

Revista Ordem Médicos

ano 31 n.º 165 Dezembro | 2015 Mensal | 2€



XVIII
CONGRESSO
NACIONAL DE
MEDICINA
IX
CONGRESSO
NACIONAL DO
MÉDICO INTERNO

acto médico

dos médicos, pelos doentes



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



Consulte também:

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

... em: www.actamedicaportuguesa.com



Com o apoio de:



Brevemente disponível na plataforma Android.

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 31
N.º 165
Dezembro 2015

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

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

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

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

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



editorial

05 Jornalismo

informação

- 10 Má prática médica num caso de lateralidade
- 11 Autoria de comunicações científicas
- 16 Novas informações no site nacional da OM
- 17 O segredo médico no contexto de violência doméstica

actualidade

- 21 XVIII Congresso Nacional de Medicina - Acto Médico dos médicos, pelos doentes
- 50 Paulo Cunha e Silva
- 51 Primeira Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos
- 54 O Prémio Prof. Reynaldo dos Santos – 2014
- 56 Meeting Health 2015

SRN - informação

- 60 Miguel Guimarães: "O ato médico é um imperativo constitucional"
- 64 "A ponte entre a academia e a enfermagem está ameaçada"

SRS - informação

- 66 Juramento de Hipócrates dos novos médicos da Secção Regional do Sul
- 68 1.as Jornadas Médicas das Ilhas da Macaronésia Referenciação – Pensar o Futuro
- 71 Paris está a arder



SRC - informação

- 72 Juramento de Hipócrates "Que nunca vos falte a coragem para manter a esperança!"
- 76 Jornadas do Fórum Regional do Centro das Ordens Profissionais
- 77 Estreia de "Crisophrenia" Coimbra ganha mais uma companhia de teatro

opinião

- 78 Os dois pilares do Serviço Nacional de Saúde: os Cuidados de Saúde Primários e a Medicina Interna hospitalar
- 80 Reflexão sobre o impacto da internet na consulta de MGF

Nota da redacção: Os artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores; os artigos inseridos nas páginas identificadas das Secções Regionais são da sua inteira responsabilidade. Em qualquer dos casos, tais artigos não representam qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos. Relativamente ao acordo ortográfico a ROM escolheu respeitar a opção dos autores. Sendo assim poderão apresentar-se artigos escritos segundo os dois acordos.

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

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

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

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



Jornalismo

"É preciso fazer mais. Cada dia. Todos os dias." Raoul Follereau

Respeito genuinamente o jornalismo e os jornalistas, com os quais tenho uma ótima relação e cujo difícil trabalho admiro.

Há cinco anos que falo quase diariamente com jornalistas, o que me permite conhecer profundamente o meio, tanto do ponto de vista humano como profissional, com os seus êxitos, problemas, dificuldades, ansiedades, frustrações, pressões, medos, insuficiências, profissionalismo, idealismo, espírito de missão, dedicação, etc., etc.. Sem dúvida que os meios de comunicação desempenham uma função social insubstituível, hoje concorrencialmente complementada com as redes sociais, que vieram democratizar e revolucionar o acesso à informação, com um

impacto semelhante à televisão. À "caixinha" que mudou o mundo juntou-se "a rede" que revolucionou o mundo.

A lamentável morte de um jovem com um aneurisma cerebral, sem ter tido acesso a terapêutica adequada, é mais um exemplo de como uma notícia na comunicação social tem um tremendo impacto na sociedade e na política, levando finalmente à resolução de um velho e insustentável problema, bem conhecido mas completa e criminosamente ignorado pelos dois anteriores ocupantes da pasta da Saúde, em nome dos cortes cegos que tanto prejudicaram o SNS e as pessoas.

Para além da tristeza da morte de seres humanos e da legítima revol-

ta das famílias, é interessante analisar os comentários gerados por esta dramática situação.

Sem qualquer surpresa, os médicos foram os primeiros a ser acusados, por vezes de uma forma absolutamente raivosa, mesmo por pessoas que tinham a obrigação de ser mais ponderadas e de se inteirarem convenientemente dos contornos da situação antes de emitirem doutrina. Entre os epítetos mais simpáticos, os médicos foram apelidados de mandriões.

O porquê e a forma como uma parte da Sociedade se enraivece tão facilmente contra os médicos por causa do que corre mal na Saúde merece um estudo científico e social detalhado. Deixo aqui o desafio para que alguma instituição

ou investigador apresente um projecto neste sentido à Ordem dos Médicos. Parece haver um grande desconhecimento da população sobre a natureza da profissão médica e sobre os próprios médicos. Naturalmente, fiquei sensibilizado e chocado com muitos comentários que foram proferidos contra os médicos à conta desta situação. Muito mais chocado fiquei, evidentemente, com as mortes desnecessárias.

Alguns comentários eram completamente primários e epidérmicos, pelo que nem merecem a consideração de uma resposta directa, embora se compreendam pelo facto de alguns médicos, pelo seu comportamento (não me refiro à presente circunstância), colocarem em causa a imagem de toda a classe. Por isso mesmo, a Ordem dos Médicos está determinada em ser independente e rigorosa na justa condenação de todos os médicos prevaricadores, sem qualquer laivo de corporativismo. É fundamental separar o trigo do joio.

Outras observações, porém, não foram inocentes, visaram a finalidade óbvia de transferir para os médicos responsabilidades que factualmente não tinham e provieram de pessoas com notoriedade, pelo que exigem o contraditório e o esclarecimento.

Genericamente, não posso deixar de me interrogar como é possível alguns jornalistas revelarem tanta falta de informação, mas ainda assim escreverem sem cuidar em se informar convenientemente, comentarem sem questionar as pessoas envolvidas, colocarem publicamente perguntas para as quais não se preocuparam em ouvir as respostas, opinarem de cátedra altaneira sem sólidos alicerces e procurarem fazer de uma classe profissional o bode expiatório das irresponsabilidades e incompetências políticas e administrativas do Ministério da Saúde, quase sem-

pre procurando alijar as óbvias culpas dos verdadeiros responsáveis políticos.

Pior ainda, como é admissível que um órgão da comunicação social vá buscar uma auditoria do Tribunal de Contas de 2013, referente a situações de 2009 e 2010, há muito corrigidas (e muito bem, porque eram completamente escandalosas), para fazer uma manchete requentada e repetida com um assunto que em 5 de Julho de 2013 já tinha sido notícia de primeira página nesse mesmo jornal, procurando denegrir toda uma classe para justificar os cortes que levaram, lamentavelmente e mais uma vez, à perda de vidas humanas? Para mais, dando a ideia, a quem apenas lê os títulos, os jornalistas bem o sabem, de que aquelas situações se mantinham e de que os malandros dos médicos ganham ordenados milionários pelo que deviam ter salvo a vida ao infeliz jovem. Se os médicos ganhassem salários decentes não estariam a emigrar.

Sabemos como estas coisas se fazem. Todavia, chegar-se ao ponto de se repescar para manchete um assunto requentado, é impressionante! Nomeadamente porque o Código Deontológico dos jornalistas afirma que estes devem “combater o sensacionalismo”...

Apetece perguntar, o que têm alguns jornalistas contra os médicos? Ou, reformulando, o que motiva alguns jornalistas a atacar os médicos desta maneira? É só pelo mais “puro” jornalismo? Uma coisa é certa, porque temos a consciência tranquila, não eximimos a Ordem dos Médicos do debate.

É a segunda vez que escrevo sobre esta temática, depois do artigo “Porquê o ataque permanente e injusto aos médicos?”, publicado no jornal Público a 8/01/2015.

Naturalmente, não está em causa, nem poderia estar, até porque o respeito, o direito ao livre jorna-

lismo, à informação rigorosa e à opinião, mas há claramente excesso de sensacionalismo, repescar de velhas notícias e enviesamento de comentários. Também livremente e porque nos sentimos, não podemos deixar de ripostar construtivamente, cumprindo o aforismo de que “sem debate de ideias não há jornalismo”.

Entre os vários possíveis, escolhi o texto do jornalista Paulo Baldaia, publicado no DN a 27/12/2015, sob o título “Hipócrates”, para comentar e responder às perguntas colocadas. Paulo Baldaia, um excelente jornalista, coloca uma série de perguntas a que não procurou antecipadamente saber as respostas. A finalidade não era esclarecer-se a si e aos leitores, mas sim de se limitar a efectuar perguntas aparentemente “complexas” com mensagens subliminares, cuja consequência era a de lançar o anátema, mais uma vez, sobre os médicos (todos somos inteligentes...). Os jornalistas, sobretudo os melhores, sabem muito bem como estas coisas funcionam. É estranho, porque o Código Deontológico dos jornalistas obriga-os a “ouvir as partes com interesses atendíveis no caso”, o que manifestamente não aconteceu...

A) O texto de Paulo Baldaia começa com “Como é possível que alguém jure solenemente consagrar a sua vida ao serviço da Humanidade”, garantir que “a saúde do seu doente será a sua primeira preocupação” e que guardará “respeito pela vida humana” e venha depois para os jornais denunciar que houve várias mortes num hospital por falta de cuidados médicos, sem que nada tenha sido dito de lá até cá? É um desrespeito pela família de David Duarte a forma como se transformou a morte numa luta política e corporativa com um claro ajuste de contas em relação ao anterior ministro da Saúde. Não digo que não haja responsabilidades políticas no que aconteceu.”

As minhas considerações:

1 – Os médicos, no seu conjunto, não falo dos casos individuais que se enganaram na profissão e que devem ser penalizados adequadamente, são seguramente uma das classes laicas com um mais nobre e generoso sentido ético e de serviço ao próximo, por isso proclamam o Juramento de Hipócrates, que a esmagadora maioria cumpre criteriosamente. Preferiria Paulo Baldaia que os médicos não o fizessem? Sentir-se-ia mais tranquilo se os médicos não tivessem esta preocupação? Será que por alguns não o respeitarem, os médicos devem ser criticados por efectuarem o Juramento de Hipócrates? E porque não fazem os Jornalistas o seu 'Juramento de Hipócrates'? Deixo esse desafio ao Paulo Baldaia e sugiro desde já que o Juramento dos Jornalistas comece por "juro solenemente consagrar a minha vida ao serviço da Humanidade", garantirem que "a verdade, o rigor, a isenção e o combate ao sensacionalismo serão as minhas primeiras preocupações" e que guardarão "total independência perante interesses políticos e poderes económicos", como alguns fizeram e acabaram mortos ou sem emprego. Já agora, há alguma referência ética no jornalismo, uma espécie de Hipócrates dos jornalistas?

Independentemente de todos os envolvimento, merecem mais crítica os que fazem um "Juramento de Hipócrates" do que aqueles que nem essa preocupação têm? Tenho a certeza que quem não faz esse tipo de Juramento é apenas por distração e não por menor sentido ético-profissional ou por receio de, fazendo-o, poderem ser apelidados de hipócritas...

2 – Confirma-se o que tenho dito aos médicos: o que não chega à comunicação social não existe!... Paulo Baldaia critica os médicos por não terem ido para os media denunciar as mortes ocorridas,

...Como é possível alguns jornalistas (...) escreverem sem cuidar em se informar convenientemente, comentarem sem questionar as pessoas envolvidas?

mesmo tendo-o feito perante as hierarquias e sendo as mesmas do conhecimento da tutela, que obviamente o negarão com o imenso treino de mentir que têm. Por conseguinte, reitero os apelos que tenho feito aos médicos: comuniquem à Ordem dos Médicos tudo o que está mal na Saúde (pública, privada e social, porque há problemas em todos os sectores...)! Têm o dever deontológico de o fazerem. A Ordem dos Médicos, sob sua responsabilidade, fará o que entender com as informações factuais que receber, sempre em defesa da Qualidade e dos Doentes. Infelizmente, a filosofia que prevaleceu com o anterior Governo era mesmo essa, a de que o que não chegasse à comunicação social, não existia... Por isso, o Conselho de Administração e o Ministério da Saúde responderam vergonhosa e culposamente à interpeção política que receberam com um "não havia queixas"... Pois, os mortos não se queixaram e as famílias também não.

No fundo, compreende-se que Paulo Baldaia partilhe desta mesma ideia, porque os escândalos ajudam a vender jornais e publicidade. Esta crítica de Paulo Baldaia tem claros conflitos de interesse, pelo que a relevo tranquilamente. Mas os médicos que não esqueçam esta lição. Fomos objecto de crítica pública, por um jornalista influente, respeitável e fazedor de opinião, por não irmos para a comunicação social. Merece reflexão...

3 – "Sem que nada tenha sido dito?" Espantoso. Foi publicado

com pormenores na comunicação social (DN, 26/01/2015) e amplamente divulgado noutros órgãos de informação, foi tema de interpelação por um partido político, foi objecto de comentário pela Ordem dos Médicos, foi alvo de um inquérito da ERS (um inquérito deficiente, insuficiente e branqueador, assinale-se)! E o Paulo Baldaia quer atribuir as culpas aos médicos que "nada disseram"? É mesmo preciso forçar muito a nota! Caro Paulo Baldaia, leia a auditoria da ERS, por exemplo, não obstante as enviesadas e cândidas conclusões (nada de inesperado), a substância está lá toda. O que é que era preciso dizer mais?!

4 – Não há palavras para a estulta teoria do "ajuste de contas". Foi a família que, revoltada, publicitou o caso, a Ordem dos Médicos disse exactamente a verdade do que se passou e estava pré-anunciado, mas para Paulo Baldaia isso é um "ajuste de contas". Só faltou insinuar que era um "ajuste de contas" com um inocente! Mas, vá lá, vá lá, assim muito ao de leve e *en passant*, lá foi reconhecendo, com uma envergonhada dupla negativa, "*Não digo que não haja responsabilidades políticas no que aconteceu*". De facto, há mesmo responsabilidades políticas. E deveria haver também penas e cíveis. Como nas fraudulentas falências bancárias.

B) Continua Paulo Baldaia no seu texto: "*Se os médicos não queriam ir, porque lhes reduziram a compensação financeira em 50%, era preciso garantir uma melhor organização, enquanto não fosse possível estabelecer um acordo entre empregadores e empregados.*"

Essa será a responsabilidade máxima de Paulo Macedo, tudo o resto tem muito mais que ver com as administrações hospitalares, os médicos e os enfermeiros. A defesa do bem comum não se faz com políticos que resolvem tudo, tenha os custos que tiver para os contribuintes ou com médicos e enfermeiros que só encontram tempo onde há dinheiro."

5 – O texto anti-médico de Paulo Baldaia certamente terá uma explicação. Mesmo depois de ter sido dito e repetido que não foi pelos médicos que as equipas foram suspensas, este jornalista insiste nesta falsa acusação. Espero que tenha a hombridade de vir reconhecer que se enganou, ou que estava mal informado, ou que simplesmente emprenhou pelos ouvidos, e peça desculpa aos médicos. Mesmo sendo uma peça de opinião, mais uma vez o Código Deontológico dos jornalistas foi violado logo no seu primeiro ponto "1. O jornalista deve relatar os factos com rigor e exactidão e interpretá-los com honestidade". E também diz que o jornalista deve "promover a pronta rectificação das informações que se revelem inexactas ou falsas." Ficamos a aguardar.

Aliás, a provar que não foi por culpa dos médicos que as escalas foram suspensas existem documentos! Nem por razões financeiras, nem por falta de médicos! Quer a comunicação do Serviço de Neurocirurgia para o Conselho de Administração, quer a carta conjunta dos quatro Serviços de Neurorradiologia da grande Lisboa, dirigida à tutela, disponibilizam-se para uma escala conjunta (que se justifica efectivamente que seja única, para aproveitar recursos), que nunca menciona qualquer reserva por causa dos pagamentos aos médicos ou insuficiente número dos mesmos.

É profundamente triste que ninguém contabilize nem agradeça as infindáveis horas que os médicos

trabalham gratuitamente para os doentes, quer directamente nas instituições de saúde, a assistir doentes, quer em casa a estudar, a actualizar-se e a reverem casos clínicos.

“Quando Paulo fala dos médicos, sei mais de Paulo do que dos médicos” ...

6 – Será que Paulo Baldaia também não sabe que o médico nada faz sozinho e que precisa da presença de todos os elementos da equipa? Caro Paulo Baldaia, nenhum médico se recusaria, numa situação de urgência excepcional, a trabalhar gratuitamente, pois isso seria uma violação do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, que os médicos cumprem. E quando não cumprem são penalizados sem apelo nem agravo. Mas um neurocirurgião vascular não opera sozinho, é necessária a disponibilidade de toda uma equipa altamente diferenciada. Já o Código Deontológico dos Jornalistas, que desafio os leitores a examinarem, tenho algumas dúvidas que todos cumpram.

7 – Afinal Paulo Macedo não organizou bem... Todavia, não foi apenas uma mera questão de organização, como até o demissionário e incompetente Presidente da ARSLVT reconheceu, também houve falta de dinheiro. Os cortes exagerados e cegos não são inconsequentes, como qualquer ser medianamente inteligente consegue entender. Portugal gasta apenas 6% do nosso miserável PIB em despesa pública em Saúde, contra os 6,5% da média da OCDE. Normalmente, as administrações hospitalares não conseguem nem podem fazer milagres. E ninguém

pode exigir que, sistematicamente, um profissional de saúde esteja disponível sem ser mínima e justamente remunerado pela complexidade, risco, stress e exigência da sua profissão. Caro Paulo Baldaia, mexer durante algumas horas no cérebro de alguém merece bem mais do que escrever um artigo jornalístico.

Claro que os profissionais de saúde têm deveres éticos, é inequívoco. Mas também têm vida e são profissionais e pessoas. Por isso mesmo, e porque fazem a diferença entre a vida e a morte, circunstância em que um jornalista poucas vezes se encontrará (...), devem ser particularmente respeitados.

Sabe, Paulo Baldaia, fiz milhares de turnos de urgência hospitalar e de emergência pré-hospitalar e tive a vida de muitas pessoas nas minhas mãos, no meu conhecimento científico e na minha capacidade de resposta instantânea. Isso alguma vez lhe aconteceu? Não queremos ser milionários (esses poucos que o querem ser, desde que seja com trabalho honesto, estão no seu direito), mas exigimos respeito.

8 – A defesa do bem comum faz-se com políticos competentes. Quem não teve a capacidade, sensibilidade e inteligência de resolver esta situação não é um político competente. Ponto. No Porto e em Coimbra a situação até foi resolvida. Faltou inteligência, competência e interesse ao mais alto nível em Lisboa?...

C) Vou reescrever este parágrafo de Paulo Baldaia, “Olhando para a notícia do Expresso de quinta-feira e pondo-me a jeito de corporações que gostam pouco de ser postas em causa, não posso deixar de fazer perguntas para as quais tenho grande dificuldade em encontrar respostas que não me pareçam absurdas:”, da seguinte forma: “Olhando para o artigo de opinião de Paulo Baldaia no DN de 27/12/2015 e pondo-me a jeito de cor-

porações que gostam pouco de ser postas em causa, não posso deixar de dar respostas a um jornalista que fez perguntas relativamente às quais tenho grande dificuldade em perceber porque não foram procuradas previamente as respostas, o que me parece um grande absurdo.”.

D) respondendo, pergunta, por pergunta:

1 – O inquérito que está a decorrer irá esclarecer todas essas questões. Espero que não haja mais branqueamentos. As mortes eram conhecidas da hierarquia administrativa e do Director Clínico. Aliás, só alguém muito, mas mesmo muito estulto é que poderia achar que era possível não disponibilizar nem neurorradiologia de intervenção, nem neurocirurgia vascular, todos os fins de semana, meses e anos a fio, e nenhum doente com AVC isquémico ou aneurisma roto sofrer por isso! Valha-me Deus... Não queira colocar o ónus nos profissionais só porque não vieram para a comunicação social! Como já referi acima, as insuficiências de resposta do CHLC já tinham sido amplamente divulgadas na comunicação social e eram do conhecimento da própria ERS e da hierarquia.

2 – Porque não é possível reunir uma equipa completa de técnicos altamente especializados que, tendo a sua vida privada e profissional e não estando escalados, não estão todos sempre disponíveis à espera de um telefonema. Faltando um elemento, a equipa não funciona. É fácil de entender, para quem quer entender.

3 – Caro Paulo Baldaia, morreram várias pessoas “em consequência dos cortes cegos, insensatos e absurdos”, isso é factual. Como aconteceu nas urgências durante o Inverno, sempre sem consequências para os verdadeiros responsáveis (em qualquer país da Europa teria havido consequências!). Como aconteceu com a Hepatite

C, cujo acordo poderia ter sido conseguido muito mais cedo (e só aconteceu naquele momento pela dramática mediatização do tema; posso afirmar-lhe que sei do que falo, como calculará).

Quantas mortes aconteceram e quantos doentes ficaram com sequelas irreversíveis, irá agora ser apurado; não tenho dúvidas que, somando a questão dos AVCs isquémicos, foram seguramente mais. Repito-lhe, não foi pelos médicos que as equipas foram suspensas. Se quiser debater o assunto na TSF, lá estarei.

E) Paulo Baldaia dicit: *“Lamento, absurdo mesmo é querer reduzir o que se passou no Hospital de São José a uma questão político-financeira. Mesmo o actual ministro, Adalberto Campos Fernandes, reconheceu que não se tratou apenas de uma questão financeira, salientando que faltou organização naquele hospital. Não posso deixar de olhar para a defesa corporativa que foi feita neste caso, sem pensar que é com grande hipocrisia que muita gente faz o juramento para exercer a profissão.”*

Caro Paulo Baldaia, lamento, mas o problema de base foi mesmo político-financeiro, pois a tutela nunca respondeu às propostas das administrações hospitalares. Que seria possível com outro sentido de organização resolver o problema? Admito que sim. Como se compreendem perfeitamente as diplomáticas declarações do actual Ministro da Saúde. O ex-Presidente da ARSLVT atribuiu lineamente aos cortes na Saúde a razão do sucedido.

Singelamente, Paulo Baldaia atribui as culpas à “falta de organização” daquele hospital, como se a hierarquia da ARSLVT e do ex-Ministério da Saúde fossem inocentes irresponsáveis pela organização da Saúde em Lisboa e pela nomeação dos respectivos gestores (Paulo Macedo nunca substituiu nenhum gestor por má ges-

tão, note-se), ignorando igualmente a falta de resposta às propostas apresentadas pelo Conselho de Administração à tutela.

A facilidade com que o actual Ministério da Saúde está a resolver o problema, nomeadamente recuperando, onde pode ser correctamente aplicado, o conceito de urgência metropolitana de Lisboa, tão estupidamente maltratado pela demissionária ARSLVT, demonstra bem como era mesmo um problema essencialmente político. Gostava que Paulo Baldaia apontasse concretamente qual foi a defesa corporativa deste caso! Foi exposta toda a verdade! E se ainda tem dúvidas, pergunte que eu esclareço-as todas. Mas quando alguém quer defender alguém e, para atingir esse objectivo, ataca cegamente os médicos, mesmo depois de já se ter demonstrado que não foram estes os responsáveis pela suspensão das equipas, está tudo dito e tudo se explica facilmente. O chavão do corporativismo é o crónico e fácil argumento de quem não tem argumentos.

Paulo Baldaia lembra-me aquela célebre e psicanalítica frase de Sigmund Freud, “Quando Pedro me fala sobre Paulo, sei mais de Pedro que de Paulo”. Aplica-se perfeitamente ao artigo deste valoroso jornalista. Reescrevendo-a: “Quando Paulo fala dos médicos, sei mais de Paulo do que dos médicos”.

PS: Não quero deixar de referir que me sinto sensibilizado e desvanecido com a frequência quase obsessiva com que alguns comentadores e opinadores “independentes” escrevem sobre o Bastonário da Ordem dos Médicos sem nunca terem tido a mais singela coragem de o interpelarem para um debate sobre Saúde.

Má prática médica num caso de lateralidade

Publicamos em seguida a informação sobre um processo avaliado no Conselho Nacional de Disciplina da Ordem dos Médicos que conclui afirmando o cirurgião como principal responsável pelo ato cirúrgico, incluindo evidentemente a área a intervir, a propósito de um caso de intervenção numa situação de lateralidade.

“O presente recurso vem interposto do Acórdão do Conselho Disciplinar do... da Ordem dos Médicos que no âmbito do Processo Disciplinar que aí correu termos aplicou ao Exmo Sr. Dr.... a pena disciplinar de censura.

Os factos:

Mulher avaliada no SU do Hospital..., após acidente de trabalho. Diagnóstico: fratura do tornozelo esquerdo.

Fez fisioterapia durante quatro meses, sem sucesso.

A companhia de seguros enviou então a doente para o Médico Ortopedista, aqui participado. Avaliou a doente em consulta e acompanhou-a clinicamente. Fez terapêutica médica durante dois meses, sem resultados, pelo que este médico propôs-lhe a realização de artroscopia diagnóstica do tornozelo esquerdo. A doente foi convenientemente esclarecida e aceitou.

Após a cirurgia a doente apercebeu-se que a intervenção tinha sido realizada no tornozelo oposto, ou seja no direito. Por tal facto apresentou queixa por negligência na OM.

O processo clínico foi avaliado e na fase de instrução o médico solicitado a pronunciar-se.

Na sua resposta o Médico Ortopedista refere o seguinte: "quando entrou na sala de operações constatou que a doente já estava anestesiada (an. geral), com o membro inferior preparado, apenas estava exposto e já desinfectado o tornozelo, não lhe competindo, enquanto cirurgião, intervir na preparação da doente em fase pré-operatória, nem nos procedimentos prévios à cirurgia".

O CND da OM entendeu que independentemente da competência de cada um dos membros da equipa cirúrgica, exigem as mais elementares regras das boas práticas que o cirurgião,

antes de proceder ao acto operatório, confirme, nomeadamente pelos registos clínicos, qual o objeto exato da intervenção, exigência que mais se acentua em situação de lateralidade, como era o caso. Este erro é um erro censurável, fruto de negligência e falta de cuidado consubstanciando má prática médica.

O CND manteve a pena disciplinar de censura.

O mesmo concluiu o Ministério Público, considerando que o Médico cometeu um crime de ofensas à integridade física por negligência nos termos do art.º 34 do EDM e nº1 do artº 148 do CP.

Reafirmamos assim que o Cirurgião é o principal responsável pelo acto cirúrgico, incluindo evidentemente a área a intervir.

Autoria de comunicações científicas

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos homologou o parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica sobre autoria de comunicações científicas, no qual estabelece um conjunto de regras éticas que explicitam e complementam as disposições do Código Deontológico.

Esclarece o CNEDM que, para efeitos deste parecer, considera-se publicação científica qualquer tipo de comunicação seja esta realizada de forma oral ou escrita e adoptam-se, de forma genérica, as seguintes recomendações:

“Responsible research publication: international standards for authors. A position statement developed at the 2nd World Conference on Research Integrity”, Singapore, July, 2010

“Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals”, International Committee of Medical Journal Editors, December, 2014

I-A primeira parte deste parecer pretende explicitar e reafirmar as disposições já constantes do Código Deontológico.

1-A publicação de resultados da actividade médica deve ser considerado não só um direito, mas também um dever. Na verdade, esta publicação deve ser entendida como uma forma de dar cumprimento ao número 1 do

artigo 130º do Código Deontológico que prevê que « *Em benefício dos seus doentes, os médicos têm o dever de partilhar os seus conhecimentos científicos, sem qualquer reserva* » bem como um elemento essencial do dever de actualização e preparação científica, tal como este se encontra definido no artigo 9º do mesmo Código: “*O médico deve cuidar da permanente actualização da sua cultura científica e da sua preparação técnica, sendo dever ético fundamental o exercício profissional diligente e tecnicamente adequado às regras da arte médica (leges artis).*”

2-Qualquer publicação deve obedecer ao princípio do consentimento informado. Entende por isso o CNEDM que, para além do cumprimento do artigo 102º do Código Deontológico que prevê que “*O médico pode servir-se do processo clínico para as suas publicações, mas deve proceder de modo a que não seja possível a identificação dos doentes, a menos que autorizado a tal pelos próprios doentes*”, é recomendável que seja obtido o consentimento dos doentes ou dos

seus representantes legais para quaisquer publicações relativas a casos clínicos que, pela sua raridade ou especificidade, permitam, ainda que indirectamente, a identificação dos doentes visados.

No caso de publicações em que seja indispensável a identificação dos doentes, nomeadamente através de fotografias ou vídeos, o consentimento informado deve ser prestado, de forma expressa, pelo doente ou pelo respectivo representante legal se for o caso, devendo constar no respectivo formulário os fins e a audiência a que se destina a publicação. Nestes casos deve ainda constar expressamente o eventual risco de divulgação por meios electrónicos, caso exista. Poderão ser seguidas, neste âmbito as recomendações do General Medical Council, de 2011, “Making and using visual and audio recording of patients” ou do Institute of Medical Illustrators, do Reino Unido, de 2006, “Consent to Clinical Photography”.

3-Tendo em conta o espírito do

artigo 53º do Código Deontológico que estabelece que *“Sempre que o médico, chamado a tratar um menor, um idoso, um deficiente ou um incapaz, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus -tratos ou assédio, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades competentes”* sempre que as publicações reflectam intervenções com implicações nos direitos de personalidade ou digam respeito a casos individuais ou a grupos de doentes particularmente vulneráveis, devem mencionar expressamente o cumprimento da legislação e convenções nacionais e internacionais aplicáveis.

4-Tal como consta do artigo 19º do Código Deontológico *“A publicação de estudos, investigações ou descobertas científicas deve ser feita através de revistas ou de outras publicações de carácter estritamente técnico-científico, sendo vedada a sua publicação noutros meios de comunicação social com fins de autopromoção”* sendo *“obrigatória a menção de eventuais interesses em presença”*. Assim, deve ser considerada falta ética, com fins de auto-promoção, a publicação de estudos em quaisquer órgãos de comunicação que não os de natureza técnico-científica, bem como a menção curricular das mesmas.

5-Tal como decorre do artigo 153º do Código Deontológico, *“Nas apresentações científicas, na actividade docente e na comunicação de resultados de investigação deve o médico revelar os seus interesses e outras relações com a indústria farmacêutica e outros fornecedores de dispositivos médicos.”* o seu não cumprimento constitui, igualmente, falta ética.

