerónimo, coordenador da comissão executiva da iniciativa “UM CLICK POR ELA” explicou o nascimento do projeto e falou da ambição de despertar consciências e boa vontade para a doença neurológica degenerativa ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica, uma patologia que não escolhe idades, sexo, estilos de vida nem profissões. UM CLICK POR ELA é um concurso de fotografia em que os melhores trabalhos - selecionados por um júri internacional presidido por Maria Mann (USA - diretora das relações internacionais para a EPA - european pressphoto agency) e composto por Filipe Dana (Brasil - Associated press staff photographer), Rui Caria (Portugal - fotógrafo e jornalista), Pepe Brix (Portugal - documentary photography) e Sofia Brás Monteiro (Portugal - fotógrafa da vida selvagem e povos) – são expostos publicamente em diversos eventos e instituições, havendo o objetivo de transformar esses contributos num livro. Diversos embaixadores desta causa colaboram na sua divulgação, entre eles Miguel Guimarães, bastonário da OM, Ana Paula Martins, bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, Jaime da Cunha Branco, diretor da Nova Medical School e vencedor do Prémio Bial 2016, Duarte Nuno Vieira, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Alexandre Castro Caldas, diretor do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Artur Santos Silva, presidente da Fundação Calouste Gulbenkian, Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, António Araújo, presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Maria de Belém Roseira, ex-ministra da Saúde e Rita Ramalho, presidente da ANEM – Associação Nacional de Estudantes de Medicina, entre muitos outros.

Apesar das investigações realizadas, a descoberta de tratamentos eficazes e de uma cura é ainda um sonho não alcançado, cabendo a cada um de nós, no nosso dia a dia, no acompanhamento aos doentes e no apoio aos diversos programas de sensibilização, mobilizar vontades e transformar vidas, minimizando os impactos nos doentes e redes de apoio. Esta iniciativa acredita que reside aí o verdadeiro super poder de cada cidadão. É com esse mote que é lançado o convite para que todos se juntem a este movimento.

Para mais informação consultar: <http://www.clickporela.org/>



Vencedora na categoria “ambiente e cultura”, “Preservação de um modo de pesca” da autoria de Pedro Bello (esta fotografia recebeu simultaneamente a distinção do júri e do público)



Sessão de entrega de medalhas  
aos médicos com 25 anos de inscrição na Ordem

# Geração de poucos que têm que formar muitos



Os médicos que foram homenageados com a atribuição da medalha de 25 anos de inscrição na Ordem começaram o seu curso num tempo em que as entradas nas escolas médicas eram em número reduzido. O Presidente do Conselho Regional do Sul recordou isso numa curta intervenção, em que sublinhou a particular responsabilidade que têm pelo facto de serem poucos e terem que formar muitos dos novos internos.

Alexandre Valentim Lourenço considerou como os quatro “grandes momentos”, nesta fase inicial do seu mandato, a homenagem aos médicos que perfazem 25 anos de inscrição na Ordem, tal como daqui a semanas a sessão dedicada aos que se inscreveram há 50 anos; e também a receção aos internos e a mostra de especialidades médicas, o mostrEM, em ambos os casos já realizadas.

A atribuição aos médicos das medalhas pelos 25 anos de inscrição é “um momento marcante de reencontro”, particularmente de “colegas que já não se veem há muito tempo e que reatam velhas conversas e velhas memórias”, referiu o presidente do Conselho Regional do Sul, quando se dirigiu aos médicos presentes na sessão, que decorreu no dia 5 de maio, com um jantar de convívio e a cerimónia simples de entrega das medalhas, no Salão de Eventos da Ordem. Segundo o dirigente, este evento é “a oportunidade de também ele rever algumas pessoas que não via há muito tempo e que continuam a manter o

mesmo espírito que os caracterizava há 31 anos”.

O presidente do CRS abordou então a particularidade de os presentes terem entrado na faculdade numa altura em que o *numerus clausus* era reduzido:

“Vocês foram um dos pequenos cursos em termos de número, quer das Faculdades de Medicina de Lisboa, quer do resto das escolas médicas, onde nessa altura entravam em cada faculdade 40 pessoas, números que neste momento fazem alguma inveja, mas também causam alguma preocupação.”

E continuou explicando por que razão isso se reflete nos dias de hoje de forma preocupante. “A nossa demografia médica tem uma bossa de camelo no meio e vocês são a bossa decrescente, e isso faz com que, neste momento, nos hospitais, as capacidades formativas não sejam plenas, porque vocês são os principais formadores, são as pessoas que estão no meio da carreira, que têm a experiência suficiente e ainda não têm o cansaço inerente para poderem formar os mais novos”, considerou Alexandre Valentim Lourenço.

Dirigindo-se aos muitos médicos presentes, o presidente do CRS sublinhou: “Quando nós estamos a falar de abrir mais de 1700 vagas esquecemos que as pessoas capacitadas para formar, que são vocês, são poucas. E muitos de vocês, por vicissitudes da própria carreira e por de facto terem tido uma boa formação e não terem uma concorrência tão alargada como é normal, até migraram para o setor privado e aí estão a construir os vossos projetos e carreira de uma forma inatacável.” Neste contexto, Alexandre Valentim Lourenço referiu que assim “a responsabilidade é maior”, manifestando, contudo, a opinião de que “não vão sofrer essa pressão” e a crença de que “estão na melhor fase da carreira médica e serão o futuro dos dirigentes quer na Ordem quer nos hospitais”. E apelou: “Não se esqueçam então que são poucos e que têm que velar por esse património”.

O presidente do CRS terminou a sua curta intervenção abordando as eleições do início do ano e a preponderância que os médicos da geração dos presentes tiveram no desfecho: “Esta é a primeira cerimónia que faço dos 25 anos de inscrição na Ordem porque tomámos posse apenas há três meses, numa eleição que foram as mais concorridas de sempre na Ordem dos Médicos. O número de votantes nestas eleições, apesar de não ser um momento conturbado e não haver grandes confusões internas na classe, foi muito grande. E foi muito grande porque a vossa geração e a geração ainda mais nova votaram, nalguns casos pela primeira vez, em número muito substancial.”

Para o dirigente, esta votação também “significa que estamos atentos às dificuldades no sistema de saúde, quer na área pública quer na área privada, e significa também que está na hora de tomarmos nas nossas mãos as rédeas das decisões e não esperar que elas aconteçam”.

Alexandre Valentim Lourenço não se alongou e recordou que o momento era “de confraternização e não para ser pesado”. Porém, voltou a apelar aos

médicos presentes para não se esquecerem do seu papel: “Têm esta dupla responsabilidade, a de terem o futuro à frente e de terem, neste momento, de começar a assumir lideranças nos locais de trabalho e fora dele, e também de terem muita gente atrás a fazer pressão e que olham para vocês como os últimos formadores.”



“Têm esta dupla responsabilidade, a de terem o futuro à frente e de terem, neste momento, de começar a assumir lideranças nos locais de trabalho e fora dele, e também de terem muita gente atrás a fazer pressão e que olham para vocês como os últimos formadores.”

Alexandre Valentim Lourenço





Foto de: Rodrigo Cabrita

Edson Oliveira, vogal do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, participou no VIII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa que se realizou em Brasília, entre os dias 4 e 6 de maio. Também coordenador do Conselho Nacional do Médico Interno, foi um dos palestrantes na mesa sobre formação médica, de que o próprio faz uma reflexão.

## Favorecer a uniformização, não a uniformidade

Estou convicto que temos uma boa formação médica pós-graduada. Internatos estruturados, com planos de formação que garantem equidade, culminando em especialistas que contactaram obrigatoriamente com determinadas patologias, técnicas ou procedimentos cirúrgicos. A Ordem dos Médicos tem tido um papel fundamental na monitorização e certificação desta qualidade. O nosso modelo de internato é considerado um modelo de sucesso, tendo sido utilizado internacionalmente como base estrutural em reformas desenvolvidas no âmbito da formação médica pós-graduada.

É com base neste pressuposto de responsabilidade que devem ser desenvolvidos esforços no sentido de transportar o nosso modelo além-fronteiras, partilhando neste âmbito os cerca de 30 anos de experiência, com tudo aquilo que daí advém. Foi para falar do nosso modelo de Internato Médico que fui convidado para estar presente no VIII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa (CMLP), em Brasília, cujo tema era: «Raízes, Realidades e Solidariedade».

A CMLP surgiu da assinatura de um Protocolo de

Colaboração em 2005, inicialmente ratificado pelas Ordens e congéneres de seis países (Angola, Brasil, Cabo Verde, Moçambique, Portugal e S. Tomé e Príncipe), mas que atualmente também inclui a Guiné-Bissau, Timor-Leste e Associações Médicas de Macau e Venezuela. Estamos perante uma Comunidade com 480 mil profissionais espalhados por quatro continentes que partilham a língua portuguesa, com toda a sua diversidade.

---

Senti que o objetivo principal não é a imposição de uma uniformidade, mas sim trabalhar por uma uniformização crescente, respeitando as diferentes culturas e realidade nacionais

---



---

# Devem ser desenvolvidos esforços no sentido de transportar o nosso modelo [de formação] além-fronteiras, partilhando neste âmbito os cerca de 30 anos de experiência, com tudo aquilo que daí advém

---

Independentemente do nível da formação pós-graduada de países como o Brasil (apesar de ter um problema grave de excesso de licenciados em Medicina pela desregulação ao nível da abertura de Escolas Médicas), os restantes países lusófonos beneficiariam de um envolvimento mais ativo por parte da Ordem dos Médicos portuguesa. Isso não implica apenas o desenvolvimento de protocolos de colaboração institucional, mas organizar uma estrutura de apoio interna, a que os países pudessem recorrer sempre que surgisse alguma dificuldade.

Promover a criação de uma estrutura conjunta entre a Ordem dos Médicos e as Faculdades de Medicina dos respetivos países, que permita, deste modo, desenvolver parcerias de forma contínua, de forma a adequar o *numerus clausus* às reais capacidades formativas, tendo em conta a demografia médica num horizonte de médio prazo, é outro dos objetivos a desenvolver nesta parceria estratégica.

Em 2015, a assinatura da Declaração do Porto, aquando do VII Congresso da CMLP em Portugal, foi um passo importante na perspetiva de melhorar a mobilidade dos médicos oriundos de países desta Comunidade. Mas ainda há um longo caminho a percorrer e podemos (e devemos) fazer mais e melhor.

Desta mobilidade não devemos apenas inferir que resultará num

fluxo unidirecional de médicos com interesse em obter uma experiência formativa em Portugal. Tendo em conta a diversidade de culturas e realidades envolvidas, existem oportunidades para médicos portugueses adquirirem conhecimentos que poderão ser importantes no seu processo formativo, como são exemplo os países africanos pela sua epidemiologia. E não esquecer que

o Brasil possui centros de excelência em diversas especialidades e que esta facilitação burocrática seria um valor acrescentado nos planos de formação portugueses.

Acompanhei os trabalhos da Assembleia-Geral da CMLP onde pude testemunhar estes factos e senti que o objetivo principal não é a imposição de uma uniformidade, mas sim trabalhar por uma uniformização crescente, respeitando as diferentes culturas e realidade nacionais. São organizações como a CMLP que podem ajudar a desenvolver este tipo de processos. Os sentimentos vividos no seu seio são de partilha e solidariedade, deixando de parte a competição, os nacionalismos ou a resistência à mudança. Mais do que a Medicina, o idioma desempenha o papel de grande unificador do bem comum.

Edson Oliveira

Vogal do Conselho Regional do Sul

---

## Tendo em conta a diversidade de culturas e realidades envolvidas, existem oportunidades para médicos portugueses adquirirem conhecimentos que poderão ser importantes no seu processo formativo, como são exemplo os países africanos pela sua epidemiologia

---



João Grenho presente em Telavive

## Reunião do Conselho Geral da UEMS

O Conselho Geral da União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS) realizou-se nos dias 27 e 28 de abril em Telavive, tendo a Ordem dos Médicos estado representada por João Grenho e José Santos.

Estiveram ainda presentes nesta reunião outros dois representantes portugueses: João de Deus, presidente da Associação Europeia dos Médicos Hospitalares (AEMH), e Paulo Felicíssimo, presidente da secção de Ortopedia da UEMS.

Os trabalhos iniciaram-se na manhã de dia 27 com a reunião do *board* da UEMS, restrita aos chefes de delegação das organizações médicas nacionais. Nesta reunião são discutidos os assuntos correntes da organização. As finanças de uma organização com a

importância da UEMS são sempre um ponto central nestas reuniões, sendo que as dificuldades de tesouraria do passado recente, diretamente relacionadas com a compra e remodelação da *Domus Medica Europae*, fazem parte do passado e a organização apresentou lucro pela primeira vez em 3 anos. As contas da organização foram aprovadas por unanimidade, tendo ficado definido que o executivo continuará a prescindir de "ajudas de custo" até que a sustentabilidade da organização esteja assegurada.

---

As dificuldades de tesouraria do passado recente, diretamente relacionadas com a compra e remodelação da *Domus Medica Europae*, fazem parte do passado e a organização apresentou lucro pela primeira vez em três anos

---



Foto de: Rodrigo Cabrita

---

## A necessidade de que os sistemas informáticos no âmbito da saúde sejam ágeis e *user friendly* ao mesmo tempo que garantem a segurança dos dados dos doentes [...] foram alguns dos tópicos discutidos nos grupos de trabalho e, posteriormente, apresentados ao Conselho

---

Após essa reunião os trabalhos dividiram-se por três salas, tendo-se dado início às reuniões dos três grupos de secções (médicas, cirúrgicas e técnicas), nas quais foram discutidos os temas transversais às especialidades que compõem cada um dos grupos.

Após um almoço ligeiro, reuniram-se os grupos de trabalho encarregados de discutir os temas de *e-health*, *continuing medical education & professional development* e *postgraduate medical specialist training*.

A necessidade de que os sistemas informáticos no âmbito da saúde sejam ágeis e *user friendly* ao mesmo tempo que garantem a segurança dos dados dos doentes, a criação de um grupo de trabalho que irá formalizar a proposta a apresentar à presidência maltesa da União Europeia com vista a um eventual alargamento do âmbito do programa Erasmus para incluir recém-licenciados ou as conclusões da 9ª reunião de CME-CPD na Europa, que decorreu em Amsterdão, foram alguns dos tópicos discutidos nos grupos de trabalho e, posteriormente, apresentados ao Conselho.

De seguida, deu-se início à reunião do Conselho propriamente dita. Assuntos como a tentativa do *European Committee for Standardization*, uma organização técnica, de apresentar normas de regulação de serviços de saúde continuam a preocupar a organização e a ser acompanhados com especial atenção.

Entre outros aspetos foi amplamen-

te discutida a necessidade de ser encontrado um equilíbrio entre a representatividade da UEMS junto do CEN (Comité Européen de Normalização), que permita que a organização veicule as suas posições relativamente a este processo, com a necessidade de manter um nível de distanciamento que não permita o aproveitamento político por parte do CEN dessa mesma representatividade.

Outros dos assuntos que mereceu especial atenção durante esta reunião foi a alteração do regimento interno da UEMS, o qual, numa tentativa de refletir

a importância das secções, cria um *advisory board* do executivo, onde passam a ter assento os três presidentes das secções da organização. Esta alteração permite reconhecer a importância das secções das especialidades, aproximando-as do centro de decisão da organização e dando-lhes voz, sem, no entanto, retirar a capacidade de decisão final às organizações médicas nacionais.

A agenda cuidada, eficiente e a dinâmica instituída pela Associação Médica de Israel, responsável pela organização da reunião, permitiu reafirmar a importância da UEMS no panorama das organizações médicas europeias, na medida em que conjuga a excelência da vertente técnica (acreditação, certificação e recertificação médica, *European training requirements*) com a capacidade de intervenção política junto da Comissão Europeia, aspetos que em conjunto se revelam fundamentais para a defesa da excelência dos cuidados médicos e da defesa dos direitos dos pacientes a nível europeu.

João Grenho

Secretário do Conselho Regional do Sul

---

[A reunião] permitiu reafirmar a importância da UEMS no panorama das organizações médicas europeias, na medida em que conjuga a excelência da vertente técnica (acreditação, certificação e recertificação médica, *European training requirements*) com a capacidade de intervenção política junto da Comissão Europeia

---





**Carlos Cortes dá voz à denúncia:**

## Falta de anestesistas na região Centro provoca cancelamento de cirurgias

É pela notícia do matutino Jornal de Notícias que chega mais uma denúncia da escassez de recursos humanos no Serviço Nacional de Saúde: “Falta de anestesistas impede cirurgias”, lê-se. “Todas as semanas há dezenas de cirurgias programadas que são canceladas. A situação é calamitosa em praticamente todos os hospitais da região Centro”, diz ao JN o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, que acusa o Ministério da Saúde de “não quer saber dos hospitais da zona Centro”.

A falta de abertura de concursos nesta especialidade explica parte do problema mas não só. “Mais de metade dos anestesistas da região Centro têm mais de 55 anos, estão perto da reforma, e não há quem os substitua”, alerta Carlos Cortes.

A notícia exclusiva do JN, com amplo destaque na edição de 15 de maio, seria o mote para muitas outras notícias e também reportagens nos principais blocos informativos das televisões portuguesas.

