



Revista da Ordem dos Médicos

197 Abril 2019
Mensal 2€

Burnout nos médicos em Portugal: um estudo nacional - pág. 43

***DOSSIER** VIOLÊNCIA
CONTRA MÉDICOS NO LOCAL
DE TRABALHO - pág. 10*



Ordem dos Médicos avança com
regulamentação do Ato Médico - pág. 38

NOVO BMW SÉRIE 3.

TUDO O QUE ESPERA.
COM TUDO O QUE NÃO ESPERAVA.



Pelo prazer
de conduzir



Consumo combinado de 4,7 a 7,4 l/100 km. Emissões de CO₂ combinadas de 121 a 168 g/km.

JÁ CONHECE AS VANTAGENS DE COMPRAR UM BMW NO ANO EM QUE A BMCAR FAZ 25 ANOS?

Ao adquirir o seu BMW na BMcar até 31 de dezembro de 2019 irá usufruir das seguintes ofertas:



- 1 ano adicional de garantia no seu BMW;
- Viatura de substituição durante as manutenções programadas;
- Lavagem gratuita após serviços de manutenção ou reparação;
- 10% de desconto nos serviços de Após-Venda;
- 20% de desconto em artigos Lifestyle;
- Redução de 50% da franquia nos seguros de danos próprios BMcar.

BMcar Braga
Av. Barros e Soares
EN 101 - Nogueira
4715-214 Braga
T: +351 253 240 100
F: +351 253 682 690
E: braga@bmcarr.com.pt
www.bmcarr.bmw.pt

BMcar Viana do Castelo
Zona Industrial de Neiva - 1ª Fase
4935-231 Viana do Castelo
T: +351 258 320 240
F: +351 258 320 249
E: viana@bmcarr.com.pt
www.bmcarr.bmw.pt

BMcar Barcelos
R. da Calçada, Apartado 591
4750-909 Mariz - Barcelos
T: +351 253 808 790
F: +351 253 826 035
E: barcelos@bmcarr.com.pt
www.bmcarr.bmw.pt

BMcar Póvoa de Varzim
Av. 25 de Abril, n.º 2190
4490-004 Póvoa de Varzim
T: +351 252 290 100
F: +351 252 290 105
E: povoa@bmcarr.com.pt
www.bmcarr.bmw.pt

BMcar Porto
CEC - Centro Empresarial da Circunvalação
Estrada Interior da Circunvalação, n.º 9543
4250-148 Porto
T: +351 227 662 300
F: +351 253 682 690
E: porto@bmcarr.com.pt
www.bmcarr.bmw.pt



Violência contra médicos no local de trabalho

- pág.10



Insuficiência Cardíaca:

“Uma epidemia silenciosa que temos de combater”

- pág.26



Pelo futuro da saúde em Portugal

OM lança auditoria à atribuição de idoneidades e capacidades formativas

- pág.29



Ordem atribui bolsas de formação

Aumentar 20% número de médicos com formação em medicina paliativa

- pág.31



Medicina Física e Reabilitação

“Palavras não chegam, é preciso ação!”

- pág.32



Assembleia de Representantes aprova

Relatórios de contas, de atividades e regulamento de quotas e taxas

- pág.36



Ordem dos Médicos avança com regulamentação do Ato Médico

- pág.38



Burnout nos médicos em Portugal: um estudo nacional

- pág.43

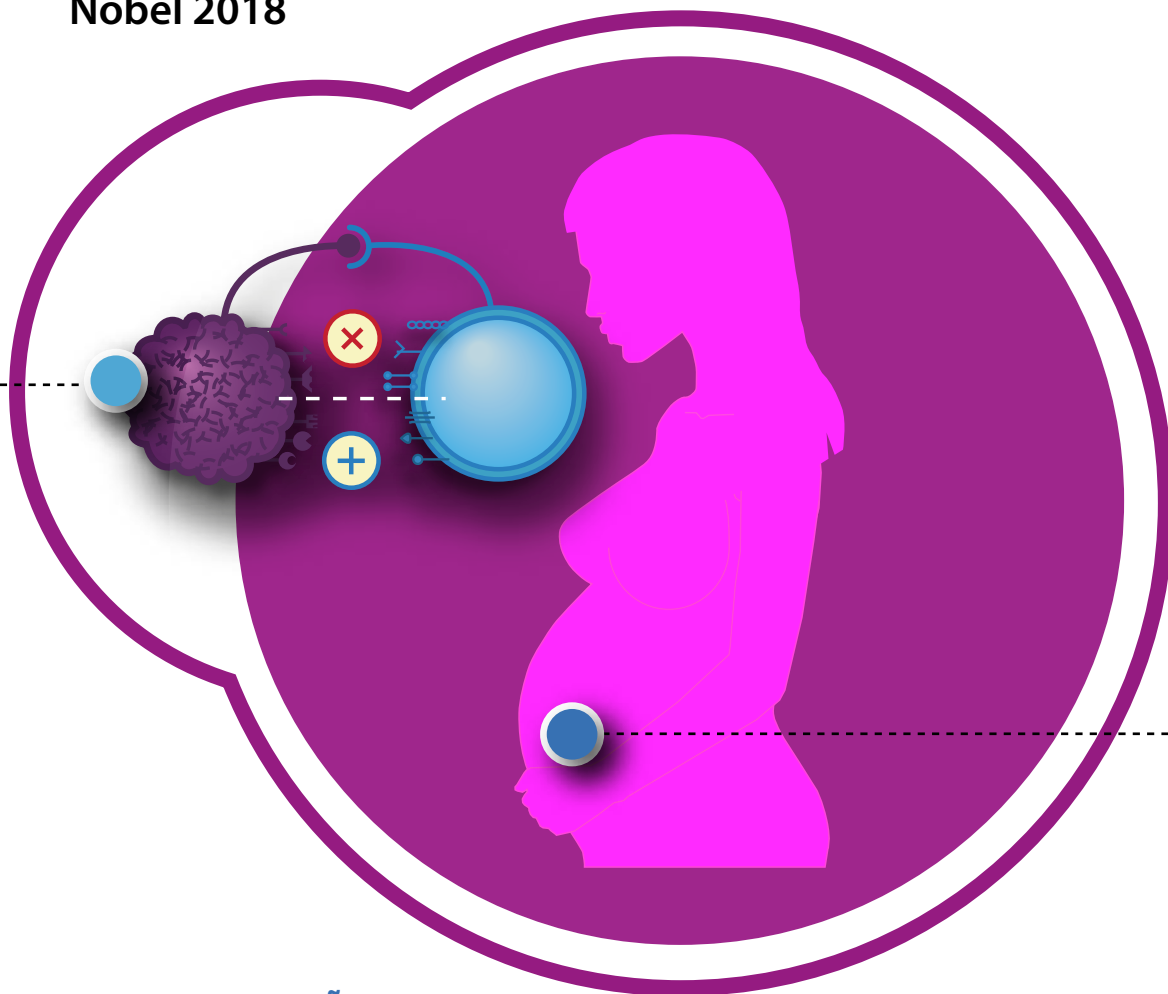
Acta Médica Portuguesa

Abril/2019

data de publicação online: 30 de abril

PERSPECTIVA

- Tratamentos promissores de imuno-oncologia para além do Prémio Nobel 2018



ARTIGO DE REVISÃO

- Revisão narrativa sobre a terapêutica com agentes *anti-tumor necrosis factor α* na doença inflamatória intestinal durante a gravidez: translocação placentária de imunoglobulinas e seu impacto

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



ACTA MÉDICA PORTUGUESA
• STUDENT

ACTA MÉDICA
PORTUGUESA





**Revista da
Ordem dos Médicos**
Ano 35 - N.º 197
ABRIL 2019

PROPRIEDADE:

**Conselho Nacional
da Ordem dos Médicos**

SEDE:

**Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa**

Telefone geral da OM: 218427100

Bastonário da Ordem dos Médicos:
Miguel Guimarães

Diretor:

Miguel Guimarães

Diretores Adjuntos:

**António Araújo,
Carlos Diogo Cortes,
Alexandre Valentim Lourenço**

Diretora Executiva:

Paula Fortunato

E-mail:

paula.fortunato@ordemdosmedicos.pt

Redação:

**Paula Fortunato
Filipe Pardal**

Dep. Comercial:

rom@ordemdosmedicos.pt

Designer gráfico e paginador:

António José Cruz

Capa:

2aocubo

Redação, Produção

e Serviços de Publicidade:

**Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa**

Tel.: 218 427 100 – Fax: 218 427 199

Impressão:

Lidergraf - Sustainable Printing

Depósito Legal: **7421/85**

Preço Avulso: **2 Euros**

Periodicidade: **Mensal**

ISSN: **2183-9409**

Circulação total: **50.000 exemplares**
(10 números anuais)

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

Nota da redação:

Os artigos assinados são da inteira
responsabilidade dos autores;
os artigos inseridos nas páginas
identificadas das Seções 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.