6-A publicação de estudos, investigações ou descobertas científicas deve ser considerada como estando abrangida pelas disposições do artigo 12º do Código Deontológico relativo à publicidade da actividade médica que se cita:

“1 — É proibida ao médico toda a espécie de publicidade que não seja meramente informativa das condições de atendimento ao público e da sua competência profissional, cujo título esteja reconhecido pela Ordem.

2 — É especialmente vedado aos médicos:

- a) *Promover, fomentar ou autorizar notícias referentes a medicamentos, métodos de diagnóstico ou de terapêutica, a resultados dos cuidados que haja ministrado no exercício da sua profissão, casos clínicos ou outras questões profissionais a si confiadas, ou de que tenha conhecimento, com intuítos propagandísticos próprios ou de estabelecimento em que trabalhe;*
- b) *Promover ou de qualquer forma incentivar a divulgação de agradecimentos públicos, qualquer que seja o meio de comunicação utilizado, relativos à sua qualidade profissional ou ao resultado dos cuidados de saúde que haja ministrado.*

3 — É particularmente grave a divulgação de informação susceptível de ser considerada como garantia de resultados ou que possa ser considerada publicidade enganosa.”

7-Nas comunicações científicas os respectivos autores devem identificar-se nos termos do artigo 18º do Código Deontológico, relativo a títulos profissionais e académicos, que se cita:

“1 — Para os efeitos dos artigos 14.º, 15.º e 16.º, não é permitido aos médicos a utilização em recei-

tas, tabuletas, cartões -de -visita, ou em quaisquer impressos utilizados e destinados à actividade clínica e acessíveis aos doentes, outros títulos para além dos adiante designados que ficam expressamente permitidos:

a) Médico — A todos os licenciados em Medicina inscritos na Ordem;

b) Interno do Internato Médico de... — A todos os médicos que frequentam o Internato da respectiva especialidade;

c) Médico Especialista (eventualmente seguido da indicação da especialidade, sub-especialidade ou competência reconhecida pela Ordem) — A todos os médicos inscritos nos quadros dos Colégios de Especialidade da Ordem e que possuam reconhecimento da sub-especialidade ou competência mencionada.

d) Graus de Carreira Médica — A todos os médicos especialistas que os tenham obtido;

e) Categorias, Graus e Títulos Académicos — A todos os médicos cuja categoria, grau ou título seja reconhecido por uma Universidade portuguesa e que exerçam ou tenham exercido de forma sustentada a docência da disciplina correspondente à actividade clínica divulgada.

2 — É particularmente vedado aos médicos utilizar na prática clínica quaisquer títulos ou designações derivados de provas, concursos ou formação nacional ou internacional que não correspondam à área específica de especialização clínica e que não tenham obtido a prévia concordância da Ordem.”

No caso de comunicações que em seja necessário proceder à respectiva tradução para outra língua, esta deve reflectir fielmente o espírito das normas deontológicas atrás mencionadas.

8-Considera-se particularmente relevante o cumprimento do

artigo 137º do Código Deontológico relativo a publicações e comunicações:

1 — *Nas publicações ou outras comunicações, o médico não deve anunciar qualquer resultado como sendo seu mérito exclusivo se o trabalho for desenvolvido por uma equipa, com a utilização dos conhecimentos de outros especialistas.*

2 — *É vedado ao médico ser autor ou co-autor de artigo ou comunicação para o qual não tenha contribuído directamente ou com o qual não concorde.*

Tendo em conta o artigo 136º do Código Deontológico, que define que “Os deveres de respeito e de igualdade devem também ser assumidos pelo superior hierárquico ou formador para com o formando”, deve ser considerada falta ética particularmente relevante a violação destes princípios por médicos formadores ou investidos de funções hierarquicamente constituídas.

II-A segunda parte deste parecer constitui uma sistematização de um conjunto de regras que, no plano ético, devem complementar as disposições já existentes no que se refere aos princípios que devem orientar a elaboração e publicação de artigos científicos, bem como, em especial, uma explicitação do conteúdo do artigo 137º do Código Deontológico atrás citado.

A-Fundamentação e Fiabilidade

-a publicação deve reflectir uma investigação realizada de forma responsável e de acordo com as disposições éticas e legais aplicáveis

-a investigação em causa deve ser cientificamente sólida e executada cuidadosamente

-devem ser usados métodos adequados e cientificamente válidos de análises de dados

-o tipo de análise estatística a usar deve ser definido no início do estudo e em caso de realização de análises estatísticas secundárias *or post hoc* as mesmas devem ser identificadas e explicadas

-os métodos e resultados devem ser apresentados de forma clara e sem ambiguidade, de acordo com as recomendações aplicáveis e de modo a ser permitida a sua replicação por outros autores

-os autores devem rever cuidadosamente as publicações, garantindo que os métodos e resultados são enunciados de forma rigorosa

B-Honestidade

-os resultados devem ser apresentados honestamente, sem falsificação, fabricação ou qualquer outra forma de manipulação

-no caso de utilização de quaisquer imagens estas não devem ser manipuladas de forma enganosa

-os resultados publicados devem ser completos, não devendo omitir dados inconvenientes, inconsistentes ou inexplicáveis que possam, de algum modo, refutar a interpretação ou conclusões dos autores ou conflitar com os interesses de eventuais patrocinadores.

-os autores têm o dever de alertar imediatamente os editores no caso de descobrirem um erro em qualquer comunicação submetida ou aceite para publicação ou já publicada e tem o dever de cooperar com os editores na respectiva correcção

-os autores não devem usar referências bibliográficas com o intuito de auto-promoção

-os autores devem identificar rigorosamente o trabalho de terceiros nas suas citações

-os autores não devem utilizar referências bibliográficas de publicações a que não tiveram a possibilidade de aceder

C-Equilíbrio e Ponderação

-a publicação de novos dados deve ser contextualizada de acordo com publicações anteriores, identificando os respectivos autores

-as publicações anteriores devem ser identificadas de forma completa e equilibrada, mesmo que não confirmem as conclusões propostas

-no caso de editoriais, a opinião do autor ou autores deve ser considerada como uma opinião e não como um consenso científico

-as limitações da investigação em causa devem ser mencionadas

D-Originalidade

-os autores devem respeitar a originalidade da sua publicação, garantindo que esta não foi publicada previamente em qualquer língua

-as publicações não devem ser submetidas simultaneamente a mais do que uma revista, salvo concordância dos respectivos editores

-a publicação duplicada, definida como a publicação de um artigo substancialmente idêntico a outro previamente publicado, sem que haja menção clara à publicação prévia, não é eticamente admissível

-no caso de submissão de um artigo científico cujo conteúdo foi, ainda que parcialmente, objecto de publicação, os autores devem

fazer menção expressa deste facto, providenciando cópias comprovativas junto dos editores -as publicações efectuadas após a realização de relatos preliminares (cartas ao editor, sumários em livros de resumos de congressos científicos, exibição de posters, conferências) não são consideradas publicações duplicadas.

-no caso de co-publicação, a sua existência deve ser mencionada em todas as revistas envolvidas

-os autores devem respeitar as normas aplicáveis a direitos de autor e a utilização de material sujeito àquelas normas deve ser objecto de autorização adequada -as publicações relevantes, de outros autores ou dos próprios, deve ser adequadamente reconhecidas e referenciadas e sempre que possível devem ser citadas as publicações originais

-quaisquer elementos constantes da publicação, que não resultem do trabalho dos próprios autores, devem ser identificados como citações e colocação entre aspas.

-os autores devem informar os editores se os resultados foram publicados previamente ou se estes, total ou parcialmente, estão em fase de publicação em outra revista

-os autores devem fornecer cópias de publicações relacionadas e submetidas a outras revistas

-publicações múltiplas com origem no mesmo projecto de investigação devem ser identificadas claramente e a publicação primária deve ser referenciada

-eventuais traduções e adaptações destinadas a diferentes audiências devem ser identificadas mediante o reconhecimento da fonte original e respeitar as convenções relativas a direitos de autor

-em caso de dúvida os autores

devem obter o consentimento da entidade responsável pela publicação inicial antes de qualquer republicação.

-a publicação secundária de artigos previamente publicados em outras revistas é admissível desde que:

1- os autores tenham recebido autorização dos editores de todas as revistas envolvidas.

2- a prioridade da publicação primária seja respeitada mediante a existência de um intervalo de publicação a definir pelos autores e editores envolvidos

3- o artigo da publicação secundária se destine a um grupo diferente de leitores

4- a publicação secundária reflecta os dados e conclusões da publicação primária

5- da publicação secundária conste que a mesma foi publicada, no todo ou em parte, em outra revista

6- o título da publicação secundária a indique como tal.

E-Transparência

-existe conflito de interesses quando o juízo profissional relativo a um interesse primário (por exemplo a exactidão de uma publicação científica) é influenciado por um interesse secundário (por exemplo um benefício financeiro ou curricular)

-os autores devem revelar quaisquer conflitos de interesses (financeiros ou outros) que possam influenciar as respectivas publicações

-os autores devem identificar nas suas publicações quaisquer fontes de financiamento directo ou indirecto, fornecimento de materiais ou equipamentos ou outro tipo de apoio, incluindo apoio estatístico ou logístico

-os autores devem revelar o pa-

pel de entidades promotoras ou financiadoras na concepção, execução, análise, interpretação e publicação da investigação em causa, caso existam

-as entidades que, de algum modo, financiem ou patrocinem a investigação que fundamenta a publicação, não devem ter a capacidade de vetar a publicação de resultados que possam desfavorecer os seus produtos, posição comercial ou imagem.

-os potenciais autores não devem aceitar quaisquer acordos que permitam às entidades promotoras ou financiadoras vetar ou controlar a publicação de resultados

-no caso de limitação à publicação de quaisquer dados, por imposição de entidades promotoras ou financiadoras, a mesma deve ser revelada.

-os autores devem esclarecer os editores, revisores ou leitores perante quaisquer dúvidas relativas a eventuais conflitos de interesses

-os autores devem respeitar as normas editoriais relativas a conflitos de interesses

F-Autoria verdadeira e agradecimentos

-a autoria de publicações deve reflectir e identificar de forma rigorosa as contribuições individuais de cada um dos autores -os autores de uma publicação científica devem, cumulativamente, preencher as seguintes condições

1-ter contribuído substancialmente para a concepção ou definição do trabalho OU para a aquisição, tratamento ou interpretação dos respectivos dados e resultados

2-ter elaborado o esboço da publicação OU ter procedido à re-

visão dos seus aspectos relevantes

3-ter aprovado a versão final destinada a publicação

4-assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos da publicação, assegurando desse modo que as questões relacionadas com a exactidão e a integridade da mesma sejam adequadamente investigadas e resolvidas

5-ter confiança plena na exactidão e integridade do trabalho dos restantes co-autores

-todos os co-autores devem aprovar o texto sujeito a publicação, em qualquer fase desta

-qualquer modificação da lista de co-autores após a submissão ou publicação de um artigo científico carece da concordância individual de cada um deles, incluindo aqueles que foram admitidos ou excluídos

-o autor correspondente deve ser considerado um elemento de contacto entre o editor e os outros co-autores devendo mantê-los informados de todos aspectos relativos ao processo de publicação, envolvê-los nas principais decisões relativas a esta (por exemplo, comentários dos revisores)

-o autor correspondente é o principal responsável pelo cumprimento dos requisitos editoriais, assegurando respostas atempadas aos quesitos colocados e deve assegurar a resposta a quaisquer questões ou a prestação de informações adequadas após a publicação.

-no caso de publicações em que a autoria é designada pelo nome de um grupo, o autor correspondente deve identificar além do grupo os respectivos membros que são considerados autores.

-a autoria honorífica, isto é, a inclusão como co-autores, de-

signadamente directores de departamento, de serviço ou de unidades ou orientadores de formação, por respeito, gratidão, receio ou troca interesseira, de alguém, que não preenche as condições acima referidas, não é eticamente admissível.

-é admissível a realização de agradecimentos ou a manifestação de reconhecimento a terceiros que, não podendo ser qualificados como autores, preenchem parcialmente as condições atrás referidas; incluem-se, neste âmbito, actividades de supervisão um grupo de investigação, de apoio administrativo, de apoio redactorial, de tradução ou de revisão de provas

-o autor correspondente deve obter consentimento escrito dos visados para a realização de agradecimentos ou manifestação de reconhecimento

-os autores devem assumir a responsabilidade pelas regras de co-autoria, não sendo da responsabilidade dos editores a resolução de eventuais conflitos quanto à qualificação de autor

-não é função dos editores de publicações científicas determinar quem preenche as condições de autoria científica ou arbitrar conflitos com esta relacionados

-as regras de co-autoria devem ser definidas institucionalmente e em abstracto em cada serviço, previamente à realização de uma publicação em concreto

-é da responsabilidade das instituições a que pertencem os autores de uma publicação, investigar e dirimir eventuais conflitos sobre a autoria da mesma.

G-Responsabilidade

-os autores devem estar familiarizados com o objecto da publicação

-os autores devem ser colectivamente responsáveis pelo conteúdo da publicação, sem prejuízo da existência e identificação de responsabilidades parcelares que devem ser identificadas na publicação, se for o caso.

-os autores devem colaborar com os editores ou responsáveis pela publicação, quando houver lugar à correcção de erros após a publicação

-os autores devem estar disponíveis para partilhar a informação científica objecto de publicação com outros investigadores, não devendo solicitar qualquer co-autoria como condição prévia à partilha da referida informação

-os autores devem responder de forma verdadeira e atempada aos comentários e questões resultantes das respectivas publicações

H-Respeito pela revisão por pares e normas de publicação

-os autores devem cumprir as normas referentes à não submissão simultânea de artigos para publicação em diferentes revistas

-os autores devem informar o editor da recusa em aceitar uma revisão ou da decisão de não responder aos comentários dos revisores, no caso de aceitação condicional para publicação.

-os autores devem respeitar os pedidos das entidades responsáveis pela publicação no que refere à não divulgação através de meios de informação não técnico-científicos de artigos aceites para publicação em revistas técnico-científicas, mas ainda não publicados

-os autores e as entidades responsáveis pela publicação devem coordenar entre si qualquer divulgação de informação junto de meios de informação não técnico-científicos

-as informações prestadas a meios de comunicação não técnico-científicos devem limitar-se a reflectir o trabalho realizado, não podendo violar as disposições relativas à publicidade médica atrás citadas.

I-Cumprimento de normas legais e éticas relativas à investigação em seres humanos e animais

-quaisquer intervenções relatadas em publicações científicas devem obedecer às disposições legais e deontológicas aplicáveis, nomeadamente à Declaração de Helsínquia, revista em 2013.

-é da responsabilidade dos autores, quando tal solicitado pelos editores, fazer prova de que o conteúdo da publicação respeita as normas legais e deontológicas aplicáveis, nomeadamente a Declaração de Helsínquia de 2013.

-em caso de dúvida quanto ao

cumprimento da Declaração de Helsínquia de 2013, os autores devem demonstrar junto dos editores que os seus procedimentos foram explicitamente aprovados pela Comissão de Ética competente

-os autores não devem, salvo consentimento do doente ou respectivo representante legal, publicar ou divulgar dados individuais que permitam a identificação dos visados

-no âmbito do processo de consentimento informado, deve ficar salvaguardada a possibilidade de difusão alargada da publicação em causa através da internet, em consequência das normas editoriais da entidade responsável pela publicação

-a obtenção de consentimento informado deve constar da publicação

-no caso de experimentação animal, os autores devem indicar as normas nacionais e institucio-

nais que regulam aquela experimentação.

-existindo responsabilidade ética de publicação de resultados em todos os ensaios clínicos, a publicação destes estudos deve ser efectuada, mesmo que invalide ou não valide a hipótese em teste

-os resultados de estudos de pequenas amostras ou que não demonstram significado estatístico devem ser publicados, visto poderem ser combinados, (por exemplo mediante meta-análise) para obtenção de informações mais conclusivas

-os autores fornecem aos editores os protocolos de investigação identificados em determinada publicação, quando para tal solicitados

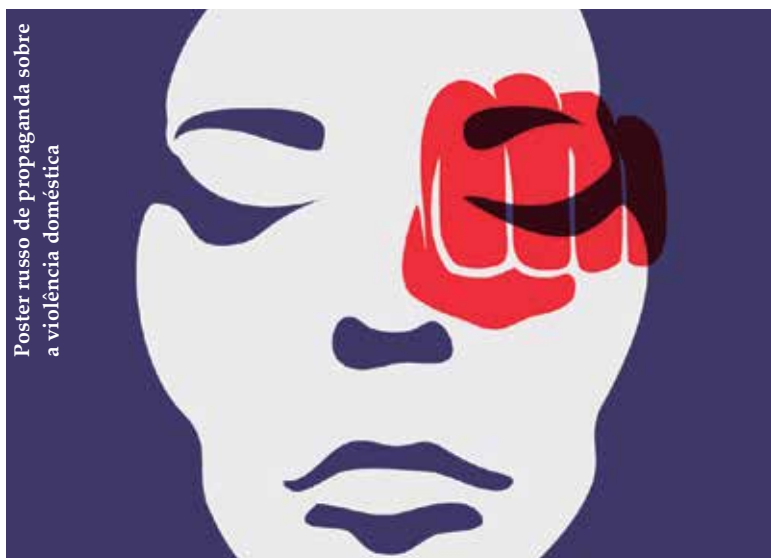
O Coordenador do CNEDM
Dr. Miguel Leão

Novas informações no site nacional da OM

Publicámos no site nacional (www.ordemdosmedicos.pt) informação diversa da qual destacamos: a bibliografia recomendada para o teste de escolha múltipla de Pneumologia, os critérios de avaliação da prova final de Internato de Oncologia Médica, informação sobre titulação em Medicina Intensiva, inquéritos aos serviços para atribuição de idoneidade de várias especialidades, um parecer aprovado pelo CNE a 13 de Novembro de 2015 sobre organização dos serviços de Anestesiologia nos hospitais portugueses (pode ser consultado na área deste Colégio no separador "pareceres"), diversos documentos emanados pela Associação Médica Mundial, informação sobre um estudo que pretende caracterizar atitudes e perspectivas dos médicos relativamente à utilização de benzodiazepinas da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian e o patrocínio da Ordem dos Médicos concedeu (que solicita aos colegas que respondam ao inquérito acessível através do site nacional); publicámos ainda informação sobre o 11.º curso breve de pós-graduação em consentimento informado e sobre conferências ("a economia social e as associações de doentes"; etc.), atualizámos o mapa de capacidades formativas para 2016 e divulgámos eventos de interesse cultural, nomeadamente os regulamentos dos prémios SOPEAM. Na bolsa de emprego foram incluídos diversos processos de recrutamento de médicos, quer para instituições de âmbito nacional quer internacional.

www.ordemdosmedicos.pt

Poster russo de propaganda sobre a violência doméstica



O segredo médico no contexto de violência doméstica

Parecer do departamento jurídico da Ordem dos Médicos sobre as questões ético-jurídicas no contexto da violência doméstica, relação médico/doente e segredo médico, nesse mesmo enquadramento.

Uma médica de família colocou-nos as seguintes questões:

- Em que circunstância pode um médico de família quebrar o sigilo profissional quando constate que uma sua doente é vítima de violência doméstica?
- Perante o conhecimento da situação de violência doméstica o **médico de família** está obrigado a denunciar o agressor a órgãos de investigação criminal/entidades judiciais?
- Que procedimentos deve o médico seguir para apresentar queixa face a um evidente caso da referida violência?
- Há alguma circunstância em que o médico possa conduzir ele próprio a vítima de violência doméstica a uma associação de apoio à vítima, sem o consentimento expresso desta?

Vejamos o que se nos oferece dizer. Para que se possam destringir, de uma forma clara, os diversos planos de abordagem da temática em apreço iremos, em primeira mão, tratar da vertente deontológica e ética e posteriormente, da vertente jurídico-penal.

Da abordagem deontológica

O sigilo médico representa um importantíssimo direito do doente e uma obrigação ética e deontológica do médico.

Na verdade, a medicina é uma profissão ao serviço da saúde, do ser humano e da colectividade, que deve ser exercida no maior respeito pelos princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da vulnerabilidade e da justiça.

O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do doente em benefício do qual deve agir com o máximo de zelo e o melhor da sua capacidade profissional.

O dever que o médico tem de não falar sobre os segredos que lhe foram revelados e factos de que tomou conhecimento no exercício da sua profissão é um dos elementos que conduzem à confiança do paciente no médico.

O direito do paciente à confidencialidade, isto é à preservação sigilosa das informações que prestar ao clínico, constitui um dos pilares

de sustentação da profissão médica e é assegurado, desde logo pela Constituição (art.º 26.º)¹, bem como pelo Artigo 139º do Estatuto da Ordem dos Médicos na versão aprovada pela Lei 117/2015, de 31.08², e pela demais legislação (art.º 195º do CP³), e outros normativos que nos escusamos agora de invocar.

O segredo médico é, pois, um mandamento privilegiado dos códigos éticos e deontológicos dos médicos constituindo um referente irrenunciável da auto-representação dos médicos em todo o mundo.

Facto é que o segredo médico não tem carácter absoluto e consequentemente, comporta excepções.

No que à matéria em apreço diz respeito verificamos que o artigo 53º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM)⁴ sob **a epígrafe** “Protecção de diminuídos e incapazes” consagra expressamente uma dessas excepções ao dizer: “Sempre que o médico, chamado a tratar um menor, um idoso, um deficiente ou um incapaz, verifi-

que que estes são vítimas de sevícias, maus-tratos ou assédio, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades competentes.”

Verificamos assim e desde logo que a deontologia médica, embora tenha como princípio basilar a preservação do sigilo para sustentação da relação de confiança médico/doente prevê que o clínico tenha a possibilidade de participar às autoridades policiais ou instâncias sociais competentes sempre que constate que um seu paciente menor, idoso, deficiente ou incapaz é vítima de maus tratos, sevícias ou assédio, ainda que o próprio doente não possa dar consentimento válido ou esteja impossibilitado de o veicular.

Para a deontologia e para a lei os maus tratos físicos ou psíquicos a um menor, a um idoso, a um deficiente ou a um incapaz são actos compreendidos no conceito de violência doméstica.

Face à letra da norma deontológica transcrita não resulta que esta excepção seja aplicável ao caso da vítima ser maior e estar capaz, como é o caso das agressões físicas e psíquicas entre cônjuges e entre companheiros^{5,6}.

Todavia, sempre se dirá que, em casos cuja intensidade ou reiteração sejam evidentes e as vítimas se encontrem numa situação de extrema fragilidade, o médico pode socorrer-se dos princípios éticos da Justiça e da Benevolência para, em defesa da saúde, da integridade física ou até da própria vida da vítima, requerer ao Presidente da Ordem a escusa de sigilo⁷ e efectuar a denúncia.

Tal pedido de escusa não pode prejudicar situações emergentes que devem ser imediatamente comunicadas às entidades de investigação criminal, designadamente ao Ministério Público que tem

competência para desencadear os mecanismos de protecção da vítima.

Dito isto releva, no entanto, sublinhar que, no âmbito da violência doméstica, quando não haja consentimento da vítima, o médico tem de ponderar cuidadosamente, caso a caso, os efeitos da sua participação às entidades de investigação criminal perante a possibilidade da quebra de confiança e ruptura da sua relação com o doente o que pode acarretar um eventual aumento do perigo para a saúde ou vida da vítima por reacção do agressor.

É, pois, imprescindível que o médico tenha uma relação sólida de empatia e confiança com o doente e alguma garantia de poder continuar o seu acompanhamento.

Só se respeitará efectivamente o doente quando o médico, com uma avaliação cuidada do risco, conjugue o princípio da segurança da vítima com a necessidade imperiosa da protecção da sua saúde ou mesmo da vida e conclua pela prevalência desta última.

Da abordagem jurídico penal

Actualmente o **crime de violência doméstica** encontra-se tipificado no artigo 152º do Código Penal, onde se estatui que:

“1 — Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:

- a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;
- b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
- c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou
- d) A pessoa particularmente indefesa,

nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite; é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2 — No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3 — Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:

a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;

b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

4 — Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

5 — A pena acessória de proibição de contacto com a vítima deve incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento deve ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.

6 — Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de 1 a 10 anos.”

Trata-se, pois, de um crime público, ou seja, basta que o Ministério Público adquira notícia do crime (por conhecimento próprio, por intermédio de órgãos de polícia criminal ou mediante denúncia) para que dê início ao procedimento criminal.

Por se tratar de um crime público a lei estabelece a obrigatoriedade

da sua denúncia por parte dos funcionários que tomem conhecimento dos factos no exercício das suas funções e por causa delas (artigo 242º CPP⁸).

Ao caso concreto dos médicos que trabalham no SNS e independentemente do vínculo jurídico-laboral que tenham (contrato de trabalho em funções públicas, contrato de trabalho ou prestação de serviços) a lei penal considera-os como funcionários públicos⁹.

É aqui, desde logo, que, para os médicos se coloca um verdadeiro dilema.

Com efeito, a referência que todos os médicos têm é a de que devem respeito ao sigilo profissional acima de outras imposições externas à relação médico-doente, sejam elas decorrentes da sua qualidade de funcionários públicos e da obediência a deveres próprios daquela qualidade, sejam elas correlacionadas com obrigações que estejam conexas com processos judiciais.

Na verdade, independentemente do vínculo de trabalho que o médico detenha, este está obrigado a guardar segredo de todos os factos que tenham chegado ao seu conhecimento em razão da sua profissão, quer os revelados directamente pelo doente ou por outrem a seu pedido, quer os apercebidos por ele, provenientes ou não da observação clínica, quer aqueles que foram comunicados por outro médico (*vide* art. 85º a 87º e 91º do CDOM).

Como acima se disse, a classe médica está sujeita estatutariamente a segredo profissional, sendo que a sua violação acarreta não só responsabilidade disciplinar, mas também responsabilidade civil e penal.

De ressaltar que o conhecimento dos factos, para que este tipo de

crime esteja preenchido, terá de ser necessária e exclusivamente obtido no exercício da actividade profissional.

Seguindo a letra da lei (e da deontologia médica), verificamos que **só existe violação do dever de segredo quando a revelação for feita sem consentimento do seu titular.**

Certo é que **a falta de consentimento não pode ser ultrapassada em nome de considerações do médico sobre o que, eventualmente, seja o melhor interesse do doente.**

A liberdade e autonomia da vítima prevalecem sobre a melhor gestão dos seus interesses.

Mas voltemos um pouco atrás, ao já indicado dever de denúncia obrigatória, onde se supõe a qualidade de funcionário do agente obrigado a segredo, para **questionar se o dever de denúncia prevalece ou não sobre o dever de segredo.**

Em nosso entender e, aliás, em consonância com a doutrina maioritária, **o dever de segredo deve prevalecer.**

Todavia são de aceitar **excepções** a esta regra, designadamente, quando ponderados os interesses em jogo se verifique que o **interesse preponderante não é** aquele que está ligado ao sigilo, ou seja, o da **reserva da intimidade da vida privada, mas** antes **sim outros** que lhe sejam **superiores**, designadamente **a saúde e a vida.**

Dito de outro modo, a justificação ocorrerá quando a revelação de segredo seja **necessária** para afastar **perigo iminente** que ameace interesses sensivelmente superiores, compreendendo-se como tal a saúde ou a vida.

No nosso entender **não são, por si só, interesses preponderantes relativamente ao segredo, a de-**

fesa dos valores do processo penal, nomeadamente a eficácia da justiça penal.

De resto a jurisprudência mais recente tem também concluído que *“a realização da justiça penal, só por si e sem mais, não figura como interesse legítimo bastante para justificar a quebra de sigilo.”*

“O princípio da unidade jurídica convoca a que se realize uma ponderação de valores verificando se os interesses que o segredo visa proteger são ou não manifestamente inferiores aos prosseguidos pelo processo penal.”

Podemos, pois, dizer que tem sido entendimento consensual que **o dever de segredo deve prevalecer sobre o dever de denúncia obrigatória**, só devendo admitir-se excepções a este princípio em casos extremados e quando se trate de menores, idosos, deficientes ou incapazes.

E quando dizemos “casos extremados” estamos a referir-nos a situações como as que acima aludimos em que a intensidade ou reiteração sejam evidentes e as vítimas se encontrem numa posição de tão grande fragilidade que obrigue o médico, independentemente da vontade daquelas, a denunciar a situação às autoridades de investigação criminal para protecção da saúde, da integridade física ou até da própria vida das vítimas.

No plano jurídico-penal diremos que o médico que nestas situações revele, por meio da denúncia, matéria sujeita a sigilo poderá afastar a ilicitude penal do seu comportamento por via de uma causa de justificação que se prende com a resolução de um conflito de interesses em que na sua ponderação foi levado a prosseguir aquele que para ele foi considerado o preponderante.

Em Conclusão:

Julgamos que os caminhos acima apontados, no que respeita ao sigilo médico, podem ser **sintetizados** do seguinte modo:

1. O **segredo médico é o pilar da relação de confiança que tem de existir entre o médico e o doente;**
2. A **preservação do sigilo deve ser o princípio a manter, sempre que a vítima não der consentimento para a revelação dos factos;**
3. A **obrigação de revelação junto das autoridades policiais ou instâncias sociais competentes existe sempre que se verifique que uma criança, um idoso, um deficiente ou um incapaz são vítimas de sevícias ou maus tratos;**
4. Em todas as outras situações em que a intensidade ou a reiteração da conduta do agressor são evidentes e põem em causa, de forma grave, a saúde, a integridade física ou a própria vida da vítima, **poderá o médico, ponderando a situação à luz dos princípios éticos da justiça e da benevolência, desvincular-se do segredo e efectuar a denúncia**

Dito isto parecem-nos respondidas as duas primeiras questões da consulente sendo de aconselhar quanto à terceira que a médica contacte com os serviços do Ministério Público e apresente uma denúncia formal (escrita) com base nos factos e dados clínicos que são do seu conhecimento.

Por último não vemos que caiba à médica e muito menos que faça qualquer sentido conduzir uma vítima de violência doméstica a uma associação de apoio à vítima, sem o consentimento expresso desta.

O Consultor Jurídico
Paulo Sancho
2015-10-28

Notas:

1- Constituição da República:

Artigo 26.º

Outros direitos pessoais

1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação.

2. A lei estabelecerá garantias efectivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.

3. A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica.

4. A privação da cidadania e as restrições à capacidade civil só podem efectuar-se nos casos e termos previstos na lei, não podendo ter como fundamento motivos políticos.