## Apesar da região Centro formar muitos anestesistas, há uma dificuldade muito grande em contratar

Faltam pelo menos 90 anestesistas na região Centro. Para o presidente da SRCOM a falta de um planeamento adequado por parte do Ministério da Saúde é a principal razão para este estado de calamidade, realidade que, aliás, não se consegue obviar com a subcontratação de especialistas. “Apesar da região Centro formar muitos anestesistas, há uma dificuldade muito grande em contratar”, sublinhou aos jornalistas. As denúncias feitas à tutela têm, até agora, pouco eco na resolução deste problema o que leva a Ordem dos Médicos a prosseguir todos os esforços

no sentido de ajudar a colmatar estas debilidades no Serviço Nacional de Saúde. A Ordem dos Médicos tem vindo, aliás, a chamar a atenção para o facto da área assistencial de anestesiologia não se limitar à atividade do bloco operatório. Tal como Carlos Cortes refere em artigo anteriormente publicado na imprensa, no qual chamava a atenção para a escassez destes profissionais médicos altamente diferenciados, o anestesista é – hoje – essencial nos exames complementares de diagnóstico, participa muito ativamente na Medicina de Emergência e Trauma bem como na Medicina Intensiva. Tem igualmente um papel fulcral na Medicina da Dor, revelando-se fundamental o seu desempenho no apoio aos doentes com dor crónica, aos doentes paliativos e na analgesia no parto.



Coimbra | Sessão de esclarecimento

## Carlos Cortes alerta: “Cada vez temos mais dificuldades”

A Sala Miguel Torga da Secção Regional do Centro acolheu uma sessão de esclarecimento a escassos dois dias do protesto nacional. Nesta reunião, com forte participação dos colegas, foram abordados inúmeros temas tendo em conta o contexto laboral e salarial com níveis de insatisfação elevados junto da classe médica. As condições adversas da profissão conduzem à greve nacional.

É a terceira vez que os sindicatos médicos se unem para uma greve nacional e a primeira vez que o atual ministro da Saúde enfrenta uma paralisação desta envergadura. Trata-se de um protesto pela ausência de medidas concretas do atual Executivo liderado por António Costa, de acordo com as reivindicações de todas as estruturas sindicais e que a Ordem dos Médicos subscreveu.

A antecipar o protesto nacional, decorreu na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) uma sessão de esclarecimento, na qual marcaram presença dirigentes sindicais e da Ordem dos Médicos. O presidente da SRCOM, Carlos Cortes lembrou as duas anteriores greves, cujos motivos destas paralisações ainda se acentuaram mais. “Cada vez temos mais dificuldades, o *burnout* dos médicos é uma realidade, a forma como

somos tratados no nosso local de trabalho são pontos pelos quais estamos aqui reunidos”.

“As dificuldades que nos são colocadas todos os dias, fala-se muito da emigração médica - não é por acaso - nos outros países os médicos são respeitados. Aqui apontam aos médicos as insuficiências criadas pelas próprias instituições. Os médicos têm o dom da paciência. À imagem de todo o povo português, estoicamente, os médicos foram a classe profissional que sofreu mais impacto com a crise económica e dizem agora ‘chega!’”, declarou.

Já Vitória Martins, presidente da Sindicato dos Médicos da Zona Centro, na sua primeira intervenção, deixou claro como “ponto fundamental” a necessidade imperiosa do Ministério da Saúde ouvir as reivindicações dos profissionais, critican-

do aquilo que designou de “surdez funcional” por parte dos responsáveis máximo da tutela. E vaticinou: “Não podemos esperar que os outros lutem pelas nossas lutas. Temos de estar todos unidos”.

Coube, entretanto, ao Secretário-Geral do Sindicato Independente dos Médicos, Jorge Roque da Cunha, fazer a recente resenha das negociações com a tutela no sentido de se evitar esta greve. O propósito destes encontros seria concretizar o acordo estabelecido em 2012 (na sequência da anterior greve) e que deveria ter entrado em vigor em 2015. Recentemente, recordou o dirigente sindical, “dezasseis reuniões depois - e sempre sem qualquer presença do ministro da Saúde - aquilo que nos move é a melhoria das condições do nosso trabalho. Existe um enorme descontentamento”.

Coube, por seu turno, ao bastonário da Ordem dos Médicos fazer o retrato da profissão em Portugal. Para além de traçar um cenário em que o trabalho médico está numa situação particularmente difícil no Serviço Nacional de Saúde, especialmente nas zonas do país desertificadas, apontando o fenómeno da emigração médica e, ainda, da capacidade formativa no limite, Miguel Guimarães





**“Sempre acreditei que o ministro da Saúde conseguisse chegar a acordo [nas negociações] com os sindicatos pois estes não fazem greve por fazer greve”**

**Miguel Guimarães**

declarou: “Estamos numa situação complexa. Muitos dos principais problemas que existiam no anterior governo, o atual governo não resolveu os grandes problemas, designadamente no Serviço Nacional de Saúde. Ou investimos mais no Serviço Nacional de Saúde ou continuamos na dificuldade do acesso aos cuidados de saúde. Há uma excessiva pressão para produzir”. O bastonário recordou, a título de exemplo do desgaste desta nobre profissão, o Estudo *Burnout* na nível nacional, segundo o qual 60 por cento dos médicos tem pelo menos um dos indicadores de *burnout* em nível elevado, “...o que significa que estes médicos nem deveriam estar a trabalhar”, declarou. Miguel Guimarães revelou que, brevemente,

te, iria convidar responsáveis da tutela para “passar um dia no hospital, o dia no Centro de Saúde, para perceberem, por exemplo, o que acontece a um médico e a doente quando os programas informáticos falham”. O bastonário lembrou ainda, citando algumas das muitas dificuldades, que é necessário reduzir o número de utentes para cada médico de família e ter em conta nas unidades ponderadas da lista de utentes o facto de existir utentes com mais de 80 anos. Outro tema abordado pelo bastonário prende-se com o envelhecimento da classe médica.

Muitos dos presentes nesta sessão de esclarecimento interpelaram os colegas de mesa sobre inúmeros temas, designadamente sobre a contratação, o preço das horas extra, a identificação de serviços carenciados, a importância das carreiras médicas, a relação médico-doente. Em suma, o contexto laboral e salarial com níveis de insatisfação elevados junto da classe médica. Esta reunião, com forte participação, contou também com a transmissão através do site da SRCOM. Miguel Guimarães congratulou-se com a realização desta sessão em Coimbra. “Sempre acreditei que o ministro da Saúde conseguisse chegar a acordo [nas negociações] com os sindicatos pois estes não fazem greve por fazer greve”.

Entretanto, recorde-se, no dia seguinte a esta reunião, a Ordem dos Médicos emitiu um comunicado sobre a greve (ver pág. 12).





A importância da comunicação em destaque no lançamento do livro

## “Competências Clínicas Práticas e Preparação para OSCE”

O livro “Competências Clínicas Práticas e Preparação para OSCE”, com coordenação de Luís Castelo-Branco, foi apresentado a 11 de Maio na Sala Miguel Torga da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Trata-se da primeira obra do género em português sobre a metodologia OSCE (Objective Structured Clinical Exam). Esta sessão contou com a participação do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, do presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), Carlos Cortes, e do ex-bastonário da Ordem dos Médicos e autor do prefácio, José Manuel Silva e do psiquiatra Pio Abreu.

Apesar do OSCE ser uma metodologia de avaliação amplamente utilizada nos países anglo-saxónicos desde os anos 80 do século passado, ainda é pouco aplicada em Portugal pelo que o lançamento do livro “Competências Clínicas Práticas e Preparação para OSCE”, com coordenação de Luís Castelo Branco, é um contributo fulcral para a sua ampla utilização nas faculdades de medicina portuguesas. Na sua intervenção nesta sessão de apresentação, em Coimbra, à qual deu o título “Avaliação Objetiva de Competências Clínicas Práticas”, o

prefaciador José Ponte destacou o papel preponderante e determinante de Luís Castelo-Branco para a construção desta obra, editada com chancela da Lidel.

O docente destacou também a elevada participação dos estudantes nesta obra. “Foi no último ano de curso, que ele se apercebeu que todos os estudantes só tinham material em inglês e o Luís teve a ideia e foi o motor [do livro]”, sublinhou. “Damos muita importância às competências de comunicação”, destacou ainda o docente universitário, “sobretudo pelo respei-

to pelo doente”. Prosseguiu, explicando: “Ajustamos a grelha de avaliação ao estadió da evolução do aluno. O respeito pelo doente vai do princípio até ao fim. O respeito, a empatia, a capacidade de ouvir, a linguagem verbal e corporal; tolerar silêncios”. Em jeito de conclusão, deixou o desejo de que esta obra possa ajudar a implantar esta metodologia em Portugal, uma ferramenta essencial de avaliação dos estudantes.

Para ex-bastonário da Ordem dos Médicos e autor do prefácio, José Manuel Silva, “este projeto faz sentido porque vem criar uma obra em português no campo da avaliação e com uma metodologia testada”, acentuando a relevância no contexto da educação médica pré e pós-graduada em Portugal. “É uma obra que facilitará a aquisição de conhecimentos e de competências e sublinho aqui a resiliência do Luís Castelo-Branco em conseguir motivar todos os participantes de todas as escolas médicas do nosso país. É seguramente algo que vai marcar o ensino em Portugal nas nossas escolas médicas”, destacou ainda o catedrático de Medicina. “Honra a



Ordem dos Médicos este patrocínio”, disse José Manuel Silva a finalizar a sua intervenção.

Perante uma sala com inúmeros colegas, familiares e amigos, Luís Castelo-Branco citando o contexto da Universidade do Algarve, explicitou o que são os OSCE e acentuou o facto de este processo de avaliação estar “disseminado pelas principais escolas médicas mundiais”. “No início havia mais céticos que tornava mais difícil este processo de inovação”, aludiu. Recorde-se que o livro teve a participação de mais de 100 médicos, entre vice-coordenadores, autores, diretores e revisores externos. Ao todo, são 21 capítulos. Para Luís Castelo-Branco, a obra “não é um dogma nem uma bíblia. É um livro que procuramos que traga qualidade adicional à forma como a medicina é praticada. Estamos convictos que este livro é de qualidade mas consideramos que deve ser

obra tão completa” e de ter conseguido juntar tanta gente.

Uma das co-autoras da obra, Filipa Maduro, sublinhou a persistência do Luís Castelo-Branco para a prossecução deste projeto. Enquanto que Ana Gaspar (editora adjunta da LI-DEL) destacou o carácter inovador da obra. “É muito importante o foco da comunicação com o doente, pelo que acreditamos que o rigor e a qualidade do livro se refletirá na qualidade de cuidados prestados”. Mesmo não estando programada a intervenção do catedrático de Medicina, Pio Abreu, o médico psiquiatra foi chamado pelo coordenador da obra para partilhar também o seu testemunho. Aliás, Pio Abreu foi igualmente co-revisor da obra, no capítulo da Psiquiatria. “O que mais me atraiu no Algarve foi a importância que colocam na comunicação. Em relação aos médicos, é fundamental a comunicação”. Prosseguiu

em jeito de conclusão: “Nós sabemos que muitas vezes, o efeito terapêutico é o efeito da comunicação. Os bons médicos sabem que a comunicação faz milagres”.



Catarina Matias



Filipa Maduro e Luís Castelo-Branco



José Ponte

complementado com outros livros”. Luís Castelo-Branco chamou a atenção também para o facto de se terem retirado a maioria das siglas e abreviaturas, muitas vezes uma barreira na comunicação, contrariando a maioria dos manuais existentes.

Por seu turno, Carlos Robalo Cordeiro, co-revisor desta obra, destacou a capacidade de gestão e organização do curso de Medicina da Universidade do Algarve que contribuíram para esta obra, “sinal de renovação que as novas escolas médicas podem trazer ao ensino médico em Portugal, sinal inspirador, aliás”. Para o especialista em Pneumologia, “faz todo o sentido esta obra ter um formato digital, e que possa ser exportado para os países de língua portuguesa”. E destacou o facto do coordenador ter feito “uma



Carlos Cortes, José Ponte, Luís Castelo-Branco, Carlos Robalo Cordeiro, Miguel Guimarães



Numa sessão conduzida pelo presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, coube ao atual bastonário, Miguel Guimarães (também revisor deste livro), destacar as capacidades do coordenador, que está a fazer a especialidade, está a fazer o doutoramento e está a participar na organização de

um evento "Health Parliament". "Esta obra é muito sobre comunicação, capacidade de ouvir o doente...". Para Miguel Guimarães, este livro adquire especial importância uma vez que contribuirá para a mudança de hábitos no ensino, face a uma nova realidade.

Este livro, com chancela científica da

Ordem dos Médicos, congrega a participação de mais de 100 médicos. É prefaciado pelo professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, José Manuel Silva, por José Ponte, primeiro diretor do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Algarve (MIM/UAlg), conjuntamente com Pedro Marvão, subdiretor do mesmo mestrado. O posfácio é assinado por Manuel Sobrinho Simões, professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

É, precisamente, do investigador e fundador do Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, Manuel Sobrinho Simões, a seguinte frase no posfácio da obra (frase que Luís Castelo-Branco recordou nesta sessão): "Além dos aspetos práticos, o que mais me seduziu, enquanto professor de Medicina e tutor de internos de Anatomia Patológica, no trabalho dos mais de cem profissionais que acompanharam o Doutor Luís Castelo-Branco nesta verdadeira aventura, foi a capacidade de distinguir o essencial do acessório (e ter a coragem de incluir a comunicação no lado do essencial) e o desassombro com que se aborda, ao longo de todo o livro, a questão do ensino de competências clínicas."



Miguel Guimarães, Luís Castelo-Branco, Carlos Cortes



Miguel Guimarães, Carlos Ordens e Almeida Rodrigues (dir.nac.PJ)



## Região do Norte

Texto: Maria Martins



# Palestra “Doença de Parkinson”

“A segunda doença neurodegenerativa mais comum em Portugal, depois do Alzheimer”

No dia 19 de Abril, o neurocirurgião Rui Vaz e o neurologista Alexandre Mendes foram os convidados da sessão promovida pela Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, em conjunto com a Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson, para debater a doença de Parkinson. Fernando Pereira, delegado no Porto desta associação, também participou no debate, tendo salientado a importância de “a classe médica trabalhar no sentido de minimizar os efeitos da doença”.

“A doença de Parkinson é um problema que vem aumentando com o gradual envelhecimento da população”, começou por esclarecer o presidente do CRNOM, António Araújo, incentivando os médicos, a sociedade civil e as associações de doentes a participar nos encontros científicos da SRNOM: “Ter os doentes e as associações de doentes connosco faz todo o sentido”, realçou o dirigente. António Araújo destacou ainda o trabalho desenvolvido pela APDPk (Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson) no apoio e defesa dos doentes de Parkinson,

bem como o contributo dos dois clínicos convidados.

O representante da delegação do Porto da APDPk, Fernando Pereira, alertou para o facto de a doença ser pouco conhecida nas suas consequências: “Muito mais se poderá fazer, nomeadamente investindo em equipas reforçadas de médicos experientes nesta patologia em hospitais centrais”, sustentou. Fernando Pereira terminou com um apelo ao Ministério da Saúde, realçando a importância de consciencializar a população portuguesa para a realidade da doença de Parkinson.

“Sintomatologia e diagnóstico” foi o foco da apresentação do neurologista do Centro Hospitalar do Porto, e investigador sobre a doença de Parkinson no ICBAS, Alexandre Mendes. A doença de Parkinson “foi descrita há duzentos anos por James Parkinson e é definida como uma síndrome motora, sujeita a confirmação patológica”, começou por explicar o orador, sublinhando que “a síndrome motora é o parkinsonismo de início precoce responsivo à levodopa, enquanto na patologia o que se encontra é a deposição de uma proteína agregada numa forma anormal e perda de neurónios que produzem dopamina no mesencéfalo”.

O investigador dividiu o diagnóstico da doença de Parkinson em duas fases – “diagnóstico clinicamente provável e diagnóstico clinicamente estabelecido” – isto porque o diagnóstico se divide entre “factores de alerta, na presença de parkinsonismo e na ausência de uma série de factores de exclusão, tornando-se um diagnóstico lento e complicado”, esclareceu Alexandre Mendes.

O especialista explicou os principais factores de alerta da “segunda doença neurodegenerativa mais vulgar em Portugal”, e a necessidade de avaliar o tratamento para evitar que a patologia evolua, retirando a qualidade de vida do doente. Desde uma “progressão rápida das dificuldades da marcha recorrendo ao uso da cadeira de rodas nos primeiros cinco anos, a uma perturbação respiratória inspiratória”, foram várias as complicações da doença abordadas por Alexandre Mendes. A doença de Parkinson, mesmo após a intensa investigação, não tem um tratamento suficientemente eficaz para cada tipo de doente. O objectivo dos tratamentos é “manter a independência e a qualidade de vida do doente, tendo em conta a idade, a ocupação, o estado cognitivo comportamental e psiquiátrico, bem como outras doenças”, resumiu o especialista.

Na sua palestra, Rui Vaz, director do Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), abordou o tema “Neuroestimulação profunda – passado, presente e futuro”.

Parafraseando o presidente do CRNOM, Rui Vaz sublinhou que “os médicos têm que se habituar a trabalhar com as associações de doentes”, elogiando a iniciativa da SRNOM e da APDPk.

Com uma apresentação centrada na cirurgia, o neurocirurgião, e também presidente do Colégio de Neurocirurgia da Ordem dos Médicos, elucidou os presentes para o facto de a primeira cirurgia da doença de Parkinson em Portugal ter acontecido apenas em Outubro de 2002, e falou da evolução da experiência com esta cirurgia no Centro Hospitalar de São João: “Os doentes não têm que sofrer com a curva da aprendizagem, por isso devemos contar sempre com a ajuda de países com mais experiência”, asseverou o médico.

A neuroestimulação profunda é plausível apenas num pequeno número de casos, com uma gravidade elevada e com determinadas características, como a idade do paciente, o nível de parkinsonismo ou as condições motoras do paciente, devido à falta de informação sobre a mesma. “Não sabemos na realidade qual é o mecanismo exacto de acção desta cirurgia, sabemos que controla os sintomas (...) não sabemos como funciona, mas sabemos o que é que pode melhorar na vida do doente”, sublinhou o neurocirurgião, após mostrar alguns vídeos relativos às melhorias de doentes operados no Hospital de São João. Ainda assim, Rui Vaz lamentou que persistam “muitas lacunas no conhecimento em

termos do que acontece na cirurgia”, referindo que os médicos têm que estar mais focados, ter mais controlo e mais conhecimento sobre a doença de Parkinson.