sumário

editorial

- 04 **Cansaço e desmotivação...**
**É urgente uma mudança nas políticas
de saúde**

- 06 **breve revista de Imprensa**

informação

- 08 **Fórum Médico**
Defender os Doentes, respeitar os Médicos

atualidade

- DOSSIER**
**-VIOLÊNCIA CONTRA MÉDICOS
NO LOCAL DE TRABALHO**
- 10 Devemos começar por humanizar o
Ministério da Saúde?
- 15 Médicos relatam: "Já fui vítima de
agressões físicas, insultos, ameaças..."
- 22 O papel das associações de profissionais
"A violência é uma situação de indignidade
inaceitável"

- 26 **Insuficiência Cardíaca:**
**"Uma epidemia silenciosa que temos
de combater"**
- 29 **Pelo futuro da saúde em Portugal**
**OM lança auditoria à atribuição de
idoneidades e capacidades formativas**
- 31 **Ordem atribui bolsas de formação**
**Aumentar 20% número de médicos com
formação em medicina paliativa**
- 32 **Medicina Física e Reabilitação**
Palavras não chegam, é preciso ação!
- 36 **Assembleia de Representantes aprova**
**Relatórios de contas, de atividades
e regulamento de quotas e taxas**
- 38 **Ordem dos Médicos avança com**
regulamentação do Ato Médico
- 43 **Burnout nos médicos em Portugal:**
um estudo nacional



Região Centro

- 52 **SNS em debate na Ordem dos Médicos**
- 55 **II Encontro do Internato Médico**
da Zona Centro

Região Sul

- 56 **Último livro de João Lobo Antunes**
reuniu família e inúmeros amigos
- 58 **Perspetivas sobre práticas da Saúde**
são muito diferentes

Região Norte

- 60 **O acervo humano do SNS**
- 61 **"Vocês são o futuro da medicina"**

opinião

- 64 **19,9 após 19,8 até ao 20,000 final.**
O que fazer?
- 66 **O Médico e a Geriatria:**
um conhecimento essencial
- 68 **Ser mãe interna...**
- 70 **Bioética médica e suas implicações numa**
política de natalidade em Portugal
- 72 **Atividade física como medicamento,**
uma necessidade nos CSP
- 74 **Startups, João Semana e os robots**
– Qual o lugar do médico?
- 76 **A relação médico-doente, uma relação**
ímpar, assente em três incontornáveis
pilares: A ética, a empatia e a confiança
- 79 **Utente, cliente, doente, paciente:**
melhor é falar em pessoas!



Miguel Guimarães
Bastonário da Ordem dos Médicos

Cansaço e desmotivação... É urgente uma mudança nas políticas de saúde

O trabalho em excesso, os bancos sucessivos e a falta de descanso está a levar os médicos à exaustão e a gota de água poderá vir a ser a falta de esperança de melhorias no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em resultado das más políticas ou, melhor dizendo, da ausência de uma política de saúde, da falta de planeamento e da ausência de um investimento consequente na saúde dos portugueses, com a degradação das condições de exercício da medicina, os médicos começam a não acreditar na recuperação da genética do nosso SNS. É essa desesperança que sentimos nas visitas aos hospitais e centros de saúde, de norte a sul do país. Um sentimento transversal ao SNS que leva à desmotivação de quem, todos os dias, tem de se reinventar para continuar a cuidar, mesmo sabendo que as condições de segurança clínica nem sempre são as adequadas.

Reconhecendo a inexistência em Portugal de dados para uma análise clara da incidência dos níveis de exaustão (*burnout*) nos médicos, a Ordem dos Médicos financiou um estudo de âmbito nacional - "*Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas*" – concretizado através de uma parceria com o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-UL), com o objetivo de analisar

os níveis de *burnout* e suas consequências nos médicos portugueses. O estudo teve como base um questionário que integrava fatores individuais e organizacionais, incluindo exigências e recursos disponíveis, fatores que não são alheios ao cansaço e desmotivação que afetam os profissionais.

Os números – conforme publicamos nesta edição - trazem-nos conclusões alarmantes: 66% dos médicos que

responderam ao questionário referem um nível elevado de exaustão emocional, 39% apresentam um elevado nível de despersonalização e cerca de 30% assumem uma elevada diminuição do sentimento de realização profissional. A perceção de más condições de trabalho é um dos fatores que aumenta a incidência de *burnout*. As evidentes falhas do sistema, o número insuficiente de médicos especialistas (e outros profissionais de saúde, dos enfermeiros aos assistentes operacionais), o déficit em termos de equipamentos e tecnologias, são situações que prejudicam o acesso a cuidados de saúde mas que a tutela teima em não admitir e que procura disfarçar com medidas de “cosmética” inaceitáveis, como é o caso já auditado e avaliado da manipulação administrativa de listas de espera. É o próprio Tribunal de Contas que, num relatório de 2017, expõe o facto da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) falsear dessa forma os tempos de espera para consultas e cirurgias. Estratégias como esta fazem-nos pensar que o Ministério preferia ter hospitais sem doentes porque julga que os doentes saem muito caros...

O relatório do Grupo Técnico Independente criado pelo Ministério da Saúde, que coordenei em 2017/2018, apresenta dezenas de recomendações ao Ministério da Saúde nomeadamente a não repetição de “medidas de limpeza ou expurgo de listas de espera das quais resulte, como aconteceu no passado, a eliminação administrativa de doentes das listas”. A tutela continua a desvalorizar as deficiências do SNS e os direitos dos doentes e, entretanto, mesmo com a cosmética, há mais de quarenta mil doentes que ultrapassaram os tempos máximos de resposta garantidos para cirurgia definidos como aceitáveis pelo próprio Ministério.

São essas deficiências e insuficiências, sistematicamente denunciadas pela Ordem dos Médicos, que além de serem uma das causas de *burnout* dos médicos, se traduzem também numa das causas de maior stress e impaciência por parte dos doentes e seus familiares, os quais se encontram em situações de fragilidade inerentes ao contexto de doença em que se encontram. Se juntarmos a esses dois elementos, falhas de segurança como as denunciadas pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) em auditorias realizadas a centros hospitalares de todo o país - problemas nos sistemas de videovigilância e nas portas de fecho automático, insuficiente controlo no acesso às instalações, etc.

- estaremos na presença de uma mistura explosiva e potenciadora de um clima de crescente violência, erroneamente dirigido aos profissionais de saúde.

Tal como o *burnout*, a violência gera diminuição de

produtividade, baixas por doença, reformas antecipadas ou até doenças psicossomáticas, sendo o stress pós-traumático comum nas vítimas de violência no local de trabalho. São consequências pessoais com reflexos negativos em termos familiares, sociais e institucionais (como o aumento dos tempos de espera e a degradação do desempenho das instituições). Assim como a violência repetida pode levar os profissionais à exaustão, o *burnout* pode gerar comportamentos mais impacientes e/ou agressivos. A falta de investimento no SNS e a consequente degradação do acesso e da qualidade são uma das razões do aumento da agressividade por parte dos doentes.

É precisamente sobre violência contra médicos no local de trabalho que também falamos nesta revista, não podendo deixar de evidenciar o dever da tutela – enquanto empregador – de promover ambientes de trabalho seguros, estabelecendo também a óbvia correlação entre o exemplo dado pelo comportamento do Ministério da Saúde – quanto ao respeito com que trata os profissionais de saúde – e a forma como a população trata esses mesmos profissionais.

A Ordem dos Médicos tem defendido medidas que são promotoras de uma relação médico/doente equilibrada e baseada no respeito. Acredito que só assim, por via da humanização, se poderá travar a violência crescente que se sente em locais que deveriam ser apenas do cuidar: as nossas instituições de saúde. Ao defendermos a redução das listas de utentes por médico de família ou prepararmos a definição de tempos padrão para marcação de consultas (e tantas outras medidas que preconizamos) estamos precisamente à procura de formas de voltar a estabelecer relações de confiança e empatia que ajudem o percurso terapêutico dos nossos doentes. Tenho a certeza que, se melhorarmos a relação médico/doente, conseguiremos diminuir os casos de violência mas também o *burnout*.

É urgente uma intervenção planeada e consequente que trave quer os fatores potenciadores de *burnout* quer a violência contra profissionais de saúde no local de trabalho. É urgente uma mudança nas políticas de saúde, que se traduza em mais planeamento, investimento e incentivos. E mais respeito.

Senhora ministra da Saúde: as soluções não são assim tão complexas... Se colmatar as deficiências e insuficiências do SNS, nomeadamente quanto à grave falta de recursos humanos, terá um efeito benéfico nesses dois problemas. Mas também no acesso mais atempado aos cuidados de saúde. Resta-nos saber se haverá vontade política...

Breve revista de Imprensa



A Ordem dos Médicos quer saber como é que é feita a formação especializada dos jovens médicos: muitos não têm vagas.