2- Artigo 139.º

Segredo profissional

1 — O segredo médico profissional presuppõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança e é condição essencial ao relacionamento médico -doente, assentando no interesse moral, social, profissional e ético, tendo em vista a reserva da intimidade da vida privada.

2 — O segredo médico profissional abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento do médico no exercício da sua profissão ou por causa dela e compreende especialmente:

a) Os factos revelados directamente pela pessoa, por outrem a seu pedido ou por terceiro com quem tenha contactado durante a prestação de cuidados ou por causa dela;

b) Os factos apercibidos pelo médico, provenientes ou não da observação clínica do doente ou de terceiros;

c) Os factos resultantes do conhecimento dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica referentes ao doente;

d) Os factos comunicados por outro médico ou profissional de saúde, obrigado, quanto aos mesmos, a segredo.

3 — A obrigação de segredo profissional existe quer o serviço solicitado tenha ou não sido prestado e seja ou não remunerado.

4 — O segredo profissional mantém-se após a morte do doente.

5 — É expressamente proibido ao médico enviar doentes para fins de diagnóstico ou terapêutica a qualquer entidade não vinculada ao segredo profissional.

6 — Exclui-se do dever de segredo profissional:

a) O consentimento do doente ou, em caso de impedimento, do seu representante legal, quando a revelação não prejudique terceiros pessoas com interesse na manutenção do segredo profissional;

b) O que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do médico, do doente ou de terceiros, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do bastonário;

c) O que revele um nascimento ou um óbito;

d) As doenças de declaração obrigatória.

3- Artigo 195.º (Código Penal)

Violação de segredo

Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias.

1- Em vigor à presente data naquilo que não contrarie o Estatuto da Ordem dos Médicos na versão aprovada pela Lei 117/2015, de 31.08, nos termos do nº 2 do artigo 3.º da dita Lei.

2- Podemos considerar de forma mais abrangente todas as pessoas com uma relação (presente ou passada) conjugal ou análoga, ainda que sem coabitação, ou uma relação de co-parentalidade, ou uma relação de coabitação e dependência da vítima face ao agressor.

3- A referida não inclusão resulta obviamente do respeito pelo princípio da autonomia da vontade.

1- Neste caso ao abrigo do preceituado na alínea b) do artigo 88.º do CDOM que diz estar excluído do dever de segredo o que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do doente.

1- Código de Processo Penal

Artigo 242º - Denúncia obrigatória

1 - A denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos:

a) Para as entidades policiais, quanto a todos os crimes de que tomarem conhecimento;

b) Para os funcionários, na aceção do artigo 386.º do Código Penal, quanto a crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.

2- Quando várias pessoas forem obrigadas à denúncia do mesmo crime, a sua apresentação por uma delas dispensa as restantes.

3- Quando se referir a crime cujo procedimento dependa de queixa ou de acusação particular, a denúncia só dá lugar a instauração de inquérito se a queixa for apresentada no prazo legalmente previsto.

1-Artigo 386.º - Conceito de funcionário

Para efeito da lei penal a expressão funcionário abrange:

a) O funcionário civil;

b) O agente administrativo; e

c) Os árbitros, jurados e peritos; e

d) Quem, mesmo provisória ou temporariamente, mediante remuneração ou a título gratuito, voluntária ou obrigatoriamente, tiver sido chamado a desempenhar ou a participar no desempenho de uma actividade compreendida na função pública administrativa ou jurisdicional, ou, nas mesmas circunstâncias, desempenhar funções em organismos de utilidade pública ou nelas participar.

2 - Ao funcionário são equiparados os gestores, titulares dos órgãos de fiscalização e trabalhadores de empresas públicas, nacionalizadas, de capitais públicos ou com participação maioritária de capital público e ainda de empresas concessionárias de serviços públicos.

3 - São ainda equiparados ao funcionário, para efeitos do disposto nos artigos 335.º e 372.º a 374.º:

a) Os magistrados, funcionários, agentes e equiparados de organizações de direito internacional público, independentemente da nacionalidade e residência;

b) Os funcionários nacionais de outros Estados, quando a infração tiver sido cometida, total ou parcialmente, em território português;

c) Todos os que exerçam funções idênticas às descritas no.º 1 no âmbito de qualquer organização internacional de direito público de que Portugal seja membro, quando a infração tiver sido cometida, total ou parcialmente, em território português;

d) Os magistrados e funcionários de tribunais internacionais, desde que Portugal tenha declarado aceitar a competência desses tribunais;

e) Todos os que exerçam funções no âmbito de procedimentos de resolução extrajudicial de conflitos, independentemente da nacionalidade e residência, quando a infração tiver sido cometida, total ou parcialmente, em território português;

f) Os jurados e árbitros nacionais de outros Estados, quando a infração tiver sido cometida, total ou parcialmente, em território português.

4 - A equiparação a funcionário, para efeito da lei penal, de quem desempenhe funções políticas é regulada por lei especial.

XVIII
CONGRESSO
NACIONAL DE
MEDICINA
IX
CONGRESSO
NACIONAL DO
MÉDICO INTERNO

**acto
médico**
dos médicos, pelos doentes

26-27-28 NOV 2015

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS DA SRNOM
Rua Delfim Maia, 405 - Porto

Miguel Guimarães,
presidente executivo do XVIII Congresso Nacional de Medicina
**Nunca como hoje o ACTO MÉDICO
foi alvo de tantas agressões**

Reproduzimos integralmente o discurso de abertura do XVIII Congresso Nacional de Medicina e IX Congresso Nacional do Médico Interno, proferido por Miguel Guimarães, presidente executivo e organizador deste importante evento que decorreu entre o dia 26 e 28 de novembro, no Centro de Cultura e Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

“Aproveito esta oportunidade para publicamente agradecer, nas pessoas dos colegas Lurdes Gandra, Fátima Carvalho, Mariana Brandão, António Araújo e Francisco Mourão, a todos os médicos que contribuíram para que este evento fosse possível. Da mesma forma, o nosso muito obrigado a todos os colaboradores da Ordem dos Médicos, regional e nacional, nas pessoas da Conceição Silva, Susana Borges e Rosa Soares, que deram um contributo inestimável para que este Congresso fosse uma realidade.

Uma palavra especial de agradecimento para os colaboradores da empresa CV&A Consultores que nos foram apoiando durante esta caminhada, e a todos os patrocinadores que tornaram

este evento possível e adequado ao momento financeiro actual.

Não posso deixar de evocar na nossa memória individual e colectiva o médico e cidadão do mundo que trouxe ao Porto uma nova dinâmica social, cultural e artística, uma nova movida centrada na sua ideia de uma cidade líquida e feliz. Honrar a sua memória é continuar a sua obra na cidade que tanto amou. Bem haja Dr. Paulo Cunha e Silva.

Hoje celebramos mais uma vez a Medicina Portuguesa e os princípios e valores que devem estar subjacentes ao seu exercício.

Neste congresso lançamos o desafio de pensar o acto médico, o tema central deste encontro.

Nunca como hoje o ACTO MÉDI-

CO foi alvo de tantas agressões.

Na relação médico-doente os atropelos externos sucedem-se em catadupa:

A imposição de tempos de consulta absurdamente curtos;

A sobreposição de tarefas e os tempos prolongados de actividade consecutiva;

O não cumprimento de descansos compensatórios;

O acesso limitado ou negado a tratamentos (inovadores ou não), dispositivos médicos, materiais clínicos ou equipamentos;

A informatização excessiva e disfuncional com repercussões negativas na humanização da medicina;

As intervenções cirúrgicas, que, cada vez com mais frequência, não têm face por decisões institucionais.

“...A desqualificação da profissão associada a um nível de responsabilidade sem precedentes, quantas vezes manipulado publicamente, desmotivaram e desacreditaram as pessoas obrigando-as a escolherem outras opções fora do SNS.”

Serão estas as melhores práticas? Não. São-nos impostas superiormente, vão-se instalando, e fazem perigar a qualidade do Acto Médico e a segurança dos doentes.

O Acto Médico assume relevância se considerarmos que evidencia a relação de confiança médico-doente, trave mestra no exercício da medicina, imbuída de valores que incluem a solidariedade, a humanização e o respeito pela dignidade e liberdade de escolha. E que tem sido de forma imprudente ignorado pelos responsáveis políticos e administradores e gestores de hospitais e centros de saúde. E esta situação tem-se estendido do sector público ao grande sector empresarial privado, onde os gestores de topo e intermédios centram excessivamente as suas preocupações nos números, no financiamento e nos lucros, em detrimento claro da valorização das pessoas.

Não será este o motivo porque nos últimos anos, milhares de médicos emigraram ou se aposentaram de forma antecipada? E outros tantos optaram apenas

pelo sector privado?

O respeito pela dignidade das pessoas e as indecorosas condições de trabalho ultrapassaram os limites minimamente aceitáveis, e a desqualificação da profissão associada a um nível de responsabilidade sem precedentes, quantas vezes manipulado publicamente, desmotivaram e desacreditaram as pessoas obrigando-as a escolherem outras opções fora do SNS.

Por outro lado, a indefinição jurídica sobre o Acto Médico, permite que outras pessoas e outros profissionais não médicos exerçam “medicina” sem que lhes possa ser imputada responsabilidade profissional ou outra, desde que não se intitulem formalmente como médicos.

Já para não falar daqueles outros que invadem a esfera de competências dos médicos, praticando actos para os quais apenas e só os médicos se encontram preparados e que, desse modo, incorrem no crime de usurpação de funções, não penalizável devido à ausência de legislação específica. Distintos convidados e caros colegas, quem não conhece os incontáveis anúncios publicitários na Comunicação Social, dos “consultórios” em formato físico ou digital, das linhas telefónicas directas, enfim, de um sem número de falsa ou duvidosa publicidade, em que a sigla DR ou PROF é abusivamente utilizada associada a anunciados actos médicos.

Talvez não seja por acaso que um médico nos EUA é identificado publicamente com a sigla MD!

Nesta medida, os verdadeiros prejudicados com esta falta de definição jurídica do acto médico são os doentes, que não estão preparados para distinguir o trigo do joio.

É essencial informar a sociedade civil e deixar o alerta aos decisores políticos da necessidade de enquadrar juridicamente o acto médico, como imperativo Constitucional, imperativo este já concretizado em praticamente todas as outras profissões na área da saúde.

Muitos outros argumentos poderiam ser dados para fundamentar a necessidade do referido enquadramento jurídico. No entanto, para defender os doentes e aumentar a sua segurança e o seu direito a informação verdadeira, daria apenas três: combater a corrupção, privilegiar a transparência de processos e procedimentos e eliminar os conflitos de interesses.

De resto, a sociedade civil não terá dificuldade em entender a premência de avançar com uma Lei específica do ACTO MÉDICO, sabendo que esta é uma Lei que se destina a proteger os doentes.

A proposta, devidamente fundamentada, já foi apresentada pela Ordem dos Médicos, e é suficientemente flexível e inclusiva para que possa ser aceite pela sociedade civil e pelo poder político. Na verdade, a proposta segue a definição do perfil profissional do médico definido nos Decretos-Lei das Carreiras Médicas.

Não se entende de que é que o poder político tem medo ou quais são as amarras ou estigmas que os levam a desconsiderar de forma sistemática o Acto Médico.

Será que consideram os médicos cidadãos incómodos por, independentemente da cor política do Governo, lutarem pela dignidade e pelos direitos dos doentes?

Estamos a viver momentos de grande angústia, instabilidade e



“De acordo com dados recentes da OCDE, as medidas do Governo de contenção da despesa no sector da saúde fizeram com que Portugal acabasse por cortar o dobro do que era exigido no Memorando de Entendimento com a troika.”

incerteza, e todos precisamos de acreditar que é possível existir mais transparência na sociedade, que é possível combater a grande e pequena corrupção, que é possível melhorar os níveis de segurança, que é possível viver numa sociedade mais justa e num mundo sem medo.

E este é, neste Congresso, o nosso

contributo para a sociedade civil, recolocando na agenda política a Lei do Acto Médico.

Queremos também contribuir para aproximar a comunidade médica e a sociedade civil, promover o debate e reflexão sobre o nosso papel na sociedade e no ‘estado da saúde’, e comemorar a qualidade da medicina portuguesa através da homenagem que irá ser prestada a alguns dos médicos que honram a Saúde e a Gestão em Portugal.

O desafio verdadeiramente titânico que os doentes e os médicos têm enfrentado nos últimos anos, não permite encarar o futuro com esperança sem a existência de uma liderança forte e uma estratégia sólida, concertada e inteligente.

Cada vez mais é imperiosa uma verdadeira união de todos na defesa daquela que é considerada a maior conquista social da nossa democracia: o acesso a um Serviço Nacional de Saúde público, universal e de qualidade.

Muitas têm sido as alterações le-

gislativas realizadas nos últimos anos, visando apenas a redução drástica da despesa no sector, com custos dramáticos na qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

Os profissionais de saúde, e em particular os médicos, sentem que são desqualificados e desacreditados perante a sociedade civil.

De acordo com dados recentes da OCDE, as medidas do Governo de contenção da despesa no sector da saúde fizeram com que Portugal acabasse por cortar o dobro do que era exigido no Memorando de Entendimento com a troika.

E as consequências estão à vista de todos e têm sido relatadas em alguns estudos e inquéritos recentemente realizados, que temos divulgado e destacado e que estão disponíveis para consulta no site [nortemédico](http://nortemédico.com).

Independentemente das percepções e opiniões divulgadas, com base nos estudos ou inquéritos referidos, que, de resto, traduzem na prática o sentir da sociedade civil

“Não podemos tolerar a continuidade de concursos e processos de recrutamento e escolha, reiteradamente conduzidos de forma irresponsável e incompetente, originando disfunções graves com reflexo no futuro dos jovens médicos, como os que aconteceram recentemente.”

que diariamente utiliza ou trabalha no SNS, a verdade dos factos, para além das percepções, não deixa margem para dúvidas:

- Entre 2010 e Maio de 2015 aposentaram-se 3031 médicos a nível nacional.

- Na região norte, entre Janeiro de 2010 e Dezembro deste ano, aposentaram-se 399 especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF), dos quais 384 (96%) de forma antecipada.

- Na região norte, entre 2012 e 2014 emigraram 232 médicos (119 em 2014). Os especialistas que mais optaram pela emigração eram de MGF. A principal razão que levou os médicos a emigrar foi a procura de melhores condições de trabalho.

- Dados publicados em 2011 pela OCDE/Federação Europeia de Médicos Assalariados mostram que Portugal é um dos países da Europa em que os médicos têm salários mais baixos (apenas Grécia, República Checa, Polónia, Hungria, Roménia e Bulgária ficam atrás de nós).

- A despesa pública com a Saúde, decorrente do orçamento de Estado, representa 5,9% do PIB. Entre os parceiros europeus, apenas Hungria, Polónia e Estónia investem proporcionalmente menos dinheiro público nos cuidados de saúde.

O investimento feito directamente pelos doentes na saúde represen-

tava 27% da despesa total registada em 2014. Um valor que coloca Portugal como o sexto país da OCDE que mais despesa individual exige à sua população.

- Entre 2011 e 2013 (PORDATA) já saíram da função pública cerca de 250.000 pessoas e já emigraram cerca de 350.000!

- O relatório de 2015 da OCDE diz que Portugal tem 4.3 médicos por mil habitantes, sendo o 4º país com maior número relativo de médicos. Número muito superior à média de 3.3 dos países da OCDE.

Mas será que a percepção de falta de médicos é um mito ou uma realidade?

Analisemos os factos.

- O número da OCDE refere-se a todos os médicos habilitados para a prática médica, independente-

mente de exercerem medicina, estarem aposentados (desde que inscritos na OM) ou trabalhem no sector público, social ou privado.

- Quando se fala em falta de médicos, estamos sempre a referir o SNS. Nunca o sector social ou privado. E quantos médicos trabalham no SNS? De acordo com os dados mais recentes publicados pela ACSS trabalham no SNS 26960 médicos (isto é, 2,6 médicos por mil habitantes). E este número inclui mais de 8000 médicos que neste momento se encontram a realizar o internato médico e, como tal, não são especialistas, com todas as limitações práticas daí decorrentes. Com 2,6 médicos por mil habitantes, Portugal estaria na cauda da Europa e dos países da OCDE.

- Os estudos universitários independentes sobre a evolução prospectiva de médicos no nosso sistema de saúde, indicam que, para as necessidades previsíveis de acordo com as variáveis conhecidas, é necessário formar cerca de 1200 a 1300 especialistas por ano. A nossa capacidade formativa situa-se actualmente nos 1500 a 1600 médicos especialistas por ano, o que é clara-



mente superior às necessidades previstas.

- O *numerus clausus* para acesso ao curso de medicina entre 1995 e 2014 aumentou 396%, situando-se, desde 2010, acima de 1800 estudantes de medicina por ano. Número muito superior à capacidade formativa das escolas médicas e à capacidade das várias unidades de saúde para formar especialistas. O que a curto prazo pode conduzir à existência de centenas de médicos indiferenciados com todas as consequências negativas daí decorrentes.

- Nos últimos quatro anos, e de forma invulgar, emigraram centenas de médicos, milhares aposentaram-se de forma antecipada e muitos optaram apenas pelo sector privado.

A resposta é pois simples. Faltam médicos no SNS. E o país tem no geral mais médicos que os necessários, embora exista desequilíbrio por falta de planeamento e organização do trabalho em algumas especialidades e regiões.

Não podemos tolerar, a continuidade de concursos e processos de recrutamento e escolha, reiteradamente conduzidos de forma

irresponsável e incompetente, originando disfunções graves com reflexo no futuro dos jovens médicos, como os que aconteceram recentemente. E que não ajudam a fixar médicos no SNS. Como é possível que o presidente da ACSS e a sua equipa ainda continuem em funções?

Haja vontade e bom senso e o SNS pode ter os médicos de que necessita.

Neste cenário real, não é difícil imaginar os pequenos milagres diários que as instituições e os profissionais estão obrigados a realizar para manter um nível de resposta aceitável às populações.

O que mudou então para que, desde 2011, tantos médicos tenham decidido aposentar-se antecipadamente, mesmo com grandes penalizações pessoais? Ou para que a taxa de emigração tenha aumentado de forma exponencial?

A resposta não é difícil.

A desqualificação e a forma indecorosa como muitos médicos têm sido tratados, o degradar das condições de trabalho, o aumento da pressão na relação médico-doente, os sucessivos cortes salariais, a imposição de sistemas informáticos

disfuncionais, o aumento dos casos de violência contra profissionais de saúde, o clima de “medo e censura” instalado, as constantes transformações legislativas no que respeita ao acesso à aposentação e o incumprimento na aplicação prática e transparente das carreiras médicas, ajudam a explicar a maioria daquelas decisões.

Recuperar o tempo perdido e as feridas infligidas ao SNS não é tarefa fácil. Reanimar a qualidade e humanização da Medicina é uma obrigação de todos nós. É a nova missão para a Saúde.

É imperioso romper com a visão de curto prazo. A visão da sustentabilidade ‘atrapalhada e cega’ a qualquer custo. A visão da diminuição imediata da despesa sem qualquer preocupação pelos danos colaterais. A visão que centra a Saúde nas finanças e não nos doentes. A visão que não respeita a dignidade das pessoas e limita a sua liberdade de expressão. A visão que não distingue o essencial do acessório. A visão que nos pode conduzir a um caminho sem retorno.

A Saúde necessita de uma nova agenda que seja mobilizadora de uma política diferente, independente da cor política do Governo. Uma política mais próxima das pessoas. Mais próxima dos doentes e dos profissionais de saúde. Em que a sustentabilidade seja um meio e não um fim em abso-luto. Em que seja preservado o que conseguimos fazer de bom e de bem. Em que o combate ao desperdício seja objectivo, transparente e sem ‘compromissos’ ou ‘desperdícios’ políticos. Em que a instabilidade não seja uma ameaça constante. Em que o doente ocupe a posição central de todo o sistema. Em que a Medicina seja valorizada e respeitada.

“O que mudou (...) para que a taxa de emigração tenha aumentado de forma exponencial? (...) A desqualificação e a forma indecorosa como muitos médicos têm sido tratados, o degradar das condições de trabalho, o aumento da pressão na relação médico-doente, os sucessivos cortes salariais, a imposição de sistemas informáticos disfuncionais, o aumento dos casos de violência contra profissionais de saúde, o clima de “medo e censura” instalado, (...) ajudam a explicar...”

“A qualidade e evolução permanente da medicina portuguesa necessita do contributo activo dos jovens médicos. Sem eles, o SNS fica mais pobre e fragilizado.”

Temos que ser nós a contribuir para uma reforma na Saúde que seja consistente, estável e se traduza num serviço público de excelência.

A defesa dos doentes e do seu direito a cuidados de saúde qualificados é um imperativo moral. O SNS tem sido e é absolutamente indispensável numa sociedade que preza os direitos humanos. O respeito pela dignidade do ser humano, a igualdade de acesso e tratamento e a solidariedade social são o código genético em que assenta o nosso SNS. Por isso, a sua sustentabilidade é obrigatória, é um factor decisivo de coesão social.

Temos que saber encontrar nas nossas diferenças aquilo que nos une.

Este é o momento de, mais uma vez, agregarmos esforços e assumirmos em conjunto os desafios que são de todos nós (sociedade civil, médicos e políticos).

Um país com quase nove séculos de história tem de honrar o seu passado e saber construir o seu futuro. Com confiança e sem medo.

Como disse o fundador do SNS ‘só é vencido quem desiste de lutar’.



Os médicos, que dignificam e prestigiam a instituição que, neste momento, também tenho o privilégio de representar, mantêm viva a arte do exercício da medicina, dedicando uma parte substancial do seu tempo aos seres humanos doentes, e respeitando e fazendo respeitar a ética e a deontologia associadas às boas práticas médicas.

O seu papel e responsabilidade na formação médica a diversos níveis, tem contribuído para que Portugal tenha especialistas de elevada qualidade.

E cumprindo o Juramento de Hipócrates têm dado o seu precioso contributo para a passagem gradual do testemunho aos mais novos.

Aos jovens médicos manifesto o desafio para que sejam exigentes na defesa . da qualidade da formação médica,

. da ética e deontologia da profissão,
. das boas práticas médicas,
. da humanização da medicina,
. dos direitos dos doentes,

O vosso papel na sociedade vai muito para além de ser médico. Não deixem que sejam outros a decidir por vocês.

A qualidade e evolução permanente da medicina portuguesa necessita do contributo activo dos jovens médicos. Sem eles, o SNS fica mais pobre e fragilizado.

Torna-se indispensável fazer uma reflexão crítica, profunda e consequente que nos permita entender melhor o passado e reforçar a confiança no futuro.

A Ordem dos Médicos estará sempre disponível para o debate consequente.

Termino, apelando ao nosso modo de ser genuíno e peço que a bandeira da ética e da qualidade dos actos médicos praticados prevaleça sobre todas as outras matérias. É que aquelas, em última análise, dependem mais de nós, médicos, e menos dos outros.

Bem Hajam. Muito obrigado pela Vossa atenção.”

José Manuel Silva

na sessão de abertura do XVIII Congresso Nacional de Medicina

“Defender os doentes é a principal missão da Ordem”

Centenas de pessoas reuniram-se durante três dias para debater o “Acto Médico - dos médicos, pelos doentes”, tema convocado pela Ordem dos Médicos para este XVIII Congresso Nacional de Medicina e IX Congresso Nacional do Médico Interno. O primeiro dia teve vários momentos marcantes: da sessão de abertura e assinatura de protocolos com Ordens de Países de Língua Portuguesa, à intervenção do Cardeal Patriarca de Lisboa, que falou sobre o exercício da Medicina, enquanto ciência humana e da conflitualidade que é inerente a essa condição, a painéis onde se debateu o acto médico, recorrendo a uma análise da evolução histórica, mas também com intervenções sobre os aspetos comparativos com o Brasil e as questões de âmbito jurídico em que o acto médico se assume “como um instrumento de defesa do profissional, mas sobretudo do doente”. A relação médico-doente foi outra temática discutida no dia 26 de novembro, com intervenções que focaram, entre outros aspetos: a multidisciplinariedade inerente à medicina, a necessária humanização constante, o excesso de justicialização da medicina, o excesso de informação sem “qualquer consequência prática na actividade clínica” mas que obriga o médico a focar-se na sua abordagem, etc.

“Nunca como hoje o acto médico foi alvo de tantas agressões”. As palavras são de Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte (CRN) da Ordem dos Médicos e presidente executivo do XVIII Congresso Nacional de Medicina e IX Congresso Nacional do Médico Interno, na sessão de abertura do evento, a 26 de Novembro último (discurso reproduzido integralmente nas páginas anteriores).

A imposição de tempos de consulta curtos, sobreposição de tarefas, não cumprimento de descansos compensatórios e informatização excessiva foram alguns dos “atropelos externos” identificados pelo dirigente, que minam a relação

médico-doente e contribuem para a emigração e aposentação antecipada dos clínicos.

A “indefinição jurídica sobre o acto médico”, que permite que “outros profissionais não médicos exerçam ‘medicina’ sem que lhes possa ser imputada responsabilidade profissional”, “desde que não se intitulem formalmente como médicos”, foi outro dos pontos destacados por Miguel Guimarães que, sublinhou, prejudica verdadeiramente os doentes, “não preparados para distinguir o trigo do joio”.

José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, elogiou o discurso do presidente executivo do congresso nacional, Miguel

Guimarães, e sublinhou também a necessidade de recolocar na agenda política a Lei do acto médico, considerando “absolutamente fundamental para os doentes”, um tema que perpassou os debates destes três dias de congresso e que “não foi uma temática escolhida por acaso” pois a Ordem dos Médicos considera “absolutamente essencial definir, defender a qualidade e preservar a dignidade do acto médico”. “Definir o acto médico é proteger os doentes do exercício ilegal da medicina e permitir que outros – que não nós, pois essa não seria uma competência da OM – possam se assim o entenderem instituir penalizações jurídicas para o



exercício ilegal da medicina, (...) defendendo os cidadãos de quem deles pretende abusar”, explicou José Manuel Silva.

José Manuel Silva falou igualmente da escolha feita para a abertura dos trabalhos: a entoação do hino nacional, por parte do coro da SRNOM, que inaugurou o congresso “num gesto simbólico de valorização do orgulho no nosso país, no que somos e no que podemos ser se fizermos por isso”. O bastonário e presidente do congresso mostrou-se “convicto” de que com o novo governo a questão do acto médico

voltará a estar em cima da mesa e manifestou o desejo de ver a definição legal de acto médico se tornar uma realidade durante o ano de 2016. O presidente da Ordem dos Médicos tocou noutros assuntos que têm merecido a atenção da Ordem dos Médicos: a adequação dos *numerus clausus* quer às nossas necessidade em termos de prestação de cuidados de saúde quer “às nossas capacidades formativas máximas”, sublinhando que a pressão que está a ser exercida sobre a capacidade formativa pré-graduada é exercida também sobre os doentes que

“A melhor forma de prevenir em Saúde é lutar contra as desigualdades sociais”

José Manuel Silva

são rodeados por vários médicos que querem aprender, praticando actos invasivos. “Se isso não é uma invasão física é pelo menos uma invasão da privacidade do doente”. José Manuel Silva frisou que “defender os doentes é a principal missão da Ordem”, referenciando que “médicos e doentes pretendem o mesmo: preservar a qualidade nos cuidados de Saúde” e que “a defesa do direito dos doentes a serem atendidos em serviços de saúde de qualidade é a segunda missão da Ordem dos Médicos segundo os novos estatutos”; a defesa dos doentes é, portanto, uma obrigação legal desta instituição.

A questão da recertificação também foi abordada, tendo José Manuel Silva referido o exemplo de outros países e salientou que o modelo das carreiras médicas – que tem sido elogiado e reconhecido internacionalmente como garante da qualidade da medicina portuguesa – é um dos instrumentos para abordagem da recertificação que é defendido pela OM mas que outros serão

“Reanimar a qualidade e humanização da Medicina é uma obrigação de todos nós. É a nova missão para a Saúde”

Miguel Guimarães

Protocolos de colaboração em formação pós-graduada com os PALOPs

José Manuel Silva saudou os bastonários de países de língua portuguesa presentes e referiu que, a anteceder o início dos trabalhos do Congresso Nacional de Medicina, decorreu uma reunião da CMLP – Comunidade Médica de Língua Portuguesa, na sequência da qual, houve lugar à assinatura – já durante o congresso – de protocolos de formação na área pós-graduada com as Ordens profissionais dos países de língua portuguesa. Estes convénios, que visam uma colaboração estreita entre instituições para potenciar a formação contínua dos respetivos médicos, foram assinados pela Ordem dos Médicos portuguesa e por:

- Ordem dos Médicos de Angola (representada pelo seu bastonário, Carlos Alberto Pinto de Sousa);
- Conselho Federal de Medicina (representado pelo seu presidente, Carlos Vital Tavares Correa Lima);
- Ordem dos Médicos de Cabo Verde (representada pelo seu bastonário, Júlio Barros de Andrade);
- Ordem dos Médicos da Guiné-Bissau (representada pelo seu bastonário, Agostinho N'Dumbá);
- Ordem dos Médicos de Moçambique (representada pelo seu bastonário, António Eugénio Zacarias);
- Ordem dos Médicos de São Tomé (representada pelo seu bastonário, Martinho Lopes do Nascimento);
- Associação de Médicos de Língua Portuguesa de Macau (representada pela sua vice presidente, Maria Dulce Maia Trindade).

Esteve ainda presente durante o congresso o presidente da Associação dos Médicos de Moçambique, Milton Tatia. A AMB - Associação Médica Brasileira não esteve presente por impossibilidade superveniente.

Estas organizações médicas fizeram parte da Comissão de Honra do XVIII Congresso Nacional de Medicina.



necessários pois as carreiras são de acesso voluntário e apenas se aplicam no sector público pelo que a Ordem terá que garantir um modelo de recertificação que se aplique aos que não têm acesso às carreiras, “para cumprirmos a nossa obrigação de garantir que todos os médicos que trabalham em Portugal exercem medicina com qualidade”.