Relativamente ao futuro, o neurocirurgião alertou a plateia para as preocupações éticas, particularmente no que toca ao consentimento informado do doente, pois considera que as expectativas dos doentes de Parkinson estão geralmente “demasiado elevadas”.

“É necessário uma grande equipa com neurocirurgiões, neurologistas, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, neurorradiologistas, entre outros profissionais. É preciso regular a estimulação para cada tipo de doente”, concluiu o médico. A terminar a palestra, Rui Vaz assegurou que não tem “qualquer dúvida que esta é uma cirurgia eficaz, que veio para ficar e que melhora a qualidade de vida dos doentes”.

A sessão encerrou com um momento de debate entre os oradores e a plateia que serviu para prestar alguns esclarecimentos aos presentes, entre eles muitos médicos, doentes e familiares.





Região do Norte

Texto: Maria Martins

# “Dilemas éticos em fim de vida”

Reflexões sobre as questões éticas e morais associadas à eutanásia



No dia 4 de Abril, o Salão Nobre da SRNOM acolheu mais de duzentas pessoas, que quiseram assistir a um debate subordinado ao tema “Dilemas éticos em fim de vida”. António Sarmento, especialista em Medicina Intensiva e Infeciologia no Centro Hospitalar de São João, e Susana Magalhães, doutorada em Bioética e membro do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, foram os oradores convidados, e centraram as suas apresentações na importância da preservação da vida humana, e nas questões, éticas e morais que devem ser levantadas o debate sobre a eutanásia.

“Dilemas éticos em fim de vida: narrar, ouvir e saber cuidar” foi o tema apresentado por Susana Magalhães, que abordou aspectos como a relação médico-doente, a importância da autonomia e da autodeterminação – do doente e do médico –, ou a “articulação das categorias narrativas na deliberação ética”. Durante o debate, moderado pelo presidente do CRNOM, António Araújo, a investigadora do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa abordou, ainda, o “dilema” em torno da Eutanásia, particularmente no caso das crianças até aos dezasseis anos. Susana Magalhães deu o exemplo da Holanda, onde a eutanásia foi praticada pela primeira vez em 2011, num doente

te de Alzheimer em estado avançado, sendo que, em 2014, o número de casos de eutanásia subiu mais de 5 mil, comparativamente a 2003, um ano com um número inferior a 2 mil casos.

Para enquadrar o tema, a investigadora fez uma reflexão sobre a importância da Ética, a necessidade de valorizar os serviços de Cuidados Paliativos, sublinhando o tema da “Medicina Narrativa”, “uma medicina praticada com competência narrativa para reconhecer o sofrimento, interpretar a história da doença e avaliar a vulnerabilidade do doente”.

A terminar a sua apresentação, Susana Magalhães sublinhou a importância do médico na vida dos doentes em “fim de vida”, bem como a dos seus familiares mais próximos. “Ser médico parte da interioridade, é de dentro que vem o saber, a intuição, os valores de quem abraça esta profissão. Mas, se ser médico é um pilar da identidade, ser pessoa é a premissa para que este pilar se mantenha firme. Somos seres de relação e quando falhamos na nossa capacidade de partilha, de comunhão, falhamos na nossa humanidade”, concluiu a investigadora.

António Sarmento, especialista em Medicina Intensiva e Infecção no Centro Hospitalar de São João, e vice-presidente do Conselho Regional do Norte da OM, foi o segundo orador da sessão, dividindo a sua apresentação em seis “pontos fundamentais”: “o negócio como finalidade dos cuidados de saúde”, “expectativa exagerada no poder da medicina”, “negação da morte”, “fascínio pela tecnologia”, “ambiguidade de termos e conceitos” e “primazia da autonomia pela beneficência”.

O vice-presidente do CRNOM destacou “a importância de avaliarmos a ambiguidade dos termos à volta dos dilemas em fim de vida”. O palestrante distinguiu alguns conceitos que se têm vindo a confundir, principalmente após o grande número de debates sobre a eutanásia a que se tem assistido. António Sarmento diferenciou conceitos como “sedação terminal”, “eutanásia”, “distanásia” ou “suicídio assistido”. Segundo o infecciosologista, “a confusão de termos pode chegar ao próprio doente,

levando-o a pedir ‘eutanásia’”. “A decisão médica não pode ser transferida para o doente ou para os seus familiares”, acrescentou.

Sobre o futuro da Medicina, António Sarmento alertou a plateia para a importância de valorizar princípios como o da primazia da beneficência, o princípio da autonomia do doente e a justiça social, salientando algumas importantes responsabilidades dos médicos.

Carlos Mota Cardoso, especialista em Psiquiatria e membro do CRNOM abriu o debate ao público, após uma sistematização do que havia sido dito em ambas as palestras.

O presidente do CRNOM, António Araújo, encerrou a sessão sublinhando que temas como “eutanásia, distanásia, interesses financeiros ou relação médico-doente” estão efectivamente cada vez mais na ordem do dia. O dirigente salientou que são temas que “dizem respeito a todos os médicos, mas também

a toda a sociedade”. Quanto à eutanásia, “este é um problema que além de não ter uma única solução, não tem uma única opinião”, concluiu António Araújo, pelo que importa continuar o debate.



**“No debate sobre a eutanásia é necessário saber-se qual o significado que cada interveniente atribui aos termos que usa.”**

António Sarmento



# Linguagem do corpo



OPINIÃO

## Linguagem do corpo

Falar do corpo e da sua linguagem é falar da vertente substantiva da vida. Falar do corpo é falar dos adornos biológicos (o cabelo, a barba, os sinais, as sardas), ou dos adereços externos intimamente colados ao corpo (o vestuário, os enfeites, os perfumes).

A linguagem do corpo não se reduz à voz e à palavra, mas também à postura, ao gesto e à mímica. Só por mero exercício teórico se pode separar o substantivo (aquilo que tem substância, a parte real das coisas) do adjectivo (a qualidade acrescida), o sujeito e o seu mundo subjectivo, do objecto (as coisas concretas, a começar por aquelas que lhe estão mais próximas e que constituem o seu corpo físico). Falar do corpo é falar do diálogo do sujeito consigo próprio no território do corpo e, sobretudo, no ajustamento do corpo às vicissitudes e fatalidades da vida. Falar do corpo é olhar a substância material da existência através das janelas da estética, da ética, da biologia e da antropologia. Fala-se através do corpo, pensa-se e escreve-se através do corpo. O próprio mundo inanimado "relaciona-se" com o homem e com os restantes seres vivos através das formas e demais atributos físicos que compõem a personalidade ou seja, a figura psíquica dos corpos terrenos — pedras. O corpo transporta a personalidade ou seja, a figura psíquica típica de cada um, mas esta não vive sem o corpo. A figura pode ser criada ou recriada, mas é inconcebível sem o corpo físico. A literatura, o teatro, o cinema, compõem figuras, desenham cenários, mas sempre usando e às vezes abusando do corpo físico.

Convido os leitores a viajarem comigo na barca da escrita, cruzando os mares duma existência concreta, concebida e perpetuada por Eça de Queirós em *Os Maias*.

Maria Eduarda e a sua cadelinha escocesa. Tantas vezes o peludo bichinho povoara os sonhos de Carlos da Maia: "... trotando ligeiramente atrás de uma radiante figura pelo Aterro fora", ou então "aninhada e adormecida num doce regaço..."

A primeira aparição de Maria Eduarda frente a Carlos da Maia acontece junto do Hotel Central em Lisboa, onde estava hospedada e Eça descreve-a assim: "com um passo soberano de deusa, maravilhosamente bem feita."

Quando se preparava para abandonar o país, em plena Estação de Santa Apolónia, no auge da tragédia, Eça oferece-nos este retrato da mesma senhora: "toda envolta numa pelica escura, com um véu dobrado, espesso como uma máscara..."

### OPINIÃO

No Porto24, contamos as histórias que fazem o dia-a-dia do Grande Porto. A nossa missão é ser também um espaço de reflexão e debate. A Opinião é uma plataforma animada por um conjunto de intervenientes e observadores atentos da cidade, que escrevem com regularidade.



Falar do corpo e da sua linguagem é falar da vertente substantiva da vida. Falar do corpo é falar dos adornos biológicos (o cabelo, a barba, os sinais, as sardas), ou dos adereços externos intimamente colados ao corpo (o vestuário, os enfeites, os perfumes). A linguagem do corpo não se reduz à voz e à palavra, mas também à postura, ao gesto e à mímica. Só por mero exercício teórico se pode separar o substantivo (aquilo que tem substância, a parte real das coisas) do adjectivo (a qualidade acrescida), o sujeito e o seu mundo subjectivo, do objecto (as coisas concretas, a começar por aquelas que lhe estão mais próximas e que constituem o seu corpo físico). Falar do corpo é falar do diálogo do sujeito consigo próprio no território do corpo e, sobretudo, no ajustamento do corpo às vicissitudes e fatalidades da vida. Falar do corpo é olhar a substância material da existência através das janelas da estética, da ética, da biologia e da antropologia. Fala-se através do corpo, pensa-se e escreve-se através do corpo. O próprio mundo inanimado "relaciona-se" com o homem e com os restantes seres vivos através das formas e demais atributos físicos que compõem os diversos corpos, sejam corpos celestes — astros, sejam corpos terrenos — pedras. O

# O corpo transporta a personalidade ou seja, a figura psíquica típica de cada um, mas esta não vive sem o corpo.

corpo transporta a personalidade ou seja, a figura psíquica típica de cada um, mas esta não vive sem o corpo. A figura pode ser criada ou recriada, mas é inconcebível sem o corpo físico. A literatura, o teatro, o cinema, compõem figuras, desenham cenários, mas sempre usando e às vezes abusando do corpo físico.

Convido os leitores a viajarem comigo na barca da escrita, cruzando os mares duma existência concreta, concebida e perpetuada por Eça de Queirós em *Os Maias*.

Maria Eduarda e a sua cadelinha escocesa. Tantas vezes o peludo bichinho povoara os sonhos de Carlos da Maia: "... trotando ligeiramente atrás de uma radiante figura pelo Aterro fora", ou então "aninhada e adormecida num doce regaço..."

A primeira aparição de Maria Eduarda frente a Carlos da Maia acontece junto do Hotel Central em Lisboa, onde estava hospedada e Eça descreve-a assim: "com um passo soberano de deusa, maravilhosamente bem feita." Quando se preparava para abandonar o país, em plena Estação de Santa Apolónia, no auge tragédia, Eça oferece-nos este retrato da mesma senhora: "toda envolta numa peliça escura, com um véu dobrado, espesso como uma máscara."

Se repararmos nalgumas formas e cores usadas pelo escritor, para esculpir e colorir a figura feminina, elevada à condição de rainha da tragédia, constatamos a importância que o autor concede à adjetivação da vertente substantiva da vida. Ora vejamos: Maria Eduarda mostra "aplicação" e "modos doces e graves". Nos Olivais Carlos quando se abeirava da porta "sentia-se logo envolvido num extraordinário conforto moral" Outros adjectivos usados por Eça "divina, esplêndida, sublime". O mestre coloca na boca de João da Ega esta apreciação: "Loira, alta, esplêndida, vestida pela Laferrière, flôr de uma civilização superior, faz relevo nesta multidão de mulheres miudinhas e morenas".

E a cadela? A bonita cachorrinha, que, quando farejava qualquer perigo à

sua volta, saltava do empedrado das ruas alfacinhas para os delicados braços de Juno, a deusa, sua dona?

Como chegaram até nós as míticas figuras criadas pelo genial escultor da palavra que em 16 de Agosto de 1900, disse adeus ao mundo, embarcando para o Olimpo a bordo da nau das metamorfoses finais? Como se equilibram, no arame da vida, as coisas que Deus cria, os homens vêem, a natureza transforma e a terra come? Como se transformam as coisas, quais os pressupostos da mudança, particularmente naquilo que ao homem diz respeito, quando observado (o homem), pela janela da estética (a imagem retocada de si mesmo), pela janela da ética (o ideal a perseguir a perfeição), pela janela sensorial (o que os olhos vêem)?

Em termos biotipológicos e psicológicos, o corpo humano sofre (como todos os corpos vivos) alterações radicais durante todo o seu desenvolvimento pós-embrionário. Porém, esta modelagem constante que aparece exposta aos nossos olhos, mimetiza em grande medida no plano ontogenético aquilo que à escala filogenética aconteceu. Isto é, de certa forma o homem copia durante a viagem da vida, logo a partir da estação do berço até alcançar a estação da maturidade adulta, situada lá longe, na plenitude da existência, toda a evolução Darwiniana desde o *Homo Sapiens* até ao senhor Carlos da Maia dos nossos dias.

Como será o resto da viagem à escala evolutiva não o sabemos. Decerto num amanhã ainda encoberto pelo crepúsculo da ciência usará um computador colado ao corpo para substituir as funções vitais quando estiver

cansado. Terá talvez muitas peças de plástico, umas por razões de saúde como já hoje acontece, outras para iludir a morte, tal qual os pneus dum automóvel de corrida que se trocam num ápice de acordo com a mudança do tempo atmosférico. Certamente alguns lustres serão acrescentados às oito ou nove décadas de expectativa de vida que o homem de hoje já possui. Temos porém a certeza que o nosso comboio parará seguramente numa qualquer estação de destino daqui a quarenta anos ou daqui a cinco minutos; hoje e sempre; aqui ou além no futuro longínquo. E ainda bem que assim é, a morte é imprescindível para dar sentido à vida.

O nosso barco pára no cais dos 50 anos de Maria Eduarda e de Carlos da Maia..No rosto de ambos estão bem marcadas as fissuras da tragédia que irrompeu como um vulcão nas suas vidas. No corpo de ambos estão impressos os sinais da angústia que o tempo ajudou a cristalizar. Na alma de ambos apaga-se lentamente a luz do passado, abrindo-se em rasgões iluminados o espectro escuro da morte. E a cadelinha? A bela cachorra escocesa, que dançava como um diabrete diante da deusa?

Essa foi a mais feliz! Não deu conta de nada, nem sequer de envelhecer!

Abril de 2017

Carlos Mota Cardoso





Jaime Pimenta Ribeiro

Médico interno de Medicina Geral e Familiar na USF  
– Corgo (Vila Real)

## (In)Capacitar em Medicina

O *empowerment* do paciente representa uma das principais facetas da aplicação do modelo biopsicossocial na Medicina e da renúncia ao modelo biomédico clássico. À falta de tradução num bom termo inteligível em português, este termo anglo-saxónico, aplicado no contexto da relação médico-doente, poder-se-á definir, resumidamente, num conceito que expressa a capacidade de tornar o paciente apto e autónomo na tomada de decisões no que diz respeito às atitudes relacionadas com a sua própria saúde e na assunção das responsabilidades que advêm do processo decisório.

Tornar o paciente apto implica habilitá-lo com as ferramentas que lhe permitam envolver-se no processo de decisão, ou seja, torná-lo capaz, o que pode ser feito através de um processo a que se pode chamar capacitação. Capacitar o paciente é assim estabelecer uma relação médico-doente de confiança e transmitir os melhores conhecimentos, à luz da evidência na Medicina, numa linguagem que seja adequada e compreensível pelo paciente, de forma a que possa ter uma participação ativa na tomada de decisão,

assumindo um papel central neste processo. O médico de família é aquele que possui o perfil de atuação mais indicado e as melhores oportunidades para intervir no *empowerment* do paciente através da sua capacitação e envolvimento no processo decisório.

A abordagem centrada no paciente é o paradigma do modelo biopsicossocial e simboliza o relegar do modelo biomédico que põe a doença, o seu diagnóstico e terapêutica no centro da abordagem médica. A evolução da medicina tem pendido no sentido do abandono do modelo biomédico clássico, que tem predominado desde meados do século XIX, em prol da adoção do modelo biopsicossocial e de uma Medicina mais individualizada e humanizada.

Atualmente vivemos numa era em que existe uma grande pressão no sentido de se fazerem avaliações de desempenho nas diversas áreas da sociedade, o que naturalmente engloba a área da Medicina e da prestação de cuidados de Saúde. Nos cuidados de saúde primários foi criado um sistema de avaliação que usa como bitola o cumprimento de metas estabelecidas em condições designadas “indicadores de contratualização”; o racional subjacente a este sistema de avaliação reveste-se, por vezes, de um carácter paternalista que impele muitas vezes o médico a abandonar o modelo de atuação que tem como

foco a decisão partilhada; uma boa forma de o percebermos será fazendo uma análise crítica a um destes “indicadores de contratualização” suscetível de gerar um situação deste género.