“Deus e o Diabo”: Portugal, um país onde se morre muito à espera de uma operação
Incluindo doentes oncológicos. No programa deste sábado, José Eduardo Moniz entrevista o bastonário da Ordem dos Médicos. Outra convidada é uma mulher vítima de violência doméstica que teve de se refugiar numa casa-abrigo. Entre outros temas, o retrato de um país que está na rota mundial do narcotráfico.

VEJA AQUI



Ordem dos Médicos tem recebido queixas sobre condições de trabalho dos internos



Ordem dos Médicos tem recebido queixas sobre as condições de trabalho dos internos

VEJA AQUI



Público
30-04-2019

Ordem avança com auditoria sobre formação de médicos

A Ordem dos Médicos, liderada por Miguel Guimarães (na foto),



Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, sobre tempo de espera para consulta

“A MINISTRA TEM O DEVER DE RESOLVER A SITUAÇÃO”

CM - Há dezenas de hospitais onde os utentes esperam mais de um ano por uma consulta ou cirurgia



disfunção erétil tem uma prevalência de 15%, o que obriga a um reforço do número de médicos e não acontece. O

43 mil doentes já ultrapassaram espera máxima para cirurgia

Jornal de Notícias
14-04-2019

Doentes esperam mais de um ano em dezenas de hospitais



Sistema vai permitir monitorização de

Tempos médios de consultas e cirurgias continuam a furar os limites legais. Ministério diz ter plano de ação, mas falta saber com que meios vai avançar

e desde os hospitais. Plataforma comendações

Relatório c

limpou do

Governo oculta purga nas listas de espera

COMISSÃO Relatório de grupo técnico revela ‘limpeza’ de utentes que amontavam

Há 690 mil portugueses ainda sem médico de família

Relatório sobre a execução dos programas orçamentais de 2018 revela que o número de utentes sem médico de família era o mais baixo de sempre. Ainda assim, o número está acima dos 600 mil referidos pela ministra no Parlamento

PORMENORES
ACSS contrapõe limpeza
Fonte da ACSS explica que o relatório da lista de utentes para consultas “é um exercício de

Gravidez materna

Médicos alertam para o

19-04-2019

Bastonário quer investigação à morte de doentes

Mais de 2600 pessoas morreram no ano de 2016 quando estavam em lista de espera para cirurgia

RELATÓRIO O bastonário da Ordem dos Médicos lamenta que nunca tenha sido esclarecida a situação dos mais de 2600 doentes que morreram em 2016 enquanto esperavam por uma cirurgia e considera que seria matéria para intervenção do Ministério Público.

Miguel Guimarães foi o coordenador do grupo técnico criado pelo Governo para avaliar o sistema de gestão das listas de espera, cujo relatório foi ontem divulgado, e que avaliou várias questões técnicas na sequência de um relatório do Tribunal de Contas de 2017, que nomeadamente identificou quase 2700 que morreram enquanto estavam em lista de espera a aguardar cirurgia.

O bastonário recorda que esta questão não se enquadrava no âmbito do grupo técnico que coordenou, mas lamenta que não tenha sido até hoje um assunto devidamente avaliado. Em declarações à Lusa, Miguel Guimarães entende que era importante avaliar o caso de todos os doentes, para perceber se mereciam por um enfarte ou um acidente, por exemplo, ou se morreram "por evolução da sua própria doença enquanto esperavam por cirurgia".

O coordenador do grupo técnico refere ainda que mais de 2600 doentes e o número de pessoas com cancro era "muito elevado", sendo mais de 200 doentes, segundo o relatório do Tribunal de Contas de outubro de 2017, que se reportava a dados de 2016.

"Era uma matéria que devia ser avaliada numa auditoria, vendo doente a doente, o que não aconteceu. Parece que passou em branco. [...] Ilustra que obrigatoriamente era matéria de intervenção do Ministério Público para esclarecer a situação. Não é que haja crime, seria para esclarecer a situação", afirmou.

PURGA DE LISTAS Quando, em 2017, o assunto chegou a ser debatido no Parlamento, Marta Temido, a ministra da Saúde que na altura era presidente da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), informou que cerca de 60% das 2.605 cirurgias canceladas por obito do utente em 2016 eram das especialidades oftalmológica e ortopédica.

O relatório conclui que a ACSS "simplesmente" doentes das listas de espera para consultas e foram usados indevidamente mecanismos para alterar datas de inscrição de utentes para cirurgia.

Segundo o relatório, foram tomadas medidas de limpeza ou expurgo de listas de espera de consultas, sem que tenha sido, contudo, possível perceber o real impacto que "o expurgo" teve sobre a redução efetiva do tempo médio de espera.

04-04-2019

CORREIO DA SAÚDE

Miguel Guimarães

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS



Mão cheia de nada

Esta semana, no mesmo dia em que foi apresentado um estudo da Nova Information Management School, que concluiu que a qualidade dos profissionais é o ponto mais forte do Serviço Nacional de Saúde e aquele onde se apela a mais investimento, o Ministério da Saúde veio demonstrar, mais uma vez, que não está nem à altura do SNS nem do seu capital humano.

A Ordem dos Médicos reuniu com a ministra da Saúde e com a sua equipa e saiu do encontro com uma mão cheia de nada. A tutela continua a desvalorizar as deficiências do SNS e os direitos dos doentes. Não é possível continuar a dar o benefício da dúvida a uma equipa que nada tem feito e que agrava o ambiente que se vive no SNS com uma postura de arrogância e desprezo pelos profissionais. Infelizmente, vamos ser obrigados a ter uma atitude diferente e responsabilizar juridicamente o Ministério da Saúde pelas más políticas ou ausência delas e pelas falhas de segurança clínica.

Primeiro as pessoas. ●

02-05-2019

CORREIO DA SAÚDE

Miguel Guimarães

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS



Qualidade da formação

As pessoas que todos os dias frequentam o nosso Serviço Nacional de Saúde (SNS) sabem que, mesmo com constrangimentos, temos médicos de grande qualidade. Quem está no terreno reconhece, contudo, que as unidades de saúde estão desnatadas em várias vertentes, dos recursos humanos aos equipamentos. Isso tem impacto no dia-a-dia de todos os profissionais e também na formação dos nossos médicos internos.

A Ordem dos Médicos decidiu, por isso, avançar com uma auditoria externa e independente ao processo de

A MEDIDA SURGE EM DEFESA DA QUALIDADE DA FORMAÇÃO

atribuição de idoneidades e capacidades formativas para a formação especializada do internato médico. A medida – que tinha sido proposta há dois anos ao Ministério da Saúde e que nunca chegou a avançar – surge em defesa da qualidade da formação e numa altura de especial preocupação com as insuficiências do SNS, com médicos a ficarem sem acesso a uma vaga de especialidade.

Esta atitude pró-ativa, em benefício dos doentes e da qualidade da medicina, prestigia o papel da Ordem dos Médicos e reforça a importância que as associações públicas profissionais têm num regime democrático, agindo em proximidade com quem está no terreno, na defesa da qualidade da essência do SNS. ●

FRASE

"NÃO SE PODEM CORRIGIR LISTAS DE ESPERA E ELIMINAR SIMPLEMENTE OS DOENTES"



MIGUEL GUIMARÃES, BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

vo sistema
e espera

25-



Miguel Guimarães defende ação do Ministério Público

conclui que ministério
entes das listas de espera

18-04-2019

não
limpeza e
ndo que a
tema de
novas

Diário de Notícias

es tardias aumentam mortalidade

crecimento constante do número de mortes maternas desde 2013 e admitem subavaliação



OM quer saber, em detalhe,
quais as causas para o
aumento da mortalidade
infantil





Fórum Médico

Defender os Doentes, respeitar os Médicos

O Fórum Médico reunido a 17/4/2019, em Lisboa, na sede nacional da Ordem dos Médicos, após análise do estado atual do SNS, dos graves problemas que afetam os doentes e os médicos e do desprezo e desinteresse revelado pelo Ministério da Saúde, deliberou:

1. Exigir o aumento da capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde, traduzida num investimento público cujo orçamento em percentagem do PIB seja semelhante ao que existe na média dos países da OCDE;
2. Exigir a aplicação prática da Carreira Médica, com abertura anual de concursos para todas as categorias e graus, e a progressão a todos os níveis na Carreira;
3. Exigir a criação da Carreira Médica no setor privado e social de acordo com proposta a ser apresentada pelos Sindicatos e pela Ordem dos Médicos;
4. Alertar a sociedade civil e o poder político para o facto de o Serviço Nacional de Saúde estar no limite da sua própria sobrevivência com todas as consequências negativas que poderá ter na sociedade civil e na democracia;
5. Denunciar a falta de respeito do Ministério da Saúde pelas estruturas representativas dos médicos, perante compromissos já assumidos pelo atual Governo e os processos negociais em curso;
6. Esclarecer os portugueses que a maioria das reivindicações dos médicos se relacionam com a defesa da qualidade da medicina e do acesso dos doentes a cuidados de saúde em tempo clinicamente aceitável. Por isso, temos defendido publicamente condições de trabalho dignas, planeamento e organização do serviço público, uma política correta de gestão de recursos humanos que valorize a opção dos médicos pelo SNS, e aumento da capacidade de resposta;
7. Apoiar os Sindicatos na reivindicação de uma nova tabela salarial adequada ao nível da responsabilidade que os médicos têm na sociedade civil e descongelamento de salários, e na adoção das formas de luta reivindicativa que considerarem necessárias para salvaguardar o SNS, as condições de trabalho e o capital humano;
8. Exigimos da parte do Ministério da Saúde a publicação de legislação sobre o ato médico;