Sobre “abusos e ameaças” (que afetam especialmente os médicos internos por estarem mais des-

protegidos) que fazem com que alguns acabem por ceder à pressão das administrações em trabalharem muito além das horas que seria razoável, o bastonário da OM explicou que está a ser feito um estudo nacional sobre exaustão e que está a ser discutida a elaboração de um regulamento do médico interno no serviço de urgência para minimizar as situações de abuso.

José Manuel Silva sublinhou que as questões sociais são determi-

nantes de saúde e que as desigualdades de acesso são um factor de risco de doença, pelo que a luta contra essas desigualdades é uma forma de prevenção da doença, refletiu.

“A má qualidade em Saúde não só é má para os doentes, mas também para a Economia”, alertou ainda, recorrendo ao relatório da Gulbenkian ‘Um futuro para a Saúde’.

Cardeal Patriarca e a conflitualidade



D. Manuel Clemente

O Cardeal Patriarca de Lisboa, D. Manuel Clemente, inaugurou o ciclo de conferências do XVIII Congresso Nacional Medicina com um discurso sobre “A conflitualidade dos tempos modernos e o poder decisório individual”. Na sua intervenção, não só abordou os conflitos experienciados pelo Homem em geral, como estabeleceu também um paralelo com o exercício da Medicina, enquanto “ciência humana”, fri-

sando que só por o ser apresenta maiores conflitualidades do que as que se debruçam sobre o reino animal ou vegetal. “Tentar entender e conjugar o que se manifesta conflitual, é próprio de quem se dispõe à verdade de pensamento e de prática, sempre exigente porque nos alarga a compreensão e purifica o propósito. A realidade apresenta-se plena de tensões íntimas e internas, que não se eliminam sem mais. Eliminá-

-las significaria eliminarmo-nos a nós, como pensamento da realidade. De consciência a consciência, assim se hão de tomar decisões, mais integradoras do que fraturantes. Porque a consciência, sendo pessoal, é relacional, de cada um para todos, de todos para cada um e de todos para todos. Relacional e não excludente, antes salvaguardando a própria vida como totalidade”, concretizou o clérigo, sublinhando que, no caso dos clínicos, está em causa a salvaguarda da vida humana.

“Uma ordem profissional, como a vossa, deve ser por excelência instância de reflexão e partilha, onde a consciência se forma sempre, com a realidade que não dispensa nunca. Num exercício como o vosso, onde as questões fundamentais do viver e do sobreviver são ineludíveis, a formação da consciência é tarefa necessariamente partilhada, dado o carácter conflitual ou tensional que geralmente transportam”, acrescentou.

D. Manuel Clemente terminou a sua exposição com duas alusões ao fundador do Cristianismo, citando passagens dos evangelhos de São Lucas e de São Mateus, em que Jesus rejeitou o apressar do triunfo do bem, que implicaria a destruição de qualquer oposição ou conflito.

Acto Médico



Com o presidente do CRNOM a moderar a mesa, arrancou o primeiro painel do congresso, intitulado “Acto Médico”, que Miguel Guimarães descreveu como em versão “pura e dura”. Uma mesa que contou com as

intervenção de António Bracinha Vieira, Paulo Sancho e José Luíz Amaral.

“Passado, presente e futuro” do exercício técnico da Medicina foi o tópico desenvolvido por Bracinha Vieira, médico e professor

catedrático, que começou por referir que “o acto médico decorre de uma competência e visa uma eficácia, advém da tomada de uma decisão, a partir de motivações e fundamentos que formam o juízo crítico e implica



Paulo Sancho



José Luiz Amaral

uma acção do terapeuta através de gestos técnicos especializados”, acrescentando que envolve a componente de “incerteza” e por vezes uma “margem de risco”, que leva o profissional a, numa deliberação consciente, pesar os benefícios e riscos com base na sua formação. “Tudo isto há de ser confiado a alguém com conhecimento e experiência, isto é, competência”, dado que opta, necessariamente, por “intervir de uma maneira e não de outra”, afirmou o académico sublinhando também a importância de o médico saber partilhar e esclarecer os utentes.

Uma vez que a sua exposição se prendeu com a evolução ao longo dos tempos, Bracinha Vieira considerou que “à medida que o cenário hipocrático vê os seus limites diluírem-se pela explosão tecnológica e a multidisciplinaridade no espaço do conhecimento científico (...) as fronteiras da ética deslocam-se e obrigam a uma reflexão que as traga de volta, visíveis e nítidas, escrevendo o reajustar dos deveres próprios da intervenção médica face aos direitos inabaláveis dos doentes”. Face ao momento

que vivemos, onde de acordo com Bracinha Vieira é perigosa a ‘bipolítica’, de Michel Foucault, “a intrusão dos mecanismos administrativos” em aspectos da vida humana como a actuação médica, e a interferência “das grandes indústrias farmacêuticas e outras”, “pela primeira vez em quatro séculos de medicina científica”, “na imparcialidade das conclusões e transparência dos critérios de prova”, o orador questionou: “Poderá a ciência vir a ser inflectida?”, “Como será a ciência? Inclinar-se-á para

poder contra ética num espaço crescente de obscuridade?”.

Num discurso apoiado em autores diversos, terminou com uma menção a Aquiles e à “Ilíada”, que a seu ver é a “primeira representação de um acto médico” e ilustra o seu “sentido humano” e a sua actualidade, concluindo dizendo que “a grande diferença é que a antiguidade se gizava em função da fatalidade do destino e a modernidade em função das nossas escolhas livres”.

Dada a palavra a Paulo Sancho,



Bracinha Vieira



António Araújo e Lurdes Gandra

consultor jurídico do Conselho Nacional Executivo (CNE), foi explanada a importância de se avançar com o enquadramento jurídico do acto médico “como instrumento de defesa do profissional, mas sobretudo do doente”.

Depois de expor algumas das “muitas discussões e iniciativas legislativas” das últimas décadas, como a do governo de Guterres que, em 1999, terminou com o veto do diploma pelo então Presidente da República, Jorge Sampaio, defendeu: “Desde a década de 80 que esta guerra da Ordem é sistemática, é anual, é uma insistência que faz todo o sentido”.

Por fim, considerou que não é através da “criação única de uma legislação do acto médico” que se conseguirão resolver todos os problemas, como o perigo de outros profissionais praticarem “actos próprios de uma profissão para o qual não está habilitado”, sugerindo uma alteração/revisão ainda no âmbito dos estatutos, ou, como acontece com os advogados, a existência de uma lei específica sobre o acto próprio que possa

ter censura penal ou uma vertente contra-ordenacional, que permita “dissuadir através da aplicação de multas”.

Para encerrar este primeiro painel, subiu ao púlpito José Luiz Amaral, ex-presidente da Associação Médica Mundial a quem foi atribuído no dia anterior, 25 de Novembro, o título de “Cidadão Honorário do Porto Cidade de Ciência”. O médico paulista recordou o contexto e a longa trajetória da legislação sobre o acto médico no Brasil, cuja discussão política se prolongou por 11 anos e 27 reuniões técnicas no Congresso Nacional, até à aprovação final em 2013. O antigo líder da Associação Médica Brasileira lembrou que a “primeira dificuldade” foi gerar consenso entre médicos, sendo que o Brasil tem mais de 400 mil profissionais e o “entendimento nem sempre é fácil”, acrescentou. Depois vinham as 14 profissões reguladas no sector da Saúde e um intrincado processo político, que envolve um sistema de duas câmaras parlamentares e um possível veto presidencial.

Para Amaral, os “objectivos iniciais foram muito claros: definir a competência dos médicos e definir os seus limites”, conquistando autonomia para exercer livremente a profissão. Esse limite foi respeitado, lembrou, ao terem conseguido “dizer que o médico (para exercer) tem de ser de uma certa maneira”, mas as acções exclusivas (ou “privativas”, no Brasil) dos médicos, e que constavam da proposta inicial apresentada no Senado, não foram totalmente respeitadas. Desde logo, uma especialmente importante: “foi vetada como atividade privativa dos médicos a formulação de diagnóstico da doença e a respectiva prescrição terapêutica, que era exactamente como começava o projeto de legislação de 2002”, sublinhou José Luiz Amaral, que acrescentou outros vetos como o atendimento de pessoas com risco de morte eminente, a realização de exames citopatológicos ou a colecta de material biológico. Apesar dos 10 vetos que Dilma Rousseff aplicou no diploma final, o acto médico brasileiro salvaguardou como áreas exclusivas a intervenção cirúrgica, os procedimentos invasivos, a coordenação da ventilação artificial, a anestesia, a determinação de prognóstico, o internamento e a nota de alta, a perícia médica e a atestação de óbito. Outra ‘vitória’ legislativa, sublinhou o convidado, foi a manutenção do poder de auto-regulação profissional no Colégio Federal de Medicina. O balanço final, confessou o antigo dirigente, não foi favorável: “depois de 11 anos de tentativa de convencimento, pensávamos que fosse bem diferente. O resultado ficou muito aquém do que gostaríamos”.

Acto Médico e Humanização



Roberto Pinto



Sobrinho Simões



Carlos Mota Cardoso

No segundo painel do primeiro dia de trabalhos abordaram-se três perspectivas distintas sobre a relação médico-doente, com as presenças de Manuel Sobrinho Simões, Roberto Pinto e Carlos Mota Cardoso. A moderação esteve a cargo do presidente da SRS da Ordem dos Médicos, Jaime Teixeira Mendes.

O investigador e director do Ipatimup fez uma verdadeira exegese dos novos conceitos que pululam na Medicina contemporânea, numa palestra onde se propunha a reflectir sobre o futuro e a evolução da actividade médica. Sobrinho Simões começou por recordar a transição de uma “Medicina baseada na evidência”, para a “Medicina personalizada” - dois conceitos que “não podiam ser mais infelizes” na sua opinião – e, mais recentemente, para a “Medicina de precisão”, um título que decorre da evolução do conhecimen-

to genético. Igual a si próprio, o convidado deteve-se neste último conceito a que chamou de “engano do século”, por se basear na ideia falsa de que “por sabermos tudo sobre o genoma e por termos uma enorme quantidade de dados, vamos solucionar todos os problemas concretos”.

O facto é que a teoria da precisão está a fazer o seu caminho e até Obama, recordou o convidado, pôs o National Institute of Health a “tratar de uma quantidade de informação massiva”, que depois não tem qualquer consequência prática na actividade clínica. Para Sobrinho Simões, este cenário “é muito baseado na indústria” e no postulado do “big data”, que promete “dar resposta a tudo” e que resume tudo ao sufixo “ics”: do ‘genomics’ ao ‘bionics’. “Tudo isto é muito questionável e tenho sérias dúvidas de que vá resolver o problema. Temos os mesmos

genes de há 10 mil anos, portanto é errado pensar que a genómica vai resolver tudo”, aprofundou o investigador, lembrando que há um quadro relativamente estável de evolução das doenças civilizacionais. Apesar de tudo, reconheceu que “tudo isto veio para ficar” e que cabe aos médicos saber conviver com a nova realidade, ressaltando um conjunto de comportamentos como a atenção, a competência e a eficácia. “É fundamental distinguir o principal do acessório. Se, no meio desta informação toda, não formos capazes de ter uma navegação, estaremos perdidos”, sugeriu, acrescentando a importância de “evitar o sobre-diagnóstico e o sobre-tratamento” e “termos respeito pelo outro”.

O ex-coordenador do CNMI, Roberto Pinto, falou na qualidade de ‘médico-júnior’ sobre a relação com o doente e começou por afirmar “não acreditar” que a sua vi-



Jaime Teixeira Mendes

são “seja muito diferente da visão de um sénior”. “O que há é desafios diferentes”, explicou, lembrando que a visão “romântica” da Medicina está hoje um pouco ultrapassada pelo primado da tecnologia.

Mas o colega do Centro Hospitalar de São João não vê esta nova realidade com “fatalismo”. Antes com pragmatismo, num contexto em que o médico “se relaciona com muitas outras profissões”. “Vivemos uma era multidisciplinar, em que o médico é o decisor final. Isto, apesar de tudo, é um privilégio”, considerou, lembrando que caberá ao clínico agregar toda a informação diagnóstica e saber

envolver o doente na decisão, “em vez da tradicional consulta de três em três meses”. “É o fim do paternalismo”, acrescentou Roberto Pinto, aludindo a uma mudança de paradigma em que se deixa de “olhar o médico como alguém que não merece discussão” e se passa a ver um “aconselhador”. Na perspectiva do antigo dirigente, esta partilha do processo de decisão e empowerment do doente terá como aspeto negativo uma maior “justicialização” da Medicina. Por outro lado, face ao envelhecimento da população e aumento das despesas com doenças crónicas, o médico terá também de ser um “gestor” e saber “quando parar”. “É um dos aspectos mais difíceis”,

assinalou Roberto Pinto, numa era marcada pelo “intervencionismo”.

Finalmente, Carlos Mota Cardoso reflectiu sobre a humanização do acto médico, enquanto clínico sénior. Num tom mais reflexivo, o psiquiatra caracterizou o doente como um “sofrente”, que procura no profissional apoio e consolo na sua condição. Nesse sentido, Mota Cardoso considera “o encontro pessoal determinante a absolutamente decisivo” para o restabelecimento da saúde dos doentes e por isso, o que médico “tem de fazer é levar o doente a mergulhar na atmosfera dos medos e a compreender a gerir o sentimento de morte enquanto dimensão existencial da vida, enquanto vector que dá sentido à própria vida”. Assumindo que esta relação “é diferente da pessoa para pessoa” e depende de várias “circunstâncias”, o psiquiatra reforçou a questão da proximidade e do “vínculo”. Um vínculo “*sui generis*”, “não repetível” e “não comparável a nenhum vínculo inter-humano”, que Mota Cardoso entende ser semelhante ao fio de Fio de Ariadne. “O fio iluminado, que liga dois pontos: um para socorrer, outro para ser socorrido”.



Acto médico e formação, responsabilidade e exercício profissional

"O que pretendemos no ensino médico é formar médicos competentes" - José Fernandes e Fernandes

Os trabalhos do XVIII Congresso Nacional de Medicina e IX Congresso Nacional do Médico Interno foram retomados na Sexta-feira de manhã para falar sobre "Acto Médico e Formação", num painel moderado por Catarina Matias, e composto por Alberto Abreu Silva, José Fernandes e Fernandes, Carsten Morhardt e João de Deus. Intervenções que tiveram como palavras-chave interdisciplinaridade, repartição de tarefas, responsabilidade, investigação, humanização e educação médica contínua.

Alberto Abreu Silva, presidente da Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) foi o primeiro orador da sessão, versando sobre "Expectativas e ambição no ensino pré-graduado". No seu discurso, o dirigente associativo tocou em pontos importantes relativos à medicina científica que experienciamos neste século, do ponto de vista do estudante, sublinhando que "o principal actor na sala é o aluno" e apelando à capacidade dos docentes cativarem os alunos. O envolvimento do estudante foi também destacado, nomeadamente ao nível das actividades extracurriculares e participação activa na sociedade, assim como a aposta nas capacidades de investigação, tecnologia educacional - fomentando o contacto com software, simulação e modelos digitais 3D - e abordagem diferente de como os estudantes devem ser avaliados, baseada nas



José Fernandes e Fernandes

suas competências.

Na sua apresentação fez ainda referência aos modelos evolutivos, importância da humanização e desenvolvimento curricular, focando-se em temáticas como o entendimento da realidade de outras profissões da área da Saúde – de modo a "melhorar a saúde pública" – e os recursos humanos, sustentado no Estudo sobre as Condições Pedagógicas das Escolas Médicas Portuguesas realizado pela ANEM, dando especial atenção à realidade do ensino em meio clínico.

José Fernandes e Fernandes, ex-di-

rector da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) e director de serviço do Hospital de Santa Maria, prosseguiu abordando "Os novos paradigmas da formação pré-graduada", momento de "preparação para a aquisição de uma especialização e treino permanente durante toda a vida".

"Existem grandes desafios para a sociedade do século XXI", afirmou o palestrante, dando como exemplos o respeito pela vida, liberdade e democracia, solidariedade social e geracional, equidade no acesso aos bens sociais e meritocracia e



Catarina Matias



Alberto Abreu Silva



Carsten Morhardt

responsabilidade individual. À semelhança do orador anterior, Fernandes e Fernandes falou sobre medicina científica, inovação e tecnologia, incorporação da inovação e custo benefício, ética e actuação “multidisciplinar e pluri-profissional”, para uma medicina cada vez mais centrada nos doentes, assente em “equipas” nas quais o médico desempenha um “papel liderante”. “Toda a educação médica deve privilegiar a importância da relação médico-doente, “esta é a pedra-toque de uma medicina moderna, humana, cientificamente baseada que serve os interesses da população”, defendeu, exemplificando mais tarde com a reforma que levou a cabo quando esteve à frente da FMUL, com o objectivo de estimular a investigação e orientação clínica não confinando “à universidade e Hospital” a formação médica, mas criando uma rede de instituições afiliadas, onde os alunos têm oportunidade de presenciar a realidade de outros centros hospitalares, criando opinião a partir da maior informação disponível. Na sua intervenção considerou também que a simulação “reforça o dinamismo e auto-aprendizagem”, permitindo “adquirir competências práticas” sem sujeitar os doentes à aprendizagem dos alunos e permitindo repetições sempre que necessário. José Fernandes e



João de Deus

Fernandes falou também sobre os desafios que a medicina enfrenta: o “envelhecimento activo, consequência da evolução demográfica das sociedades”, a “emergência de novas doenças para as quais temos de estar preparados”, “o impacto da ciência e tecnologia” e “defesa dos valores”.

“A formação médica especializada” foi objecto de desenvolvimento pelo terceiro orador convidado do painel, Carsten Morhardt, presidente da European Junior Doctors (EJD), que representa jovens médicos de 21 países europeus.

Morhardt começou por fazer uma retrospectiva da “visão que se tem do médico” e centrou-se numa ideia já defendida pelos colegas anteriores do “task shifting”, divisão de tarefas: “Já não somos o médico que trata, mas uma equipa que trata, liderada pelo médico”, afirmou, passando a expor os profissionais envolvidos e influência no sistema de saúde, e ilustrando com estatísticas, por vezes comparativas, relativas a vários países. O representante da EJD alertou ainda para a importância de se perceber o que os vários profissionais fazem “para poder dar ordens adequadas para tratamento”, assim como para as responsabilidades que acarta.

Coube a João de Deus, presidente da Associação Europeia de Médicos Hospitalares (AEMH), falar

sobre “A recertificação de competências médicas”, começando por traçar resumidamente a história no nosso país, até ao surgimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Chegando ao momento actual, afirmou que “com a crise a palavra de ordem foi agrupar” e que “o sistema neste momento está um pouco confuso”, mas que, ainda assim, conseguimos bons resultados, como ao nível dos indicadores de mortalidade infantil e Esperança Média da Vida. “Porque resultou?”, interrogou a assistência, defendendo em seguida que se deveu à organização, sistema de carreiras médicas –que apelidou de “espinha dorsal”–, auto-regulação e liderança clínica.

De acordo com João de Deus temos em Portugal uma óptima estrutura de internato médico, no entanto, frisou que depois de adquirir a especialidade “temos de continuar a aprendizagem”, salientando a relevância da educação médica contínua, sendo que “cada vez mais os doentes nos vão questionar” sobre a competência, aludindo também à sociedade de informação a que hoje pertencemos. O palestrante considerou que a recertificação deve destinar-se aos clínicos que estiveram afastados do exercício da medicina, elogiando o trabalho de José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, neste sector. Segundo o presidente da AEMH “as condições de trabalho dos médicos têm um papel crucial na segurança dos doentes” e há alguns desafios a superar em Portugal no Futuro: a existência de poucos formadores, “escravização” do trabalho, transferência de tarefas (“task shifting”), urgências e apoio à formação, e ainda outros como as idoneidades formativas, planeamento e concursos.

Os 190 anos da Faculdade de Medicina do Porto

Maria Amélia Ferreira

Maria Amélia Ferreira, directora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), foi a primeira conferencista do segundo dia do XVIII Congresso Nacional de Medicina e IX Congresso Nacional do Médico Interno.

Depois de resumidamente percorrer todas estas décadas de "história com futuro", Amélia Ferreira sublinhou que "a FMUP, através dos seus professores e estudantes, evidenciou sempre uma contínua e crescente esfera de influência social, facto decorrente do seu saber e aplicação do mesmo e também do profundo sentido de dever público e intervenção política de alguns dos seus membros". Destacou também que a faculda-

de que dirige "criou uma rede de instituições afiliadas no ensino clínico, onde a prática clínica é feita nas mais diversas instituições protocoladas com a Universidade do Porto" e que apoia o desenvolvimento e envolvimento em actividades extracurriculares, dando como exemplos a TUNA e grupo de teatro.

"Ao longo da sua história, a FMUP demonstrou um inconformismo constante e uma vontade determinada de evoluir no sentido da excelência, da liderança, na inovação e na qualidade dos seus serviços, sendo uma referência nacional e internacional entre os seus pares", afirmou. "São estes os 190 anos da FMUP, com futuro, no caminho de uma década



que marcará o bicentenário" do Centro Universitário de Medicina FMUP-CHSJ, continuou. Por fim, endereçou uma mensagem aos finalistas de 2014, "que marcam a visão humanista de uma escola": "Creiam no bem, na justiça, no amor, na tolerância, na vida".

Acto Médico: "um vazio legal que devemos colmatar"

Maria de Belém

"Acto Médico e Direitos dos Doentes" foi o assunto sobre o qual Maria de Belém Roseira se debruçou. Numa exposição clara, a candidata presidencial considerou que a ausência de legislação nesta matéria é um "vazio legal que devemos colmatar", relevando que os profissionais de Saúde "lidam com o mais importante direito dos cidadãos", o direito à vida.

Maria de Belém falou também sobre a proposta de legislação sobre Acto Médico, que testemunhou como ministra da Saúde do XIII Governo Constitucional (1995-1999) e afirmou que "seria inte-

ressante que o novo ministro da Saúde dissesse o que pensa sobre esta matéria".

Parte da sua conferência prendeu-se com as garantias que o sistema de saúde e os seus profissionais devem oferecer ao doente e direitos do mesmo, sistematizando-os. Ao nível do panorama europeu focou-se nos direitos de personalidade/direitos fundamentais da pessoa nas relações de saúde, papel do direito do consumidor (no caso dos privados) e garantias processuais. Ainda sobre os Direitos - "e Deveres" - dos Doentes, deu destaque aos direitos imprescindíveis, como à informação, dan-





do destaque ao direito à dignidade e qualidade da assistência médica em pé de igualdade, desenvolvendo em seguida a realidade da União Europeia e Carta dos Direitos Fundamentais, Conselho da Europa e Direito Comparado.

A também militante das causas sociais e da igualdade de género apontou como caminho a “democracia sanitária”, que conduzirá à igualdade na relação de cuidados de saúde, numa dimensão colectiva dos mesmos, em que os

cidadãos participam nas políticas de Saúde, e concluiu a sua exposição apontando possíveis trajectos de futuro, como o acesso ao processo clínico e o regime unitário e mais humano de compensação do dano injusto.

Acto Médico e Responsabilidade

“É necessário recuperar os preceitos da época hipocrática e não os deixar desvanecer” - Rui Nunes

Com a moderação de Álvaro Brás de Almeida, Rui Nunes, Edson Oliveira e Paula Faria deram corpo à sessão “Acto Médico e Responsabilidade”. Rui Nunes, presidente da Associação Portuguesa de Bioética (APB), foi o primeiro a ter a palavra e versou sobre “O valor da ética e da deontologia”, começando por falar sobre alguns dos “enormes desafios” com os quais hoje a medicina se confronta. A demografia, mais concretamente o envelhecimento da população, foi a primeira questão abordada pelo bioeticista: “Só as sociedades civilizadas envelhecem”, frisou, apelando de seguida à “solidariedade intergeracional”. Também a tecnologia

mereceu enfoque, defendendo que, por “não ter qualquer tipo de limite” apresenta “desafios avassaladores”, sendo necessário “recuperar os preceitos da época hipocrática e não os deixar desvanecer”, aliando-os ao “conjunto de valores éticos transnacional e global”.

De acordo com o dirigente da APB, é necessário adoptar uma “postura pró-activa”: “Se queremos balizar a dívida e défice público temos de construir uma sociedade de que os nossos jovens se possam vir a orgulhar e não tenham de ser forçados a emigrar”, afirmou, salvaguardando que “obviamente temos de ponderar o que as pessoas têm direi-



to com o que podemos genuinamente oferecer, e aqui a Medicina e a Ordem dos Médicos tem um papel muito grande”. Rui Nunes evocou o conceito de “democracia sanitária”, afirmando que é preciso que a Medicina tome “a liderança, com tento, serenidade, ouvindo os diferentes actores e agentes sociais” e clarificou: “Trata-se de uma nova escolha pública, de uma nova maneira de fazer a escolha pública”.

A exposição de Edson Oliveira, coordenador do Conselho Nacional do Internato Médico (CNMI) e interno de neurocirurgia, prendeu-se com o tema “Conflitualidade em Medicina”. Após enumerar os principais conflitos inter



Paula Faria



Edson Oliveira



Rui Nunes

e intra-relacional, éticos, com as famílias dos doentes (mais informadas com a Internet) e conflitos de interesse- Edson Oliveira assumiu vir a centrar-se no conflito laboral, inter e intra-relacional e ético, e, em particular, na situação dos internos nos Serviços de Urgência (SU).

Numa abordagem mais prática com casos reais, o orador pronunciou-se sobre a posição dos internos, que nos SU são “a infantaria no terreno”, e onde por vezes impera um “ambiente hostil e solitário”, admitindo, no entanto, que a Ordem dos Médicos tem tentado elaborar um documento de protecção. A indecisão e incerteza em momentos de maior pressão foram destacados pelo coordenador do CNMI, que passou a exemplificar com casos que presenciou enquanto interno de neurocirurgia no Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Numa listagem elaborada pelo próprio, identificou a “hierarquia”, “medo do embaraço”, “má interpretação”, “erro”, “medo de represália”, “colocar em risco a relação”, “evitar conflito” e “reputação”, como factores tidos em conta pelo interno em situações de conflito. Ressaltou, todavia, que cada si-

tuação deve ser analisada individualmente tendo como pilares o Juramento de Hipócrates e o Código Deontológico, mas recorreu a Benjamin Franklin para afirmar que “enquanto internos também temos de ser críticos”.

Para terminar e complementar as outras apresentações, Paula Faria, especialista em Direito Médico e docente na Universidade Católica Portuguesa, ofereceu um olhar sobre os “Aspectos Jurídicos da Responsabilidade Médica”, “um tema muito amplo”, como começou por introduzir.

Paula Faria dividiu a sua intervenção em duas partes- factos e valorações jurídicas- e recordou que desde 2001 os processos por erro médico quintuplicaram e “ocorrem nas várias áreas da medicina e domínios ou etapas da actividade do médico”, dando exemplos como sequelas decorrentes de negligência no parto ou um enfarte não diagnosticado. O tempo que o processo demora a percorrer desde a primeira instância até ao tribunal superior, em média “oito anos até ser resolvido”, foi adjetivado pela oradora como “terrível quer para o profissional de Saúde” “quer para os familiares e para o doente”, sendo que todos

querem ver a situação resolvida. Mais para a frente, Paula Faria explicou que na ausência de legislação sobre o acto médico, tem-se recorrido ao Artigo 150.º do Código Penal, que diz que: “As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as artes, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física”. Trata-se assim de um “erro”, como explicou a palestrante, quando é violado ou desrespeitado “o protocolo, guideline, ordens de serviço, ou há um afastamento ao modelo padrão de comportamento do profissional”. Lembrou, porém, que nem tudo tem que ver com uma “má prestação de serviço” e explanou casos em que não se deve imputar culpa, reservando ainda espaço para abordar a questão da “presunção de culpa sobre o médico” e o “consentimento informado” e “hipotético”.

Sociedade, Economia e Saúde

Rui Rio



Para falar de “Sociedade, Economia e Saúde”, “de forma mais alargada”, foi chamado ao púlpito do Salão Nobre do Centro de Cultura e Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos Rui Rio, para uma conferência onde viria a evidenciar e aprofundar os “dois factores essenciais dos quais depende a Saúde em Portugal: a Economia e a Política”.

“Só podemos ter uma política de Saúde cada vez melhor” quando se agilizarem estes agentes, afirmou o ex-presidente da Câmara Municipal do Porto (CMP). A seu ver, tudo depende, por um lado, da intervenção dos cidadãos e devolução da confiança aos dirigentes políticos e, por outro, da capacidade de “conseguir mais exportações” e investimento e “menos importações”, que se traduzirão

no crescimento económico e aumento do consumo, tendo destacado anteriormente que cometemos dois grandes erros: o primeiro foi embarcar na “lógica do endividamento público” e o segundo “o endividamento externo”, que considerou “ainda mais grave”, por ser o somatório do endividamento das famílias, das empresas e do próprio Estado”. “Não podemos voltar a fazer isto”, apelou.

Acto Médico e Exercício Profissional

Tema candente na classe médica, a emigração teve nota de destaque no início da segunda tarde do XVIII Congresso Nacional de Medicina. Na primeira mesa dedicada ao “Exercício Profissional”, Licínio Craveiro, jovem médico que está a cumprir formação específica em Neurologia no North Bristol NHS Trust falou, não tanto da sua experiência em Inglaterra, mas das razões que conduziram

a um aumento de 570%, entre 2009 e 2014, no número de jovens colegas que solicitaram o *certificate of good standing* à Ordem dos Médicos.

Craveiro confessou ter emigrado por “objetivo pessoal” e porque queria que a sua carreira passasse pelo Reino Unido. Mas nos diversos inquéritos que consultou para esta intervenção no Congresso sentiu que o



seu exemplo não era o mais comum: “a principal razão que os colegas invocam para emigrar é mesmo a deterioração das condições em Portugal”. Mas o neurologista assinalou um facto curioso, o de países como a Inglaterra e Alemanha também estarem a exportar muitos médicos. “Isto demonstra que há uma grande discrepância

de expectativas em matéria de emigração”, concluiu.

Na segunda intervenção deste painel, Constantino Sakellarides falou de aposentação e envelhecimento activo, um tema insuficientemente tratado ao longo da vida profissional dos médicos. “Temos de encontrar uma forma de toda a gente que faz 50 anos ser questionada sobre o que vai fazer quando se aposentar. Não podemos olhar para o envelhecimento de forma distante”, reconheceu o antigo director-geral de Saúde, que confessou ter tido uma experiência angustiante na primeira vez que lhe colocaram a questão “o que quer fazer quando se reformar?”.