Tomando como exemplo o indicador de contratualização “proporção de mulheres entre [50; 70] anos, com mamografia registada nos últimos dois anos”; este indicador, cuja própria designação deixa antever, monitoriza o desempenho do médico no rastreio populacional do cancro da mama através do número de mamografias realizadas (e registadas no sistema informático) pelas mulheres que se enquadram no programa do rastreio oncológico do cancro da mama, o que, de certa forma, parece à primeira vista razoavelmente sensato; ora, para que a meta estabelecida e contratualizada no indicador seja atingida

o médico vê-se confrontado com a necessidade de indicar sistematicamente a realização de mamografia às pacientes que se enquadram nos critérios do programa de rastreio; facilmente nos apercebemos que este tipo de abordagem, na maioria das vezes, coloca a decisão ativa do lado do médico e que o paciente assume um papel secundário no processo decisório, o que nos transporta para a aplicação do modelo clássico paternalista. E porque é que o médico se sente obrigado a indicar a realização do rastreio? Porque para haver tomada de decisão partilhada implica capacitar o utente, investindo tempo na relação médico-doente e na literacia dos utentes que, neste exemplo, no final se poderá traduzir numa decisão contrária àquela que está identificada como bom desempenho; a tarefa de capacitar o paciente poderá revelar-se consumidora de tempo, que cada vez mais é limitado, e o resultado final poderá ser “íngrato” para o médico uma vez que poderá resultar no incumprimento do indicador (se a maioria das pacientes optar por não realizar o rastreio neste exemplo), e conflitos de interesse, em determinada altura, qualquer um os tem. Voltando ao exemplo que foi (propositadamente) escolhido... À luz da melhor evidência na Medicina sabemos que que o cancro da mama é, atualmente, aquele que mais afeta a mulher, e também sabemos que a mamografia é um exame complementar de diagnóstico que permite fazer o diagnóstico precoce, no entanto, o que será que nos diz a evidência científica em resposta à questão: a realização de mamografia a todas mulheres que preenchem os critérios definidos nos programas de rastreio traz mais benefício ou mais dano para as mulheres envolvidas? Em 2012, Gøtzsche e Jørgensen do Centro Nórdico da Cochrane realizaram uma revisão sistemática e meta-análise com o intuito de avaliar o efeito do rastreio do cancro da mama com mamografia na mortalidade e morbilidade<sup>1</sup>; do estudo realizado, os autores concluíram que a redução da mortalidade do cancro da mama foi de 15%, mas que o sobrediagnóstico e o sobretratamento foram de 30%, o que em números absolutos se traduziu que por cada

Atualmente vivemos numa era em que existe uma grande pressão no sentido de se fazerem avaliações de desempenho nas diversas áreas da sociedade, o que naturalmente engloba a área da Medicina e da prestação de cuidados de Saúde.

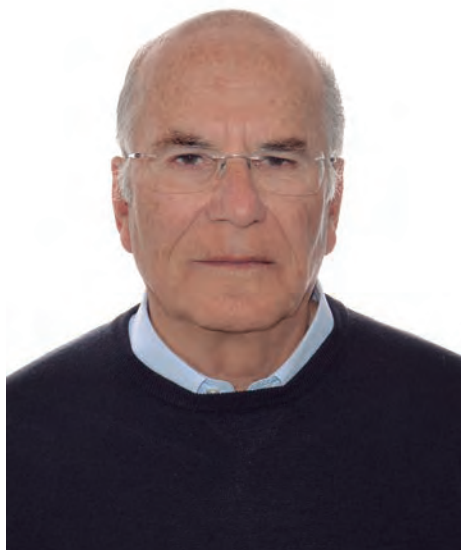
2000 mulheres convidadas para fazer o rastreio durante 10 anos apenas uma evita de morrer por cancro da mama e que 10 mulheres saudáveis, que não seriam diagnosticadas se não fossem rastreadas, são tratadas desnecessariamente, e ainda que 200 mulheres sofrem psicologicamente durante anos com ansiedade e incerteza devido aos falsos positivos; das mulheres que sofrem tratamento desnecessário, muitas veem o seu risco de morrer aumentar devido a doença cardíaca ou cancro que podem resultar da radioterapia e, por vezes, quimioterapia usadas no tratamento do cancro da mama, para além de poderem ver uma parte ou toda a mama removida desnecessariamente. Portanto, a resposta à questão colocada pode ser diferente (e correta) mediante as crenças de cada um (ignorando a relação custo-efetividade), isto é, depende da forma como a pessoa possa valorizar a vida ou a qualidade de vida; qualquer juízo de valor pode ser legítimo desde que seja feito com consciência de todos os dados em jogo, isto é, desde que a pessoa se encontre capacitada, possuindo as competências necessárias para se envolver no processo decisório.

O *empowerment* do paciente é um dos pilares fundamentais do modelo biopsicossocial, no entanto, encontram-se ainda diversas barreiras à sua transposição de conceito teórico para a realidade, como é exemplo o sistema de avaliação de performance médica através do cumprimento de indicadores contratualizados, o que faz pensar que é necessário repensar os modelos de atuação atuais para que se possa fazer a transição definitiva do modelo biomédico clássico para um modelo de medicina individualizada e mais humanizada em que o paciente seja o principal decisor e responsável pela sua própria saúde.

#### Referências

1. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2013(6):CD001877.





Luís Cabral

Licenciado pela FML – 1971;  
Especialista em Ginecologia/Obstetrícia

## Memento mori

Começo por dizer que não vou entrar em polémicas sobre a eutanásia. Primeiro porque não gosto de polémicas e depois porque ainda menos gosto de participar em batalhas que fazem parte duma guerra em que os vencedores já são conhecidos à partida porque somos muito modernos e queremos estar na linha da frente.

O que me levou a escrever estas linhas foi um artigo publicado na edição de Jan-Fev de 2017 da revista da Ordem dos Médicos, intitulado *'A pedido do doente'*, da autoria do Prof. Doutor Paulo Santos, que não tenho o prazer de conhecer, nem profissional nem pessoalmente.

Foi para mim consolador saber que há médicos que, tendo a responsabilidade de formar outros médicos, conseguem transmitir de um modo muito simples e compreensível, uma maneira de pensar que me conforta. Aumenta a probabilidade de me calhar a mim e aos meus familiares e amigos um médico desses.

Mas não tenho deixado de acompanhar outras opiniões sobre esta matéria veiculadas pela comunicação social e principalmente pela revista da OM.

Sendo médicos os que aqui se manifestam, a minha atenção foca-se principalmente nessas opiniões. Porque nunca se sabe quem é que vai estar à cabeceira da minha mãe ou de qualquer ente querido quando se encontrarem em estado terminal. E convém ir conhecendo as opiniões dos diferentes colegas.

Já quanto a mim próprio não me preocupo tanto porque se me encontrar num estado desses, ou seja num beco sem saída, já delinee uma estratégia para o caso de me restar um lampejo de consciência, porque se estiver inconsciente tanto faz.

Se me cheirar que algum colega se prepara para me eutanasiar, ponho-me a latir pois assim terei mais *chances* de me safar. Pode ser que acreditem na reencarnação e pensem que eu estou a renascer como um adorável cachorrinho embora ainda tenha forma humana e assim todos se compadecerão de mim e me darão o carinho necessário para que eu tenha uma boa morte natural, naturalmente.

Às vezes passa-me pela cabeça ir à procura de argumentos que me ajudem a justificar as minhas ideias sobre a eutanásia, o aborto e outros temas ditos fraturantes, mas que, como dizia alguém, não fraturam assim tanto.

É que eu fui formatado para pensar que a vida não nos pertence, que é um dom que nos é dado gratuitamente e que devemos estimar. E, com a idade que tenho, já não é fácil mudar.

Mas isso não me impediu de fazer algumas incursões teóricas com o intuito de me ajudar a alicerçar as minhas opiniões. Não muitas, porque sou preguiçoso e porque gosto de ler

outras coisas menores como livros policiais, tintins, astérixes, don quixote, romances históricos e principalmente os clássicos russos como Dostoiévski, mas também Tolstoi e outros.

Mas nessas incursões por vezes ainda fico mais confuso. Se consulto filósofos fico mesmo baralhado: há filosofias para todos os gostos e quando me parecem ter alguma lógica e coerência logo se esfuma porque não se definem, às vezes parece que sim mas logo vem um *mas*.

Se tento basear-me em razões religiosas também me perco porque normalmente vou à procura de uma base cristã que é aquela em que cresci mas chego à conclusão de que há muitas capelinhas e lá vêm também os *mas* e as exceções. E teólogos também os há para todos os gostos. Das outras religiões não sei e acho que não vou ter muito tempo, nem paciência, para as estudar.

Se vou às razões científicas também não fico muito elucidado e confesso que não tenho suficiente preparação para tudo entender e tirar conclusões. Apesar disso acho que há uma razão científica indesmentível pelo menos em relação ao começo da vida. Já em relação ao seu fim, parece que ainda não se entenderam.

Finalmente há as razões políticas e sociais. Aí a baralhação é completa e parece que o que mais interessa é a qualidade de vida e não a própria vida. Mas como o conceito de qualidade é muito subjetivo, a confusão é total.

Resta-me portanto cuidar dos meus, procurar que os meus filhos e os meus netos respeitem a vida, a protejam e defendam em qualquer circunstância.

Para isso é importante ir lendo e ouvindo todas as opiniões, as que respeito e as que não respeito. Não vou ser hipócrita ao ponto de dizer que respeito todas as opiniões. Fiz o juramento de Hipócrates e não de hipócritas.

Pelas razões apontadas, o que digo atrás vai omitir de citações de nomes mais ou menos gregos, mais ou menos antigos ou mais ou menos conhecidos, embora fosse fácil ir à internet e arranjar algumas até bem-sonantes.

No entanto não ignoro que há situações muito complicadas e que não são nada fáceis de aguentar.

Custa muito ver qualquer ser humano a sofrer e sem possibilidade de cura e muito mais ainda se for nosso familiar ou amigo. Temos cá bons serviços de cuidados paliativos, mas se essa pessoa em sofrimento se encontrar num hospital privado ainda tem um custo acrescido que é o económico, por vezes esgotando psíquica e economicamente os familiares. Porque as visitas aí são livres e a consciência pesa, se nos esquivarmos.

Pelo menos no público as visitas são limitadas (*puf*) e os custos muito menores (*puf*).

Às vezes apetece mesmo rezar para que o doente morra e quando morre sentimos um alívio, acabou-se o sofrimento.

E é também compreensível que o doente, ao saber que não tem hipótese de cura e que está a ser um peso para os outros, deseje a morte.

Aí o papel do médico é fundamental. Pode e deve minorar o sofrimento com todas as ferramentas ao seu alcance.

Mas também a família e a sociedade têm obrigação de dar conforto a essa pessoa.

O problema é quando não há família ou ela se demite. Como há tempos me dizia uma senhora sobre a sua mãe que deveria ter alta hospitalar e não queria que ela saísse pois, segundo ela, o problema da mãe é que ela não tinha família, dizia a própria filha, da mãe.

São casos complicados para os quais devemos ter imaginação e criatividade para os encarar, com humanismo e compaixão, mas nunca pelo facilitismo de lhes abreviar a morte.

E está mais que provado que não é por haver mais e melhores cuidados paliativos que esses problemas deixam de existir, como se verifica por exemplo nos países do Benelux.

Talvez um passo em frente seria dar possibilidade de acesso a cuidados paliativos de qualidade a todos, sem ter de recorrer a serviços privados que, como é óbvio, se restringem a muito poucos.

Tudo isto sai caro, sei bem, e os recursos são escassos, também sei, mas não será uma prioridade investir na dignidade da pessoa? Talvez até seja rentável, quem sabe.

Vale a pena lutar por isso.

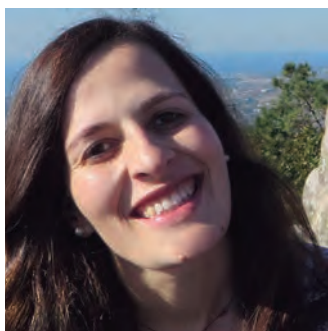
Todos vamos morrer, uns mais depressa, outros mais devagar, mas não devemos abandonar ninguém nessa hora importante da vida. Importante não só por ser a última, mas também por ser aquela em que podemos eventualmente rever toda a nossa vida.

Uma palavra de conforto, uma mão amiga, um pouco de compaixão ou até de solidariedade pode ajudar alguém a ter uma boa morte.

A todos desejo uma BOA MORTE.

Foi para mim consolador saber que há médicos que, tendo a responsabilidade de formar outros médicos, conseguem transmitir de um modo muito simples e compreensível, uma maneira de pensar que me conforta. Aumenta a probabilidade de me calhar a mim e aos meus familiares e amigos um médico desses.





**Flávio Guimarães**

Médico Interno de MGF, USF Santa Clara,  
ACeS Grande Porto IV;

**Joana Barreira**

Médica Interna de MGF, USF Viver Mais,  
ACeS Grande Porto III

# O que define um idoso?

O envelhecimento da população causado pelo aumento da esperança de vida e pela redução da natalidade provoca uma alteração da pirâmide etária, conduzindo a uma transição demográfica onde as faixas etárias do topo são cada vez mais amplas.

Assim, existe uma preocupação sobre os cuidados aos idosos que atualmente são um desafio crescente na prática clínica. A própria definição de idoso é controversa, sendo mutável ao longo do desenvolvimento das populações e em diferentes áreas geográficas.

As Nações Unidas consideram idosa a pessoa que atinge os 60 anos de idade<sup>1</sup> e a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o mesmo limite de idade para os países em desenvolvimento.<sup>2</sup> No entanto, a OMS considera que os 65 ou mais anos de idade são mais

apropriados para a definição de idoso em países desenvolvidos.<sup>2</sup> Esta definição está ligada ao estado de saúde e à esperança de vida das populações. Por exemplo, em 1875 o parlamento do Reino Unido definiu idoso como a pessoa com idade de 50 ou mais anos<sup>3</sup> e a própria OMS considera para estudos sobre o envelhecimento em países africanos a idade igual ou superior a 50 anos como definidora de pessoa idosa.<sup>2</sup> Por outro lado, devido à crescente esperança de vida, sobretudo nos países desenvolvidos, surgiu o conceito de grandes idosos definidos como as pessoas com 80 ou mais anos de idade.<sup>1</sup>

Em Portugal, a idade de 65 anos é considerada como definição de idoso pela Direção Geral da Saúde e pelo Instituto Nacional de Estatística e é a idade de referência para atribuição de benefícios sociais como o complemento solidário para idosos. No entanto, a idade de 66 anos e 3 meses é, em 2017, considerada a idade normal de acesso à pensão de velhice, sendo esta idade variável com a esperança média de vida segundo o disposto no Decreto-Lei n.º 187/2007.

Um estudo realizado pela União Europeia inquiriu sobre a idade em que as pessoas são consideradas idosas sendo a média de respostas de 63,9 anos de idade.<sup>4</sup> Entre os países houve uma grande diversidade sendo a média de resposta máxima de 70,4 anos (Holanda) e mínima de 57,7 anos (Eslováquia). Portugal teve uma média de respostas

de 67,9 anos. As diferenças entre países são explicadas pelas perspectivas sociais do que é ser velho ou idoso que estão relacionados com inúmeros fatores entre os quais a participação ativa no trabalho, os papéis desempenhados na sociedade ou a preservação das capacidades funcionais.

Por vezes, na prática clínica, doentes com menos de 65 anos encontram-se envelhecidos, estão reformados, alteraram os seus papéis na sociedade e poderão ser considerados idosos na sua avaliação do estado de saúde. Por outro lado, pessoas com mais de 65 anos preservam as suas capacidades funcionais, apresentam um ótimo estado de saúde e mantêm o seu papel na sociedade e no emprego, pelo que, considerar estas pessoas idosas poderá ser exagerado.

Deste modo, é redutor definir uma idade cronológica global a partir da qual o indivíduo é considerado idoso. O envelhecimento é um processo contínuo e complexo que ocorre ao longo da vida e que não se inicia numa idade específica. Segundo Kirkland, o envelhecimento é transversal a todos os seres vivos e não tem uma causa, ou seja, é intrínseco.<sup>5</sup> Troen destaca as modificações que ocorrem com o envelhecimento, entre elas, mudança na composição bioquímica dos tecidos, diminuição progressiva na capacidade fisiológica, redução na capacidade de adaptação aos estímulos, aumento na suscetibilidade e vulnerabilidade às doenças e aumento da mortalidade.<sup>6</sup> São estas as modificações que definem um idoso.

O critério da idade é usado em estudos demográficos das populações, permitindo a comparação de faixas etárias mais jovens e mais velhas e a compreensão de fenómenos como o envelhecimento da população. Esta definição “demográfica” deve ser separada da definição de idoso a nível individual. O que define uma pessoa idosa são as mudanças físicas, psicológicas e sociais devidas ao processo de envelhecimento. A idade cronológica é apenas um dos elementos da avaliação individual que permite, na nossa opinião, considerar uma pessoa como idosa.

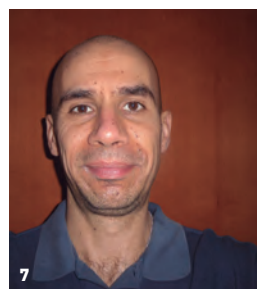
Em Portugal, a idade de 65 anos é considerada como definição de idoso pela Direção Geral da Saúde e pelo Instituto Nacional de Estatística e é a idade de referência para atribuição de benefícios sociais como o complemento solidário para idosos. No entanto, a idade de 66 anos e 3 meses é, em 2017, considerada a idade normal de acesso à pensão de velhice...



#### Referências

1. United Nations Population Fund. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge: UNFPA and HelpAge International; 2012.
2. World Health Organization (WHO). (2013). Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project: Definition of an older or elderly person. URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> [accessed 19.02. 2017].
3. Roebuck J. When Does “Old Age Begin?: The Evolution of the English Definition. Journal of Social History. 1979;12(3):416-28
4. Active Ageing - Special Eurobarometer 378. 2012. URL: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_378\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf). [accessed 19.02. 2017].
5. Kirkland JL. The biology of senescence: potential for prevention of disease. Clinics in geriatric medicine. 2002;18(3):383-405
6. Troen BR. The biology of aging. The Mount Sinai journal of medicine, New York. 2003;70(1):3-22





## Emissão de atestados para carta de condução por médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar

O presente artigo vem expor e fundamentar algumas preocupações com que os médicos de família (MF) se têm confrontado, agravadas pela implementação de um módulo informático para a realização de avaliação médica e emissão de atestados de aptidão para a condução.

É nossa convicção que os pontos que se seguem identificam problemas que contribuem para perturbar a qualidade do exercício da Medicina nos contextos a que se referem, e que afetam uma importante parte dos MF.

Segundo a legislação em vigor, a emissão de atestados médicos para habilitação de condução de veículos automóveis pode ser feita por qualquer médico no exercício da sua profissão.