Na medida das exigências enunciadas, o Fórum Médico vai desde já iniciar um conjunto de iniciativas que consideramos relevantes:

1. Denunciar publicamente e junto das autoridades competentes o prejuízo humano que o Ministério da Saúde está a causar aos cidadãos e, em especial, aos doentes, responsabilizando diretamente a ministra da Saúde pelas consequências negativas resultantes das graves deficiências existentes no SNS;
2. Denunciar todas as situações de potencial falência de segurança clínica, que podem causar dano ou custar a vida aos doentes e aos médicos. Nestas situações, os médicos vão ser aconselhados a apresentar declarações de denúncia à Ordem dos Médicos e a não prestarem serviço em condições de falta de segurança clínica de acordo com as regras deontológicas;
3. Desenvolver em parceria com Associações de Doentes e a Comunicação Social um périplo pelo SNS no sentido de avaliar o que está bem e o que está mal na Saúde. Os relatórios das visitas serão publicados e entregues às autoridades competentes;
4. Desenvolver e assinar uma petição com o título "Salvar o SNS" com objetivos concretos, que permitam diminuir as desigualdades sociais em saúde e cumprir a Lei do SNS e a Constituição da República Portuguesa. Petição a ser entregue na AR como forma de desagrado pelo atual estado do SNS;
5. Durante os congressos e reuniões médicas dedicar 15 minutos a divulgar publicamente as insuficiências do SNS e os resultados da atividade médica;
6. Desenvolver ações de informação em saúde para os cidadãos de todo o país, através de todos os médicos que trabalham em Portugal;

Unidos somos mais fortes e seremos intransigentes na defesa da qualidade e da segurança clínica.



Choosing Wisely Portugal

Escolhas Criteriosas em Saúde

Choosing Wisely Portugal – Escolhas Criteriosas em Saúde é um programa global de Educação para a Saúde. O programa Choosing Wisely foi fundado em 2012 nos Estados Unidos da América pelo American Board of Internal Medicine tendo sido posteriormente adaptado e implementado em diversos países, incluindo Austrália, Brasil, Canadá, Itália, Japão, Nova Zelândia, País de Gales, Reino Unido e Suíça.

O programa Choosing Wisely Portugal – Escolhas Criteriosas em Saúde tem como principal objetivo promover escolhas em Saúde baseadas na melhor evidência científica disponível, promovendo a utilização adequada de exames complementares de diagnóstico e reduzindo o número de intervenções desnecessárias, sem eficácia/evidência comprovada e/ou com uma relação risco-benefício desfavorável.

As recomendações dirigidas aos profissionais de Saúde são realizadas por peritos na área e emitidas pelos Colégios da Especialidade da Ordem dos Médicos, incluindo sempre a respetiva fundamentação científica, contribuindo assim para uma melhor qualidade nos cuidados de Saúde prestados e servindo de suporte à comunicação médico-doente.

A partir desta edição da ROM passamos a publicar mensalmente uma recomendação de cada Colégio da Especialidade, por ordem alfabética, começando pelos Colégios de Anatomia Patológica e de Anestesiologia (esta subscrita pelo Colégio da Especialidade de Estomatologia).

Escolha não realizar citologia da expetoração para avaliar doentes com lesões pulmonares periféricas

A citologia da expetoração não é efetiva na avaliação de lesões pulmonares periféricas. Neste tipo de lesões devem considerar-se outras abordagens diagnósticas (e.g., citologia aspirativa guiada por imagem).

Uma recomendação do Colégio da Especialidade de **Anatomia Patológica**



Mais informação e bibliografia no site nacional da OM em:

<https://ordemdosmedicos.pt/citologia-da-expetoracao-para-avaliar-doentes-com-lesoes-pulmonares-perifericas/>

Escolha não iniciar o ato anestésico em doentes com expectativa de vida limitada, com elevado risco de morte ou recuperação funcional gravemente comprometida, sem discutir com a equipa e o doente, os resultados esperados e objetivos do tratamento.

Os doentes com baixa reserva fisiológica e/ou as cirurgias de elevado stress fisiológico, podem condicionar morbimortalidade significativa no perioperatório. A cada doente deve explicar-se os potenciais benefícios, riscos frequentes e riscos graves associados ao procedimento e as eventuais alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas, assim como identificar os potenciais riscos decorrentes de uma não intervenção. Esta situação é particularmente pertinente em doentes com expectativa de vida limitada. Esta discussão deve ser orientada por uma equipa multidisciplinar. É importante garantir a prestação de cuidados alternativos, focalizados no conforto e dignidade do doente.

Uma recomendação do Colégio da Especialidade de **Anestesiologia**
Subscrita pelo Colégio da Especialidade de **Estomatologia**

Mais informação e bibliografia no site nacional da OM em:

<https://ordemdosmedicos.pt/ato-anestésico-em-doentes-com-expectativa-de-vida-limitada-com-elevado-risco-de-morte-ou-recuperacao-funcional-gravemente-comprometida/>



Violência contra médicos no local de trabalho

Devemos começar por humanizar o Ministério da Saúde?



A notícia de que um médico havia sido esfaqueado por um doente que invadira a sala de pequena cirurgia onde esse especialista estava a operar (outro doente) deixou o país alarmado. Médicos — e doentes — questionam-se sobre a segurança nos nossos hospitais e centros de saúde e quanto às condições em que os médicos (e outros profissionais de saúde) estão a exercer a sua profissão. No primeiro trimestre de 2019 foram reportados à DGS 383 casos de violência contra profissionais dos serviços de saúde. 27% dos agredidos são médicos, o que significa que de janeiro a março, todos os dias houve um médico que notificou ter sido vítima de violência no local de trabalho. Muitos terão ficado em silêncio. 80% dos agressores são doentes, familiares, acompanhantes ou visitantes. Trata-se de um problema estrutural com causas socioeconómicas, culturais e organizacionais, ao qual nenhum de nós pode ficar indiferente porque nenhum profissional, em nenhuma profissão, deve aceitar trabalhar num ambiente em que se sinta em risco de ser agredido e onde a sua motivação e produtividade são afetadas pela falta de condições e pelo risco de ser vítima de violência. Mas, acima de tudo, é uma situação à qual o Ministério da Saúde não deveria ficar indiferente. Neste dossier elaborado pela ROM expomos causas, consequências, medidas preventivas preconizadas a nível mundial, entrevistamos médicos que foram vítimas de violência em consequência do exercício da sua profissão e deixamos informação útil sobre o que fazer caso seja agredido, esperando com este trabalho contribuir para travar este problema social e de saúde pública: a violência crescente no local de trabalho contra profissionais de saúde...

Texto: Paula Fortunato, diretora executiva da revista da OM

A agressão a um cirurgião no final de fevereiro veio relançar o debate sobre o problema da violência crescente contra profissionais de saúde. O médico estava a proceder a uma pequena cirurgia quando um doente com doença psíquica invade a sala e esfaqueia o profissional. Felizmente o médico sofreu apenas ferimentos superficiais, mas teve que ser internado para receber tratamento em resultado de três facadas que recebeu na zona das nádegas. O agressor foi detido pela PSP...

Num estudo coordenado pelo especialista em Saúde Pública, Paulo Ferrinho, em 2004, realizado no âmbito do "Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector", já se referia como a violência estava em crescendo na sociedade portuguesa e como a saúde "sofria a influência dessa mudança social", facto para o qual contribui, refere o mesmo estudo, "a batalha das audiências que promove uma caça às bruxas por erros e negligência em saúde, resultando num clima de desconfiança e insegurança nos cuidados de saúde (...) promovendo na opinião pública uma expectativa de melhores cuidados de saúde, muito a cima da capacidade" do sistema de saúde português, defendiam os autores. Um clima que "leva as pessoas a comportamentos violentos logo que acontece algum desvio em relação às suas expectativas, resultando em agressão e animosidade. Se não há capacidade de escuta ativa, persuasão e negociação, o resultado é a violência", concluem.

15 anos mais tarde, perante o caso do cirurgião esfaqueado, e o contínuo aumento da violência que já era reportado há duas décadas, ocorrem-nos muitas questões: como travar a falta de segurança nos hospitais e centros de saúde, frequentemente denunciada pela Ordem dos Médicos? Que medidas preventivas implementar? Que apoio deve ser proporcionado às vítimas? Qual o impacto destas situações na vida pessoal e profissional dos médicos agredidos? Será este problema exclusivo do nosso sistema de saúde?