Reconhecendo ser um “período crítico” na vida das pessoas, o professor da Escola Nacional de Saúde Pública entende que “é difícil conceber uma política efectiva” que promova uma vida saudável após os 65 anos. Um primeiro passo, identificou, é valorizar o tempo do idoso. “A primeira coisa que a família diz a um reformado é agora que tens muito tempo’. Não se pode desvalorizar desta forma”. Para Sakellarides é necessário que nos “preparemos para sair bem” da profissão, e “é importante que haja políticas públicas nesse sentido”, a começar pela prevenção das quedas – um “flagelo”, segundo o professor –, da perda de autonomia e do isolamento.

Coube a Marta Temido o encerramento da última mesa do segundo dia. A presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares falou das diferenças entre o exercício público e privado da Medici-



Constantino Sakellarides



Licínio Craveiro



Marta Temido



Américo Figueiredo

na, focando-se na acumulação de funções e no pluriemprego, “realidades presentes em quase todos os países”. Para a especialista em gestão da Saúde, há sempre questões negativas apontadas a esta realidade – como os conflitos de interesse – mas há também um lado positivo, da valorização profissional, da liberdade de escolha e do rendimento financeiro. Sem escamotear esta perspectiva, Marta Temido citou um inquérito onde 84% dos médicos que acumulam funções no privado e

no público têm como principal motivação a questão financeira. Olhando para as fronteiras que devem existir entre os dois sectores, a administradora considerou que “proibir (a acumulação de funções) não é solução”. “Aumentar os salários também tem um efeito muito de curto prazo. O que se pode fazer é criar estratégias dirigidas às gerações mais jovens, assumir uma política de incentivos, melhorar as condições de trabalho e fomentar o sentido de missão no serviço público”.

600 anos do Porto a Ceuta

Joel Cleto

Contador de histórias por excelência, Joel Cleto apresentou o auditório do XVIII Congresso Nacional de Medicina com uma brilhante apresentação sobre o Porto, a participação da cidade na conquista de Ceuta e a lenda das tripas - a iguaria que se tornou património.

Reportando ao século XIV, quando o Porto “conheceu um período de grande expansão comercial”, o arqueólogo e divulgador recordou personagens centrais neste período como o mercador Afonso Martins Alho – que deu origem à expressão “fino como um alho” – que es-

tabeleceu um grande acordo comercial com os ingleses. No mesmo período, o Infante D. Henrique inicia a construção da aramada portuguesa no Porto e dá-se o início da expansão portuguesa para África, tendo D. João I querido demonstrar que “o pequeno reino era capaz de fazer uma grande conquista”. Ceuta acaba por tornar-se um marco na história de Portugal, um ponto militar e de segurança estratégico para o país, e o Porto fica com a lenda das tripas...que Joel Cleto tratou de desconstruir. De acordo com o convidado, o prato das tripas já existiria há muitos anos



na cidade e, há semelhança de outros locais pela Europa, a sua origem estará associada ao domínio do povo Suevo, que tinha por tradição cozinhar as vísceras dos animais.

Desafios no futuro da Saúde

O “deslumbrante”, mas igualmente “perigoso” mundo que está à nossa frente serviu de mote à última conferência do dia, protagonizada pelo bastonário da Ordem dos Médicos. José Manuel Silva começou por falar do “roadmap

para o doente digital”, potenciado pelas milhares de aplicações que estão disponíveis na internet, mas logo corrigiu o caminho para “coisas mais terrenas”, uma vez que “não consegue falar do futuro (da Medicina)” naqueles termos.



Assim o bastonário aludiu à importância do casamento entre a ecologia e a Medicina, face à evolução negativa que as alterações climáticas estão a produzir



na saúde da população mundial. “O combate à poluição pode salvar milhares de vida”, assumiu, “lembrando que se “a nossa pegada ecológica não diminuir, o planeta não vai suportar”. Nesse sentido, comunicou José Manuel Silva, a OM criou o Conselho Nacional de Ecologia como forma de acompanhar este debate e apresentar soluções construtivas.

Já focado nas questões da sustentabilidade do sistema de saúde, o bastonário recordou que o país gasta “abaixo da média” dos países da OCDE em termos de despesa pública. Por isso, admitiu, lhe custa “falar de despesa” quando “para melhorar tem de gastar mais e não menos”. “A solução é a qualidade e não a austeridade”, reforçou, lembrando que a ética que deve prevalecer é do “com-

bate ao desperdício, à corrupção”, para só depois “pensar noutras opções”. Finalmente, José Manuel Silva focou dois aspectos de âmbito social: a prevenção em Saúde e a natalidade. No primeiro caso, defendeu a adopção de medidas fiscais “inteligentes” que promovam os hábitos de vida saudável. No segundo caso, a necessidade de promover a coesão social e o equilíbrio geracional.

Médicos que receberam a Medalha de Mérito

acto
médico



Lista de médicos que receberam a Medalha de Mérito durante este Congresso Nacional de Medicina: Rui Tato Marinho (por indicação do CNE); da Secção Regional do Centro: Fernando Dias de Carvalho, Jorge Freitas Seabra, Manuela Rebelo Carvalheiro, Maria dos Prazeres Francisco e Mário Magalhães Borges Alexandrino; da Secção Regional do Norte: António Massa, Jaime Milheiro, Júlio Machado Vaz, Levi Guerra, Maria Adelaide Vasconcelos e Serafim Guimarães; da Secção Regional do Sul: Aguinaldo dos Santos Cabral, Américo Diniz da Gama, Henrique Delgado Martins, João Álvaro Correia da Cunha, João Doria Nóbrega, Manuel Abecassis e Maria de Lurdes Sales Luís.



Educação, sustentabilidade e homenagens no último dia de Congresso

O dia 28 de Novembro corresponde ao fim dos trabalhos do XVIII Congresso Nacional de Medicina. Foram abordados temas como o valor da educação na Saúde, o acto médico e a sustentabilidade dos Sistemas de Saúde. O dia ficou ainda marcado pela homenagem a título póstumo ao médico Paulo Cunha e Silva e pela atribuição a Manuel Antunes do Prémio de Gestão da Ordem dos Médicos, mas também pela primeira intervenção pública do novo Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, que garante que vai defender o SNS “sem crispação” e que trouxe uma “mensagem de incentivo e de confiança”.



António Sampaio da Nóvoa

O valor da educação na Saúde

Apropriação e cooperação foram as palavras-chave do discurso de António Sampaio da Nóvoa, que abriu o ciclo de trabalhos de Sábado, terceiro e último dia do XVIII Congresso Nacional de Medicina. O conceituado académico e candidato presidencial conferenciou sobre “O valor da educação na Saúde”, considerando que perante a revolução tecnológica do século XX, temos de ter capacidade de nos apropriarmos do conhecimento e dar-lhe um novo sentido, assim como de propiciar situações de formação que passem pelo diálogo, contacto e aprendizagem, apelando a uma maior dinâmica

da “participação de cada um na vida das instituições e nas decisões que se tomam na Saúde”.

Também Sampaio da Nóvoa utilizou as “mudanças profundas no Portugal contemporâneo” como ponto de partida da reflexão, identificando alterações “impressionantes” que se registaram ao nível da esperança média de vida e novas tecnologias da informação e comunicação, que transformaram “ambientes e formas de vida” e as próprias sociedades. Presenciamos “duas grandes revoluções com consequências importantes nos campos da Saúde e Educação”, afirmou, referindo-se à construção do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e à nova narrativa sobre “o que é ser português”, voltado para o conhecimento e educação. Nas palavras do candidato presidencial, “Educação e Saúde” passaram por um fenómeno idêntico, a construção de grandes sistemas “dos quais nos orgulhamos” e de grande relevância na sociedade do século XXI.

De acordo com o académico, “dar às pessoas uma capacidade de se apropriarem das dinâmicas edu-

cativas e da área da Saúde” é a direcção a tomar e, apoiado em Michel Serre, afirmou que devido à revolução digital, “que nos permite ter todas as bibliotecas do mundo dentro do nosso bolso”, “aprendemos hoje de forma diferente” e por isso temos a capacidade de nos apropriarmos de determinado conhecimento e de lhe darmos um novo sentido nos nossos percursos de vida. Assim, Sampaio da Nóvoa defendeu que temos de inscrever essa capacidade de apropriação dos temas educativos no cerne da nossa relação com a Saúde. Salientou também a importância de propiciar “situações de formação que nos possam pôr em diálogo, em contacto, em aprendizagem”, fomentando a partilha e investigação. Mas, lembrou: “Não há formação cooperativa se não existirem instituições sólidas e enriquecidas nos diversos planos”. “Tudo isto implica capacidade de inserir dimensões de Saúde no espaço público”, concluiu, frisando que “inscrever a apropriação e cooperação” na participação de cada um na vida das instituições e nas decisões que se tomam na Saúde e no SNS, é a solução para dar resposta aos desafios deste século.

Acto Médico e Sustentabilidade dos Sistemas de Saúde

"Ser sustentável é uma restrição e não um objectivo" - Pedro Pita Barros

Na primeira mesa do dia 28, debateu-se "Acto Médico e Sustentabilidade dos Sistemas de Saúde", num painel moderado por António Araújo, vice-presidente do CRNOM, onde intervieram Hélder Mota Filipe e Pedro Pita Barros. Hélder Filipe, presidente da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (Infarmed), foi o primeiro orador e falou sobre "Terapêuticas Inovadoras", dando ênfase ao facto de a área da oncologia ser a que tem maior expressão a nível de sur-

gimento de novos medicamentos, mas também de gastos.

De acordo com o dirigente, "conseguimos reverter a situação" e desde 2011 "o número de ensaios clínicos voltou a crescer em Portugal", tendo notado que diminuíram os tempos de decisão e que houve uma evolução positiva na investigação clínica no nosso país. Todavia, sublinhou que apesar de estarmos "no bom caminho", "podemos crescer muito mais", sendo que apesar dos avanços recentes, os resultados ainda são inferiores

à média europeia.

Hélder Mota Filipe fez referência à Lei da Investigação Clínica, que veio facilitar a aprovação de estruturas de ensaio clínico, "aumentando o potencial nacional de competitividade" e abrigando todos os estudos clínicos, inclusive os não regulamentados. Relativamente à introdução de novos medicamentos no mercado, deu conta de que se tem verificado um aumento, embora tenha acautelado que não significa necessariamente que sejam inovadores. O presidente do Infarmed explicou que a nível europeu existem "mecanismos de apoio à introdução de medicamentos inovadores", através de procedimentos acelerados ou planos de incentivos ao desenvolvimento e aprovação de medicamentos em determinadas áreas terapêuticas, como em casos urgentes (de doentes sem alternativa terapêutica), medicamentos pediátricos, campos pouco desenvolvidos e medicamentos órfãos (destinados a doenças raras).

Para terminar, abordou a questão do financiamento, realçando novamente que "a oncologia é a área que mais cresceu nos últimos anos", recordando todavia que são moléculas inovadoras mas também muito caras: "Num futuro próximo teremos de olhar como um subgrupo especial de introdução no mercado, mas também de financiamento". De acordo com Hélder



António Araújo



Helder Mota Filipe



Pedro Pita Barros

Filipe, os ‘biossimilares’ exercem um papel fundamental na sustentabilidade do sistema, assim como os genéricos, e, em jeito de conclusão, lançou alguns desafios à inovação: o desenvolvimento da investigação clínica em Portugal, em especial nas fases precoces e nos cuidados primários, desenhar estratégias para a investigação clínica, incentivar o desenvolvimento de novos medicamentos em áreas pouco apelativas para a indústria, desenvolver estratégias de financiamento (a partir da partilha de risco e pagamento por resultados), colocar em prática novas modalidades de acesso ao mercado por medicamentos que preencham verdadeiras lacunas terapêuticas e concertar uma estratégia europeia para negociar medicamentos de custo muito elevado, como o da hepatite.

Pedro Pita Barros, economista da Saúde, complementou a exposição anterior com um discurso sobre “Formas de Financiamento”. “Sempre que

houver dificuldade com as despesas públicas, haverá nas despesas em Saúde”, afirmou logo de início, passando a esclarecer as fontes de financiamento das despesas públicas em Saúde. Lembrou, no entanto, que por ser uma área que lida com pessoas, e com os seus direitos, “ser sustentável é uma restrição e não um objectivo”, e sublinhando que o realmente importante, e que está acima da necessidade de baixar os custos, é “zelar pela saúde dos doentes”.

“O que sabemos”, como deu conta, é que, a par dos elevados impostos em vigor no país, os pagamentos directos são os mais elevados no contexto europeu, os seguros privados comerciais uma parte muito pequena do volume de financiamento global, e o mais próximo de seguros sociais e fundos mutualistas é a ADSE.

Pedro Pita Barros conclui que, não existindo “fórmulas mágicas”, “em cada momento há que procurar o melhor caminho”, definindo os princípios

que guiam as decisões, incluindo procura, preços e cobertura. Antes de abrir a discussão sobre o medicamento à assistência, exemplificando também com o da hepatite, ofereceu uma visão de futuro, sustentada no relatório da Plataforma Gulbenkian para um Sistema de Saúde Sustentável, “Um Futuro para a Saúde”, que também tem a sua assinatura, em que resumiu em cinco elementos-chave “um sistema de cuidados de saúde sustentável, com um custo acessível tanto para o país como para os cidadãos”: uma população saudável, comunidades resilientes com uma boa rede informal de cuidados, políticas e práticas de saúde bem integradas nas outras políticas e práticas sociais e económicas, um sistema de cuidados de saúde bem concebido e centrado nas pessoas, adequado aos objectivos e eficiente, e, finalmente, recursos humanos adequados, qualificados e a trabalhar em equipa para prestar cuidados de saúde integrados.

Mensagem de Marcelo Rebelo de Sousa



Na segunda parte da manhã do último dia do congresso o presidente do CRNOM e presidente executivo do Congresso, Miguel Guimarães, leu a mensagem do professor Marcelo Rebelo de Sousa, que por compromissos pessoais anteriormente assumidos não pôde realizar a conferência que lhe estava destinada: “Acto médico e comuni-

cação social”. No escrito enviado, considerou que esta classe profissional “é um dos pilares da sociedade portuguesa” e enfatizou a “importância que os médicos e a sua profissão têm, sendo uma “profissão ética por natureza”, que “acrescenta à sua importância a obrigação de defesa dos mais altos valores das pessoas e da humanidade,

lidando com a morte e salvando vidas”. Por fim, garantiu que, enquanto Presidente da República, caso seja essa a vontade dos portugueses, saberá “sempre realçar estes aspectos” e “defender o papel, importância e sacrifício” que “em todas as circunstâncias é exigido aos médicos portugueses”.

Homenagem a Paulo Cunha e Silva



Manuel Pizarro proferiu um discurso emocionado

António Araújo, vice-presidente do CRN, deu a palavra ao ex-secretário de estado adjunto da Saúde e, actualmente, vereador na Câmara Municipal do Porto (CMP), Manuel Pizarro, que prestou homenagem a Paulo Cunha e Silva, num discurso emocionante que mereceu uma longa ovação de pé por parte da mesa e assistência. Manuel Pizarro fez um breve resumo da trajetória pessoal e profissional deste amigo que partiu “de forma súbita” aos 53 anos e cuja morte chorou “com dor” e continua “a chorar com saudade”.

“Sinto-me como se o estivesse ainda a ouvir, há poucas semanas na abertura da segunda edição

[do Fórum Futuro], o tema era a felicidade, fez então um dos mais belos jogos de palavras dizendo que o verdadeiro programa político de um autarca é fazer a ‘Feliz Cidade’, e continuou, pode parecer algo intangível, mas o que não podemos aceitar é que seja inatingível”, partilhou o vereador da CMP. “E em apenas dois anos o Porto torna-se uma referência de cidade cultural”, recordou, acrescentando que o colega e amigo, licenciado em medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, fez “tudo isso com recursos escassos, o maior deles ele próprio” e elogiando o seu “trabalho persistente, quase obsessivo mas sem qualquer pro-

selitismo” e “alegria” que imprimia em todos os momentos.

“O Paulo apaixonou-se cedo pelo Porto e teve muitas ocasiões para demonstrar esse seu amor pela cidade, esta respondeu-lhe com a mesma paixão incondicional, por isso a sua morte é tão chorada e tão sofrida, acresce que o Paulo era um génio e mais ainda um génio bom”, salientou Manuel Pizarro citando as palavras do presidente da CMP, Rui Moreira.

Nota: publicamos nesta revista um outro texto de homenagem ao médico Paulo Cunha e Silva.

Manuel Antunes recebe Prémio de Gestão da Ordem dos Médicos



Fátima Carvalho



Foi o novo ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, que, num gesto honorífico, entregou o Prémio de Gestão da Ordem dos Médicos ao chefe do Serviço de Cirurgia Cardiorrespiratória do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Manuel Jesus Antunes, que confessou ser uma das

personalidades que mais admira em Portugal e que “mais tem feito pela demonstração de que os médicos são capazes de gerir salvaguardando os direitos e interesses dos doentes”.

Fátima Carvalho, coordenadora nacional da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos,

resumiu o percurso do médico distinguido, enaltecendo a referência que é na sua área e o significativo trabalho que desenvolveu e continua a desenvolver no âmbito da competência em gestão, convidando-o a subir ao púlpito, onde começou por dedicar o prémio à sua equipa de trabalho. O cirurgião galardoado mostrou-se honrado em suceder a “uma enorme figura da medicina portuguesa”, Paulo Mendo, e descreveu o seu interesse na gestão como uma “maneira modesta de fazer eco” à máxima do professor Abel Salazar de que “o Médico que só sabe Medicina nem de Medicina sabe”.

Sessão de Encerramento

José Manuel Silva parabenizou o trabalho de Manuel Antunes e lançou um repto ao ministro, Adalberto Campos Fernandes, e ao secretário de Estado Adjunto da Saúde, Fernando Araújo, também presente na sessão: "Saíndo dois elementos da direcção do Colégio da Competência em Gestão, para a gestão da Saúde em Portugal é uma oportunidade de demonstrar quão competentes são esses elementos". "O futuro dirá se o Prémio tem valor ou não", concretizou, realçando que "é preciso saber compatibilizar a gestão com a humanidade".

Nas suas palavras finais, Miguel Guimarães, presidente executivo do Congresso recordou uma vez mais a importância de recolocar na agenda política o "Acto Médico", tema central deste XVIII Congresso Nacional de Medicina e IX Congresso Nacional do Médico Interno: "A definição do acto médico é um imperativo da Constituição da República Portuguesa e sobretudo da Lei de Bases da Saúde", afirmou. Considerou também que "temos todas as condições para que este novo ministro da Saúde e respectivos secretários de Estado possam valorizar a competência em Gestão nas unidades de Saúde e, finalmente, colocar isso em termos legislativos". O presidente do CRNOM manifestou ainda toda a disponibilidade para cooperar com o executivo nesta "tarefa difícil" que tem pela frente: "Curar as feridas recentes do nosso SNS não é obviamente tarefa fácil, mas é verdade que temos de centrar mais a saúde na qualidade do exercício da medicina e menos

nos números", acrescentou, apelando à humanização e "valorização das pessoas em detrimento das finanças". Posição reforçada por José Manuel Silva, que expôs igualmente "toda a disponibilidade para colaborar com o Ministério nesta missão muito difícil".

Ministro da Saúde garante que vai defender o SNS "sem crispação"

Na sua primeira intervenção pública, o novo ministro da Saúde e especialista em Saúde Pública, Adalberto Campos Fernandes, presidiu ao encerramento deste congresso e trouxe uma "mensagem de incentivo e de confiança". "Cabe-nos a todos mostrar que é possível compaginar ou equilibrar uma equação de grande alcance, que é a responsabilidade social e orçamental", afirmou, dando conta de que a promoção e humanização da Saúde é um "importante capítulo no programa do Governo". O ministro pediu ajuda aos colegas, enquanto "profissionais relevantíssimos" no sector da Saúde em Portugal, para defender o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que, de acordo com o mesmo, é antes de mais "defender uma medicina de qualidade" e "pré-requisito fundamental para uma sociedade mais justa e mais equilibrada". "Nós todos estamos orientados para servir uma coisa só: o interesse público; os nossos interesses são secundários", sublinhou Adalberto Campos Fernandes, frisando estar ao "serviço dos doentes" e da "dignidade humana" e assegurando que vai



José Manuel Silva



Adalberto Campos Fernandes

governar "para todas as profissões do sector".

À margem do congresso, o ministro da Saúde admitiu à comunicação social que o dossiê das urgências é um dos que está a ser reavaliado: "Estamos a estudar e a procurar recolher informação necessária para tomar uma decisão ponderada que tenha em conta o interesse das populações", afirmou, referindo-se ao encerramento de onze urgências, decidido por despacho do anterior Governo cerca de uma semana antes, e procurando evitar ver repetido o cenário de caos do Inverno passado devido à Gripe.

Nota da redação: A ROM agradece a colaboração de Nelson Soares e de Inês Ferreira (da revista nortemédico), na elaboração dos artigos do Congresso Nacional de Medicina.



“Porventura terei levado longe demais o espírito de Abel Salazar, de que um médico que só sabe de Medicina, nem de Medicina sabe”. Assim se autodefiniu Paulo Cunha e Silva numa conversa proposta pela SRNOM, em Setembro último, a propósito da sua transição da Anatomia para as Artes, algures entre os anos 90 e quando já se olhava no horizonte o projecto da Capital Europeia da Cultura.

O trabalho de programação no Porto 2001 deu a Paulo Cunha e Silva o primeiro grande reconhecimento no meio artístico. Mas para o discípulo de Nuno Grande, sempre houve dois mundos dentro de si, desde que era assistente no ICBAS e colaborava em simultâneo com a Fundação de Serralves ou com a Gulbenkian, propondo e comissariando diversas exposições.

Em 2003 foi convidado a fundar e dirigir o Instituto das Artes do Ministério da Cultura. Esteve três anos em Roma, como conselheiro cultural da Embaixada de Portugal e voltou a uma Capital Europeia da Cultura, agora como Comissário de Guimarães 2012. Já de regresso à Universidade do Porto, foi desafiado por Rui Moreira a pensar o Porto em toda a sua latitude cultural. O projecto político venceu. O projecto cultural estava a construir-se.

Como vereador, Paulo Cunha e Silva não apenas pacificou a relação do município com a Cultura e os seus agentes, como lhe deu con-

ceito e amplitude. “Toda a cidade é corpo”, revelou-nos na mesma conversa que será brevemente publicada em livro, “sem zonas proibidas” e passível de ser infiltrada, à luz de um conceito muito próprio a que deu o título de “cidade líquida”. A “terapêutica cultural” que aplicava, acrescentava, era muito mais agregada à “política de conteúdo” do que à tradicional “política de equipamento”. Era este o projecto de cidade aberta, vibrante e cosmopolita que Paulo Cunha e Silva estava a concretizar desde 2013 e que deixará como o mais relevante legado de uma

vida interrompida súbita e precocemente.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) partilhou da consternação pública que a morte de Paulo Cunha e Silva suscitou nos mais diversos quadrantes políticos e culturais, com um texto breve onde “lamentou tão grande perda” para a cidade do Porto. “Foi uma referência na dinamização cultural que fez reacender o brilho da cidade e a fez reaparecer nos mais diversos “palcos”, dando-lhe a visibilidade desde sempre merecida”, acrescentou o CRNOM.

Paulo Cunha e Silva, nascido em Beja em 1962, faleceu a 11 de novembro de 2015, vítima de doença súbita. Filho de um juiz e de uma professora, viveu em Braga e no Porto, tendo-se licenciado em Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tornou-se mestre e doutor em Ciências do Desporto também pela Universidade do Porto, onde foi mais tarde professor de Anatomia, no entanto, foi no mundo da arte que veio exercer a maioria da sua atividade profissional.

Em 2000, passou a colaborar com a Fundação de Serralves no âmbito da coordenação científica dos Estudos Contemporâneos, ficando encarregado no ano seguinte das áreas do Pensamento, Ciência, Literatura e Projetos Transversais da iniciativa ‘Porto 2001 – Capital Europeia da Cultura’. Entre 2003 e 2005 assumiu a direção do Instituto das Artes do Ministério da Cultura, sendo que entre 2002 e 2007 passou a assinar uma coluna no Diário de Notícias.

Foi também comentador residente no programa da RTPN “Choque Ideológico”, em 2007 e 2008, abraçando em 2009 o cargo de conselheiro cultural da Embaixada de Portugal em Roma, função que ocupou até 2012.

Em 2013 foi chamado, por Rui Moreira, a dirigir o pelouro da Cultura da Câmara Municipal do Porto.

Primeira Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos



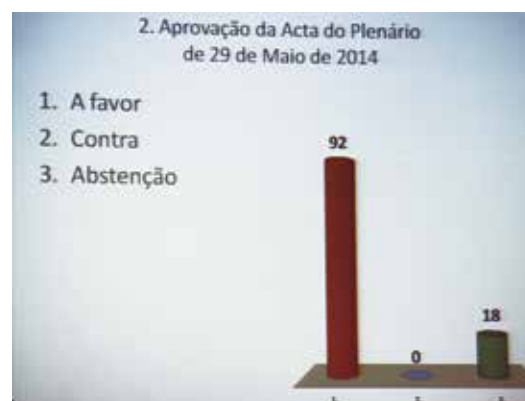
Realizou-se no dia 18 de Novembro de 2015 a primeira Assembleia de Representantes (órgão da Ordem dos Médicos anteriormente designado por Plenário dos Conselhos Regionais). Foram várias as temáticas referenciadas e, havendo o necessário quórum, procedeu-se à aprovação de diversos documentos.

Na fase de informações, José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, falou sobre a “tabela nacional de funcionalidades” e classificou o seu regime como “maquiavélico e inaplicável” pois “nenhum médico vai poder garantir que o doente vai morrer num prazo de 3 anos” e explicou que a Ordem manifestou a sua oposição a este decreto (DL 246/2015). No artigo 2º do decreto determina-se que são abrangidos pela invalidez especial os pacientes “que se encontrem em situação de incapacidade permanente para o trabalho não supável através de produtos de apoio ou de adaptação ao, ou do posto de trabalho, decorrente de doença de causa não profissional ou de responsabilidade de terceiros, que clinicamente se preveja evoluir para uma situação de dependência ou morte num período de três anos”, ou seja: os doentes têm de estar incapacitados per-

manentemente para o trabalho e com previsão clínica de ficarem em situação de dependência, ou de morrerem num prazo de três anos...

Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, também usou essa fase da reunião para prestar esclarecimentos sobre o que está a acontecer com o internato médico e a possibilidade de se verificar a inexistência de vagas suficientes: “A OM enviou uma lista de 1544 vagas para o Ministério da Saúde. (...) A ACSS diz que há 1720 candidatos”. Com a alteração do regulamento do internato médico, a autonomia passará a ser atribuída no final do ano comum. “O que isto significa é que os colegas poderão exercer medicina indiferenciada

(...) situação que irá agudizar-se anualmente com a entrada de mais médicos indiferenciados. A Ordem tem que se manter firme e pugnar pela qualidade da formação e por uma medicina qualificada”. Carlos Cortes expressou ainda a sua preocupação por considerar que o Ministério poderá vir a usar esses médicos indiferenciados para os colocar em hospitais ou centros de saúde onde fazem falta especialistas. A este propósito, Nídia Zózimo referiu que já existem “camufla-



dos” médicos indiferenciados a trabalhar nas equipas de urgência de vários hospitais. Também sobre esta temática, José Manuel Silva foi perentório: “Portugal é, provavelmente, o único país do mundo que se sente obrigado a dar formação aos colegas que fizeram o curso no estrangeiro. A questão das vagas nem é equacionável: a Ordem abre sempre o máximo número de vagas que é possível, respeitando os critérios de qualidade da formação pré-estabelecidos para que os jovens médicos façam a sua formação com qualidade”. Sobre a definição de médicos “indiferenciados”, o bastonário discordou da sua aplicação e salientou que estamos a falar de “médicos altamente diferenciados, com sete anos de estudo” e que, “como todos os médicos, devem trabalhar em circunstâncias que considerem que não ultrapassam as suas capacidades e conhecimentos”. “A OM não pode impor a um médico com autonomia que trabalhe só sob tutela”, alertou. Carlos Cortes argumentou pela necessidade da OM se preocupar ainda mais com a qualidade do ano comum, “visto que é após esse ano de formação que será atribuída a autonomia”.

Noutro tema comentado na Assembleia de Representantes – o ato farmacêutico e a sua excessiva abrangência – José Manuel Silva explicou como, em tom de necessária e justificada ironia, na resposta ao Ministério da Saúde a propósito dessa definição legal, foi enviada a sugestão de que médicos e enfermeiros “passem a andar com um farmacêutico no bolso” para usar sempre que necessário, o que abrange desde dar uma injeção ao momento de, durante a prescrição, explicar a posologia ao doente. “Fiquem



com a consciência de que, se ensinarem um doente a usar um medicamento, estão a violar o ato farmacêutico”.

Jaime Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, falou sobre os novos estatutos que classificou como “mais democráticos” o que se refletirá, segundo este dirigente, numa composição de órgãos e numa estrutura hierárquica na OM também mais democrática.

A propósito dos tempos de consulta e de referências a imposições das administrações quanto à duração máxima das mesmas, José Manuel Silva recordou os colegas que a OM já se pronun-

ciou sobre esse assunto e que nenhum médico é obrigado a cumprir esse tipo de regras. “Há um limite de bom senso quanto ao que pode ser a intervenção da Ordem. Os especialistas têm que assumir as suas responsabilidades e a obrigação de, como médicos, defenderem a aplicação do código deontológico”, afirmou.

Foi ainda feita uma abordagem à Lei 117/2015, 31 de Agosto – Novos Estatutos da OM – onde foram referidas algumas das alterações ao funcionamento da Ordem que decorrem da entrada em vigor da Lei, nomeadamente, como foi referido por Lurdes Gandra, secretária do Conselho Regional do Norte da OM, as alterações em termos eleitorais, passando, por exemplo, a Assembleia de Representantes (anteriormente designada por Plenário dos Conselhos Regionais) a ser eleita por método de Hondt. Os novos estatutos da OM podem ser consultados no site nacional.