A implementação do disposto no Decreto-Lei 40/2016 obrigará a que a emissão destes atestados se faça por via eletrónica (obrigação adiada para 1 de Abril de 2017). Mantendo-se compreensível e desejável o conjunto de itens a avaliar para determinar a aptidão para a condução de forma rigorosa, descritos na lei em vigor, é errado e não faz sentido realizar esta avaliação nos centros de saúde portugueses pelas razões que em seguida explicitamos.

<sup>1</sup>Ângela Neves,

médica de família, ACeS Baixo Mondego

<sup>2</sup>Armando Brito de Sá,

médico de família, ACeS Arrábida

<sup>3</sup>David Brito,

médico de família, ACeS Baixo Mondego

<sup>4</sup>Inês Rosendo,

médica de família, ACeS Baixo Mondego

<sup>5</sup>Lara Sutil,

médica de família, ACeS Baixo Vouga

<sup>6</sup>Mónica Granja,

médica de família, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

<sup>7</sup>Nelson Brito,

médico de família, ACeS Central I Algarve

<sup>8</sup>Paulo Costa,

médico de família, ACeS Pinhal Interior Norte

### 1) Competência e meios técnicos

Esta atividade pericial não é uma competência específica da Medicina Geral e Familiar (MGF). A MGF não compreende formação específica para esta atividade, ou seja, não é conhecimento basilar da generalidade dos MF. Atestar a aptidão para a condução exige um conjunto de conhecimentos técnicos e legais, com implicações na Saúde Pública. Implica uma avaliação das limitações eventualmente existentes e a prescrição de restrições e adaptações dos veículos, a qual exige conhecimento e treino específicos, além dos meios adequados.

Os centros de saúde portugueses não estão vocacionados para fazer esta avaliação de acordo com o estabelecido na legislação atual e com as diretivas europeias, nomeadamente o exame da

audição e da visão. Por exemplo, o exame da visão previsto inclui a avaliação da acuidade visual, campo visual, visão crepuscular, encandeamento, sensibilidade aos contrastes, diplopia e outras funções visuais. Esta avaliação, pela sua especificidade técnica, tem de ser realizada por oftalmologistas ou optometristas, e requer instrumentos específicos. Estes recursos humanos e técnicos não existem nos centros de saúde. Contudo, a emissão do atestado por via eletrónica tal como agora prevista, obriga ao registo de todos os pontos pelo médico que emite o atestado, independentemente de terem sido avaliados por outro médico ou técnico.

## 2) Pareceres

A multiplicidade de pareceres legalmente impostos é irrealizável no âmbito do SNS. No nosso país uma consulta num hospital público demora habitualmente vários meses a ocorrer após referência (frequentemente mais do que 6 meses, dada a prioridade estabelecida). A procura de consultas hospitalares para obtenção destes pareceres levaria a um aumento deste já excessivo tempo de espera para consulta, prejudicando os que foram referenciados por precisarem de cuidados e subvertendo a finalidade dos cuidados de saúde secundários. Simultaneamente, também não é aceitável que um médico de um centro de saúde público exija que o cidadão, nestas circunstâncias, recorra a um especialista privado para poder obter o parecer necessário. Apenas uma avaliação pericial multidisciplinar especificamente organizada com esta finalidade poderá cobrir de forma eficiente as diferentes áreas clínicas potencialmente envolvidas.

## 3) Relação médico-paciente e conflito de interesses

É característica primordial da MGF a prestação de cuidados centrados na pessoa, cuidados estes altamente dependentes da relação médico-paciente (que pode ser terapêutica por si só). A avaliação da aptidão para a condução dos pacientes mais vulneráveis (os mais doentes e os mais idosos) pode perturbar esta relação.

De acordo com a definição europeia de MGF, os MF são médicos pessoais, responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos. Embora com responsabilidade perante a comunidade em que se inserem, o papel dos MF é sobretudo de advocacia pelo doente e de respeito pela respetiva autonomia. O MF compromete-se com a pessoa e não com um conjunto de conhecimentos, grupo de doenças, ou técnica especial.

O código deontológico da Ordem dos Médicos proíbe expressamente que o médico assistente de um paciente atue como médico perito na avaliação desse mesmo paciente, ainda que possa transmitir a informação clínica de que disponha, para esse fim, quando solicitada e autorizada pelo mesmo. A omissão por parte dos pacientes de informação relativa a consumos nocivos, ao não controlo de doenças como a diabetes ou ainda a quadros incapacitantes como o Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono, é um dos riscos que se concretiza quando se confundem os papéis de médico assistente e de médico perito. Esta omis-

são privará o paciente dos cuidados necessários e aumentará o risco para a sua própria saúde e para a Saúde Pública.

## 4) Tempo

O tempo necessário à avaliação clínica, ao pedido de pareceres e ao preenchimento dos formulários e restantes procedimentos, sejam eles em formato papel ou informático, são incompatíveis com a organização da atividade assistencial das unidades de cuidados de saúde primários do país agendamento corrente das consultas de MGF. Os MF têm listas de utentes frequentemente sobredimensionadas e envelhecidas e prestam cuidados a um número crescente de pacientes altamente complexos. O número de pessoas idosas e que tem carta de condução está em rápido crescimento.<sup>1</sup> Os pacientes mais idosos necessitam de avaliações mais frequentes, quer automáticas (em função da idade), quer pela imposição de restrições resultantes de anteriores avaliações. As limitações de meios informáticos são frequentes e sobejamente conhecidas. A realização desta atividade pericial nos centros de saúde portugueses traz prejuízos diretos e inaceitáveis à prestação de cuidados aos cidadãos.

A passagem a formulário eletrónico de todas as etapas necessárias para o reconhecimento informático da aptidão, até aqui frequentemente apenas sumariadas pelos MF no registo clínico habitual, distancia cada vez mais o processo do 'SIMPLEX' que seria a pretensão da nova legislação. O formulário eletrónico proposto é considerado impraticável por aumentar o tempo de consulta necessário apenas e especificamente para o preencher. Perante os aspetos acima descritos, os MF fizeram um abaixo-assinado com mais de 2000 assinaturas sugerindo as seguintes medidas, no sentido de obviar constrangimentos e permitir uma prática mais correta e consentânea com cuidados médicos de qualidade:

- A suspensão do processo de desmaterialização do atestado para carta de condução, sob pena de bloquear a atividade dos MF ou impedir a sua realização no âmbito do serviço público atual, e até que se desenvolvam alternativas.
- O desenvolvimento de alternativas com meios e profissionais dedicados a essas tarefas periciais específicas e em multidisciplinaridade, como decorre noutros países, por exemplo em Centros de Avaliação próprios para o efeito.
- A exclusão dessa tarefa acessória, de entre outras com uma elevada carga burocrática, dos centros de saúde, melhorando a disponibilidade para tarefas clínicas, respeitando as competências dos MF e relações terapêuticas tão importantes para uma Medicina de qualidade.

## Referências

1 - O Instituto Nacional de Estatística prevê que até 2060 a proporção de pessoas com 65 ou mais anos quase duplique, atingindo os 32,3% (numa lista média de 1750 utentes, 525 estarão nesta faixa etária, contra os 324 que estavam em 2008). Simultaneamente, o número de cartas de condução emitidas anualmente em Portugal aumentou muito na segunda metade do século passado: da ordem das 6.000 cartas em 1950, para as 120.000 em 1974 e para as 260.000 em 1993 (ano em que mais títulos foram emitidos, caindo desde então e chegando aos 110.000 em 2009).



João Magalhães

Presidente da Comissão de Internos de MGF da Zona Norte

Pós-graduação em Gestão na Saúde

I.F.E do quarto ano de Medicina Geral e Familiar, USF Espaço Saúde, ACeS Porto Ocidental

Tal como se verifica na definição de liderança, é fundamental definir um objetivo comum. Ora, qual será o objetivo comum de todos os médicos?

Qual o objetivo comum desta nossa equipa?

## Liderança na Saúde II

Para além da defesa do nosso código deontológico e a defesa de condições dignas para o exercício do nosso trabalho, creio que o nosso grande objetivo comum será a prestação de cuidados de saúde de excelência, humanizados, centrados na pessoa, o mais individualizados possível, e que exista uma verdadeira articulação e integração de todas as nossas especialidades.

Ora, não há dúvidas que o Serviço Nacional de Saúde tem melhorado muito ao longo das últimas décadas. Isto é um facto inegável que devemos celebrar. Os cuidados de saúde das diferentes especialidades são cada vez mais integrados, e as decisões clínicas cada vez mais individualizadas. Este fenómeno deve-se a dois motivos principais:

- 1 – À existência de cada vez mais e melhores médicos de família, com excelente formação (havendo cada vez menos casos de pessoas sem médico de família em Portugal);
- 2 – Ao desenvolvimento e melhoria contínua de aplicações informáticas úteis, incluindo a Plataforma de Dados de Saúde (PDS); Prescrição Eletrónica Médica (PEM); SClínico; Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primário (SINUS), entre outros, que permitem uma visão muito mais completa dos cuidados de saúde prestados a cada doente.

Acontece, porém, que ainda existem diversas falhas, de âmbitos distintos, que dificultam a integração e articulação eficaz dos cuidados de saúde prestados aos doentes. Alguns exemplos incluem:

- 1 – Não escrever nada (ou quase nada) no processo clínico eletrónico;
- 2 – Não registar no PEM quando um doente apresenta/informa uma reação adversa a um medicamento;
- 3 – Não entregar a nota de alta ao doente após episódios de SU, internamento, cirurgia em ambulatório, entre outros;
- 4 – Dar alta ao doente do SU a solicitar ao médico de família para referenciar para uma determinada especialidade (em vez de referenciar o doente diretamente para essa mesma especialidade);
- 5 – Comunicar de uma forma que menospreza o trabalho realizado por outros médicos (perante doentes, perante internos, perante alunos, ou perante outros profissionais);
- 6 – Esquecer com frequência que o médico que conhece melhor o doente que temos à nossa frente e que melhor integra os seus cuidados de saúde (tendo em conta toda a sua complexidade biopsicossocial) é o seu médico de família;
- 7 – O facto de existir uma falha na integração dos episódios de SU no programa PDS. Ou seja, o facto

de frequentemente não ser possível (nomeadamente nas USFs/UCSPs) aceder às notas de alta dos episódios de SU dos doentes;

- 8 – Passar mais tempo a olhar para o ecrã do que para o doente que temos à nossa frente.
- É importante esclarecer a última falha apontada. Apesar de não se tratar de uma falha que afete diretamente a integração do trabalho realizado por médicos de diferentes especialidades, trata-se de uma falha grave, que desumaniza por completo a relação médico-doente e que poderá colocar em causa a própria Medicina.

As aplicações informáticas poderão ser ferramentas extremamente úteis para uma melhor integração dos cuidados prestados. No entanto, se o médico passar mais de metade da consulta a olhar para o ecrã, está a ignorar por completo o *busilis* da medicina. Sabemos que o equilíbrio entre ter os olhos no ecrã e os olhos no doente é complexo e por vezes difícil de gerir. Porém, todos os médicos devem ter plena consciência deste facto, de modo a que possam ser líderes da sua própria atividade clínica e evitem chegar a um extremo inaceitável.

A liderança implica analisar padrões e preparar devidamente o futuro, sem nunca esquecer as questões fundamentais que nos acompanham desde os nossos primórdios: a Medicina começa, e acaba, com o médico a olhar nos olhos do doente... e a tentar entrar no seu mundo.



Ana Matos Pires

Assistente hospitalar graduada sênior de Psiquiatria  
Diretora do Serviço de Psiquiatria da ULSBA



Contou-me um amigo, há muitos anos, que a questão final do seu último exame na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa tinha sido “defina licenciatura”. O desgraçado lá andou às voltas e, no final, diz-lhe o professor: “é adquirir licença para estudar sozinho”. Um final de internato médico é o exercício prático disso mesmo, de tal modo que quando se chega às provas finais na maioria dos casos sabe-se muito mais, pelo menos da teoria, que os jurados que nos estão a avaliar.

## Provas finais e concursos: uma discussão urgente e rápida precisa-se

Defendo a necessidade de uma prova final, agrada-me que a dita prova seja constituída por três momentos de avaliação - o curricular, o prático e o teórico. Parece-me - como não? - que as notas estão inflacionadas, problema que não é novo e que, para falar verdade, não acho fácil resolver. Tentar melhorar a justiça de uma prova de avaliação é sempre difícil, nunca conseguiremos uma total objetividade e igualdade de critérios entre os diferentes júris, mas agravar essas diferenças é não só mau como profundamente estúpido. Pois foi isso mesmo que aconteceu, na minha opinião.

A adicionar a esta mudança para pior na avaliação dos exames de saída juntou-se outra muito mais problemática: a determinação absoluta da nota final na colocação dos recém especialistas.

Sugiro, em relação às provas finais, que se retome o anterior número de jurados, cinco em vez de três, sendo um deles o(a) Orientador(a) de Formação, que toda a informação relativa aos candidatos seja enviada para todos os elementos do júri, que as grelhas de avaliação sejam públicas e publicadas e que sejam enviadas atempadamente

aos elementos do júri e aos candidatos, com chancela do Colégio respetivo, que exista uma linha aberta - na ACSS ou no Colégio da OM - com resposta imediata a eventuais dúvidas que surjam durante as provas e que o júris de uma mesma especialidade iniciassem as provas todos no mesmo dia.

No que respeita aos concursos defendo que se retome a anterior metodologia, fazendo cumprir com rigor os prazos previstos para a sua finalização e com consequências reais caso não sejam respeitados. Imprescindível, ainda, é a definição de uma grelha de avaliação nacional para cada especialidade, com eventual adaptação de requisitos específicos para o lugar se fosse caso disso e publicada aquando da abertura do concurso. A definição de prazos muito curtos para resolução dos processos de impugnação é, para mim, outro critério primordial.

É preciso repensar, numa discussão alargada que pode e deve ser promovida pela Ordem dos Médicos, e atuar com urgência. É o futuro profissional de muitos que está em causa.



Ana Jerónimo

Assistente Hospitalar de Medicina Interna  
ULSM, H. Pedro Hispano – Matosinhos

## Quando a avó nos ensina a ser melhores médicos

Partilho convosco um caso muito simples, mas que me trouxe preciosas lições e me obrigou a refletir sobre a Medicina no seu contexto científico e atitude profissional.

Trata-se de uma criança de 3 anos que iniciou dor abdominal difusa, sem outras queixas. A avó sugeriu que pudessem ser “bichas” e lhe fosse administrado o mebendazole (que conhecia pelo nome comercial). A criança realmente frequentava o infantário e em casa contactava com vários gatos, mas como tinha tomado albendazole semanas antes, os pais não valorizaram a sugestão. Por persistência e intensidade das queixas ao fim de alguns dias, foi observada no SU de um hospital privado, tendo realizado ecografia abdominal que se mostrou compatível com adenite mesentérica. Teve alta

com indicação de que era um quadro autolimitado, com resolução expectável em mais 3 ou 4 dias. Recomendada analgesia, que foi necessário passar a horário fixo dado que a dor ainda se mantinha quase 1 semana depois, mas agora com a particularidade de começar sempre ao final da tarde. De manhã acordava bem, tolerava as refeições ao longo do dia, mas a partir das 19h iniciava a dor, persistente, ficava inquieta, contorcia-se no sofá e recusava o jantar ou vomitava se insistissem em alimentá-la. Até meio da noite acordava várias vezes com a dor. Foi avaliada pelo pediatra assistente que colocou como hipótese principal tratar-se de obstipação (notou fezes duras ao toque retal e referiu que 90% dos casos de dor abdominal nestas idades tinham esta etiologia), mas na verdade a criança nunca tinha sido obstipada e mantinha trânsito intestinal diário com fezes de características normais. A segunda hipótese foi a de parasitose, mas não apresentava prurido anal, não eram visíveis parasitas nas fezes e já tinha efetuado desparasitação semanas antes. Ainda assim, tentaram nova dose de albendazole, realizando antes exame parasitológico de fezes que veio depois a revelar-se negativo. Melhorou apenas durante 3 dias, reiniciando a sintomatologia exatamente com as mesmas características. Nessa altura iniciou lactulose, simeticone e probióticos. Foi ainda retirada a lactose, embora as queixas não estivessem relacionadas com os períodos de maior ingestão de leite. Sem melhoria. A avó insistia que a criança tinha “bichas”, tinha olhos e expressão de “bichas” e só resolveria o quadro com o mebendazole, medicamento da sua total confiança tendo já atestado por diversas vezes a eficácia na sua infância e na do próprio filho, pai da criança. As queixas mantinham-se e foi levada ao SU dum hospital público central onde foi observada

por Pediatria e Cirurgia Pediátrica. Repetiu ecografia que mostrava redução dos gânglios para metade do tamanho. Como se apresentava bem-disposta (porque era de manhã), com exame objetivo normal, concluíram que seria ainda da evolução da adenite mesentérica e que o pormenor das queixas serem mais à noite resultava apenas do facto de andar mais distraída durante o dia! Os pais aceitaram a hipótese de ser ainda a adenite, aliás, tinham já pesquisado e havia realmente descrições do quadro poder durar 1 a 2 meses. Já a justificação para ser mais no final do dia lhes pareceu totalmente despropositada. Regressados a casa e sem saberem mais o que fazer perante a criança a gemer e a contorcer-se pelos cantos, quadro que durava já quase há 1 mês, sem etiologia certa até ao momento e sem resposta a diferentes tratamentos, consideraram a parasitose como a única alternativa plausível; tendo sido já tratada neste sentido, a única hipótese era ter sido efetuado um tratamento ineficaz ou de duração incompleta, até porque a bula referia necessidade de tratamento de vários dias nalguns casos. A avó continuava a insistir no mebendazole e, em desespero de causa, apesar de nenhum pediatra o ter recomendado, decidiram repetir o tratamento desparasitante, se necessário durante 3 dias, mas agora finalmente testando o medicamento sugerido pela avó. Remédio santo! Bastou 1 dose e, no próprio dia em que a tomou, teve ligeira cólica 1 hora depois e desde então nunca mais se ouviu queixar, a própria criança dizia espontaneamente com manifestação de alívio: “já não dói a barriguinha”. E já lá vão algumas semanas, entretanto já repetido o tratamento. Sem o expressar diretamente, a avó regozijava-se por ter resolvido o mistério, quando tantos médicos não tinham conseguido chegar a nenhuma conclusão eficaz, referindo apenas que o sofrimento da criança durante aquelas longas semanas poderia ter sido evitado se desde início tivessem confiado nela! Afirmava que os pediatras gostam sempre de contrariar as avós, ao mesmo tempo que o pai acrescentava que os médicos tinham muita dificuldade em reconhecer quando não sabiam, preferindo justificações menos creíveis.