Um problema transversal a nível mundial

Começamos por responder à última pergunta: Não, o problema não é exclusivo do nosso sistema de saúde. Em todas as instituições de saúde do mundo inteiro, a frustração e medo da doença e da dor, os distúrbios psiquiátricos, o abuso de substâncias como o álcool ou, simplesmente, ou o stress provocado pelo mau funcionamento dos sistemas de saúde com más instalações, pela falta de recursos humanos ou tempos de espera

excessivos, devido à marcação de consultas sobrepostas ou sem respeitar tempos mínimos, geram comportamentos verbal ou fisicamente violentos por parte dos doentes e dos seus familiares.

A Organização Mundial de Saúde estima que 50% dos profissionais sofram pelo menos uma agressão física ou psicológica a cada ano e – especificamente quanto aos médicos – considera como particularmente vulneráveis à violência os que trabalham em locais isolados, os médicos internos e as profissionais de medicina do sexo feminino. Embora em Portugal as notificações sejam maioritariamente feitas por médicas é preciso ter em conta que, à semelhança da violência noutros contextos, os homens, muitas vezes, não apresentam queixa nem notificam as situações de violência de que são alvo, tendo tendência a minimizar os relatos. Aliás, nas conversas que fomos estabelecendo, concluímos que mais facilmente chegamos aos relatos de médicos que assistiram a atos de violência contra outros profissionais do que a queixas ou relatos diretos. Existem até comportamentos violentos que são "minimizados" como se não fossem atos de violência absolutamente inaceitáveis o que indica que, se quisermos fazer um estudo pormenorizado, com resultados mais próximos da realidade, deveremos procurar também relatos descritivos de quem presenciou atos de violência.

Dados da Direção Geral de Saúde, obtidos a partir dos relatórios intercalares do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, demonstram que nos últimos anos houve um grande aumento dos casos de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, isto é, nos hospitais e centros de saúde... Só no primeiro trimestre de 2019, foram reportados 383 incidentes dessa natureza o que, provavelmente, não traduz a realidade das ocorrências pois verificamos que muitos médicos não reportam porque sentem que não adianta e que não há qualquer medida preventiva (muitas vezes, nem punitiva, mesmo quando fazem queixa junto das autoridades policiais e quando reportam superiormen-te). O ano de maior aumento de notificações foi 2018 com 475 incidentes só no primeiro trimestre, contra as 179 ocorrências notificadas em 2017, em igual período. Quanto a valores anuais, em 2017 haviam sido notificados 678 incidentes de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, número que aumentou para 953, em 2018.

Em 1996 a 49ª Assembleia da OMS adotou a resolução WHA49.25, na qual se declara a violência em geral como um problema de saúde pública a nível mundial.

Por maioria de razão, com a prevalência crescente destes lamentáveis episódios de violência contra profissionais de saúde no seu local de trabalho, este é já um problema de saúde pública por si só.

O que se considera violência?

Sentimos ao longo deste trabalho que alguns comportamentos não são devidamente valorados como atos de violência embora o sejam. A sociedade parece estar a tentar decidir se aceita o inaceitável ou se prefere, realmente, defender quem trabalha, todos os dias, para melhorar e promover a saúde de todos nós: os médicos. Deixamos uma lista meramente exemplificativa na qual o leitor deve facilmente identificar todos estes comportamentos como inaceitáveis e sinónimo de violência:

- Coação moral para obtenção de uma receita ou outro ato médico (exame complementar de diagnóstico, atestado médico, etc.) seja diretamente ao médico, seja através da pressão feita junto dos auxiliares administrativos, por exemplo;
- Coação moral ou ofensas quando o médico define limites aos comportamentos do doente;
- Qualquer tipo de ameaça verbal ou insulto, seja dirigida ao médico ou aos seus familiares e/ou outros profissionais;
- Sair violentamente do consultório antes de terminar a consulta (incluindo bater a porta ou virar costas ao médico);
- Assumir uma postura física intimidatória (levantar o dedo enquanto fala ou fechar o punho no ar);
- Qualquer comportamento de um doente que faça com que o profissional fique com medo de ser seguido até casa;
- Qualquer comportamento que implique a destruição de propriedade do hospital ou do médico (incluindo atirar com objetos ou agarrar o médico e, por exemplo, rasgar-lhe a bata);
- Qualquer ato de violência física (mesmo que não deixe nenhuma mazela física visível), etc.

Porque um ato de violência, por menor que seja ou pareça, deve ser reportado e denunciado e em situação alguma deve ser considerado como aceitável. O sentimento de compreensão ou compaixão quanto aos fatores que, do lado do doente, podem gerar comportamentos irrefletidos de hostilidade, não deve confundir-se com o desculpabilizar de comportamentos violentos.

Tipos e fatores geradores de violência

Todos os países têm fenómenos de violência no local de trabalho, conceito que integra todas as situações em que um profissional é ameaçado ou agredido (verbal ou fisicamente) em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, pondo em causa a sua segurança, o seu bem-estar e/ou a sua saúde. Os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, estão particularmente expostos a este tipo de violência que pode ser física ou psicológica e inclui:

- Comportamentos ameaçadores (verbalização da intenção de fazer mal, linguagem corporal ameaçadora, ameaças verbais ou escritas);
- Coação (pressão) moral;
- Ofensas verbais;
- Violência contra a propriedade pessoal (destruição de bens materiais);
- Agressões físicas;
- Discriminação;
- Injúrias (que podem começar no gabinete e estender-se aos corredores da instituição, à rua ou até mesmo às redes sociais, por exemplo, transformando-se no crime de difamação);
- Difamação (através do livro de reclamações, por exemplo, quando nele se inscrevem mentiras sobre o profissional);
- Assédio sexual e assédio moral;

...

Tendo em conta os relatórios da DGS, em Portugal a coação ou pressão moral é a forma de violência mais frequente, seguida pela violência verbal e física (com incidências muito semelhantes em termos estatísticos). Já quanto aos fatores que potenciam a violência, vários são intrínsecos à prestação de cuidados de saúde, como o contacto frequente com pessoas emocionalmente alteradas, mas outros fatores poderiam ser facilmente evitados com um planeamento e um investimento conseqüentes na saúde...

Existem vários fatores potenciadores além dos já referidos:

- Contacto direto com a população;
- As pessoas doentes e respetivas famílias estão fragilizadas e ficam muitas vezes emocionalmente instáveis;
- A falta de recursos humanos em número suficiente origina longas esperas, por exemplo, nas urgências hospitalares;

- Os cuidados de saúde são muitas vezes prestados em gabinetes em que os médicos estão totalmente sozinhos e sem possibilidade de sair facilmente dessas salas; - etc.

Não negligenciável no contexto dos fatores potenciadores, o comportamento do Ministério da Saúde pode ser uma importante determinante da violência contra os profissionais. No estudo coordenado por Paulo Ferrinho faz-se precisamente referência ao papel da tutela como potenciador de atos de violência ao citar um dos entrevistados: "este fenómeno da violência contra os profissionais de saúde (...) era muito frequente quando Leonor Beza era a ministra da Saúde. A ministra encorajava campanhas contra os médicos e os doentes sentiam-se encorajados (a ter posições idênticas)". Nesse mesmo documento sublinha-se - sugestão feita pelos coordenadores dos Centros de Saúde - a importância de começar a humanização precisamente pelo Ministério da Saúde, "porque, como as coisas estão neste momento, é o próprio Ministério da Saúde quem pratica violência contra os profissionais de Saúde". Também a OMS inclui como determinante este fator considerando que o estilo de gestão pode condicionar a natureza mais ou menos conflituosa das instituições, e que as administrações e tutela devem ser exemplo de atitudes positivas no local de trabalho, para potenciar uma cultura de positismo nas organizações que supervisionam. Um estilo de gestão baseado no diálogo aberto, no respeito, na comunicação e nas atitudes promotoras da dignidade individual "são prioridades que podem contribuir muito para a eliminação da violência no local de trabalho".

Consequências para a vítima

"Apesar do mundo exterior se apresentar 'limpo' da 'ameaça', o mundo interior permanece inseguro e o futuro 'é ameaçador'" - João Redondo, psiquiatra, membro da direção da SRCOM, coordenador do Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico do CRI de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUC.

A violência no local de trabalho pode ter um impacto muito negativo afetando a autoestima e a motivação do profissional e levando a absentismo. A violência também potencia o *burnout* e pode pôr em causa a relação de confiança com todos os doentes ou até mesmo nas relações interpessoais em geral. As vítimas de violência podem tornar-se profissionais menos motivados e menos produtivos. Outros efeitos psicológicos da violência

no local de trabalho incluem/podem incluir:

- Aumento dos níveis de stress diário;
- Stress pós-traumático;
- Incapacidade temporária para o trabalho;
- Sentimentos de inquietação, raiva, impotência, medo, depressão, culpa e ansiedade;
- etc.