A Assembleia de Representantes, reunida na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa, aprovou os seguintes documentos: atas do Plenário de 29 de Maio de 2014, de 6 de Novembro de 2014 e de 21 de Maio de 2015. Foram apreciados e aprovados o Relatório de Atividades do Conselho Nacional Executivo do ano de 2014, as contas do Conselho Nacional Executivo do ano de 2014, as contas do Fundo de Solidariedade da OM do ano de 2014 e os planos de Atividades do Conselho Nacional Executivo e do Fundo de Solidariedade para o ano corrente. Foram igualmente analisados e aprovados os respetivos orçamentos para 2015.



**Boas Festas
e Feliz Ano 2016**

Recebendo o prémio com Isabel Silveira Godinho e Secretário de Estado da Cultura (à data do encontro), Nuno Vassalo e Silva



O Prémio Prof. Reynaldo dos Santos – 2014

Ponto de encontro entre as artes, a cultura e a medicina

Decorreu, no dia 14 de Novembro, o Encontro da Federação dos Amigos dos Museus de Portugal (FAMP) 2015, presidido por Isabel Silveira Godinho. O programa integrou a visita à Exposição Vidro e Luz, na Galeria Millenium BCP, na Rua Augusta, o almoço no Grémio Literário, actualmente presidido por António Teixeira Pinto Marques, médico cirurgião, e as conferências, seguida pela entrega do Prémio Prof. Reynaldo dos Santos – 2014 para a melhor exposição. O 1º Prémio foi entregue à Liga dos Amigos do Museu de Lamego pela exposição “Cister no Douro”. A primeira menção honrosa foi atribuída ao Grupo de Amigos do Museu Nacional de Arqueologia pela exposição “O tempo resgatado ao mar”, e a segunda menção honrosa atribuída ao Grupo de Amigos do Museu do Oriente com a exposição “Jóias da carreira da Índia”.



A representar o Grupo de Amigos do Museu Nacional de Arqueologia, esteve Maria do Sameiro Barroso da Direcção do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos. Também esteve presente José Filipe Moreira Braga, médico, Director do Grupo de Amigos do Museu da Marinha e membro do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos.

A exposição “O Tempo resgatado ao mar” apresenta o trabalho desenvolvido no âmbito da arqueologia náutica e subaquática, em Portugal, nos últimos anos. Tal como se refere no ca-



Na exposição com José Filipe Moreira Braga



Cocos

tálogo: “O Mar, recurso sempre presente na nossa história, é o lugar de onde se resgatam os testemunhos que nos contam histórias de outros tempos e de muitas gentes.” Entre os achados, descobertos em navios naufragados, encontram-se objectos ligados à medicina e à farmácia: almofarizes, frascos de medicamentos e cocos, considerados alexifármacos, referidos como antídotos por Luís de Camões, nos *Lusíadas* (X, 136):

«*Nas ilhas da Maldiva nasce a planta*

No profundo das águas, soberana,
Cujo pomo contra o veneno urgente
É tido como antídoto excelente.»

A exposição “Jóias da carreira da Índia” também apresentou taças de casca de coco, trabalhadas em peças de joalharia. É de referir também a presença do Director do Círculo José de Figueiredo – Grupo de Amigos do Museu Soares dos Reis, que

proferiu a conferência “Os amigos, o país, a cidade e a cultura”. Álvaro Sequeira Pinto é colecionador de um vasto acervo de objectos de arte decorativa indo-portuguesa que inclui uma magnífica colecção de materia medica. Os bezoares da sua colecção foram apresentados por Maria do Sameiro Barroso, no artigo, Bezoar Stones, a princely antidote – The Távora Sequeira Pinto Collection (acessível no site da Ordem dos Médicos).

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2015

13 de Janeiro de 2016, quarta-feira às 21h

Os Olhos e os óculos no tempo de Camões - Alfredo Rasteiro

na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos – Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - Lisboa

História da
Medicina



Meeting Health 2015

António Massa (SPDV), João Eurico da Fonseca (SPR), Leopoldo Matos (SPG), António Marinho (NEDAI), Luís Correia (GEDII)

Realizou-se no dia 12 de Setembro a 2ª edição da Meeting Health, uma iniciativa que junta especialistas nacionais e internacionais para debater a sustentabilidade do sector da saúde e o impacto que as soluções inovadoras e as novas tecnologias aplicadas à Saúde podem ter na vida dos doentes e na economia de um país. Neste encontro científico foram apresentados exemplos de boas práticas nacionais e internacionais de formas de contribuir para melhorar o sistema nacional de saúde, preservando a sua sustentabilidade, nomeadamente por recurso a meios digitais e às novas formas de interação com os doentes. Os centros de excelência – a qualidade como forma de reduzir os custos para os sistemas nacionais de saúde e a importância da abordagem multidisciplinar – foram outro tema abordado no encontro.

Renaud Decroix, diretor-geral da AbbVie Portugal, biofarmacêutica promotora do encontro que reuniu especialistas nacionais e internacionais no Pavilhão do Conhecimento, explicou que o objetivo do Meeting Health 2015 é promover a discussão sobre a sustentabilidade da Saúde e o impacto que a inovação tem na vida dos doentes. Sendo uma companhia com apenas três anos, a empresa promotora do encontro tem trabalhado em parceria com as autoridades de Saúde, os profissionais e as administrações hospitalares, procurando soluções que assegurem o acesso dos doentes à melhor inovação sem comprometer a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde, tendo investido dois milhões de euros em Portugal, nomeadamente com a implementação de

17 ensaios clínicos e apoio a 14 estudos em 64 centros de pesquisa e em diferentes áreas terapêuticas. Manuel Villaverde Cabral, sociólogo, professor do Instituto de Ciências Sociais de Lisboa propôs-se responder à pergunta “o envelhecimento em Portugal vai matar o Sistema Nacional de Saúde?” referindo que em saúde gastamos tanto quanto recebemos e enquadrando que em Portugal verifica-se o sistema “out of pocket”, ou seja, pagamos o montante que é pré-pago (através de impostos) e depois pagamos mais através das taxas moderadoras. Mas “Portugal não tem ainda um problema de envelhecimento como por exemplo existe no Japão. Ainda assim, o rácio do envelhecimento em Portugal é dos mais altos porque o índice da fecundidade

é muito baixo”, o que se deve à inexistência de políticas de natalidade. No nosso país, existe o que este orador denominou de “políticas de inatalidade”. Como o envelhecimento não é indutor de crescimento económico – “porque a pessoa envelhecida, à partida, já tem a casa e o carro pagos, já não tem vontade de sair, etc.” - “temos um problema demográfico para, pelo menos, os próximos 40 anos”. O sociólogo considera que mais do que imigração, Portugal precisa de “uma redistribuição da população”, medida que talvez ajude a resolver esta equação. No painel sobre a “era digital: novas interações entre doentes e profissionais de saúde”, Guilherme Victorino professor da Nova IMS – UNL falou sobre o novo perfil de doentes, muito mais in-

Leeza Osipenko
(diretora Associada do Conselho Científico do NICE)



interessados na sua condição de saúde, mais proactivos na busca por mais informação, mais permeáveis a tudo o que encontram online – a informação e a desinformação que existe na internet – e que geralmente não ficam satisfeitos apenas com a informação prestada pelos profissionais de saúde. Este novo perfil de doente aposta no auto diagnóstico pré-consulta e limita-se a ir confirmar o suposto diagnóstico, fruto das pesquisas online. Uma nova realidade que, segundo o orador, cria espaço para o desenvolvimento de mais plataformas online que disponibilizem informação mas também avaliações de profissionais de saúde. Esta realidade faz com que seja cada vez mais importante que os próprios profissionais de saúde estejam capacitados para gerar conteúdos digitais. Existem, como foi referido, plataformas online interessantes, que nasceram da necessidade de dar respostas fiáveis aos doentes (foi referido um website de estatísticas em que ao inserir os sintomas apresentados o doente obtém uma resposta estatística sobre as doenças que apresentam esse conjunto de sintomas).

Equilíbrio entre o acesso à inovação e a sustentabilidade dos sistemas de saúde

Maria do Céu Soares Machado, Diretora do Departamento de Pediatria do Hospital Santa Maria e Professora de Pediatria da Faculdade de Medicina, foi uma das intervenientes no painel referente à sustentabilidade. Reproduzimos o resumo da sua intervenção: “o acesso aos medicamentos inovadores e às tecnologias é uma dimensão da equidade em saúde. No entanto, a despesa em medicamentos e dispositivos médicos tem crescido de forma exponencial, o que está relacionado com o aumento do consumo e a comercialização de novas moléculas mas pode ser uma ameaça à sustentabilidade em países cuja saúde assenta em serviços de financiamento público como o Serviço Nacional de Saúde.

A sustentabilidade exige princípios de alocação das intervenções relativamente aos bens escassos e dispendiosos, discussão conhecida como racionamento versus racionalização, a que foi dada grande relevância pelo Conselho

Nacional para a Ética e Ciências da Vida que reflete... *a questão não está na contenção de custos em si mesma, sempre inevitável por maiores que sejam os recursos, mas na responsabilidade racional da escolha de prioridades e na eficácia da luta contra a ineficiência e desperdício na área da saúde...*

Esta responsabilidade racional será partilhada entre gestores e profissionais de saúde. Para o gestor, é mais fácil a visão dos gastos imediatos e a proposta de restrições generalistas. O acesso aos medicamentos inovadores não deve ser vedado aos doentes identificados como elegíveis mas requer regulamentação, definição de critérios baseada na evidência, disciplina por parte dos prescritores, doentes e suas associações e compromisso de todos.

O médico com responsabilidade de planeamento em saúde pública tem, como prioridade, as estratégias dirigidas a beneficiar o estado de saúde de uma população. O médico hospitalar defende o seu doente considerando admissível que o direito individual ultrapasse o direito coletivo.

Quando se fala em terapêutica inovadora, financiada pelo estado, é fundamental que haja uma certeza quanto ao que Kirby chama as recomendações 3 Es, Evidência provada, Economia adequada (custo-benefício) e respeito pela Ética (Kirby J, 2008).

Quanto à evidência, o médico baseia a sua proposta na informação da indústria e nos ensaios clínicos que lhe são apresentados. Mas mesmo em ensaios sérios e bem estruturados, há fatores de confundimento como o limite de idade, a exclusão de comorbilidades, a adesão terapêutica irregular tanto nos grupos de estudo como nos controlos.

A Austrália e a Nova Zelândia

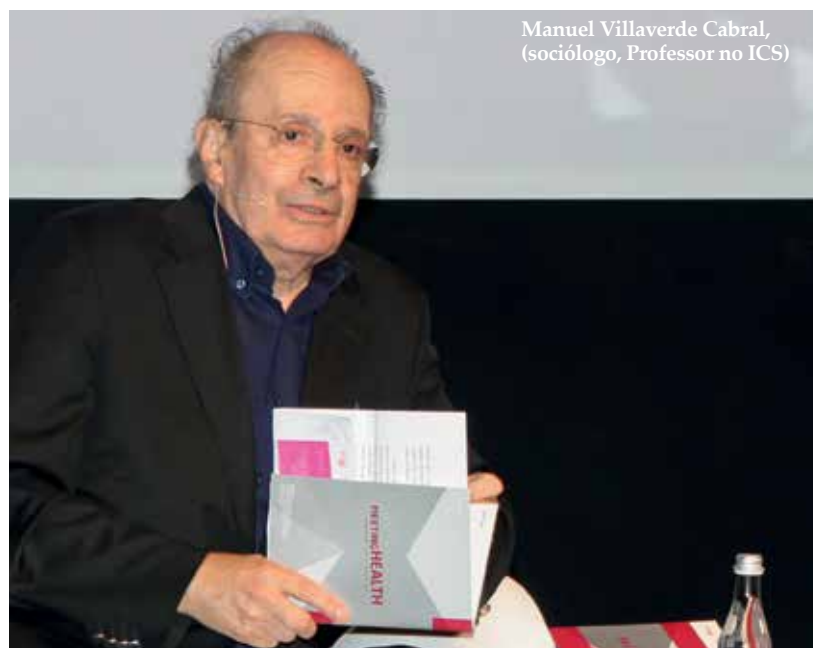
aprovaram um protocolo conjunto que regula de forma rigorosa os medicamentos inovadores com critérios de controlo para o equilíbrio justo entre a utilização adequada dos recursos limitados para as necessidades da comunidade e o acesso e equidade individual. Definem, de forma inequívoca, os critérios de prescrição, utilização e manutenção da terapêutica, o processo de envolvimento do doente, as restrições prescritivas e acordos preço/volume entre governo e indústria farmacêutica.

Neste protocolo o doente também deve respeitar os princípios éticos para o que importa a sua capacitação. Mais informação e transparência capacita o cidadão para a decisão, potencia a utilização adequada dos recursos e a adesão terapêutica, com maior retorno da sua aplicação.

Finalmente, é dever do médico diferenciar inovação do que é apenas uma nova formulação, respeitar a sustentabilidade financeira no interesse de toda a população, pois a vontade de curar e pagar é diferente da capacidade de pagar, critério a ser ponderado juntamente com a avaliação de medicamentos e tecnologias.

A justiça igualitária não se aplica apenas ao cidadão atual mas também a futuras gerações pelo que o médico hospitalar, ao defender o seu doente, deve pensar nos outros doentes, atuais e futuros, seus e de outros médicos ou instituições. Esse é o imperativo moral e ético atual”.

Ainda sobre esta temática do equilíbrio entre o acesso à inovação e a sustentabilidade dos sistemas de saúde a longo prazo, o encontro teve a presença de Leeza Osipenko, diretora associada do Conselho Científico do NICE. O NICE é uma organização independente que avalia novos



Manuel Villaverde Cabral,
(sociólogo, Professor no ICS)

medicamentos com o objetivo de elaborar recomendações relativas aos tratamentos a serem utilizados para cada doença. Nesta intervenção, a primeira em Portugal, Leeza Osipenko apresentou a estrutura da organização que representa e explicou o processo de decisão das respetivas aprovações. Este processo, que apresenta semelhanças com o português, avalia a inovação quantificando todos os benefícios e custos que advém da utilização de um novo tratamento. A medida utilizada pelo NICE para avaliar a inovação é o QALY (Anos de Vida Ajustados pela Qualidade). Esta medida revela-se de extrema importância porque permite comparar os benefícios de medicamentos em doenças diferentes e, dessa forma, ajudar o decisor. Naturalmente, quanto maior o benefício (isto é, quantos mais QALYs resultam da utilização de um medicamento) maior será o valor que o SNS inglês estará disposto a pagar por ela. Este processo segue uma metodologia claramente definida e tem que ser visto à luz da disponibilidade financeira exis-

tente. A introdução de um novo medicamento pode ter, como consequência, a necessidade de suspender a comparticipação de outro, cujo custo-benefício deixa de justificar a sua manutenção no arsenal terapêutico. Resulta, deste facto, a importância de manter avaliações periódicas dos medicamentos disponíveis para o tratamento das diferentes doenças. Este processo de decisão inclui a participação de médicos, doentes, associações de doentes, indústria, entre outros, e as reuniões são abertas à presença do público – presencialmente ou virtualmente – por forma a promover a transparência do processo de decisão. A terminar a sua intervenção, Leeza Osipenko realçou a importância de manter o espírito de parceria entre os diversos intervenientes no contexto da saúde. Nomeadamente, e resultante dos desafios orçamentais transversais aos vários países da Europa, é importante ter a capacidade de introduzir mecanismos inovadores, como a partilha de risco, que garantam o acesso precoce de tratamentos disruptivos.

Centros de Excelência

Outro dos temas debatidos foram os “Centros de Excelência”, numa mesa-redonda moderada por António Vaz Carneiro. Gerald Dunstan, Diretor do Departamento de Saúde e Ciências da KPMG, UK (empresa de auditoria e consultoria), foi um dos intervenientes e falou sobre “como é que o foco na qualidade se pode traduzir na redução de custos para os sistemas nacionais de saúde?” começando por referir os desafios atuais dos sistemas de saúde como sendo “os custos crescentes, as desigualdades no acesso, e o aumento da procura e das necessidades”:

Em relação aos custos explicou como o custo dos novos tratamentos está a aumentar mas, ainda assim, em Portugal a despesa pública com saúde “está a diminuir” e ainda que “há acesso limitado aos tratamentos existentes devido aos constrangimentos orçamentais” e a referências pouco eficazes entre cuidados primários e cuidados hospitalares. Quanto ao aumento da procura, Gerald Dunstan falou do envelhecimento da população europeia e do aumento das necessidades de cuidados de saúde e como os sistemas de saúde estão a “lutar para corresponder a essa procura”. “Ests são oportunidades para melhorar o uso atual dos recursos limitados em saúde” quer através de uma melhor gestão da relação custo-eficácia (porque neste momento “o foco parece estar simplesmente no custo em vez de haver um foco na ‘qualidade’ e no ‘custo-eficácia’”). Este orador também considera que estão a ser prestados serviços desnecessários e exemplificou com as análises de rotina ao sangue e à urina, que poderão não ser necessárias anualmente. Também referiu a ineficácia de transmissão de informação, ao

longo do percurso terapêutico do doente. A falta de partilha de informação entre os vários níveis de cuidados origina despesas (por exemplo, quando não é transmitido o resultado de um exame e acaba por ser feito novo exame). “A qualidade dos cuidados tem a ver com ‘fazer bem à primeira’ para melhorar os caminhos terapêuticos e as linhas de referência. Isto ajuda a reduzir o desperdício que tem origem em referências incorretas, tratamentos inapropriados ou reinfeções, consequentemente, poupando recursos. A qualidade dos cuidados requer compreensão e otimização das estruturas, processos e resultados obtidos”. Gerald Dunstan apresentou um caso de estudo focado no re-desenho do percurso clínico de doentes com doença inflamatória do intestino em Londres para demonstrar o tipo de poupanças de recursos que se pode alcançar quando se coloca o doente no centro dos cuidados. O moderador, António Vaz Carneiro, referiu ser “consensual que os centros de referência, que são inevitavelmente de excelência, são uma mais-valia para os doentes e para a economia da saúde.” E continua: “Tal como foi referido pelos vários intervenientes desta sessão, estes centros permitem poupar custos desnecessários e contribuem para uma melhor prestação de cuidados em patologias complexas e raras, que exigem equipas específicas, expertises em certas áreas.”

“O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem feito um esforço enorme para fazer face à atual crise e está de parabéns pelos bons resultados”, segundo António Vaz Carneiro, diretor do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE) da Faculdade de Medicina de Lisboa (FMUL). Nesta mesa-redonda estiveram

presentes as sociedades que deram apoio científico ao Meeting Health: Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia (SPDV), Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (SPG), Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), Grupo de Estudo da Doença Inflamatória Intestinal (GEDII) e Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes (NEDAI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Abordagem Multidisciplinar

Brian Fitzgerald, CEO Beacon Hospital (Dublin) foi outro dos oradores neste encontro e referiu a importância da abordagem multidisciplinar, não apenas na prática clínica, mas também em conjunto com as administrações hospitalares como forma de reduzir custos. Foram apresentados exemplos de projetos do Beacon Hospital que permitiram aumentar a eficiência do hospital ao nível do aumento do número de doentes tratados e da redução dos gastos pois, por vezes, pequenas ações que juntam o trabalho de administradores hospitalares, médicos, farmacêuticos enfermeiros e até doentes, podem agilizar processos internos que conduzem, de uma forma eficaz e imediata, à redução de custos desnecessários, podendo a gestão do bugdet hospitalar ser melhorada e otimizada.

A Meeting Health conta com o apoio científico da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e do Grupo de Estudo da Doença Inflamatória Intestinal e do Grupo de Estudo das Doenças Autoimunes.

Miguel Guimarães: “O ato médico é um imperativo constitucional”



O líder da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, deu uma entrevista ao Porto24 em que repassou temas como o ato médico, a morte de Paulo Cunha e Silva e outros assuntos ligados ao XVIII Congresso Nacional da Ordem dos Médicos.

O tema do XVIII Congresso Nacional da Ordem dos Médicos, o ato médico, reveste-se de importância nos dias de hoje?

Independentemente das relações estabelecidas durante o congresso dos assuntos da ordem do dia, como a emigração, a reforma antecipada ou outros, o tema principal continua a ser o ato médico. E é o tema principal por duas razões que quem ler a entrevista vai entender perfeitamente.

O dito ato médico tem sofrido agressões nos últimos anos que nunca se tinham registado antes. Em primeiro lugar, na relação médico-doente. Não há nenhuma pessoa que hoje em dia não saiba que ir a uma consulta é estar lá pouco tempo. Quando um médico e um doente estão num consultório, isto no Serviço Nacional de Saúde (SNS) mas também se estende ao setor privado, o tempo é muito limitado. São impostos aos médicos tempos de consulta de poucos minutos.

Isso prejudica o serviço prestado?

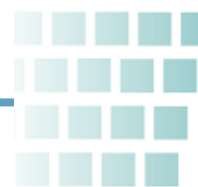
É inaceitável. Os médicos que trabalham no serviço de urgência fazem muitas vezes turnos que vão para além das 12 horas recomendadas como limite máximo... isto significa que a qualidade do ato médico pode diminuir e a segurança dos doentes pode estar em causa.

Outra questão é a excessiva informatização a que os serviços de saúde foram submetidos. A Saúde é a área mais informatizada em Portugal, mas a informatização não foi acompanhada do investimento financeiro necessário para que o sistema informático funcionasse de forma eficaz e com a rapidez necessária. O que acontece na prática é que os médicos estão a maior parte do tempo a olhar para o computador, que frequentemente falha e pede vários registos, em vez de conversar com o doente e olhá-lo “olhos nos olhos”. Este é um dos aspetos, que urge alterar. O que está em causa é a huma-

nização dos cuidados de saúde. Qualquer dia, os doentes entram numa cabine informática, há um médico que lhe faz meia dúzia de perguntas, e o sistema imprime um relatório enviando o doente para um segundo gabinete e por aí fora, até levantar a prescrição final numa qualquer máquina preparada para o efeito. Tem de haver bom senso e equilíbrio entre a informatização e a atenção a ser dada aos doentes.

E quanto ao segundo aspeto?

O outro aspeto é igualmente preocupante, porque acima de tudo defende os doentes, que é não existir uma legislação específica sobre o ato médico. Não está definido na lei o que é o ato médico. Existe muita corrupção pela ausência de legislação. Existem muitas pessoas que não são médicos a exercer medicina. Basta olharmos para os anúncios nos jornais, nacionais e locais, para percebermos que há anúncios que prometem isto e aquilo, como ‘aumente o seu pénis’, e depois



temos o Dr. ou o Prof. “Karamba” ou coisa que o valha, e aquilo é vendido às pessoas como se de uma ato médico se tratasse. Isto seria uma questão de usurpação de funções se o ato médico tivesse definido e enquadrado na lei. Na prática, uma pessoa que não é médica pode exercer medicina e fazer um anúncio a vender esses serviços desde que não diga que é médico.

A necessidade de responsabilizar as pessoas é absolutamente essencial. A definição jurídica do ato médico resolveria as questões de conflitos de interesse inerentes, e ajudava a combater a corrupção, para bem dos doentes, que poderiam responsabilizar quem se intitulasse médico de forma indevida.

A transparência é outro fator importante. Incompreensivelmente, o poder político não se preocupa minimamente com a transparência neste processo. A definição do ato médico é um imperativo constitucional. O Estado devia ter a preocupação de não deixar que os cidadãos sejam enganados. Na área da saúde, temos a definição do ato de enfermagem, do ato de medicina dentária, enfim, quase todos.

Qual o destaque principal no IX Congresso Nacional da Ordem dos Médicos?

A estrutura deste congresso é mista. É para médicos, mas é também para a sociedade civil, que está representada com um “peso” muito maior do que o habitual. Os convidados que não são médicos rondam uma percentagem muito superior ao habitual. Conhecem bem a área e a sua relação com a sociedade, o que é importante porque a medicina não vive isolada. A sociedade civil são os doentes.

Um dos convidados seria Paulo Cunha e Silva.

Sim, e logo num momento de honra, a conferência de encerramento. O Dr. Paulo Cunha e Silva era um homem do Porto, da cultura, embora fosse médico, e era um homem que fazia muito bem a ponte entre o que era a medicina, a arte e a ciência. E ia fazê-lo centrando as coisas em Abel Salazar, que terá sido uma das maiores figuras da medicina no Norte do país.

É uma perda para a cidade porque não era só um homem de cultura. A veia principal seria a relação com a cultura, mas era acima de tudo irreverente. Nestas coisas, para fazermos algo de diferente e ajudarmos uma cidade como o Porto a ter uma dinâmica própria, a ser uma cidade que agora é notada a nível internacional, é preciso ter ideias diferentes do normal, e ele tinha-as. Não é uma pessoa fácil de substituir. Sei que o Dr. Rui Moreira vai ocupar o pelouro, mas é uma perda muito grande para a cidade mas também para nós médicos. Infelizmente, não estará presente, o que é difícil de colmatar, e não faremos uma conferência de encerramento. Vamos fazer uma sessão de encerramento alargada em que o vamos homenagear. Um dos convidados é o Dr. Manuel Pizarro, também médico, colega de vereação e amigo pessoal de Paulo Cunha e Silva.

Há também uma conferência de Maria Amélia Ferreira, diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, instituição que faz 190 anos. Qual é o lugar da FMUP no ensino da medicina no país?

É difícil dizer qual a referência a nível nacional. Há muita competitividade entre as faculdades,

principalmente as clássicas. O que eu posso dizer é que a FMUP tem um historial invejável a nível das escolas médicas em Portugal, não só pelo tempo que já tem, mas também pelas pessoas de elevadíssima qualidade que foram construindo aquela escola. Basta pensar que atualmente a diretora é a Prof. Maria Amélia Ferreira, e repare na dinâmica que a faculdade tem. Tem contribuído para tornar a FMUP numa marca de prestígio, tem feito uma boa associação quer aos hospitais, nomeadamente ao Hospital São João, o que permite que as duas instituições cresçam ainda mais, e tem tido uma excelente relação com os parceiros, como a Ordem dos Médicos. Com isto, a FMUP tem crescido. Se me pergunta estritamente a nível científico, julgo ser neste momento a faculdade do país com maior produção científica dentro das escolas de medicina. Há uma componente de investigação muito grande, o que já faz parte do código genético da faculdade.

A FMUP tem um problema que é preciso ultrapassar: à semelhança de outras escolas de medicina do país, a faculdade tem demasiados estudantes. Eu diria que tem quase o dobro dos estudantes que devia ter, o que é mau, porque se no ensino mais teórico é facilmente ultrapassável, durante o chamado sexto ano profissionalizante, em que têm de conversar com os doentes, acabam por ser todos prejudicados, e a sua formação clínica na prática quase não existe. São tantos estudantes que não há hipótese. Às vezes são cerca de 10 ou 20 atrás do mesmo assistente, e acabam por não ver nem fazer nada, até porque também é preciso respeitar a dignidade dos doentes. Não podemos ter 10 estudantes numa sala onde um médico está a observar um doente.

Que balanço faz do triénio para que foi eleito (2014-2016)?

Estes dois anos de mandato não foram anos fáceis. Não o foram porque a conjuntura económica e a política traçada pelo Ministério da Saúde foi demasiado negativa para o que eram os acontecimentos habituais na área da saúde. Tivemos um trabalho imenso para corrigir várias situações, tivemos uma intervenção pública fora do normal, acho que a Ordem nunca teve na sua história tanta intervenção. Isto, claro, é fruto das várias situações anómalas que têm acontecido, e não podendo resolver a questão pela via do diálogo, passou-se a denunciar publicamente algumas situações graves. Há coisas que se conseguiram fazer e outras que não foram possíveis. A Ordem, hoje, tem uma agilidade interna e autonomia de funcionamento muito maior do que há uns anos atrás. Qualquer atividade intrínseca à Ordem dos Médicos melhorou substancialmente, incluindo naturalmente a Secção Regional Norte. A nível externo, conseguimos quebrar várias barreiras e manter a qualidade da formação médica. Continuamos a ter profissionais de elevadíssima qualidade. Não é por acaso que quase todos os países europeus querem contratar médicos portugueses.

Qual o problema por detrás da atribuição de vagas de acesso às especialidades?

O que está a acontecer agora é muito grave. A ACSS publicou, no dia 23, o mapa de vagas de acesso às especialidades. Diz respeito aos jovens médicos que acabaram agora os cursos de medicina, fizeram o chamado Ano Comum e agora estão a escolher a especialidade. É provavelmente

te o passo mais importante na vida de um médico, porque vai escolher o que vai fazer para o resto da vida. E esta escolha todos os anos dá problemas, porque o sistema não está bem organizado, porque o mapa de vagas não é publicado atempadamente, segundo a lei devia ser publicado 10 dias antes da escolha, a plataforma informática falha... Este ano, a situação é ainda mais grave porque reiterada e, mais uma vez, o presidente da ACSS resolve publicar o mapa de vagas no mesmo dia em que se inicia o processo, o que cria uma pressão enorme sobre os médicos, que não têm tempo de analisar bem as vagas, com calma, com a família e os amigos.

“Saúde precisa de mais 750 milhões de euros”

Não havia forma de adiar ou parar o processo?

A Ordem tentou tudo, mas não foi possível, o Dr. Rui Ivo [presidente da ACSS] não cedeu. Esta situação criou um grande desconforto. Todos os dias surgia uma coisa nova. As vagas foram alteradas de dia para dia nos primeiros dias. É uma confusão e uma irresponsabilidade grande por parte dos serviços da ACSS. Mostra também que a máquina do Estado está cansada e tem de ser substituída.

É mais um problema para um jovem médico em Portugal?

É um desafio. Descredibiliza o sistema, as pessoas começam a

não acreditar naquilo que é a política portuguesa. Estes jovens, na prática, desde que entram na especialidade já têm uma motivação especial para irem trabalhar para outros países. Quem emigra, fá-lo porque as condições de trabalho não são boas e porque o país não lhes dá grande oportunidade de emprego, mas emigra sobretudo porque não são bem tratadas. No caso concreto dos médicos, há emprego em Portugal, há falta de médicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS). O que acontece é que são tão maltratados pelo poder político e optam por emigrar ou trabalhar apenas no sector privado.