Esta criança é a minha filha, eu sou internista, e estas palavras da avó e do pai são para mim tão angustiantes de ouvir quanto sábias e merecedoras de todo o crédito, obrigando-me humildemente a concordar e engolir em seco. Assim, não podia deixar passar este caso sem retirar as devidas ilações em vários sentidos, reflexões que aqui partilho:

- relativamente ao diagnóstico, parece evidente que se tratava de uma parasitose intestinal (embora sem confirmação laboratorial) e, nesse contexto, justificar a presença da adenite mesentérica que era apenas um problema secundário e reativo. O facto do exame parasitológico das fezes ter sido negativo não invalida o diagnóstico e, se a suspeita for forte, a prova terapêutica é recomendada. Mais

**Temos de reconhecer que nós, médicos, muitas vezes desvalorizamos ou descredibilizamos muitas indicações das avós ou dos pais no caso da Pediatria, ou dos próprios doentes ou familiares no caso dos adultos, sempre que não se enquadram nos nossos fluxogramas teóricos**

nas cidades, é muito provável que os médicos não tenham grande experiência com parasitas, que os nossos pais e avós tão bem conheciam. Aliás, a característica da presença de “bichas” provocar dor abdominal mais à noite (o que é verdade e resulta do ciclo dos parasitas) é do senso comum nas pessoas mais velhas, mas foi completamente ignorada ou despromovida a mero pormenor pelos médicos que observaram a criança nos SUs; com a melhoria das condições higieno-sanitárias não são de facto situações comuns, sendo que a taxa de parasitismo intestinal em Portugal é baixa (1). É por isso natural que este diagnóstico, tão simples e tão básico, não esteja no topo das nossas listas, sobretudo em contexto hospitalar ou de urgência. Talvez seja adequado repensar esta ordem e considerar que este diagnóstico pode, muito bem, justificar umas quantas dores abdominais na criança ou no adulto que por aí vamos rotulando de gastroenterites, adenites, síndromes de cólon irritável, obstipação, alergias ou intolerâncias alimentares.

- quanto à eficácia do tratamento, não podemos comprovar se o que resultou foi a superioridade do velhinho mebendazole (alegado pela avó), face à ineficácia do albendazole ou apenas a repetição da dose, embora não seja de todo despropositado concordar que, nalgumas situações, os medicamentos mais antigos, são realmente mais eficazes. Já pude atestar isso mesmo noutras situações em casos de familiares ou doentes que me pediram uma opinião: o eritema da fralda onde os modernos cremes e pastas de água também não foram úteis, sendo o velhinho creme com óxido de zinco que todos nós usamos em crianças juntamente com o pó de talco (infelizmente já não recomendado) os únicos a resolver o problema; ou a pediculose (piolhos e lêndeas) onde os novos fármacos tão publicitados, supostamente



menos tóxicos e mais eficazes, incluindo sofisticados pentes elétricos, não tiveram qualquer resultado e só a velhinha permetrina os eliminou. A evolução dos medicamentos tem representado habitualmente acréscimo de potência e seletividade, mas nalguns casos, que deveríamos saber reconhecer, apenas resultou em mais opções, sem que isso implique maior eficácia.

- quanto a esta avó, como tantas outras, no seu empirismo (de achar por. ex. que há olhos e expressão de "bichas") acabou por ter toda a razão, sendo que o seu instinto e experiência de vida valeram mais que uns quantos cursos e especialidades médicas todos juntos! Pode ter sido mera coincidência mas, na verdade, temos de reconhecer que nós, médicos, muitas vezes desvalorizamos ou descredibilizamos muitas indicações das avós ou dos pais no caso da pediatria, ou dos próprios doentes ou familiares no caso dos adultos, sempre que não se enquadram nos nossos fluxogramas teóricos; por isso este texto é também uma homenagem a todas as avós que, nalgumas situações mais simples, são os melhores pediatras que as crianças podem ter! Em particular, esta avó, que até gostaria de ter sido médica... conseguiu neste caso, e tem conseguido noutras ocasiões, saborear um gostinho desse seu sonho, resolvendo situações de forma sensata e muito perspicaz, o que só demonstra que teria dado uma grande profissional!

E parece que não sou a única a sentir isto... aproveito para recuperar aqui as palavras da nossa colega, interna de MGF, que começava assim um texto de opinião nesta revista: *"Passaram-se seis anos de faculdade de medicina, um ano de internato geral e mais três de internato em MGF, mas continuo a achar que a minha avó, que não era médica nem nada que se parecesse, curava melhor uma gripe do que eu!"* (2). Isto é tão verdadeiro quanto surpreendente na era em que estamos!

- Ainda em relação à questão da comunicação, uma das queixas mais frequentes dos doentes é sentirem que os médicos não os ouvem, não os escutam verdadeiramente, ou não acreditam neles como dizia esta avó, criando-se muitos incómodos ou mal-entendidos que poderiam ser evitados. Lembro-me quando era interna, de ter o hábito de perguntar aos doentes, quando a situação não era clara, o que achavam eles que tinham. Nalguns casos revelavam-se apenas curiosidades interessantes sob a forma como as pessoas viam o seu estado clínico, mas em muitos outros dava-me pistas corretas para o diagnóstico ou permitia desconstruir ideias erradas ou medos infundados que os doentes não verbalizavam e mantinham, mesmo que houvesse um diagnóstico de certeza. Acho que vou recuperar este hábito e será com certeza uma mais valia voltar a integrar na anamnese a opinião dos doentes ou familiares sobre as hipóteses diagnósticas a considerar.

- Este pai também tinha razão. Na nossa (frequente) arrogância científica, muitas vezes somos incapazes de dizer perante o doente que não sabemos o que se passa (e muitas vezes não sabemos), preferindo rotular indevidamente as situações ou apresentar justificações que sabemos inverosímeis. Achamos que isso tranquiliza mais os doentes e ajuda a não perderem a confiança. Na verdade, é apenas um subterfúgio para lidarmos com a nossa própria insegurança, frustração e dificuldade em conviver com a incerteza do diagnóstico, numa era em que era suposto a Medicina já não ter tantas limitações e os livros ou a evidência conseguirem responder a todas as nossas dúvidas. A Pediatria e a Medicina Interna são bons exemplos, onde se trabalha quase sempre com base na incerteza do diagnóstico e com probabilidades puramente teóricas. Se formos humildes e soubermos explicar aos doentes que, o facto de não termos a certeza ou não sabermos não significa desinteresse, incompetência ou risco para eles, antes faz parte da prática clínica duma Medicina que não é uma ciência exata, eles ficam igualmente seguros e até mais reconhecidos do que sentirem-se ludibriados com rótulos colocados de forma precipitada que mais tarde rapidamente descubrem serem inadequados.

Na nossa prática clínica ficamos muito deslumbrados com diagnósticos rebuscados ou acabamos muito frustrados quando não conseguimos deslindar síndromes com epónimos complexos; casos que orgulhosamente selecionamos para os internos apresentarem nas reuniões de serviços, levarem a congressos ou enviarem para revistas científicas, que pouco ou nada acrescentam à nossa prática do dia a dia por serem tão raros ou atípicos que provavelmente nunca mais iremos ver nenhum em todos os anos de carreira. A mim fascinam-me os casos simples, porque habitualmente são esses que, ao longo da vida, nos ensinam as lições mais valiosas e úteis e nos fazem verdadeiramente crescer e ser melhores médicos. Por isso fico sempre incomodada quando, distraída e enredada a pensar em alternativas mais graves e complexas (típico do internista!), estes mistérios simples me passam debaixo dos olhos sem ter dado conta, incómodo esse apenas superado pela reflexão a que me obrigo, no sentido de corrigir e redirecionar o meu foco.

## Referências

1. Fernandes S et al. Protocolo de parasitoses intestinais. *Acta Pediatr Port* 2012;43(1):35-41
2. Silva C. Como dizia a minha avó...*Rev. Ordem dos Médicos* 2016 (Nov): 174, pág. 94

Ricardo Fernandes  
Interno de Formação Específica do 5º ano, CHVNGE



O mundo mantém-se em constante mudança e isso é inegável! A saúde não é exceção! Ora vejamos que graças à melhoria da prestação de cuidados de saúde foi possível atingir uma esperança média de vida a rondar os 82 anos no caso das mulheres e 79 nos homens. Esta longevidade leva ao aumento de um conjunto de condições/patologias crónicas (como as doenças neurodegenerativas e cardiovasculares), que se assumem por si só como progressivas, complexas, incuráveis e que vão levar paulatinamente a um declínio funcional, à perda de autonomia, a sintomas não controlados e não desejados, à reestruturação não intencional dos projetos de vida, perda de papéis, dignidade e sentido de vida. Estas alterações vão desaguar, independentemente da matriz da doença, num mesmo destino, a morte. Mesmo no que diz respeito aos cuidadores (formais e informais), estes também têm sofrido algumas alterações. São também eles cada vez mais velhos e, quando mais novos, muitas

vezes, não são capazes devido a vários fenómenos como a migração, horários de trabalho intensivos, divórcios, entre outros. As Unidades de Cuidados Continuados/Unidade de Cuidados Paliativos são uma das respostas para esta questão, contudo não conseguem responder a todas as solicitações. Apesar dos avanços já feitos nos últimos anos, as estruturas do ambulatório ainda não estão preparadas para receber estes doentes, mas com projetos como hospitalização domiciliária pode ser que este paradigma melhore.

Voltando ao indivíduo doente, frágil, envelhecido sabe-se cada vez melhor que é mais importante o controlo dos sintomas e o acompanhamento destes doentes do que propriamente o prognóstico subjacente à(s) doença(s) que possuem. Na sua abordagem, independentemente do cenário e especialidade médica deve haver maior flexibilidade tanto na colheita de história clínica, como no exame físico, havendo a necessidade que sejam dirigidos aos problemas do doente e ao impacto (negativo) nas atividades de vida diária, minimizando-os. A abordagem deve ser atenta, intensiva mas nunca agressiva. Devem-se evitar avaliações desnecessárias e o mesmo se aplica relativamente aos meios complementares de diagnóstico. Estes só devem ser pedidos se acrescentarem alguma mais-valia. Mesmo em termos de terapêutica, esta deve ser revista regularmente e ajustar-se sempre à situação clínica actual, nunca esquecendo situações particularidades como a agonia. Assim, a ideia chave é não procurar uma cura, mas sim reduzir (tanto quanto possível)

## Conversando sobre esperança e prognóstico em fim de vida

o sofrimento nas suas diversas formas. Evitem-se promessas irrealistas...

A esperança surge nestes contextos (e na vida em geral!) como inerente à própria condição humana, sendo essencial para o bem-estar e qualidade de vida. A ela são inerentes sentimentos positivos. Corre as várias esferas do “eu” e possibilita gerir a dor, o sofrimento e a incerteza do prognóstico. Permite, ainda, a transcendência, significância, a intencionalidade e personalização. Esta questão parece ser algo tão abstrato como o amor, mas está prevista na Carta dos Direitos dos Doentes Terminais (desde 1975), onde se diz que “a pessoa tem o direito a ser cuidada por alguém que consiga manter um sentido de esperança, apesar do seu foco poder ser modificado (...), mesmo se os objetivos de cura passarem a ser objetivos de conforto”. É, por vezes, complicado gerir a esperança de todos: do doente, dos cuidadores (formais e informais) e mesmo a dos profissionais de saúde. Mesmo doentes em fim de vida têm esperança. Sabe-se, hoje, que ela mantém-se mesmo quando a morte está iminente (apesar da consciência da impossibilidade de cura). E de que “esperanças” falamos? A de um controlo sintomático adequado, a garantia de dignidade e serenidade, a ausência de dor e conforto, a possibilidade de “aproveitar um dia de cada vez”, o aumento da intensidade das relações (inclusive com profissionais de saúde), a de deixar um legado, uma história para ser lembrada e jamais serem esquecidos.

Saber promover e abordar a esperança tem implicações práticas

como melhoria da saúde física, aumento do limiar de tolerância à dor, redução dos níveis de ansiedade, distress e sintomas depressivos levando subsequentemente a conforto e qualidade de vida. A promoção de esperança não é de todo impossível e de forma intuitiva a maior parte dos profissionais aplica técnicas como minimização do isolamento e da solidão, promoção de participação em rituais religiosos ou espirituais, controlo de sintomas, aplicação de sentido de humor, promoção do envolvimento e participação em atividades criativas, encorajamento de reminiscências e expressão de gratidão, ou ao falar sobre alegrias passadas, identificar pessoas/situações/objetos de referência, da criação de objetivos mais fragmentados, tangíveis e reais, entre muitas outras estratégias.

O despertar para questões tão pertinentes como a discussão de objetivos de cuidados e prognóstico, assim como promoção e manutenção de esperança parece-me fulcral. Nesse sentido parece-me emergente a criação transversal de uma disciplina de Cuidados Paliativos, idealmente obrigatória, para capacitar e inquietar os jovens alunos em formação no que diz respeito a questões como estas. Não nos esqueçamos que somos responsáveis por aquilo que criamos e serão os jovens médicos que nos vão acompanhar nos nossos últimos dias. Que estes sejam treinados em cientificidade, em técnica, mas também em humanidade e na capacidade de humanizar. No que diz respeito

ao ensino pós-graduado acredito, também, que se a formação básica em cuidados paliativos for universal - não no hoje, mas num futuro próximo - que a alocação dos recursos humanos e físicos será feita de uma maneira mais responsiva. Os doentes terminais terão menos admissões aos serviços de urgência (SU) barulhentos e despersonalizados e, consequentemente aos internamentos, poupando sofrimento físico e espiritual a esses mesmos doentes, aos seus cuidadores, aos profissionais de saúde dos SU, e, em última instância, recursos físicos. Há que impedir esta tendência crescente de "institucionalizar a morte" e devolver os doentes ao local onde querem morrer, que é ainda, na maior parte das vezes, as suas casas.

### Referências:

- BARBOSA et al., Manual de Cuidados Paliativos, 3ª edição, pp. 781-796; 2016
- VERISSIMO, Geriatria Fundamental; Cap. 37 – Cuidados Paliativos em Idosos; pp. 375-385
- BRIE, Williams; CURRENT Diagnosis & Treatment – Geriatrics; Chapter 11 – Geriatrics & Palliative Care; pp.63-67
- YENNURAJALINGAM, S.; BRUERA, E.; Oxford American Handbook of HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE AND SUPPORTIVE CARE; Chapter 28- Palliative Care in Older Adults; 2nd edition; pp.361-374

### OPINIÃO



Catarina Isabel Correia Dias Ribeiro

Interna de 2º Ano de Formação Específica de Nefrologia  
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Estará a Medicina como arte a ser ultrapassada pela ciência, pela técnica, pela prática metódica do diagnóstico e tratamento de doenças? Estará a complexidade da Medicina a ser trocada pela simplicidade da invenção e da generalização excessiva? Estará o progresso tecnológico a esmagar as relações humanas?

Nas últimas décadas, o deslumbramento pela descoberta e inovação, aliado ao emergir das novas tecnologias, tem vindo a ofuscar e quase marginalizar a "relação médico-doente", tão insistida nos bancos da faculdade.

A comunicação, o saber transmitir e escutar, tão essenciais na medicina clínica, foram sendo descurados e outros valores se impuseram...

Hoje persiste a indiscutível necessidade da mudança, da novidade... Enalteçamos o progresso, valorizemos a investigação, mas usemo-los sempre com humildade, em prol da pessoa doente... Cabe-nos a nós médicos aliar o ser ao saber, e ser cúmplices nesta aliança!

Medicina: indubitavelmente uma profissão de aspetos únicos, com uma dimensão pessoal imensurável... Para uns uma arte, para outros uma ciência... Entre probabilidades e certezas, sem dúvida um desafio intemporal...

## Medicina: arte ou ciência?

Toda a arte, não importa em que esfera ou em que tempo da história, implica identidade e maestria, implica muito mais perícia do que meramente experiência, muito mais sabedoria do que apenas conhecimento. Implica comprometimento moral e *insight*.



Carlos Cortes

Médico e patologista clínico e presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos



Texto escrito a propósito de um artigo, recentemente publicado na edição digital do jornal Sol, que profetizava o fim das especialidades médicas laboratoriais numa espécie de quadro apocalíptico de substituição dos médicos pelas máquinas como representação da Medicina moderna. O artigo tentava demonstrar que a utilização de tecnologia nos laboratórios tornaria obsoletos os médicos e a sua atividade.

## A Patologia Clínica, a Medicina moderna e a humanização

No dia 22 de Abril, milhares de pessoas desfilaram por todo o mundo, em 500 cidades de 40 países, numa Marcha pela Ciência, reivindicando mais liberdade e maior investimento nesta área, motor do avanço civilizacional. A ideia partiu de um grupo de cientista americanos reagindo ao sufoco financeiro decretado pelo atual presidente dos Estados Unidos da América. Esta iniciativa ilustra bem como a Ciência tem estado ao serviço da Humanidade e como a própria Humanidade tem sido o catalisador do avanço científico.

A Medicina do século XXI assenta o seu desenvolvimento nos avanços tecnológicos e informáticos, na atualização científica e na diferenciação técnica dos seus profissionais de Saúde. Esta evolução é transversal a todas as especialidades da Medicina. A Patologia Clínica, como especialidade de médica da Medicina Laboratorial, não é exceção.