Do ponto de vista das instituições, este tipo de ocorrência, além de poder comprometer a qualidade dos cuidados prestados, o que, por si só, deveria preocupar os responsáveis políticos, também põe em causa a imagem da instituição e gera perdas financeiras para o setor da saúde como um todo.

Por hospitais e centros de saúde sem violência: prevenir é o melhor remédio

Problema complexo, com raízes na própria hostilidade crescente da sociedade, a violência contra profissionais de saúde em geral, e médicos em particular, não pode ser negligenciada, apenas porque não é fácil de resolver. É preciso, primordialmente, que quem foi vítima de violência sinta que a instituição que tem o dever de o proteger está empenhada em criar um ambiente de trabalho seguro e motivante. Mas quando referimos ou questionamos a prevenção de novas ocorrências de violência, há, geralmente, um vazio na atuação das instituições, deixando os médicos agredidos sem apoio e sem se sentirem seguros quanto à não repetição de atos de violência. Muitos com quem falamos, aliás, relatam sucessivos casos de violência de que foram vítimas, sem que as instituições tenham assumido a sua responsabilidade em promover a segurança no local de trabalho.

Existem vários fatores a ter em conta numa abordagem preventiva: da organização/gestão dos serviços de saúde, ao controlo do espaço físico e à capacitação dos profissionais em áreas como comunicação e gestão de conflito, por exemplo.

Ao nível da organização/gestão devem ser tomadas medidas de gestão de conflito que permitam ao médico em perigo sinalizar a ocorrência e a rápida intervenção do segurança, devem ser definidos protocolos específicos para as urgências para o controlo de pessoas com comportamentos violentos, deve ser evitada a sobreocupação das salas de espera, nomeadamente através da contratação de recursos humanos em número suficiente (médicos especialistas mas também

enfermeiros, assistentes operacionais, etc.) para que os tempos de espera não sejam excessivos, devem existir circuitos de videovigilância, uma rápida ligação com a esquadra de polícia mais próxima, informação clara aos utilizadores dos serviços de saúde de que a violência não é aceitável e não será tolerada e que, caso ocorra, terá consequências legais para o agressor, etc. A administração deve incentivar e apoiar a denúncia dos casos de violência.

Só melhorando a acessibilidade e humanizando os serviços de saúde será possível travar a violência crescente. Quanto ao espaço físico, preocupação que já ouvimos ser legitimamente expressa quer em hospitais (por exemplo, na urgência de Psiquiatria em que o médico tinha que fazer o atendimento urgente numa sala só com uma porta, ao final de um corredor, afastado de todos os outros gabinetes, ficando "preso" entre o doente e a parede, sem acesso a uma saída em caso de necessidade, embora todas as recomendações internacionais vão no sentido da existência de duas portas nesses gabinetes) quer em centros de saúde (alguns especialistas em Medicina Geral e Familiar, depois de terem sido alvo de situações de violência mudaram a disposição do mobiliário dos gabinetes de consulta de forma a ficarem com um acesso desimpedido à saída), há medidas que, por serem tão óbvias, nem deveria ser necessário elencar. No entanto, infelizmente, porque conhecemos as condições físicas de algumas instituições de saúde, que funcionam "provisoriamente" em contentores há dezenas de anos, referimos apenas algumas das recomendações preconizadas em estudos e relatórios de vários países (Grécia, Alemanha, Estados Unidos, Reino Unido, etc.) quanto ao espaço: é importante melhorar a iluminação das áreas de assistência médica e criar salas de espera com lugares suficientes para a capacidade dos serviços para evitar que os doentes tenham que esperar em pé nos momentos de maior afluência; É essencial assegurar o conforto dos doentes e dos profissionais, nomeadamente através do estabelecimento de padrões de qualidade quanto à temperatura, ventilação e humidade das instalações, as quais devem ser alvo da devida manutenção; É fulcral a existência de seguranças. Também a Comissão Europeia destaca a violência no local de trabalho como um fator de risco que as administrações e a tutela (enquanto empregadores) têm o dever de analisar, prevenir e minimizar, tomando medidas concretas e consequentes.

Outras medidas de prevenção/controlo/minimização da violência

Além da óbvia necessidade de que exista vontade política para explicar aos doentes e ao público em geral que os médicos (e outros profissionais de saúde) não são responsáveis pelas deficiências do sistema, a OMS preconiza no documento "Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector" muitas outras medidas para o combate a este tipo de violência, definindo claramente as responsabilidades do Governo, do Ministério e das administrações no:

- Desenvolvimento de um plano nacional de prevenção da violência contra profissionais de saúde no seu local de trabalho;
- Revisão do enquadramento legal deste tipo de crimes;
- Elaboração de campanhas de alerta e prevenção contra este tipo de violência;
- Auscultação das entidades que representam os médicos (e outros profissionais do setor) sobre a melhor forma de implementar medidas que reduzam e previnam a violência;
- Prestação de apoio a curto, médio e longo prazo aos profissionais afetados por atos de violência, incluindo apoio legal;
- Publicitação das penas em que incorram os agressores;
- Marcação de consultas com intervalos de tempos adequados quer às necessidades dos doentes, por especialidade, quer aos recursos humanos existentes nas instituições, permitindo que os tempos de espera sejam razoáveis;
- Deve ser proporcionado tempo para que os profissionais de saúde, neste caso os médicos, possam dialogar e partilhar informação com os colegas e com os doentes;
- Nos horários noturnos ou locais de trabalho isolados os profissionais devem, se possível, trabalhar em conjunto com outros colegas;
- Evitar, sempre que possível, o excesso de escalas de 24 horas (noites de trabalho consecutivas não são aconselháveis);
- Prevenção do excesso de horas de trabalho (que deve ser evitado) e respeito pelos períodos de descanso;
- etc.

Fontes consultadas:

- Workplace Violence in the Health Sector Portuguese Case Studies. Ferrinho, P; Antunes, AR; Biscaia, A; Conceição, C; Fronteira, I; Craveiro, I; Flores, I; Santos, O.
- Occupational Safety and Health Organization. Guidelines for preventing violence for health care and social service workers. US Department of Labor. 1998. Disponível em: <http://www.osha.gov>. Acedido em: 02/05/2019.
- Protection from violence in the emergency department. American College of Emergency Physicians 2001. Disponível em: <http://www.acep.org>. Acedido em: 10/04/2019.
- WHO - Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acedido em: 19/03/2019.
- Relatórios de progresso de monitorização do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes da DGS (anos consultados: 2017, 2018 e 2019). Disponível em: <https://www.dgs.pt/>. Acedido em: 03/04/2019.
- Revista da Ordem dos Médicos nº 157 (março de 2015). Disponível em: <https://www.ordemdosmedicos.pt/>. Acedido em: 30/04/2019.



Médicos relatam:

“Já fui vítima de agressões físicas, insultos, ameaças...”

Violência física e psicológica, incluindo injúrias, insultos, ameaças, coação, agressões e assédio moral em geral são parte da violência que afeta os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, com inegáveis repercussões na relação médico-doente, na saúde das vítimas e na qualidade assistencial. Uma das indicações da Organização Mundial de Saúde sobre o modo como se deve lidar com a violência contra profissionais de saúde inclui a partilha de experiências pessoais de violência, não só para difundir o impacto da violência, mas também como parte do processo para redução desse impacto a nível pessoal e para potenciar a prevenção de novas ocorrências. Com essa ideia em mente, contactamos vários médicos* que, sendo vítimas diretas de situações de violência, se disponibilizaram a partilhar as circunstâncias da agressão de que foram vítimas e o impacto que sentiram nas suas vidas. Em seguida resumimos o resultado de algumas das entrevistas realizadas.

* Os médicos que aceitaram participar nesta reportagem manifestaram o desejo de manter o anonimato. A ROM respeita, naturalmente, esse pedido, razão pela qual optámos por usar nomes fictícios (apenas para facilitar a leitura) e fazer somente um breve retrato de cada médico, para demonstrar como a violência não escolhe idades, sexo ou especialidade e como pode passar de violência verbal a violência física, mas que ambas podem deixar marcas nas pessoas que sofrem esses ataques.

Texto: Paula Fortunato, diretora executiva da revista da OM

Ir para o trabalho sem nos sentirmos seguros é um cenário indesejável em qualquer profissão. Quando estamos a falar de médicos, por ser uma profissão com elevada exposição a situações de risco, essa insegurança pode ser altamente perturbadora do desempenho profissional... Os crimes que atingem mais frequentemente a classe médica no local de trabalho incluem ofensas à integridade física, ameaças, coação, difamação, injúrias e perturbação da vida privada, seja através de telefonemas para o telemóvel da vítima, seja por utilização das redes sociais ou mesmo de "perseguição". Ao elaborar este trabalho, percebemos facilmente que alguns tipos de violência são menos valorizados socialmente (com exceção da violência física, única que parece despertar a censura social), como se fosse aceitável que um médico possa ser insultado, ameaçado ou perseguido na rua por um doente. Para contextualizar os vários tipos de crime que são cometidos, falámos com médicos que nos relatam as mais diversas situações em que, de alguma forma, foram vítimas de violência perpetrada por doentes. São deles os relatos que passamos a reproduzir.