A emigração é uma das questões em debate no IX Congresso Nacional da Ordem dos Médicos. Vê uma mudança no futuro próximo, ou a situação vai manter-se?

A questão da emigração só muda se mudarem as condições de trabalho e aquilo que é o investimento que é necessário fazer em Portugal. Estes cortes excessivos que foram feitos em Portugal nos últimos 4 anos, que começaram antes até, quando José Sócrates era Primeiro-ministro, levaram a um forte desinvestimento. Na prática, as pessoas começaram a não ter emprego, o Primeiro-ministro Passos Coelho aconselhou as pessoas a emigrar. Ainda me lembro do que disse como se fosse hoje. Mais, como a troika aconselhou uma redução do número de funcionários públicos, o Governo começou a convidar as pessoas a reformarem-se antecipadamente, e veja-se no que deu. Os números das reformas antecipadas atingiram valores nunca antes vistos. Felizmente agora está a baixar.



Mas muita gente saiu do SNS...

A máquina pública não funciona sem pessoas. E o ministério que mais reduziu foi o Ministério da Saúde, que foi muito para além das exigências da troika, que impôs que Portugal reduzisse, em 3 anos, cerca de 550 milhões de euros. O ministro Paulo Macedo resolveu reduzir 1.500 milhões de euros, o que é demasiado. Não é possível manter os serviços de saúde com a qualidade que existia antes, com uma redução tão drástica. Isto teve reflexos não só nas remunerações como também no número de pessoas no SNS, teve reflexos no acesso a terapêuticas, nos equipamentos, nos materiais clínicos... No conjunto, Portugal tem um número elevado de médicos. Aliás, se olharmos para os números da OCDE, Portugal tem 4,3 médicos por mil habitantes. Somos o quarto país da OCDE com mais médicos por mil habitantes. Temos excesso de médicos para a população que temos. A média dos países da OCDE é 3,3 médicos por habitante. E funcionam bem, têm médicos suficientes. O problema é que no SNS não temos 4,3 médicos por mil habitantes.

Quantos médicos temos no SNS?

Neste momento, trabalham no SNS cerca de 26 mil médicos, o que se traduz num valor entre 2,5 e 2,6 médicos por mil habi-

tantes, o que é inferior à média da OCDE. Se este fosse o nosso número real, estaríamos na cauda dos países europeus. Quando se fala de deficiências a nível do serviço de saúde e da falta de médicos, fala-se sempre do SNS, nunca em nenhum momento foi referido o setor privado ou social. No SNS, temos falta de pessoas.

O próximo Governo tem de ter ação para reverter esta tendência negativa?

Tem de ter. Eu percebo que tenha havido contenção orçamental, e que tenha existido um memorando em que Portugal se obrigava a fazer alguns ajustamentos. Acho que toda a gente hoje entende. Não quer dizer que aceite ou que não possa existir outro caminho. O Governo de Passos Coelho foi muito para além disso. Só na saúde, foi além mais de mil milhões de euros. O que Portugal precisa, na minha opinião, é que a dívida seja paga de forma mais lenta e se mantenham algumas medidas de contenção orçamental sem os exageros do passado recente. Tem também de haver algumas regras no que diz respeito aos sistemas bancários. A banca é a grande responsável por todo este problema. As pessoas viviam acima das suas possibilidades porque a banca e os sucessivos executivos promoveram o endividamento. A

banca emprestava dinheiro para tudo e as pessoas tinham acesso fácil ao dinheiro. As dívidas foram acumulando e chegou a um ponto em que os portugueses deviam milhares de milhões de euros à banca. De repente, a banca deixa de ter dinheiro, as pessoas deixaram de ter dinheiro para pagar as dívidas e a banca começou a ficar com as casas, os terrenos, os carros...o sistema entrou em colapso. Tem de haver maior investimento nas pessoas. Uma das sugestões que temos deixado é que a percentagem do PIB que é gasto na saúde passe dos 5,9% para 6,5%, que é a média da OCDE. Significaria aumentar mais cerca de 750 milhões de euros. É evidente que quando votamos num partido político, devíamos ter entender não apenas as grandes opções, que na maior parte dos casos são muito vagas, mas também saber exatamente o que é que os candidatos pretendem fazer em relação a cada setor e quanto do PIB é que vão lá investir. Tem de haver um equilíbrio, nem tudo pode ser muito bom. O novo Governo vai ter de investir mais nas áreas essenciais, até porque só investindo nas pessoas é que o país sai da crise em que se encontra.

Nota: Entrevista publicada a 26 de Novembro no jornal online Porto 24 - www.porto24.pt



Presidente do CRN comentou estudo da ANEM sobre a formação médica especializada

“A ponte entre a academia e a enfermaria está ameaçada”

“A ponte entre a academia e a enfermaria, traduzida numa formação médica especializada de elevada qualidade, está cada vez mais ameaçada”. Quem o diz é Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM).

Numa curta intervenção a propósito do estudo divulgado pela ANEM, o presidente da Ordem dos Médicos do Norte salienta que “se nada for feito para adequar o número de vagas de Medicina às capacidades formativas das escolas médicas e das unidades de saúde para formar especialistas, a qualidade dos cuidados de saúde irá sofrer uma degradação progressiva com sério prejuízo dos doentes e da economia nacional”.

O estudo apresentado no domingo passado pela Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) revela que as escolas médicas com maior número em excesso de ingressos e mais anos de funcionamento apresentam uma menor satisfação por parte dos estudantes de

medicina.

“É absolutamente necessário inverter com urgência o ciclo negativo que está a afectar a formação médica” salienta o presidente do CRNOM. “Neste momento os estudantes de medicina estão a ter uma formação clínica insuficiente no período crítico em que a mesma deveria ser profissionalizante, o último ano do curso”. “De resto, este estudo vem reforçar a necessidade imperiosa de manter o Ano Comum, como um passo fundamental no acesso à formação médica especializada” acrescenta.

Este responsável vai mais longe e assegura que “a manutenção do elevadíssimo *numerus clausus* em medicina prejudica a formação pré-graduada, empurra

centenas de jovens médicos para o exercício de uma medicina indiferenciada e ameaça a qualidade dos cuidados de saúde, com consequências dramáticas no percurso e formação de muitos dos jovens médicos”.

Na verdade, todos os estudos universitários realizados até ao momento sobre as necessidades previsionais de médicos no nosso sistema de saúde apontam para um número de cerca de 1200 novos estudantes de medicina em cada ano em todas as escolas médicas portuguesas. Miguel Guimarães adverte que “uma renovação anual de cerca de 1500 jovens médicos, como tem acontecido nos últimos anos, é claramente suficiente para suprir as necessidades do país e ainda assim o sistema



Miguel Guimarães lançou um desafio ao novo Governo (seja ele qual for) afirmando que “ainda estamos a tempo de travar a erosão da formação médica em Portugal, haja coragem política para reverter algumas das alterações nocivas que foram sendo implementadas ao longo dos últimos anos”.

não consegue absorver todos os especialistas formados”.

Para o presidente do CRNOM “a organização do sistema de saúde e, em especial do SNS, não pode depender de vontades políticas estranhas ao bom funcionamento das instituições e estar na dependência de campanhas e votos de partidos políticos que apenas querem exercer o poder a qualquer custo como tem acontecido ao longo dos anos”. “O investimento na formação de médicos tem um custo demasiado elevado para a sociedade civil, para que possam ser desperdiçados de forma absurda como tem acontecido nos últimos anos”, frisa.

Na parte final da sua intervenção Miguel Guimarães reclama “melhores condições de trabalho para os médicos, melhor formação, mais segurança e mais respeito” e “desafia os jovens médicos a terem uma participação mais activa na sociedade civil não deixando que se-

jam outros a tomar as decisões por eles”.

Como recentemente afirmou “a Medicina que tem sido promovida pelo Ministério da Saúde nos últimos anos não é a Medicina que queremos para o nosso país”. E aproveitou esta oportunidade para lançar um desafio ao novo Governo (seja ele qual for) afirmando que “ainda estamos a tempo de travar a erosão da formação médica em Portugal, haja coragem política para reverter algumas das alterações nocivas que foram sendo implementadas ao longo dos últimos anos”.

E terminou invocando a necessidade de “realizar um estudo definitivo e detalhado sobre as necessidades em saúde que envolva os diferentes parceiros sociais e tenha em conta os estudos já realizados”. “Investir nos jovens e na qualidade da formação é o caminho a seguir”, salienta o presidente da Ordem dos Médicos do Norte.





Juramento de Hipócrates dos novos médicos da Secção Regional do Sul

O presidente do Conselho Regional do Sul falou aos novos médicos, na sessão do juramento de Hipócrates, que decorreu no dia 24 de Novembro, na Aula Magna da Reitoria da Universidade de Lisboa. Jaime Teixeira Mendes alertou-os para as dificuldades que terão agora que enfrentar e manifestou o desejo de que dêem prioridade à relação médico-doente em detrimento da obsessão pelos registos electrónicos.

Numa sala lotada, com milhar e meio de pessoas, entre as quais mais de 60 novos médicos, o dirigente incluiu um pequeno filme dos Estados Unidos, uma sátira à obsessão pelos registos electrónicos naquele país, que pode ser adaptado à nossa realidade. A sua intervenção foi a seguinte:

“Neste dia especial em que a profissão médica se rejuvenesce e fortalece, saúdo:

O bastonário da Ordem dos Médicos, Prof. José Manuel Silva;

Os ex-bastonários Prof. António Gentil Martins e Prof. Carlos Ribeiro;

A senhora Dra. Lurdes Gandra, membro do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos; O senhor director da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Prof. Fausto Pinto;

E ainda o presidente da Fundação Manuel Machado Macedo, Prof. Marcelo Rebelo de Sousa,

nosso convidado habitual desde há quatro anos.

Saúdo agora especialmente todos os que daqui a poucos minutos se juntarão, com o acto simbólico do juramento, mas com todo o mérito, à nossa profissão.

Hoje é dia de festa para todos vós. Termina aqui uma etapa importante das vossas vidas. Vão receber as cédulas profissionais que certificam a vossa inscrição na Ordem dos Médicos, uma das associações profissionais mais antigas e prestigiadas.

Caros Colegas, a partir de agora

vão iniciar a vossa carreira como médicos.

E reparem no exemplo de hoje das dificuldades que vão enfrentar e por que estão a passar já os vossos colegas um ano mais velhos. O Ministério publicou um mapa de vagas para as diferentes especialidades ontem, o período de candidaturas começou com esse mapa e, já hoje, sem explicação plausível, este mapa foi alterado, quer no número de vagas quer na sua localização.

Infelizmente serão deste tipo os maiores problemas a enfrentar, o da ligeireza e às vezes da irrespon-



sabilidade com que vão ser tratados pelo poder.

Ainda assim, nunca se esqueçam que o médico é por definição um estudante permanente e deve estar preparado para enfrentar todas as transformações futuras que se comecem a sentir nesta nobre profissão e, acima de tudo, colocar as necessidades do doente em primeiro lugar.

A globalização e o ultraliberalismo, com a ditadura dos mercados, transformaram o comportamento de muitos jovens na sociedade atual.

O que os economistas chamam o *Homo economicus*.

Esta política seguida pelo capitalismo selvagem, a partir dos anos oitenta, que visa o aumento infinito da produtividade, os prémios e as duras sanções para incitar ao esforço, foi também introduzida pelos administradores nos sistemas de saúde, o que os mesmos já apelidaram da “lei da cenoura e do chicote”. Seguindo este caminho foram destruindo o valor do trabalho, a preocupação de fazer bem e de ser respeitado pelos seus colegas. A competição progrediu e a cooperação recuou numa atitude contranatura, pois numerosas experiências de psicologia experimental, ao contrário da imagem do homem das cavernas, solitário e animalesco, mostram a propensão espontânea dos humanos a entreatajudarem-se e a confiarem uns nos outros.

Assistimos, assim, à imposição da lógica do mercado nos serviços de saúde.

O controlo biométrico de horários, consultas de dez em dez minutos, operações a granel, o registo computadorizado e o prolongamento dos serviços de urgência para mais de 24 horas semanais... conduzem a um sistema organizacional que eu chamo de *tailorização* informá-



tica e robotização dos médicos. A vossa formação foi suficientemente dispendiosa para vos estarem a obrigar a tarefas meramente administrativas. Este tipo de medicina imposta pela economia de mercado desregulada conduz inevitavelmente à exaustão dos profissionais de saúde.

Alguns hospitais do Reino Unido já regressaram à utilização do gravador nas consultas com a posterior passagem para o registo computadorizado. Assim evita-se aquela situação já descrita de uma doente surda que pedia ao seu médico para olhar para ela pois assim não o podia entender, mas passados poucos segundos o médico voltava a olhar o computador.

A doente era surda mas o médico era mudo.

Muitos são os nossos colegas de cá e lá do Atlântico que denunciam este tipo de medicina, imposta pela produtividade, que aniquila a relação médico-doente. Vamos juntar -nos a eles, através da visualização deste pequeno vídeo produzido na América do Norte. * A relação médico-paciente é o sus-

Presidente do CRS apresentou vídeo com sátira à obsessão pelos registos electrónicos

tentáculo da nossa profissão desde o tempo de Hipócrates. Este homem que nasceu por volta do ano 460 a.C. é considerado o pai da Medicina Moderna.

Hipócrates viajou muito e tornou-se um médico famoso, regressou à ilha de Cós, precisamente onde hoje sofrem tantos e tantos refugiados à procura de um abrigo, e fundou uma escola e um centro de saúde.

Esse seu centro tornou-se famoso e ficou conhecido em todo o mundo grego atraindo estudantes, doentes e médicos de muito longe.

Hipócrates morreu aos 104 anos de idade, assim narra a lenda.

Cós fervilhava de gente ligada à medicina, de forma que a disputa pelos doentes se tornou feroz e muito naturalmente, foi surgindo um movimento com o objetivo de eliminar a competição desleal.

Assim, vinte anos depois da sua morte, criou-se um código de conduta a que chamaram o Juramento de Hipócrates e que nós 2.500 anos depois vamos de novo aqui proferir.”

Seguiu-se o Juramento de Hipócrates dos novos médicos e a sessão terminou com a entrega das cédulas profissionais.

*Vídeo que foi apresentado na sessão pode ser visionado na página de facebook da Secção Regional do Sul. O filme é uma sátira ao sistema de registos clínicos electrónicos americano, o EHR, produzido pelo movimento Let Doctors be doctors



1.^{as} Jornadas Médicas das Ilhas da Macaronésia Referenciação – Pensar o Futuro

As I.as Jornadas Médicas das Ilhas da Macaronésia realizaram-se nos dias 9 e 10 de Outubro, no Funchal, com a organização dos Conselhos Médicos das Regiões Autónomas e a coordenação do Conselho Regional do Sul.

Foram dois dias de trabalhos com muita participação, cujo tema geral foi «Cuidados de Saúde Primários. Que Futuro?».

Nas jornadas foram discutidos assuntos como as diferentes realidades de cada um dos espaços da Macaronésia (Açores, Madeira e Cabo Verde – as Canárias também integram esta região mas não participaram nos trabalhos), a sustentabilidade dos sistemas de saúde, o internato da especialidade de Medicina Geral e Familiar (ver edição n.º 196 do Medi.com), os prós e contras das Unidades de Cuidados Personalizados e das Unidades de Saúde Familiar e a sua aplicabilidade nas regiões autónomas, as condicionantes geográficas na qualidade assistencial e uma reflexão sobre referenciação, com o futuro no horizonte.

Neste último tema, numa mesa moderada por Jorge Santos, presidente do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores, participaram Aida Paiva, anestesista do Hospital da Horta, Dalila Pernet, delegada de saúde de Santa Cruz (Madeira) e José Aires Teixeira, director do serviço de Cirurgia Geral do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM).

Aida Paiva alerta que hospitais açorianos não estão a trabalhar em rede Arquipélagos carecem de redes de referenciação

“O entrave à referenciação é um entrave ao direito do utente de ser entendido aos cuidados de saúde que necessita em tempo recomendado”, a afirmação é de Aida Paiva, ao intervir na sessão dedicada à referenciação. Para a assistente graduada de Anestesiologia do Hospital da Horta, “os circuitos

na região devem ser claros” e a especialista defendeu “que haja uma área geográfica de influência, porque temos de saber com que utentes é que contamos”. A oradora afirmou ainda que as redes de referenciação para o exterior devem, realmente, traduzir “a falta de capacidade de tratamento na





região e aqui não é o que acontece, os hospitais não estão a trabalhar em rede e temos até algum desconhecimento uns dos outros”.

Aida Paiva explicou que “os critérios de referência são importantes porque trazem uma metodologia e uma equidade de acesso e, no fundo, uma facilidade de acesso porque tendo critérios há uma maior probabilidade de o pedido não ser rejeitado”. Para atender a esse desígnio, a oradora avançou que, no mês de Julho, a Secretaria Regional de Saúde dos Açores “enviou um pedido para definição de critérios de referência” e aproveitou para defender que essa referência “deve ser transversal” a todas as unidades

des do arquipélago.

Aida Paiva defendeu ainda ser “incontornável” ter como meta a alcançar o desenvolvimento de “um sistema de informação partilhado que garanta que o processo clínico se encontra disponível ao profissional que necessita de consultá-lo”. Este instrumento deverá “rentabilizar cada deslocação do doente fazer consulta e exames complementares perto de casa”, assim como deverá permitir “o acesso estatístico que, neste momento também não é muito simples”, admitiu a oradora.

Ainda Paiva afirmou ainda ser “a favor da divulgação entre todas as unidades de saúde das especialidades existentes e dos tempos

máximos de reposta garantidos” e enalteceu o facto de alguns dos médicos das unidades hospitalares do arquipélago continuarem “a ir aos Centros de Saúde o que representa ganhos em saúde para as populações que, assim, não têm de se deslocar entre ilhas”.

A terminar, a especialista em Anestesiologia sublinhou: “Não trabalhamos sozinhos - trabalhamos em complementaridade e necessitamos de apoio técnico - e a referência é uma forma de obter apoio técnico em tempo considerado útil, que deve ser igualmente acessível onde quer que o utente resida”.

Aires Teixeira adverte que vão surgir mais problemas com a população envelhecida

“Precisamos urgentemente de novas instalações”

A Região Autónoma da Madeira precisa de novas instalações hospitalares e teme-se que o envelhecimento da população e o isolamento social e familiar agrave o problema da assistência na região. A solução, mesmo sem dinheiro para grandes obras será a reorganização do modelo de trabalho médico, segundo o cirurgião José Aires Teixeira.

Para este médico é inquestionável que “temos um problema grave com a taxa de envelhecimento da população que está a crescer” ao qual acresce o aumento da prevalência das doenças crónicas. Todavia, o diretor de Cirurgia Geral do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) deixou um alerta: vão surgir mais problemas. “As pessoas estão num contexto de isolamento social e familiar, os filhos imigraram, os vizinhos morreram e como

[o idoso] está sozinho recorre aos centros de saúde”, explicou. A juntar a este cenário, os médicos são cada vez menos e “são fustigados com mais tarefas burocráticas” sem terem “o devido reconhecimento do poder político”. Na opinião do cirurgião “o poder político está a fazer uma campanha a desacreditar a classe médica, que os médicos são uma classe muito bem remunerada, são muito exigentes, fazem *lobby* e acho que o principal mentor desta campanha é o nosso Ministro da Saúde”, cargo ocupado na altura por Paulo Macedo. Segundo o relato do orador, “os serviços clínicos hospitalares, com os cortes que tem havido, com as saídas das pessoas e com a não entrada de novos indivíduos também já começam a ter défices em recursos humanos” ao que acresce a saturação dos equipamentos. “Precisamos



Aires Teixeira

urgentemente de novas instalações”, reconheceu.

Na opinião de José Aires Teixeira a solução para estes problemas passa por “reorganizar aquilo que existe”. “Se não temos dinheiro para fazer hospitais novos, se não temos médicos, não podemos clonar, temos de reorganizar o trabalho”, sublinhou o orador, advertindo que “o trabalho médico não pode continuar nos moldes atuais”.

Intervenção de Dalila Perna

Propostas para melhorar a referenciação



Dalila Perna

Dalila Perna, médica de família e delegada de Saúde adjunta de Santa Cruz, defende que o processo de referenciação na Região Autónoma da Madeira deve ser melhorado no futuro.

Para tanto, entre as medidas a aplicar, a médica madeirense propõe: “Uma triagem atribuída pela referenciação do médico dos CSP, sendo para isso importante a criação de protocolos de processos de referenciação com timings. Por outro lado uma partilha de informação na comunicação entre os CSP e secundários através de, por exemplo, criação de plataformas de gestão integradas de doenças. Consultas, com uma maior colaboração de médicos especialistas hospitalares e os cuidados de saúde primários, sob a forma de consultoria técnica, capacitando os cuidados de saúde primários e evitando o recurso de alguns doentes ao hospital. E talvez a melhoria dos sistemas de informação e dos processos clínicos com a criação de mais alertas. Isto permitira uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde, com a melhoria da qualidade e menor probabilidade de erro”.

Dalila Perna considera ainda

que “a criação de um elemento de especialidade médica que possa fazer a interligação mais rápida com os CSP, eventualmente por contacto telefónico ou via e-mail”, seria outra medida com reflexos positivos. “E já ouvi aqui falar na telemedicina, penso que seria muito importante”, rematou.

Antes de apresentar as suas propostas para a melhoria da referenciação na Madeira, Dalila Perna traçou um quadro do modelo em vigor. “Na articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares, até 2011 a referenciação foi feita em papel, escrita à mão, sem triagem e a marcação de consultas era feita por ordem de chegada. Desde então passou a fazer-se uma referenciação no portal informático, quer para o serviço de urgência quer para consulta hospitalar. Temos sempre a possibilidade de um contacto telefónico com o colega sempre que o médico assim o entender.

Segundo a delegada de saúde adjunta de Santa Cruz, “o médico hospitalar tem sempre acesso aos problemas de saúde e à medicação que o doente se encontra a fazer no momento da referenciação. O médico do hospital pode ainda consultar os exames complementares de diagnóstico, imagiológicos ou analíticos, que tenham sido realizados no sistema regional de saúde. Por sua vez, ainda neste processo de referenciação, além da consulta da referenciação que nós fazemos no momento, podemos fazer uma consulta de todas as referenciações que aquele utente possa ter, assim como também das consultas e dos exames pedidos para o centro hospitalar”.



Paris é para todos nós a capital da cultura, da ciência e do trabalho para milhares de emigrantes portugueses. Foi considerada nos fins dos anos sessenta a segunda maior cidade portuguesa, em termos de população. Muitos médicos viveram nesta cidade, por períodos mais ou menos longos, uns em férias, outros exilados e muitos em estágios profissionais: - Hôpital Necker - Enfants Malades, Gustave Roussy, Pitié-Salpêtrière, Hôpital de Saint-Louis são nomes nossos conhecidos.

Este último bem próximo do café Le Carillon onde se encontravam vários internos e médicos deste hospital a beber um copo depois de um merecido repouso após um dia de trabalho.

É precisamente o relato de um jovem interno do primeiro ano de dermatologia do hospital de Saint-Louis, Arnaud Jannic, que quero partilhar.



Paris está a arder*

texto de: Jaime Teixeira Mendes

A noite de sexta-feira, 13 de Novembro, ficou tristemente célebre pelos atentados terroristas na cidade-luz.

"Rendez-vous au Carillon". Arnaud foi dos primeiros a chegar. A noite estava agradável, os médicos familiarizavam-se neste início de semestre. Tinha pago a última rodada quando ouviu - pam, pam - como se fossem foguetes. Do local onde estavam não viam a esplanada, apenas agitação, o pânico instalado e todos deitados no chão.

No meio dos gritos e choros com todos no chão não encontrava o seu colega de internato. Depois do barulho dos tiros ter parado, saíram de trás do bar para socorrerem os feridos.

O chefe e o colega de internato prestavam os primeiros socorros, num corpo já pálido, durante umas dezenas de minutos. O nosso interno, Arnaud, ocupava-se de Jack, um estudante de Belas Artes, atingido por uma bala no tórax.

Os bombeiros foram os primeiros a

chegar anunciando que os ataques estavam a acontecer em vários locais de Paris.

O plano de emergência tinha sido accionado permitindo mobilizar o conjunto de recursos hospitalares, na Île-de-France cinco estabelecimentos, ditos de "trauma center" foram mobilizados.

Os bombeiros e as equipas de socorro foram ajudados por profissionais de saúde como foi o caso deste interno.

Regressemos ao relato de Arnaud Jannick: "Progressivamente as coisas começavam a organizar-se, a polícia chegou. Eu continuei a ocupar-me de Jack. Outro interno correu ao Hospital Saint-Louis, para trazer morfina. A massagem cardíaca, no corpo pálido, terminou, estava morto. O corpo foi evacuado. Jack foi evacuado com uma máscara de oxigénio. Uma dezena

de corpos estavam espalhados pelo Café".

Um polícia requisita os dois internos do primeiro ano para medicalizar um transporte que irão acompanhar num carro de bombeiros dois feridos ligeiros até Begin.

Um médico militar acolheu-os, em seguida: "São internos? Ponham-se aqui... ajudem-nos! Mais tarde um médico graduado mobiliza-os, vamos ter necessidade de mais braços"

Os feridos chegavam nas macas, 6 ou 7 procederam à triagem. A seguir os legionários chegaram para ajudar. O médico chefe disse-lhes, então, que podiam ir para casa.

Foram a pé, sujos de sangue e cansados.

Um táxi recusou-se a levá-los, regressaram de metro.

A solidariedade foi muitas vezes a primeira resposta a este ataque cego e sem nexos. Tal como o nosso interno houve inúmeros relatos, a greve dos sindicatos dos médicos liberais foi levantada. A federação da hospitalização privada solidariizou-se com os hospitais públicos.

Mais de 133 pessoas foram mortas em Paris, o plano de emergência de catástrofe funcionou mas o gesto solidário de inúmeros profissionais de saúde foi fundamental.

Retenho que cinco centros de trauma funcionaram situados em pleno centro de Paris Île-de-France.

Alerto que não existe um único trauma-center em Lisboa e que uma das propostas para a desafecção do Hospital de S. José, aquando da discussão pública sobre a Colina de Santana, era a do aproveitamento desse edifício para um centro de trauma no coração cidade.

*Baseado no artigo publicado a 14/11/15, Les professionnels de santé au chevet d'une France tétanisée. Haroche Aurélie www.jim.fr



Juramento de Hipócrates "Que nunca vos falte a coragem para manter a esperança!"

No Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos foi anfitriã desta cerimónia que contou também com a participação de médicos oriundos de Lisboa, Porto e de universidades estrangeiras.

Momento sublime para 423 jovens médicos! Com o grande auditório do Centro de Artes e Espetáculos (CAE) da Figueira da Foz repleto, decorreu, no dia 21 de novembro, o 'Juramento de Hipócrates', a cerimónia simbólica que marca o início da carreira médica. Com trans-

missão em simultâneo para o pequeno auditório e as várias zonas comuns do CAE (para que nenhum familiar e amigo ficasse privado de acompanhar o evento), a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos foi anfitriã desta cerimónia que contou também com a parti-

pação de médicos oriundos de Lisboa, Porto e de universidades estrangeiras.

Cerimónia plena de emoção! Após a atuação do Coro da Ordem dos Médicos, dirigido pelo maestro Virgílio Caseiro, coube ao vice-presidente da Câmara Municipal da Figueira da Foz,



José Manuel Silva

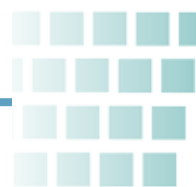
juramento
de Hipócrates



António Tavares



Carlos Cortes



Lurdes Gandra, António Tavares, Duarte Nuno Vieira, Amílcar Falcão, José Manuel Silva, Carlos Cortes, José Manuel Portugal e Luís Taborda Barata

António Tavares (escritor que este ano venceu o Prémio Leya 2015) dar as boas-vindas aos jovens, familiares e amigos que lotaram o CAE da Figueira da Foz. E, de seguida, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, na sua intervenção, Carlos Cortes sustentou: "Ser médico é ser exigente com o seu saber. Ser médico é ter a compaixão e a humildade de estar ao serviço daqueles que de nós precisam".

"Esta cerimónia simbólica é a

celebração dos valores da Medicina que ao longo da História e através do mundo foram defendidos por gerações de médicos".

"O Juramento de hoje - o Juramento de Hipócrates - é o juramento do Humanismo, da entrega ao serviço do bem, da luta contra a adversidade. Estamos obrigados a lutar contra a doença e contra o sofrimento. Em nome da vossa consciência cívica, também estão obrigados a lutar contra o esquecimento, contra a ignorância e contra a

insensibilidade. Ser Médico é ser exigente com o seu saber. Ser Médico é ter a compaixão e a humildade de estar ao serviço daqueles que de nós precisam.", disse.

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos não deixou, porém, de frisar as dificuldades e adversidades que o médicos enfrentam na atualidade. Um dos proble-

"O melhor conselho que vos posso e tenho a obrigação de dar neste dia é que leiam o Código Deontológico da Ordem dos Médicos com muita atenção e que o pratiquem todos os dias. Está lá o essencial da forma como a profissão médica deve ser exercida".

José Manuel Silva
Bastónario da Ordem dos Médicos



José Manuel Portugal



Inês Mesquita e Ricardo Marques

"Ao serviço da Medicina, da Saúde e dos Doentes, espero de todos vós o melhor da vossa exigência, da vossa sabedoria e da vossa dedicação. Que nunca vos falte a coragem para manter a esperança!".

Carlos Cortes
Presidente da Secção Regional do
Centro da Ordem dos Médicos

mas resulta da discrepância entre o número de candidatos e as vagas de acesso a uma especialidade. "Paradoxalmente, nestes últimos dez anos, a tutela desperdiçou 2002 que a Ordem dos Médicos identificou para permitir que médicos especialistas fossem formados em hospitais e centros de saúde". Acrescentou ainda: "Pelos mesmos motivos, nos últimos 20 anos, Portugal não formou perto de 6000 especialistas por irresponsabilidade e incompetência dos sucessivos Ministérios. Mas hoje,



Grupo 'Quatro e Meia'

desiludidos e desmotivados, muitos desistem de praticar a Medicina em Portugal e tomam o caminho do Reino Unido, da Espanha, da França ou da Arábia Saudita. Em 2014 emigraram perto de 400 médicos. Na Região Centro, a emigração médica aumentou 25% em relação ao ano anterior".