Soubemos integrar a inovação tecnológica nas várias áreas da Medicina, nos seus programas de formação, nos seus atos médicos, na observação dos doentes e na compreensão das doenças, no diagnóstico, na prescrição, nos tratamentos e na prevenção. A Medicina deu um gigantesco passo de modernização nas últimas décadas, aumentando a sua exigência e diferenciando as suas áreas de conhecimento.

As especialidades laboratoriais, como a Patologia Clínica, integraram as técnicas mais modernas da ciência médica, qualificando a sua resposta em meios complementares de diagnóstico e proporcionando maior conforto e segurança aos doentes e aos próprios profissionais.

Atente-se, pois, ao resultado do avanço tecnológico: o médico patologista clínico enfrenta atualmente desafios técnicos muito diferentes, não só na exigência de fornecer resultados cada vez mais céleres, precisos e rigorosos, mas também na interpretação desses resultados e na necessidade de comunicação cada vez mais próxima com os clínicos e com os doentes.

Importa, então, deixar o seguinte sublinhado: a Patologia Clínica de hoje distingue-se de forma inelutável da Patologia Clínica de há 20 ou 30 anos. Esta especialidade sofrerá modificações na mesma medida em que a Medicina se for transformando e continuará a acompanhar e integrar o progresso científico e tecnológico. É um sinal do devir e da evolução. No entanto, há valores e princípios que se mantêm imutáveis ao longo da História.

A presença do médico no laboratório acrescenta à responsabilidade milenar de compreender o problema do doente, a responsabilidade de interpretar os exames solicitados, o seu significado, as suas implicações. As questões de índole ética e moral são cada vez mais frequentes e complexas na Medicina. Por isso, a presença do médico patologista clínico nos processos da medicina laboratorial garante a exigência da qualidade e salvaguarda as bases de uma medicina mais humana.

A Patologia Clínica necessita de médicos especialistas disponíveis para humanizarem a medicina e não para a transformar numa ciência robotizada e burocratizada.

Quanto mais máquinas e tecnologia tivermos, mais profissionais habilitados e qualificados necessitaremos. É a

combinação de ambos que nos faz evoluir.

Na Cirurgia Geral, por exemplo, as pinças da laparoscopia e a cirurgia robótica, assim como a Radiologia de intervenção e as técnicas de Gastrenterologia vieram completar a mão do cirurgião. Apesar disso, continuamos a necessitar da permanente presença do cirurgião.

O diálogo entre profissionais e a relação médico-doente é mais importante do que nunca. Não perceber isto é não entender

os desafios da Medicina e compactuar com uma Medicina retrógrada e desumana. Não conheço nenhum cenário apocalíptico em que uma especialidade médica tenha sido integralmente substituída pela tecnologia. Qualquer tentativa nesse sentido tem resultado em consequências prejudiciais para os doentes. Seguindo esta linha de pensamento, julgo que profetizar a substituição de profissionais de saúde por máquinas não é um cenário credível e não reflete sequer a realidade da Medicina moderna.

A Medicina é praticada por médicos, em colaboração com enfermeiros, técnicos superiores, técnicos de laboratório e tantos outros, com um papel central e insubstituível. As máquinas - por mais que nos ajudem - continuam a não ter capacidade de pensar, julgar e decidir, de integrar os conhecimentos científicos, interpretar o caso clínico e o doente como indivíduo. Teremos de resistir a todas as tentações escatológicas e pressões que tendam a fazer desaparecer a medicina humanizada centrada no doente. A Medicina faz-se preparando o futuro e não lamentando o passado que deixou há muito de estar adaptado aos avanços científicos. A Medicina de hoje tem de estar preparada para acautelar as relações interpessoais numa perspetiva mais humana.

A tecnologia veio para apoiar e ajudar a Medicina, não para a substituir - essa é uma visão profundamente errada da modernidade técnico-científica e remete-nos para uma perspetiva aterrorizada e ficcional dos avanços científicos. Não devemos ter medo da ciência, mas saber integrá-la num quadro de maior humanidade. É nesta interação que reside o futuro da Medicina moderna.

O caminho da humanização, a aproximação ao doente, a defesa da qualidade e do rigor, a integração da tecnologia, a interdisciplinaridade e a abordagem clínica e laboratorial são os verdadeiros desafios do patologista clínico.

Tudo o resto é ruído de fundo inconsequente que só nos distrairá do essencial.

O caminho da humanização, a aproximação ao doente, a defesa da qualidade e do rigor, a integração da tecnologia, a interdisciplinaridade e a abordagem clínica e laboratorial são os verdadeiros desafios do Patologista Clínico. Tudo o resto é ruído de fundo inconsequente que só nos distrairá do essencial.



Antonieta Dias

Doutorada em Medicina; Especialista de Medicina Geral e Familiar; Especialista em Medicina Desportiva



Sem dúvida que o direito do doente implica ter o conhecimento de todos os procedimentos clínicos que lhe vão ser prestados e o seu livre e

esclarecido consentimento para que os mesmos sejam executados de acordo com a lei e o ato médico.

A sua decisão na aceitação dos tratamentos tem de ser livre e esclarecida, e só o homem instruído é que consegue ter liberdade para saber o que quer, escolher a direção que melhor lhe convém e determinar o seu destino.

É preciso ser suficientemente forte, estar disposto a sofrer para evitar que a doença nos agrave a fraqueza.

Se, em pleno conhecimento de causa o doente aceita e considera ser a decisão mais acertada, a sua luta e o seu esforço irão de encontro ao plano que melhor se ajusta naquele momento às propostas clínicas do tratamento que lhe é dirigido.

Os procedimentos médicos só serão tecnicamente justos e verdadeiros se conseguirem ser perfeitos.

A medicina exige a execução de planos terapêuticos científicos, com normas de orientação clínica, alicerçadas numa componente espiritual, sem a qual não conseguiremos obter o nível de excelência obrigatório para o bom desempenho profissional.

É essencial que os métodos para atingir estes objectivos estejam sempre enriquecidos pela norma universal do respeito e preservação da dignidade do ser humano.

A nossa obediência não pode ser cega, por isso é necessário que ao transmitir a verdade ao doente, temos que reflectir e adaptar o conceito de acordo com as características individuais do doente que irá depender do seu temperamento, da sua personalidade, do grau de conhecimento e diferenciação intelectual e espiritual.

A prática da medicina, no contexto da transmissão da informação clínica a fornecer ao paciente deverá ser sempre baseada na verdade, na ciência, respeitando ao direito inviolável da dignidade do ser humano no seu todo (físico, espiritual e social).

# Doente oncológico

É óbvio que a verdade é a mesma para todos os doentes, mas a forma como é transmitida a cada um é completamente diferente pois os pacientes são todos diferentes.

Se à partida nascemos todos iguais, não nos podemos esquecer que somos seres únicos com percursos regulares, com costumes e valores fundamentados no enriquecimento pessoal, com graus de conhecimento teórico e prático, espiritual e social diferenciado e sustentado pela vivência individual que nos caracteriza e determina a forma de estar e de vivenciar as experiências boas e menos agradáveis que vamos tendo ao longo da nossa vida.

O reconhecimento das características individuais dos pacientes por parte dos profissionais da saúde que direta ou indiretamente irão ser intervenientes no processo da decisão clínica é fundamental para que a aceitação por parte do doente seja livre e perfeita.

Perante o aparecimento de uma doença oncológica é necessário transmitir a verdade e todas as implicações que a doença tem, porém, este procedimento clínico é sempre complexo e muitas vezes cruel cuja história por vezes não se compadece e é até imprópria, porque a sua expressão implica certamente um enorme sofrimento e por mais forte que a nossa riqueza espiritual seja para interiorizar uma notícia que poderá não ter complacência pela preservação da nossa vida cuja obediência fatal não pode ser modificada, têm de ter ciência e arte na comunicação da verdade que vamos dizer ao doente.

Por isso, é necessário transmitir a informação de forma simples, suficientemente explícita e clara, não omitindo nenhum detalhe, sem contudo esquecer que deverá ser suave para minimizar os efeitos nefastos que o impacto desta notícia gera no doente e na família.

O Ministério da Saúde criou a Carta dos Direitos do Doente Internado. Este documento para além de especificar os Direitos e



Deveres dos doentes, da qual se extrai algum do seu conteúdo “ Esta carta agrupa direitos consagrados em diversos textos legais, nomeadamente na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e na Carta dos direitos fundamentais da União Europeia. Apenas o Direito a uma segunda opinião não está previsto em nenhuma disposição legal nacional.

O regime legal de defesa do consumidor (Lei n. 24/96, de 31 de Julho) prevê também o direito à qualidade dos bens e serviços e o direito à proteção da saúde e segurança física.

A presente Carta dos Direitos do Doente Internado respeita o enunciado dos direitos tal como aparecem na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes com exclusão dos direitos 13 e 14 que foram anunciados atendendo à condição especial que é o internamento (hospitais e centros de saúde).

As reformas dos sistemas de saúde variam de país para país, mas é consensual que o cidadão não pode ser excluído do processo de decisão, porque é co - financiador do sistema através dos seus impostos e é beneficiário do mesmo considerando as suas necessidades e, sobretudo, porque é o principal responsável pela sua saúde.

Na Carta de Otawa (1996) já se previa o reforço das capacidades dos cidadãos no que respeita à responsabilidade pela sua saúde. Isto só é possível com uma informação objetiva, transparente e compreensível que o tornem apto a decidir, como cidadão livre e esclarecido.

O Conselho da Europa através do seu “Comité” Europeu da Saúde reconheceu na 45.ª Reunião que as organizações de entajuda dos doentes têm um papel importante na representação dos seus interesses.

Os cidadãos internados num estabelecimento de saúde ou seguidos por este no domicílio são pessoas com direitos e deveres. Não deverão ser consideradas apenas do ponto de vista da sua patologia, deficiência ou idade, mas com todo o respeito devido à dignidade humana.

Para além da regulamentação aplicada pelos estabelecimentos de saúde, devem zelar pelo respeito dos direitos do homem e do cidadão reconhecidos universalmente, e dos seguintes princípios gerais: não discriminação, respeito da pessoa, da sua liberdade individual, da sua vida privada e da sua autonomia...”

Ser tratado com qualidade, com segurança, com dignidade e respeito pela sua privacidade, não é um privilégio, mas sim um dever e uma obrigação para quem cuida.

Não se pode quebrar a relação de confiança e de colaboração entre o doente e a instituição que lhe presta a assistência.

Se se vetarem aos profissionais de saúde, designadamente aos médicos a liberdade de aplicar os seus conhecimentos científicos ou se não se investir nos equipamentos e nas instalações em benefício dos doentes, violam-se as leis universais, não se respeita o Homem na sua essência nem

se cumprem os mais básicos deveres de cidadania.

Não é admissível que por falta de capacidade de resposta no internamento, se alojem os doentes em macas nos corredores dos hospitais, sendo que a legislação apenas admite a permanência de um período curto, nunca superior a 24 horas.

Muito menos restringir o acesso aos cuidados ou privar os doentes de serem tratados adequadamente.

Estar fragilizado devido à situação clínica vivenciada não significa vitimização nem penalização.

A vulnerabilidade na doença não é sinónimo de mendicidade nem de intolerância ou de desrespeito pelo doente e muito menos de falta de zelo ou de incumprimento dos deveres do Estado.

O Estado para além de regulamentar tem de zelar pelo respeito dos direitos do homem e do cidadão devendo ainda assegurar que os doentes tenham a possibilidade de ter ao seu alcance todos os meios disponíveis para o tratamento das suas doenças de acordo com as boas práticas médicas. Independentemente das convicções políticas, religiosas, filosóficas ou sociais. Nenhuma orientação europeia irá determinar ou obrigar um País a desrespeitar a dignidade e os direitos humanos.

Importa, ainda referir que a manutenção e a sustentabilidade de um Estado depende dos contributos dos seus cidadãos quer seja através da criação de riqueza resultante do investimento económico, quer seja obtida pela contribuição tributária.

Uma política de saúde séria envolve servir, gerir com rigor, respeitar o doente e reconhecer a excelência do ato médico e dos outros profissionais de saúde.

Quem pretender ignorar esta cadeia não estará ao serviço da Nação nem dignificará o País.

Em suma, de que serve ter tudo regulamentado/legislado se as medidas aplicadas continuam descontextualizadas e inadaptadas às necessidades vigentes e o doente deixou de ser pessoa única e singular, protagonista de uma história clínica com potencialidades e recursos humanos de elevado nível para o curar e passou a ser representado como mais um número causador do desequilíbrio orçamental que é cada vez mais parco no investimento dos cuidados de saúde.

No âmbito da política atual ser doente ou idoso/representa um pesadelo para o Estado, cujo futuro a curto prazo será empobrecido pelo abandono dos profissionais de saúde que já não conseguem tolerar mais constrangimentos, no atendimento aos doentes do SNS.

Nenhum português será insensível ao sofrimento de quem pede e precisa de ajuda se estiver condicionado por padrões de pobreza desta natureza.

Em suma, seja qual for o ato médico executado tem de ser sempre baseado no conhecimento científico cuja aplicabilidade é para ser exercida no ser humano que tem corpo e alma.

João Miguel Nunes “Rocha”



## Os homens encolhidos

Os velhos e os doentes no limiar da outra vida ou (arredando dogmas, sonhos e utopias) a um passo, do “pó ao pó”, têm sobre os outros cidadãos a enorme vantagem de em breve serem acometidos por uma mudez definitiva e por uma frieza gelada, refractária e avessa aos lumes que ateiam os rastilhos dos rancores e das vinganças, além da notória decadência e fragilidade que em geral precede o fim, tolhendo-lhes a defesa e tornando-os os alvos preferenciais destes guerreiros

que pejam e se acoitam nas elites e que se pelam por ir à luta sem dar a cara, ou arriscar o pelo, e, que sem um resquício de bondade ou de decência, desceram à vileza desalmada de associarem a abundância da velhice, ao afundamento do país e à deriva sem perspectivas dos jovens, criando de propósito, uma clivagem hostil de gerações que aduz à já mísera solidão dos velhos, uma barreira de antipatia glacial e de aversão, que dão azo, a todo o tipo de abusos: espancamentos dentro e fora do seio familiar, fome verdadeira, aprisionamento em enxovias que teriam aterrado Dante, e inspirado Satanás a redecorar as “profundas”.

Que raio de mundo é este, que fervilha e medra à nossa volta, com livre trânsito perante a nossa complacência em que todos os dias vemos trucidados pelas elites os princípios mais básicos da equidade e a decência, que presumimo-lo, norteia a maior parte dos seres humanos. Estão a cortar-nos rentes as vias de saída ascendentes e as saídas descendentes que nos propõem são cada vez mais dúbias, tortuosas e tão ingremes que parecem insusceptíveis de desembocar na luz.

Tidos por nescios e prostibulários em Bruxelas e como meros pagadores de impostos e eventuais eleitores sugestionáveis, de raciocínio parco e lerdo, pelas nossos, que se de outro modo o fossemos, não nos viriam com as explicações inverosímeis, que espantam pela singeleza, que só podem advir do pouco empenho a que recorreram, mesmo aduzindo a pobreza neuronal implícita.

E que raio de gente somos nós, que permitimos, que o ónus brutal do resgate, imposto pelos banqueiros a um governo “faz de conta” seja pago e repago pelos cidadãos, mesmo pelos que ironicamente nunca puderam abrir uma conta bancária, e a banca, na vez de gratidão, abra falência fraudulenta em catadupa, apoderando-se do pecúlio aforrado em vidas inteiras de trabalho e de privações e sob o pretexto vetusto, de uma credibilidade há muito finada, nos imponha o conto “do banco bom, banco mau” e respectivos encargos presentes e futuros, que

outra coisa não é, do que troçarem de nós e amputarem-nos o futuro, amputação esta que deve ser tomada em sentido literal, se a eutanásia for aprovada, porque agora, que os poderosos e os estrangeiros, esgaravavam em tudo o que deveria ser, só público, vai iniciar-se uma época de terror e de selecção, de “doente rico, doente pobre”... Em que o doente rico só tem a temer as situações que tornem prevacente a vontade dos herdeiros, e o doente pobre, acossado pelo sofrimento, olhado glacialmente e com enfado pelos seus, sentindo-se o encargo que realmente é, com a autoestima num pélago abissal, vai “às cavalitas do medo e da angústia” pegar “voluntariamente” no copinho de “cicutina” dado pelo simpático algoz de bata branca.

Nós, os médicos, vinculados pelo Juramento de Hipócrates, à exclusão da morte como tratamento, não devíamos enfileirar nunca na lista de pretendentes aos lugares de carrasco que isso não nos trará honra e mutilará para sempre a confiança dos doentes, mas denunciar, isso sim, a carência quase absoluta, de cuidados paliativos e continuados públicos, o que faz com que a eutanásia a “pedido do doente pobre” aqui e agora, (se aprovada) não seja uma opção mas a inexorável e única alternativa ao sofrimento... e, se por um momento que seja nos pusermos no lugar do outro, sentiremos como obrigação inadiável, exigirmos, a criação de cuidados paliativos a que todos sem excepção, possamos recorrer.

Que raio, nós que fomos pioneiros na abolição da pena de morte, vamos reintroduzi-la, para os deserdados...

Podemos não saber de quem é a mão que segura a batuta que rege a orquestra que marca o passo da nossa “dança macabra” em execução, mas temos olhos e percepção para enxergar os mandatários que mantêm há anos uma relação simbiótica ou parasitária com a coisa política, e que ao vir justificar-se mediaticamente, na vez de desenhovados saem encolhidos como a roupa de má qualidade ao ser lavada.

E abundam na política como o caruncho na madeira afectada, ao dar sinal...