Médico tenta convencer utente a ser tratado e leva cabeçada

"José" tem 41 anos e exerce a sua atividade clínica em contexto hospitalar e nos cuidados de saúde primários. É especialista em Medicina Geral e Familiar e está inscrito na Secção Regional do Norte. Este médico já foi, infelizmente, alvo de várias situações de violência. Contra ele foram praticados os crimes de ameaças, coação, agressão física e/ou verbal, injúrias... Relatamos em seguida as situações sobre as quais conversamos por ordem cronológica.

Há cerca de 2 anos, no serviço de urgência de um hospital público, "um utente trazido pelos bombeiros, aparentemente alcoolizado, que não permitiu nenhum tipo de avaliação, (...) levantou-se da maca e dirigiu-se para a saída da urgência; um familiar tentou impedi-lo referindo que ele não estava bem e que precisava de ser tratado". Perante a recusa em receber tratamento, preocupado com o doente, o médico tenta também "convencer o utente a, pelo menos, sentar-se" e recebe em "resposta"

"uma cabeçada". O médico veio a saber posteriormente que esse doente foi detido, nessa mesma noite, "por se ter recusado a identificar-se e por ter resistido à detenção". "O caso foi, contudo, arquivado sem que qualquer dos intervenientes tenha sido sequer ouvido pelo Ministério Público", lamenta. No verão de 2018, um casal de utentes da USF onde "José" trabalha dirige-se-lhe pedindo a renovação de um Certificado de Incapacidade Temporária (CIT) com o qual o médico não concordava "por não ver motivos para a mesma". A situação arrastava-se há dias pois já havia sido "recusado a emissão do mesmo documento à filha do casal que 'estava no café' à espera deles". O médico explicou a ausência de motivo para o CIT, e que achava incorreta a sua emissão, explicação que não foi aceite "porque a outra médica nunca pôs problemas".



O médico relata-nos como falou com a colega para perceber a situação e esta explicou que "o principal motivo para a emissão quase imediata dos CIT era mesmo para 'evitar maiores problemas'", ou seja: por medo de ser alvo de uma agressão. Também este especialista em Medicina Geral e Familiar se sentiu coagido à emissão do CIT: "a esposa começou a gritar, o marido arrancou a própria camisa dizendo 'eu vou-me passar', nesse dia vi quase de tudo"... Temendo pela sua integridade física, "acabei

por passar o CIT por alguns dias, apenas de forma a resolver a situação de forma rápida". Mesmo assim, os doentes em causa "saíram do gabinete a pontapear a porta e o caixote do lixo". De referir que esses utentes em causa não fazem parte da lista deste médico e que "são conhecidos pelo seu comportamento disruptivo: faltam a consultas agendadas, chegam atrasados, nunca querem esperar e fazem sentir isso em toda a sala de espera". Essa agressividade permanente faz com que sejam "usualmente evitados por todos os restantes utentes". Mas nunca foi tomada nenhuma medida que protegesse médicos e utentes desses comportamentos violentos, nem antes nem após a situação de violência de que foi alvo. Embora o médico tenha dado conta do caso ao ACES, por se tratar de uma situação com "implicações para o casal a nível de benefícios sociais", também contactou com a assistente social "que diretamente lida com esse casal", mas foi apenas mais "um beco sem saída", sublinha.

O terceiro caso que nos foi relatado por "José" aconteceu em contexto de serviço de urgência no último trimestre de 2018: "atendi uma utente após queda e, quando esta já se encontrava fora do gabinete", o respetivo marido entrou e começou a ameaçar e insultar o médico, o qual não respondeu, mas, receando ser novamente vítima de uma agressão física, saiu do gabinete "para um local mais público". O médico foi seguido pelo agressor que "continuou com os insultos" até que foi "colocado no exterior da urgência pelo segurança". Note-se que o médico nem sequer sabia quem era a pessoa que o estava a insultar, só mais tarde lhe disseram que era marido da utente e que desconhece o que motivou tal comportamento, considerando a hipótese de existir alguma "má experiência passada" com esses mesmos utentes, da qual não se recorde.

Este médico conhece os meios de defesa à sua disposição, mas não acredita na sua eficácia. "Todos estes casos foram registados na plataforma da DGS. Serve para estatística... (...) Sei que tenho apoio jurídico – do sindicato – caso queira fazer queixa, mas a morosidade de todo o processo, mais os dias perdidos para inquérito no MP esmorecem qualquer ideia" de avançar com um processo crime. Se dúvidas houvesse, explica-nos: "no primeiro caso, apresentei queixa juntamente com um guarda, mas foi arquivado".

"Este género de situações deveria poder ser resol-

vido de forma muito mais célere e sem prejuízo da nossa atividade profissional", defende, explicando que as vítimas e testemunhas são penalizadas. "Conheço uma colega que é testemunha numa situação idêntica. Já perdeu 3 ou 4 dias de trabalho (com a necessidade subsequente de remarcação de utentes em agendas complicadas) para ir a tribunal e, de todas as vezes, regressou porque a sessão é sempre adiada (pelos mais diversos motivos relacionados com o agressor); Dá a ideia que não é muito difícil estas situações passarem impunes porque, honestamente, não temos nada a ganhar com levar estes casos a tribunal, antes pelo contrário", desabafa. O médico refere como estas situações "deixam, no momento, algum mal-estar", deixando os médicos "um pouco abalados" e a equacionar se valerá a pena... "Pensamos: 'ninguém me paga o suficiente para aturar isto'. Mas depois passa, voltamos ao trabalho e acabamos por esquecer". O que não se esquece é o desalento em relação a um sistema que o devia proteger no seu local de trabalho, mas que o deixa demasiado exposto a todo o tipo de situações de violência.



Médica insultada e agredida com dois murros

"Luísa" é especialista em Medicina Geral e Familiar e exerce a sua atividade no contexto de uma Unidade de Saúde Familiar (USF). Tem 34 anos, está inscrita na Secção Regional do Sul e foi vítima de crimes de ofensa à integridade física e injúrias.

Infelizmente nem todas as situações se resolvem sem gerar problemas mais graves... Apesar de ainda jovem, esta médica já teve experiência de situações de agressão e, quando teve conhecimento da reportagem, contactou-nos: "quero partilhar a minha história".

"Em setembro de 2017 fui agredida física e verbalmente por um utente no meu gabinete médico no centro de saúde onde trabalho. O utente deu-me dois murros no ombro", saindo do gabinete e agredindo em seguida uma funcionária administrativa. No próprio dia foi chamada a polícia e feita queixa formal além da situação ter sido reportada no site da DGS (NOTIFICA) e o caso viria a ser "julgado em tribunal cerca de 1 ano depois". "E sei que resultou

em condenação, mas não sei quais os termos da mesma”, conta-nos. Após este incidente claro que a médica pediu formalmente que fosse concretizada a exclusão da lista “e, com o apoio da coordenadora da USF, o utente ficou ‘sem médico’ a aguardar decisão da diretoria executiva”.

Quisemos saber que medidas foram tomadas a nível institucional para que tais agressões não se repetissem e a resposta foi perentória: “Nenhumas. Pelo contrário, a pressão por parte da direção do ACES foi sempre no sentido de que o utente tinha que ter médico atribuído na USF, apesar dos pareceres contra (incluindo da Ordem dos Médicos). Apenas a coordenadora se manteve firme que o utente não poderia continuar na USF e teria de ter médico noutra unidade”, explica “Luísa”. Com o avançar do relato da médica, lamentavelmente, concluiu-se que esta situação só foi resolvida “porque a advogada do utente fez pressão junto da direção” porque queria a atribuição de um médico noutra unidade do ACES o que acabou por acontecer, uma decisão que não foi claramente uma tentativa de proteção dos médicos no seu local de trabalho, mas do utente.

Quisemos conhecer os fatores que teriam contribuído para a escalada de violência que se verificou e os contornos do caso específico. “O utente em questão, não queria obedecer às regras da unidade: o utente vinha em consulta aberta por motivo que não doença aguda e não aceitou que, para o motivo que alegava, teria de agendar consulta programada” para a qual havia um tempo de espera de mais ou menos 3 semanas. Além disso, “as condições das instalações (a unidade está instalada num prédio habitacional de quatro andares, com apenas um vigilante no r/c) não ajudaram a controlar a situação. Se tivesse sido uma agressão mais grave não teria havido intervenção atempada (o meu gabinete era no 2º piso)”, explica-nos. “Até hoje as instalações mantêm-se tal e qual, com apenas um vigilante para os quatro pisos”. Esta foi uma situação que, a nível psicológico, deixou marcas na jovem médica que ficou com um “receio constante de me cruzar com o utente na USF ou junto à mesma até se ter efetivado a sua transferência de unidade”, facto que se traduziu numa “grande fonte de ansiedade”.