Momentos antes, pediu: "Conserve sempre o orgulho de serem médicos, que nunca esqueçam a vossa missão e defendam sempre o vosso doente". Carlos Cortes, terminando

o seu discurso, enfatizou: "Ao serviço da Medicina, da Saúde e dos Doentes, espero de todos vós o melhor da vossa exigência, da vossa sabedoria e da vossa dedicação. Que nunca vos falte a coragem para manter a esperança!".

Ao intervir nesta cerimónia, o Bastonário da Ordem dos Médicos traçou o perfil para o exercício desta exigente profissão: "O melhor médico será aquele que conseguir associar o conhecimento científico com a empatia e a capacidade de co-





municação. Além do mais, previne e evita queixas dos doentes". José Manuel Silva desafiou ainda os jovens "para além de médicos excelentes e humanos" sejam também "cidadãos de corpo inteiro, ativos, interventivos, críticos e exigentes, adotando o exemplo de Egas Moniz e participando ativamente na vida pública e política deste País!". Ao citar o exemplo do neurologista Egas Moniz, "eminente escritor e um político lutador", o Bastonário da Ordem dos Médicos referiu que "sem esse papel político não conseguiremos maximizar a nossa mais nobre missão, que é a de defender o legítimo direito dos nossos doentes a terem acesso a uma medicina qualificada e de acordo com o Estado da Arte Médica, exigindo, como recomenda a Associação Médica Mundial, um orçamento suficiente para o fazermos". Na senda destas preocupações, o Bastonário da Ordem dos Médicos disse ainda: "Se querem melhorar os amanhã que vos esperam, tomem o vosso e o destino do País nas vossas mãos". José Manuel Silva abordou ainda os problemas da emigração médica, da falta de vagas para a especialidade e criticou a "demagogia" da tutela designadamente por desvalorizar a profissão médica. "O melhor conselho que vos posso e tenho a obrigação de dar neste dia é que leiam o Código Deontológico da Ordem dos Médicos com muita atenção e que o pratiquem todos os dias. Está lá o essencial da forma como a profissão médica deve ser exercida".

A cerimónia - que contou com a presença dos diretores das faculdades médicas da região

Centro e representantes de todos os órgãos regionais da Ordem dos Médicos - prosseguiu com o orador convidado, o jornalista José Manuel Portugal (professor universitário e quadro superior da RTP), cuja oração de sapiência foi dedicada ao tema "O Poder da Imagem e da Comunicação". Sugeriu aos jovens médicos que "nunca partam para um processo comunicacional num eixo vertical ou inclinado!". "Ou seja, apesar de se constituírem como cientistas preparados especificamente, dêem relevância aos vossos interlocutores, aos vossos públicos, [...] aos vossos doentes", sublinhou José Manuel Portugal, sustendo, a este propósito, que "a questão médica é particularmente sensível nesta matéria, pois a tecnicidade impõe, por vezes, não um diálogo, mas sim um monólogo, em que o médico fala e o doente escuta".

Ao intervir neste ato solene, José Manuel Portugal realçou, oportunamente, "um princípio que todos podemos dar como adquirido: comunicação é entendimento, pressupõe duas partes envolvidas". Assim, prosseguiu o jornalista da RTP, "pode ser comunicação saber dizer e saber, simplesmente, ouvir", sustentado, porém, que "os ciclos temporais são opostos" no quotidiano dos jornalistas e dos clínicos. "A cronamentalidade dos "media" é muito diferente da dos médicos. Mas vocês também vão ter de dar notícias - umas vezes boas, outras vezes más... e mesmo muito más. Façam-no sempre com serenidade!", sugeriu José Manuel Portugal. "A informação é tanta que, se não for devidamente assimilada,

"A questão médica é particularmente sensível nesta matéria, pois a tecnicidade impõe, por vezes, não um diálogo, mas sim um monólogo, em que o médico fala e o doente escuta".

José Manuel Portugal
Jornalista, professor universitário, Quadro Superior RTP

"digerida" e, sobretudo, interpretada, deixará de constituir-se como recurso da produção cognitiva. E tornar-se-á numa forma de poluição muito nociva, perniciosa e atentatória de escolhas assertivas".

Por fim, eis que chegou o momento: Em uníssono, prestaram juramento 423 jovens médicos. Concluída a leitura dos princípios Hipocráticos, Inês Mesquita (membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos) e Ricardo Marques (coordenador para a Região Centro do Conselho Nacional do Médico Interno), chamaram ao palco do CAE os médicos, um a um, para a entrega das cédulas profissionais. Após a fotografia de grupo, a culminar a cerimónia, atuaram os Quatro e Meia. "Descubram os que são médicos e, mais ainda, o mais novo, o cirurgião e o médico de família!", sugeriu Inês Mesquita. Foi, pois, num ambiente solene, de festa e de alegria que se cumpriu a cerimónia do Juramento de Hipócrates!

Jornadas do Fórum Regional do Centro das Ordens Profissionais

"O conforto do mundo ocidental é completamente insignificante na penosa realidade mundial"

Carlos Cortes presidiu, este ano, a Comissão Permanente do Fórum Regional do Centro das Ordens Profissionais. Durante dois dias, "O mundo do Progresso" esteve em debate.

Carlos Cortes presidiu, este ano, a Comissão Permanente do Fórum Regional do Centro das Ordens Profissionais. Durante dois dias, "O mundo do Progresso" esteve em debate

Na abertura do "Fórum Global sobre o Desenvolvimento: O mundo do Progresso", Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, sublinhou: "Há uma mensagem importante: as ordens profissionais não se querem enclausurar no reduto das preocupações próprias das suas profissões. Essas preocupações são legítimas mas querem estar perfeitamente inseridas no mundo onde atuam e se desenvolvem. Aproveitando o seu saber, o seu conhecimento, a sua experiência, a sinergia única demonstrada na Região Centro pela congregação e colaboração mútua, as ordens profissionais querem dar um importante contributo na sensibilização da sociedade para os problemas da atualidade e serem agentes per-

manentes na procura do bem estar das pessoas. Desse desígnio se orgulham e deve orgulhar nós a todos".

Perante uma vasta plateia no auditório do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra, Carlos Cortes, citando um inquérito recente do Eurobarómetro, revelou que 85 por cento dos cidadãos europeus consideram ser importante a ajuda aos países em desenvolvimento, elevando-se a taxa para 93 por cento no caso dos cidadãos portugueses. Prosseguiu, ao citar o mesmo inquérito: 65 por cento dos europeus acham que a erradicação da pobreza nos países em desenvolvimento deveria ser uma prioridade da União Europeia. "O subdesenvolvimento não é uma fatalidade, podemos mudar as coisas mas não podemos ficar tranquilos", considerou. As diferenças entre os povos são gritantes, são muitos os problemas nalgumas zonas do globo (pobreza extrema, subnutrição, falta

de água potável, conflitos bélicos, tempestades, entre muitos outros". Carlos Cortes não deixou, pois, de alertar: "O conforto do mundo ocidental é completamente insignificante na penosa realidade mundial".

Estas jornadas, promovidas pelo Fórum Regional do Centro das Ordens Profissionais, juntaram, durante dois dias, peritos e especialistas que debateram os temas: "A Educação para todos", "Crescimento Sustentável e Emprego" e "Desenvolvimento Integrado". Ao apresentar as conclusões do encontro, Hernâni Caniço, da Saúde em Português (organização parceira do FoRCOP), salientou o facto do temas relacionados com desenvolvimento e progresso terem sido adequados para melhor entender as atuais necessidades da Humanidade. "Houve um envolvimento na preparação deste evento que foi multiprofissional, abrangeu as múltiplas áreas do conhecimento técnico, científico. Mas este não foi o fim do cami-



nho", disse, ao sublinhar que, por um lado, foram ultrapassados "preconceitos de corporativismo" das ordens profissionais em prol de causas, e, por outro, foi notado um reconhecido interesse da comunidade estudantil e académica que "pronuncia uma pré-integração profissional".

Agostinho Almeida Santos (Cônsul honorário de Cabo Verde em Coimbra), Pedro Krupenski (Presidente da Direção da Plataforma Portuguesa das ONGD); Ana Cristina Rama (Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Farmacêuticos); Carlos Cortes (Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos e Presidente da Comissão Permanente do FoRCOP 2015); Amaro Jorge (Presidente do Conselho Distrital de Coimbra da Ordem dos Advogados); João Cardoso (Presidente do Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra).

Estreia de "Crisophrenia": Coimbra ganha mais uma companhia de teatro

Aplausos retumbantes de uma plateia que lotou a Sala Miguel Torga da Secção Regional do Centro da Ordem dos

Médicos: a estreia da peça de teatro "Crisophrenia" da neófito companhia de teatro "Circleuphoria" foi um êxito. A tal ponto que, esta companhia teatral, já repôs a estória do Capuchinho Vermelho no palco da Sala Miguel Torga em mais uma sessão de "Crisophrenia".

A peça é construída com um livro de pop-up, manipulação de objetos, performance, marionetas e teatro de sombras. Diga-se que é, antes de mais, uma diferente e ousada estória do "Capuchinho Vermelho" desnudado e o lobo mau que só quer amar e viver". Mas é, sobretudo, o resultado de muitas horas de criatividade, quer na construção do enredo quer na manufatura dos objetos.

O novo grupo de teatro de Coimbra é constituído por nove elementos: médicos, professores, estudantes, delegado de informação médica e artistas. Recorde-se que, a antecipar a estreia do grupo, esteve patente no Clube Médico de Coimbra, uma exposição desta associação teatral. Marionetas, fotografias e vídeos que faziam já antever os encômios dos espectadores da peça.





Edgar Almeida

Nefrologista

Os dois pilares do Serviço Nacional de Saúde: os Cuidados de Saúde Primários e a Medicina Interna hospitalar

Por ocasião das comemorações do 35º aniversário do Serviço Nacional de Saúde (SNS) muito se falou sobre a sua sustentabilidade e sobre os custos crescentes que se antecipam para os anos vindouros. Falou-se ainda da crónica escassez de meios (humanos e materiais), do número significativo de cidadãos sem médico de família e do crescente recurso à medicina privada. Do mesmo modo, é comum salientarem-se as grandes conquistas do SNS traduzidas numa baixa taxa de mortalidade infantil, o aumento da esperança média de vida, o acesso universal e tendencialmente gratuito, bem como outras virtualidades bem conhecidas.

No recente relatório da OCDE sobre a qualidade dos serviços de Saúde em Portugal, publicado em maio de 2015, congratula-se pelas reformas introduzidas no SNS que se traduziram nas mais baixas taxas de internamento por asma, DPOC e diabetes quando comparados com os restantes membros desta organização, tendo sido retirada a conclusão de que foi possível melhorar a qualidade apesar das restrições orçamentais. Um pequeno pormenor, que pode não ser despreciable, é que a maioria dos indicadores foram analisados até 2011, antes da intervenção da Troika. Sabemos, por um lado, que os

gastos com a saúde per capita são ligeiramente inferiores aos da média europeia (ligeiramente abaixo de 10% do PIB) e que se reduziram significativamente entre 2000 e 2012. Por outro lado, assiste-se a uma crescente utilização do sector privado da Saúde, mesmo não cobertas pelos seguros de Saúde (out-of pocket) sendo Portugal o país da OCDE que mais viu crescer esta despesa, revelando que o SNS, embora universal e tendencialmente gratuito não satisfaz um crescente número de cidadãos com necessidades de cuidados de Saúde. Estes sinais não devem ser menosprezados impondo-se uma análise cuidada das suas motivações e reflexão sobre as reformas a introduzir. Uma vez que os recursos disponibilizados, económicos e humanos, são consideráveis, as reformas deverão incidir sobre o modelo de funcionamento do sistema. Este artigo de opinião pretende ser um pequeno contributo para a discussão sobre a reforma estrutural do SNS em que não se advogam mais recursos humanos ou materiais mas, tão-somente, uma mudança na forma como se encaram estes dois pilares essenciais do SNS, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e a Medicina Interna Hospitalar.

Se, por um lado, o papel determi-

nante dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) é reconhecido por todos, já o papel da Medicina Interna (MI) na governação clínica hospitalar é mais controverso.

No contexto do SNS, os CSP desempenham um dos seus papéis principais sendo um dos pilares fundamentais deste edifício pela proximidade dos cidadãos e pela sua missão na prevenção e no tratamento da doença crónica. Esta missão dos CSP é quase consensual entre os prestadores e os cidadãos embora, seja fácil de constatar, que alguns cidadãos, por várias razões, ainda não reconhecem o papel central do seu Médico de Família. Assim, creio que o primeiro passo será o de disseminar a mensagem de que os cidadãos devem reconhecer no seu médico de família (médico de Medicina Geral e Familiar, MGF) um maestro de uma vasta orquestra que inclui uma panóplia de especialistas hospitalares, competindo-lhe a gestão global da doença. Este papel central do MGF é, em tudo, semelhante ao que se espera dos Internistas na gestão da doença aguda em ambiente hospitalar. Este passo fundamental carece de uma maior proximidade entre os CSP e o Hospital da sua área sem a qual dificilmente os cidadãos reconhecerão no seu MGF o papel de maestro que lhe compete. Urge, pois, criar as condições para uma maior pro-

ximidade entre o Hospital e os CSP, sobretudo na troca de informação clínica e exames complementares de diagnóstico evitando, desta forma, a repetição desnecessária e desperdício de tempo e de recursos económicos. A recentemente criada Plataforma dos Dados de Saúde é um instrumento valioso para atingir este objetivo pela que a sua implementação no terreno é fundamental. No entanto, a interligação entre os CSP e o Especialistas hospitalares deverá ser mais abrangente e baseada num relacionamento franco e solidário e evitando qualquer paternalismo ou sobrançeria para o que deverão ser promovidos encontros frequentes entre os MGF e os Especialistas hospitalares, para formação ou para discussão de casos concretos. Se, por um lado, é desejável que o Hospital abra as suas portas aos médicos de MGF, para atividades formativas ou outras, espera-se, de igual modo uma maior abertura dos CSP aos Especialistas hospitalares. A elaboração de Planos Locais de Saúde, como os propostos pelo designado Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, constitui um instrumento valioso de definição das prioridades pois deverão refletir as necessidades identificadas pelas forças vivas locais e constituindo um primeiro passo para melhorar a articulação entre os CSP e os Hospitais.

O outro pilar em que se deve sustentar o SNS é a Medicina Interna hospitalar. Embora a Medicina Interna tenha tido origem no século XIX, com a abordagem científica da doença, como resultado do crescente conhecimento da fisiologia, patologia e bacteriologia, várias disciplinas foram adquirindo autonomia ao longo do século XX, o que conduziu a um novo posicionamento da Medicina Interna no tratamento das situações agudas em meio hospitalar. Com efeito, sendo uma disciplina com visão holística dos problemas doente, deverá liderar a gestão clínica em

meio hospitalar, competindo-lhe convocar as diferentes Especialidades para intervir, se necessário, no tratamento do doente.

Este modelo de gestão clínica acarreta enorme exigência na capacidade de liderança das equipas sendo a multidisciplinaridade um imperativo para obtenção dos resultados.

A organização dos Serviços em Departamentos integrando as várias especialidades derivadas da Medicina Interna é um modelo apropriado para aplicação deste modelo que, aliás, já foi testado em hospitais portugueses, com excelentes resultados, como é o caso do Hospital Beatriz Ângelo em Loures. A Gestão Departamental envolvendo as Especialidades deverá permitir ajustar os recursos humanos às necessidades, reforçando adequadamente as equipas de Internistas e reduzindo o número de Especialistas com responsabilidade direta na gestão dos Internamentos, libertando-os para as técnicas e para o ambulatório. Como é evidente, este modelo requer algumas condições para o seu adequado funcionamento em que o processo clínico eletrónico se torna na pedra basilar em que assenta todo o edifício uma vez que permite uma gestão integrada e coerente do processo clínico do doente.

Afinal, qual deve ser o papel da Especialidades neste modelo? Às Especialidades espera-se que participem de forma intensa e frutífera na discussão clínica, com vista ao adequado acompanhamento dos doentes. A logística necessária para este desiderato deverá ser implementada localmente face os condicionamentos mas sem perverter o essencial da abordagem multidisciplinar do doente. Além disso, compete às Especialidades discutir as indicações e assegurar a realização célere das técnicas que motivaram a sua diferenciação da Medicina Interna e que são necessárias para o diagnóstico ou para o tratamento do doente.

Às Especialidades espera-se, ainda, que tenham um pendor formativo, quer na fase pré-graduada, mas, sobretudo, na fase pós-graduada. Esta formação proporcionará instrumentos de avaliação clínica transversais ao Departamento em que estão inseridos, o que acontecerá naturalmente se, na discussão frutífera dos casos clínicos para que foram solicitados, mantiverem uma atitude pedagógica e cooperativa.

Por outro lado, as Especialidades deverão ser motores de investigação no seu domínio, não apenas nos ensaios clínicos do seu ramo mas, sobretudo, a que decorre das necessidades identificadas pelo conhecimento das realidades locais e que poderão trazer mais benefícios para as populações servidas, para além da investigação básica, caso seja possível.

A integração das Especialidades Médicas no Departamento de Medicina não traduz nenhum retrocesso no processo que levou à sua individualização. Pelo contrário, esta integração impõe uma maior exigência às Especialidades e à Medicina Interna que deixarão de estar em espaços hermeticamente fechados, saindo da sua zona de conforto e estando a ser permanentemente escrutinados. Esta integração significa um passo em frente na criação de um modelo coerente de cuidados clínicos que terá como resultado a redução da mortalidade e da morbilidade bem como da duração dos internamentos e, não menos importante, na redução os custos associados aos tratamentos, sem prejuízo do doente.

Esta reflexão permite-me concluir que o SNS poderá produzir ainda melhores resultados, sem aumento dos custos, desde que se aposte na melhoria dos CSP, em particular no seu relacionamento com o Hospital de apoio, e na reforma interna da Gestão Clínica hospitalar repondo o papel liderante da Medicina Interna em ambiente hospitalar.



**Alexandrina Tavares,
Ana Adelaide Gonçalves
Elsa Pimenta**

Internas de formação específica em Medicina Geral e Familiar
UCSP Santa Maria 1 (ULS Nordeste)

Reflexão sobre o impacto da internet na consulta de MGF

A internet permite o acesso fácil e rápido a uma vasta quantidade de informação, em constante atualização. A pesquisa de informação de saúde na web pelos utentes tem vindo a crescer nos últimos anos, representando um novo desafio para o Médico de Família (MF). Torna-se imperativo perceber o impacto do uso da internet pelos utentes na nossa prática clínica e adaptá-la a esta nova realidade.

A classe médica não está imune à globalização da internet. De facto, esta adquire um papel primordial tanto na gestão da consulta e na qualidade de cuidados prestados bem como na formação contínua dos MF. Segundo um estudo nacional, estima-se que cerca de 94% dos médicos utiliza a internet enquanto 54% admite que esta é essencial na sua prática clínica diária. A informatização e a web fornecem ao médico meios que tornam a sua prática mais eficiente na prestação de cuidados centrados na pessoa e na gestão de recursos de saúde. Com a informação disponibilizada na intranet relativa ao utente (PDS®, SClínico®, Meios Complementares de Diagnósticos e Tratamentos), é garantida a prestação continuada de cuidados ao longo de toda a sua vida, numa abordagem biopsicossocial. Esta informação, igualmente acessível aos cuidados de saúde secundá-

rios, representa um importante auxiliar na tomada de decisões. Assim, a web possibilita a coordenação entre os cuidados de saúde primários e secundários sempre em benefício do utente, através da aplicação alert®/consultadoria ou simplesmente através de um correio eletrónico institucional. A Telemedicina ou o Telerrastreio, usados como recursos facilitadores da prestação de cuidados e de comunicação entre as diferentes especialidades, permitem disponibilizar o acesso equitativo a recursos de saúde entre hospitais centrais e distritais, ou ainda, entre o litoral e o interior. Através da web, a comunicação com as organizações de saúde, instituição empregadora, e ainda com utentes tornou-se amplamente facilitada, nomeadamente através do correio eletrónico. Não menos importante, a internet apoia o clínico na sua prática diária mediante disponibilização

de informação Científica sob a forma de artigos, *guidelines*, revistas médicas e livros disponíveis em versão digital e *online*. Vários estudos tentaram caracterizar os médicos que se renderam à nova era tecnológica e comunicacional. São os profissionais mais qualificados que tendem a utilizar mais frequentemente a Internet, muitas vezes para fins profissionais, nomeadamente na formação pós-graduada. A modalidade e-learning (ou ainda b-learning) outorga formação a colegas com acesso restrito a modalidade presencial de cursos universitários nacionais e internacionais, igualando assim a disponibilidade de recursos. A internet assume um papel incontornável nos mais variados domínios do quotidiano dos portugueses, imbuindo-se nas atividades laborais, formativas e de lazer. Veicula o acesso fácil e rápido a uma vasta quantidade de informação, em constante atualização,

constituindo assim uma ferramenta imprescindível no contexto socioeconómico atual. De fato, a utilização da internet em Portugal tem aumentado exponencialmente ao longo dos últimos anos, crescendo de 19,4% em 2002 para 65% em 2014, atingindo 97% se considerada a população com Ensino Superior. Paralelamente a esta tendência, verificou-se um incremento da procura de informação relacionada com a saúde e a doença. Segundo um estudo nacional de 2006, 30% da população portuguesa já tinha utilizado a internet para procurar informação relacionada com a saúde. Na opinião das autoras, esta prática tem um impacto, quer positivo quer negativo, na consulta e na relação médico-doente, principalmente no contexto dos cuidados de saúde primários, “porta de entrada” do SNS. Segundo um estudo nacional, a população que utiliza a internet para questões de saúde é caracteristicamente mais jovem, do sexo masculino, residente em zonas urbanas, com maior nível de escolaridade, estudantes e profissionais qualificados. Esta também prevalece entre os que não têm doentes ou incapacitados no seu círculo próximo, os que têm menores de 18 anos no seu agregado familiar, os que não têm diagnóstico de doença ou incapacidade e os que reportam uma auto-perceção da sua saúde como muito boa. Tal pode dever-se a maiores taxas de utilização da internet por parte deste grupo, mas também ao facto deste recorrer menos aos cuidados dos profissionais de saúde, ainda considerados como principal fonte de informação por 91% da população portuguesa.

Quanto à utilização da internet por questões de saúde, estudos nacionais e internacionais conver-

gem relativamente ao principal motivo como sendo a pesquisa de informação relacionada com sintomatologia, causas, diagnósticos, tratamentos, complicações e prevenção de doença. De facto, cerca de 12,5% dos Portugueses entre os 15 e os 80 anos utilizam a Internet para obter informação de saúde antes ou depois de uma consulta ou dados que orientem a sua decisão de contactar o profissional de saúde. Outra das razões que motivam a pesquisa em saúde na *web* prende-se com a procura de médicos, hospitais ou serviços de saúde específicos. Atualmente, a globalidade das instituições prestadoras de cuidados de saúde, públicas ou privadas, disponibilizam uma página *web* dirigida a população geral, com informações acerca do seu funcionamento e dos serviços ofertados. A crescente divulgação de seguros de saúde veiculada pelas diversas tecnologias de Informação e comunicação (TIC) motiva a sua conveniente pesquisa na internet. Nos portadores de doença crónica, verifica-se ainda a pesquisa de grupos de ajuda específicos, de forma a melhorar os seus mecanismos de *coping* com a doença. A internet é também utilizada como meio de comunicação entre os utentes e os profissionais ou instituições prestadoras de cuidados de saúde, mediante a possibilidade de marcação de consultas *online* ou, de forma menos expressiva mas crescente, o contato com MF via endereço eletrónico.

Sendo a saúde considerada um bem inestimável e tema de preocupação geral, a informação de saúde veiculada pela internet suscita diferentes efeitos em quem a procura e, consequentemente, diferentes atitudes face a comportamentos em saúde e à relação com os prestadores de cuidados.

No estudo nacional previamente referido, o efeito tranquilizador foi o mais reportado seguido da necessidade de colocar questões ou fazer sugestões ao profissional de saúde relativamente a diagnóstico ou terapêutica. Esta pesquisa originou ainda mudanças de estilos de vida, ansiedade e a necessidade de marcar, desistir ou mudar a consulta com o MF. Apenas uma pequena percentagem de portugueses referiu que alterou a utilização de fármacos sem consultar o MF, fruto da informação veiculada pela *web*.

O previsível aumento de utentes que recorrem à internet levará à necessidade de adaptação por parte dos MF no intuito de preservar a qualidade da relação médico-doente e a efetividade na gestão de cuidados, nomeadamente o tempo de consulta. Os médicos serão muitas vezes confrontados com questões acerca de sintomas, diagnósticos ou tratamentos, levantadas após pesquisa na internet e ainda sugestões referentes a exames complementares de diagnóstico e tratamentos. Nos últimos anos, vários autores averiguaram o impacto do uso da internet pelos utentes na relação médico-doente, cujo papel é imprescindível na qualidade de cuidados de saúde dispensados, alicerçada na relação de empatia e confiança. A utilização da internet pode prejudicar esta relação de várias formas ao longo da consulta. Na maioria das vezes, segundo alguns estudos, o utente questiona o médico sobre informações de saúde da *web* levando à necessidade de esclarecimento e desmistificação de informação imprecisa ou falaciosa. Todo este processo condiciona um aumento de tempo de consulta com prejuízo na gestão da mesma. Noutros cenários, a desinformação poderá igualmen-

te levar à fragmentação da relação de confiança estabelecida ao longo de anos. Poderá ainda motivar o pedido de exames complementares de diagnóstico, alterações terapêuticas ou ainda a solicitação de referência para outra especialidade. Quando estes pedidos não são favoravelmente acedidos pelo médico surge a possibilidade de se gerar constrangimento e enfraquecimento da parceria. Por outro lado, o doente ansioso e hipocondríaco será sugestionado por uma diversidade de sintomatologia descrita na web e, aquando da realização da anamnese e exame físico, o médico enfrentará desafios no estabelecimento de diagnósticos diferenciais principalmente no caso de mimetização de sintomas. Alguns autores apontam também a possibilidade de alguns clínicos experienciarem sentimentos de insegurança, principalmente médicos mais jovens, fruto da desconfiança face às suas capacidades e conhecimento científico.

Contudo, a utilização da internet pode ser vantajosa na relação terapêutica. Ao facilitar o acesso do utente a informação fidedigna e rigorosa, melhora a sua literacia em saúde, favorecendo a comunicação na consulta e a compreensão acerca da doença, tratamento e consequências, dotando-o das ferramentas necessárias à tomada de decisão partilhada acerca da sua própria saúde. Este fator pode ainda firmar-se como um meio facilitador da adesão ao tratamento, fruto da melhor percepção de mecanismos de ação, efeitos terapêuticos e adversos. A partilha de experiências com outros doentes, particularmente entre os portadores de doença crónica, veiculada por plataformas específicas na internet, reforça a aceitação da doença e a motiva-

ção terapêutica e de alteração de estilos de vida, criando uma rede de suporte complementar.

O impacto desta problemática na relação clínica depende do momento em que a pesquisa de informação é realizada. Por um lado, se esta for efetuada antes do diagnóstico poderá causar ansiedade, dificuldade em filtrar e interpretar informação, interferindo negativamente na relação médico-doente. Em contrapartida, se a procura ocorrer após o estabelecimento do diagnóstico e em fonte fidedigna, esta complementar a informação veiculada pelo médico. Uma informação de má qualidade poderá fomentar a procura de tratamentos fraudulentos, prejudicando a adesão à terapêutica inicialmente instituída.

Sendo a qualidade da informação veiculada pela internet a pedra basilar da tríade médico-internet-doente, é primordial desenvolver estratégias de modo a utilizá-la como ferramenta facilitadora de comunicação durante o desenrolar da consulta. Informação de má qualidade ou mal interpretada pode condicionar efeitos nefastos naqueles que a procuram, comprometendo comportamentos em saúde e, na opinião das autoras, a relação médico-doente. A pesquisa de informação de saúde pelos utentes é crescente e incontornável, cabendo ao médico de família orientá-los para *sites*, com linguagem adequada e cujo conteúdo seja submetido periodicamente a um processo rigoroso de apreciação. Desta forma, as autoras são da opinião que é indispensável criar uma entidade reguladora responsável pela garantia da sua qualidade, bem como melhorar a literacia em saúde dos portugueses, capacitando-os a identificar fontes fiáveis.

Bibliografia:

1. M. Malone *et al*, Health and the Internet—changing boundaries in primary care, Family Practice Vol. 21, No. 2 © Oxford University Press 2004, Doi: 10.1093/fampra/cmh215
2. J. F. Oliveira, *et al*, The effect of the internet on the patient-doctor relationship in a hospital in the city of são paulo, JISTEM - Journal of Information Systems and Technology Management Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação Vol. 11, No. 2, May/Aug., 2014 pp. 327-344, DOI: 10.4301/S1807-17752014000200006
3. L. Baker, *et al*, Use of the Internet and E-mail for Health Care Information Results From a National Survey, JAMA, May 14, 2003—Vol 289, No. 18
4. E. Murray, *et al*, The Impact of Health Information on the Internet on Health Care and the Physician-Patient Relationship: National U.S. Survey among 1.050 U.S. Physicians, J Med Internet Res. 2003 Jul-Sep; 5(3): e17. Published online 2003 Aug 29. doi: 10.2196/jmir.5.3.e17 PMID: PMC1550564
5. P. Hartzband, *et al*, Untangling the Web — Patients, Doctors, and the Internet, N Engl J Med 362;12 nejm.org march 25, 2010
6. R. L. Kruse, *et al*, Internet Use by Primary Care Patients: Where Is the Digital Divide? Fam Med 2012;44(5):342-7, MAY 2012 •VOL. 44, NO. 5
7. S. Santana, *et al*, Da utilização da internet para questões de saúde e doença em Portugal Possíveis Repercussões na Relação Médico-Doente? Acta Med Port 2007; 20: 47-57
8. T. Diegues, *et al*, A utilização das tecnologias de informação e comunicação pelos médicos de família portugueses. Um estudo exploratório, Rev Port Clin Geral 2009;25:281-304