Luís Mendes Cabral

Anestesiologista com Competência em Emergência Médica

Numa altura em que se fala em tornar obrigatório o ensino de SBV nas escolas e em que já é obrigatória a formação certificada em SBV e DAE aos trabalhadores de locais onde existem DAE, é estranho que uma funcionária da caixa do Continente, um vigilante ou um operário fabril já tenha um curso certificado de SBV e DAE enquanto a maioria dos médicos não.

Como é o hábito do nosso país, poderia gastar as próximas linhas a dissertar sobre os diferentes motivos para esta triste realidade, ou perder algum tempo a tentar encontrar os “culpados do costume”. Opto, em al-

# Aprender o básico!

Por via da minha especialidade e competência sou frequentemente chamado a dar apoio presencial ou telefónico a colegas que, inesperadamente, se vêm envolvidos na assistência a vítimas de paragem cardiorrespiratória. Infelizmente é também frequente perceber a enorme dificuldade que sentem ao lidar com estas situações, desconhecendo, muitas vezes, os gestos mais básicos de uma abordagem sistematizada à vítima.

ternativa, por trazer à discussão uma solução, que devemos debater enquanto coletividade e que pretende algo mais que uma simples reação momentânea da consciência individual – que, neste caso, também seria apropriada.

Considero que, de forma a pugnar pela segurança dos nossos doentes e pela melhoria constante da profissão, a Ordem dos Médicos deve reconhecer este problema e tomar as medidas necessárias para tornar obrigatório a certificação em suporte básico de vida para o exercício da medicina. É uma solução radical, mas que resolve o problema, o que não é habitual na abordagem de problemas tão complexos como este.

Estamos a falar do gesto mais simples que cada um de nós, como médicos, deve executar, e o que melhor cumpre com o nosso propósito de salvar vidas. Estar atualizado na sua execução é quase tão importante como saber prescrever eletronicamente, ou manter a proficiência na nossa área de especialização.

Certamente que existem especialidades com maior apetência para estes gestos, mas para essas deveria ser obrigatório, não apenas o suporte básico, como também o suporte avançado de vida. Saber reconhecer uma paragem cardíaca, fazer compressões torácicas e utilizar um desfibrilhador automático externo é um ato de cidadania, pelo que deve ser encarado como uma obrigação para quem decidiu trabalhar na área da saúde.

Acredito que esta decisão seria o primeiro passo para uma verdadeira educação médica contínua, institucionalizada e certificada, que mudaria por completo o paradigma da constante atualização profissional. Há que dar o primeiro passo, e este, apesar de pequeno e simples, é seguramente o mais consensual para arrancar.

Deixo assim o desafio aos novos dirigentes da Ordem, recorrendo às palavras do nosso Bastonário:

*“O tempo exige uma mudança de atitude e de capacidade de decisão. É tempo de reafirmar a nossa dignidade. De ser médico sem medo. Ser cidadão de pleno direito. Ser exigente no respeito que nos é devido. Ser intransigente na defesa da qualidade da Medicina e dos doentes. Ser exigente na formação e valorização pessoal e profissional a que temos direito e que é nosso dever.”*



Orlindo Gouveia Pereira  
Médico psiquiatra, doutor em Psicologia,  
ex professor de Psicologia da arte na UNL



# Iconologia da Medicina: as imagens da vida e da morte

Há mais de cinquenta anos, quando ocorria uma guerrilha na Guiné, na mata de Cufar, numa retirada, ficou para trás um fuzileiro que tinha sido baleado. Já resguardados numa posição defensável, quando nos apercebemos do facto, o enfermeiro propôs-se ir socorrer, no local onde estava o ferido. Dizia ele: “Pinto aqui num lençol uma cruz vermelha grande, ponho-a às costas e eles não disparam contra mim”. Dei-lhe uma ordem direta para que não o fizesse e o comandante do destacamento, que estava ao meu lado, confirmou-a com um aceno de cabeça. Afastamo-nos uns metros a avaliar a situação e, nas nossas costas, o enfermeiro avançou naquele preparo para o local onde estava o ferido. Foi baleado entre intensa fuzilaria dos guerrilheiros. Resultado: tínhamos agora dois feridos a socorrer!

Tudo acabou bem, mas não é isso que vem ao caso. Uma cruz vermelha sobre um fundo branco foi adotada como signo da organização internacional, que ainda hoje prossegue a benemérita ação de socorro. As nações islâmicas entenderam-na como um símbolo cristão e não meramente um sinal de fácil visualização. Acabou por se chegar a consenso, que aquelas nações utilizassem o crescente vermelho.

A cruz, contrariamente ao que é admitido, não começou por ser um símbolo dos cristãos, uma vez que

no tempo em que Jesus foi crucificado era um sinal de opróbrio ligado à execução de criminosos. Os primeiros cristãos utilizaram antes o peixe, a pomba, o Bom Pastor, Cristo Filósofo e a âncora. É notório que a parte superior desta é em cruz, mas a cruz por si só, só começou a ser utilizada, no século V, após o edito do imperador Constantino e com Cristo nela pregado, no século VIII, após a controvérsia dos iconoclastas (que se opunham a representações figuradas).

## Iconografia da vida, da morte e da Medicina

Há anos, naquele tempo em que comprávamos e liamos livros para estudar ou nos mantermos atualizados, um colega veio ter comigo, entre o surpreso e o escandalizado, porque tinha comprado um livro de Semiologia e ao abri-lo em casa se deparara com um arrazoadado de palavras sobre palavras e em que *sinoma* tinha um significado estranho. Julgara que adquirira um tratado de Semiologia Médica e deparara-se com uma semiologia “ciência geral dos signos”, com proveniência nas Humanidades.

No princípio do século passado, Charles S. Peirce desenvolveu uma “teoria geral da representação, que conside-

rava os *signos* (sinais indicativos, indícios, marcas), sobre todas as formas e manifestações, que assumem na linguagem, na arte e nas ciências da observação e da comunicação, como por exemplo, a medicina. Os *signos* podem ser ou *sinais* ou *símbolos*, entes com significado. Os sinais “apontam para”, (típicos são os de trânsito) e os símbolos “passam por”, (asno passa por burro). Em medicina os sinais decorrem da observação do doente (ex: icterícia) e a interpretação dos sintomas (*semiologia*), faz-se atendendo ao significado das queixas do doente. Os antepositivos, *sim-* e *sin-*, exprimem afirmação, aprovação, consentimento e junção. *Tom(o)-*, exprime cortar, dividir, mutilar. Sintoma junta o que estava separado no relato do doente. Síndrome, em que *dromos* significa correr, junta os sintomas que ocorrem num todo coerente.

As artes que apelam à visão e ao trabalho da mão são, o desenho, a pintura e a escultura. O encanto e o valor destas obras de arte deriva de serem únicas e irrepetíveis. Por isso, a arquitetura, que é repetível a partir da *planta* é arte visual, mas não meramente manual. A arte de computador está no mesmo plano.

As artes visuais e manuais criam “imagens, histórias e alegorias” ou, então, decorações. Em qualquer dos casos trata-se de representações executadas com materiais. Isto as distingue das representações psíquicas, que são, meramente, conscientes. Entre umas e outras há relação, mas nunca de replica (reprodução). O mesmo acontece com a literatura em que as palavras têm significado e podem ser separadas por sinais, tendo também relação com os das artes, mas também não permitem replicas exatas.

*Representação*, do lat. *Representatio*, é um vocábulo com mais de vinte significados. Todos eles consagram a ideia de tornar presente ou de reaparecer (re-apresentar). A representação psíquica faz-se por meio de um ícone ou uma *imagem* mental, que é distinta dos ícones artísticos, literários ou médicos.

A questão nasce com Aristóteles ao postular em *Acerca da Psyché* (depois dito *De Anima* e *Tratado da Alma*) que a psique não lida diretamente com o mundo, mas com representações (ícones ou imagens) dele. Estas não são replicas paragonáveis com as que vemos num espelho ou numa fotografia. São construções a partir do que provem dos órgãos sensoriais e do pensamento. De facto, de e na memória. Quando percebemos, a imagem percebida surge, pelo menos, 0,2 segundos, atrasada do acontecimento no mundo. É sempre mnésica.

A representação artística ou literária não é uma replica do real, mas é real em si. Real é o que resiste. A imagem mental é, imediatamente, significativa e o significado fixa os limites da representação. Variações notórias ficam para a imaginação.

Este tipo de questões põe-se igualmente a propósito da *Iconografia* e *Iconologia*. Interessam também a medicina (nem que seja para se fazer notar que a nova palavra que outra grega; desculpa pode ser que iconologia já tinha dono nas artes).

## Representações iconográficas

Na *Íconologia* de Cesare Ripa (1560-1622), a vida, nas suas diversas aceções, é representada por uma mulher, à exceção da *vida activa*.

A *vida humana* é representada por uma mulher, vestida de verde, com uma guirlanda sob a qual está uma *fenix*, na mão direita uma lira e na esquerda uma taça, dando de beber a um jovem. Na *vida breve* a mulher tem um aspeto jovem e está coroada com folhas verdes. A *vida inquieta* consagra a ideia da inquietude perpétua e pode ser dada pela figura de Sísifo em cima de um monte. Este é o símbolo da nossa vida, porque o seu cume denota a quietude e a tranquilidade a que todos aspiramos. A *vida longa* é representada por uma mulher velha vestida ao antigo e que tem a mão direita sobre um veado, cujos cornos



Miguel Ângelo – Estátua de Raquel

A morte não existe, escreveu Epicuro na carta a Meneceu, pois, "ou estamos vivos e ela não existe, ou estamos mortos e já não somos."



Sol e Lua. Símbolo maçônico

são muito longos e com muitas pontas, para mostrar a extensão da vida. A expressão mais acabada da *vida contemplativa* deve-se a Miguel Ângelo, na estátua de Raquel, a irmã de Lia e filha de Labão. Finalmente, a *vida ativa*, que faz exceção, é representada por duas estradas, uma que conduz à felicidade e outra à diversidade das inclinações. Miguel Ângelo representou-a na sepultura de Júlio Segundo.

A morte não existe, escreveu Epicuro na carta a Meneceu, pois, "ou estamos vivos e ela não existe, ou estamos mortos e já não somos." A revelação judaico-cristã centra-se no triunfo sobre a morte, que é a vida eterna. Esta é, aliás, uma das crenças mais antigas da Humanidade, de que há vestígios desde os tempos primordiais, com o uso das necrópoles, dos rituais de mumificação e guarda de máscaras de cera

dos antepassados e perenes manifestações artísticas, que deram origem a uma muito rica Iconografia da Morte.

A imagem (ícone) que exprime a morte tem, necessariamente, de exprimir a vida, quer como figura, quer como fundo. Algumas representações manifestam o aspeto indizível da vida e podem significar a onisciência, porque "os mortos veem tudo". Expressam sempre uma mudança. Desde a Antiguidade, o corpo regressa à terra e a alma ao espírito. Na literatura, a morte procede o renascimento espiritual, sendo o próprio renascimento tema central de muitos romances.

Na Grécia Antiga a morte era personificada por um génio masculino, Tânato, e em Roma era considerada como uma deusa, Mors. Tânato é um génio alado. Na *Ilíada* surge como irmão do Sono (*Hypnos*). No teatro grego, Tânato é personagem do *Alceste* de Frinico, obra perdida, e no *Alceste* de Eurípedes, travando um combate com Hércules. Mas não há um mito próprio.

Sigmund Freud adotou o nome de Tânato para o contrapor ao *Eros* e o seu discípulo Karl Abraham colocou a angústia da morte onde Freud tinha colocado a libido. Viktor Frankl, na tríade trágica da "neurose do nosso tempo", além da morte, incluiu o sofrimento e a culpa. Dada a inexorabilidade de morte, a superação da condição humana tem de implicar um *otimismo trágico*. Trata-se de uma res-

posta ao *pessimismo alemão* de Schopenhauer e Nietzsche.

As imagens da vida e da morte situam-se numa outra dialética, que é a da luz e das trevas, do Dia e da Noite, como são exemplo os pares de medalhões esculpidos em que num vemos o Sol e noutro a Lua. As trevas manifestam o caos primordial, o estado fetal do mundo, de onde nascerá a luz, fonte do dualismo existencial. As trevas não exprimem sempre o mal, pois são como que o fundo de onde emanará a luz e, por isso, são luz que ainda não se manifestou, são pré-cosmogónicas e pré-natalícias. A germinação e a criação fazem-se a partir das trevas e tudo volta a elas na morte. O Domingo de Páscoa, dia da Ressurreição, é o triunfo da luz sobre as trevas.

Outro símbolo da luz, a lucerna acesa, que utilizam enfermeiros e psicólogos como signo da profissão, provém do mito de Psyché e Eros, onde é elemento decisivo no desenrolar da trama. A bela princesa, movida pela curiosidade e pela instigação das irmãs, quer ver quem a visitava todas as noites na escuridão, do palácio dos corredores sussurrantes. Como seu companheiro masculino adormecido, acende a lucerna, e vê-o, mas na sua atrapalhão, deixa cair uma gota de azeite fervente sobre o esbelto corpo de Eros. Este acorda sobressaltado e repreende-a por ter violado a proibição.

Nos *Tarô*, a Grande Mãe é criadora e destruidora e, é também, nesse sentido, que surgem as virgens negras. Entre os símbolos chineses o *yin* é feminino e passivo. Na iconografia cristã o demónio é representado como o determina a doutrina: o Príncipe das Trevas. No tarô de Marselha, a morte, lâmina XIII, a morte é representada pelo esqueleto com espada, gadanha, foice e ampulheta. Outros símbolos da morte são o véu, a serpente, o leão, o escorpião, as cinzas ou o tambor. No hinduísmo, a morte é representada por uma bela bailarina, uma vez que Shiva é o deus da dança e da morte.



Mercúrio  
empunhando o  
caduceu



Um símbolo ambíguo da morte é a serpente. Na Igreja primitiva figurou a Cruz e o próprio Jesus, passando pela “serpente de bronze” referida em Jo. 3, 14 e por Sto. Ambrósio; ou então como personificação da Prudência recomendada por Cristo: “sede prudentes como as serpentes” (Mt. 10, 16).

Na Antiguidade a serpente surge no Caduceu de Ermete, como emblema curativo do médico ou da ciência. *Gestalticamente*, o Caduceu com as duas serpentes evoca a Cruz que tanto é símbolo da morte, como é símbolo da vida. No *orouborus*, a serpente, que forma um círculo ao morder a própria cauda, simboliza que o princípio está no fim e o fim está no princípio. Nos livros do Egito Antigo, a serpente é um símbolo do mal. Assim, desde os tempos primordiais, o réptil tanto é visto como bom ou como mau. Tudo depende da intenção da apresentação ou de quem a patrocina. O Caduceu com as duas serpentes que se afrontam, não deixa de marcar ambigui-

dade da imagem que se tem do médico, pois os “venenos” que usa como medicamentos tanto são bons como maus. Estas *imagines* voltam a recuperar o seu poder e ambiguidade quando se põem as questões atuais de um médico ir além da sua missão perene, que é manter a vida até ao limite possível e se lhe prescreve terminar a vida no aborto e na eutanásia e a cadeia natural da vida na eugenia.

A inclinação do médico para fazer o bem é, inexoravelmente, poder para fazer o mal.

## Referências:

Cesare Ripa (1618) *iconologia*. Edição de 1992, Editore Associati, Milano (a cura di Piero Buscaroli)  
*Dicionários de símbolos*: Hall’s, (1974), *Subjects & Symbols in Art* (J. Murray, London)  
 René Gilles, (1993), *Il Simbolismo nell’Arte religiosa*. Roma. Arkeios  
 Matilde Batistine (2002), *Symboles et Allégories*. Mondadori/Hazan, Paris  
 Do autor. “Vida de Vincent van Gogh”, in Catálogo da exposição do Meeting de Lisboa. Centro Cultural de Belém, 2015.

Peter Paul Rubens: Psyché e Eros

## HISTÓRIA

### Seminário, tuberculose: estudos médicos e antropológicos

Na área de **história da medicina** do site nacional divulgamos os encontros organizados pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos. Nesse âmbito, no dia **24 de junho**, realiza-se em Coimbra o “**Seminário, tuberculose: estudos médicos e antropológicos**” com o seguinte programa:

11:00 –12:00 – **Visita às coleções osteológicas da Universidade de Coimbra**

12:00 –14:00 – Intervalo para almoço (livre)

14:00 – **Abertura**: Carlos Diogo Cortes (SRC), Maria do Sameiro Barroso (NMOM), Ana Luísa Santos, Vítor Matos (CIAS)

14:30 – “**Contributo da paleopatologia para o conhecimento da origem e da dispersão da tuberculose**”, Ana Luísa Santos, Vítor Matos

15:00 – “**Tuberculose e Medicina no tempo de Pergolesi**”, Rui Alves

15:30 – “**Evidências esqueléticas e arqueológicas da tuberculose em Portugal: uma perspetiva diacrónica**”, Vítor Matos e Silva e Ana Luísa Santos

16:00 – Intervalo para café

16:30 – “**Sousa Martins: Homem de Ciência na Luta anti-tuberculose**”, Anabela Leitão

17:00 – “**A enfermaria de S. Jacinto e o auxílio aos tuberculosos pela Venerável Ordem Terceira da Penitência de S. Francisco de Coimbra (1908-1926)**”, Ana Margarida Dias da Silva

17:30 – “**A tuberculose: epidemia e combate, em Portugal, na era pré-terapêutica anti-bacilar**”

18:00 – Encerramento

**Local**: Colégio de S. Bento, ex-Instituto de Antropologia (em frente à Casa da Lusofonia),

Rua Arco da Traição, Departamento de Ciências da Vida, Centro de Investigação de Antropologia, Anfiteatro I

**Organização**: Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, da Secção Regional do Centro e Centro de Investigação em Antropologia e Saúde (CIAS)

**Entrada livre** mediante inscrição para <https://goo.gl/DfUJ2o>