Sobre as medidas que gostaria que fossem implementadas para se sentir mais segura no seu local de trabalho, refere a “alteração da configuração das instalações ou reforço da vigilância nos vários pisos”

pois “é frequente os utentes entrarem na unidade e dirigirem-se diretamente aos gabinetes médicos, por qualquer motivo, sem que haja uma barreira física ou humana que os detenha”. Em tom de desabafo, conclui que “também ajudaria sentir que os superiores hierárquicos apoiam os trabalhadores – médicos e outros – e o seu direito a condições de segurança no local de trabalho”.



Doente persegue médico nas redes sociais e na rua...

“Rodrigo”, é um recém especialista, mas, quando a situação que vamos relatar ocorreu era interno da formação específica. Tem 29 anos e está inscrito na Secção Regional do Sul. Exerce a atividade clínica em ambiente hospitalar.

A violência psicológica e moral não são nem menos relevantes, nem menos censuráveis do ponto de vista ético, nem menos frequentes e implicam muitas vezes perturbações da vida privada do médico. No caso que nos foi relatado na primeira pessoa, o meio utilizado foi o recurso às redes sociais do médico e uma verdadeira “perseguição” que, a dado momento, deixou de ser virtual e escalou para violência verbal, com injúrias e agressividade. “Em 2017 tive um doente do género masculino que, após algumas consultas me convidou para nos encontrarmos fora do horário de trabalho para irmos ‘beber um café’ e nos ‘conhecermos melhor’. Recusei gentilmente o convite, explicando que não era homossexual e que, mesmo que fosse, não sairia com um doente”. Seria de esperar que perante a explicação das razões éticas do médico, o doente não insistisse. Mas não foi isso que aconteceu... “Passadas umas semanas, o doente passou a fazer-me *stalking* através das redes sociais”. Uma situação que iria escalar de forma inesperada: “passados cerca de dois meses do convite inicial, o referido doente descobriu o ginásio em que eu treinava e, no final de um dia de trabalho, seguiu-me, sem que me apercebesse, e ficou à espera que eu saísse do ginásio para falar novamente comigo”, uma situação que se tornou naturalmente “mais incómoda”, pela insistência, pela perseguição e, especialmente, pela proximidade geográfica do prédio onde o médico habita, o que acabou por ser uma limitação à sua liberdade

pessoal nesse final de tarde: “não quis ir para casa para o doente não descobrir onde residir”, facto que obrigou a um confronto à porta do ginásio. Perante a insistência do doente, “expliquei-lhe mais uma vez que não sairia com ele, e que, tendo em conta a situação, me negava a continuar a segui-lo como médico. Ele ficou notoriamente chateado, insultou-me três ou quatro vezes, mas abandonou o local e nunca mais o vi desde então”. Felizmente esta situação não teve novos desenvolvimentos a não ser o facto deste médico ter solicitado no seu serviço a transferência do doente para outro médico. Nesta situação, “Rodrigo” considera que “se tratou apenas de um caso de atração não correspondida, que se agravou após a re-

cusa em sair com o doente”. Sobre as formas de defesa, o médico assume que “não sabia que era possível fazer queixa por via eletrónica”, nem de que forma poderia defender-se juridicamente, confirmando que não apresentou nenhuma queixa e que, com a mudança de médico,

não houve mais nenhuma situação a assinalar. Embora o serviço não pudesse ignorar os crimes cometidos contra este médico, porque os mesmos foram reportados como fundamento da transferência do doente para outro profissional, quando perguntamos que outras medidas foram implementadas para evitar novas situações como esta, a resposta é a, infelizmente, esperada: “julgo que mais nenhuma medida foi acautelada”. Apesar de ter sido “uma situação desconfortável”, este médico nunca considerou que existisse um “verdadeiro perigo para a sua integridade física” e não permitiu que este incidente alterasse a sua postura no trabalho para com outros doentes. Sem “qualquer marca psicológica”, este jovem médico considera que além de deixar de seguir este doente, não haveria outra medida que pudesse ser aplicável neste cenário que classifica de forma gentil como “apenas uma exasperação de um des-

gosto amoroso”, numa situação que, consideramos, acabou por se resolver de forma mais ou menos simples embora tenha “obrigado” este médico a autoexcluir-se das redes sociais para evitar novas tentativas de contacto ou novos insultos.



Doente escreve ameaça: ‘esta médica merece que eu a esfaqueie’...

“Rosário” tem 33 anos e é especialista em Medicina Geral e Familiar, coordenando uma USF desde 2017.

Está inscrita na Secção Regional do Norte. Como coordenadora de uma unidade de saúde, tem incentivado os colegas a apresentar sempre queixa de todas as situações de violência. “Nos últimos anos na USF onde trabalho o número de ocorrências reportadas



aumentou. Não porque antes não houvesse episódios de violência, mas porque desde que coordeno insisto com a equipa para registar todos os eventos”. Embora a médica submeta na plataforma NOTIFICA todas as situações que acontecem consigo, explica que “nenhum colega submete informação nessa plataforma pois é sentida como uma plataforma para levantamento estatístico”, sem efeito prático. “Alguém recebe a informação, mas qual o processo que se segue? Quem analisa e que medidas são aplicadas, posteriormente, no âmbito da violência contra profissionais?”. Acresce que a plataforma não parece ser intuitiva no entender destes médicos: “as próprias opções disponibilizadas para responder deixam dúvidas ‘houve necessidade de tratamento?’ Depende... Como resolvemos situações de intimidação? Como gerimos o medo de ir trabalhar após uma situação crítica?”, questiona.

"Já fui alvo de violência verbal com rajadas de insultos dirigidos à minha profissão, a mim e à minha família, já fui ameaçada de que merecia ser esfaqueada, difamada e injuriada". A violência é, como nos refere, frequente na vida de um médico, umas vezes enquanto testemunha, outras enquanto vítima: da "libertação de frustrações, manifestações mais emotivas e irrefletidas, da parte dos utentes e dos familiares".

A médica explica-nos como foi perdendo, nos últimos anos, alguma da sua inocência quanto ao dia a dia da prática clínica. "Quando iniciei o internato, inocentemente, pensava saber quais os limites e barreiras que deveria colocar na relação com o utente. Com a experiência e maturidade que fui adquirindo, percebi que temos de ser capazes de nos ajustar e adaptar àquele que está diante de nós, que se sente vulnerável, que nos

procura com a expectativa de cumprimento das suas necessidades. Aprendi a dizer 'não', mas, principalmente, procuro entender o outro e ser compreendida". Com esta introdução, poderíamos pensar que esta médica, com a sua postura empática e a sua preocupação hipocrática para com o doente, estaria a ter melhores resultados no que se refere a atos de violência contra si em contexto clínico. No entanto, mesmo com esta postura, "Rosário" já foi alvo de vários episódios de violência.

Como profissional, onde define o limite do que é aceitável? "Quando comecei a trabalhar pensava 'se alguém alguma vez me insultar, esse será o meu limite'; Os insultos aconteceram e 'geri e continuei'; 'Depois pensei 'se me ameaçarem, esse sim será o meu limite'; As ameaças também já aconteceram na vida desta médica e 'supera-se', ou talvez não... No momento em que acontece o episódio de violência, no caso, com ameaças, gritos e insultos, 'reage-se', porque não há outra opção, 'seguinto-se habitualmente uma crise de choro compulsivo, sozinha no gabinete, e uma

vontade enorme de fugir e não voltar", confessa, com uma honestidade desconcertante, apenas porque é pouco comum. "Já fui insultada no meio da rua, por uma utente que tinha consultado na USF" – neste caso tratava-se de uma utente com problemas psiquiátricos, cujo tratamento farmacológico não estava a ser devidamente seguido. Mas o facto de conhecermos exatamente a razão da agressividade que nos é dirigida não resolve nada, nem diminui o desconforto, conforme nos explica: "Não me 'livrei' do susto e medo. E não voltei a passear por aquela zona da cidade com o

mesmo à vontade", assume. Ainda assim, enquadra a situação apenas como um acontecimento "infeliz" por envolver uma utente com patologia psiquiátrica em descompensação. No momento em que a insultou, "a utente não tinha *insight*", justifica.

Numa outra atitude profundamente

ameaçadora e violenta, outro episódio de que foi vítima: "Rosário" foi impedida de sair do gabinete quando se recusou a continuar uma consulta ("pois o utente e a familiar que o acompanhava estavam com um comportamento ameaçador"). "Tentei sair e agarraram-me pelo braço". Só quando referiu que ia chamar a polícia é que a utente a largou. Mesmo após essa situação, a primeira preocupação desta médica foi que o doente fosse consultado... "Saí do gabinete e pedi a outro colega que visse o doente, pois eu não podia continuar". "A partir daí passei a ter estratégias de fuga no gabinete" o que implicou, por exemplo, estudar uma nova disposição para o mobiliário: "fico eu do lado da porta", refere, explicando que prefere ter um acesso fácil à saída.

A médica já teve outras situações preocupantes: "noutra ocasião, fui ameaçada por um utente que escreveu no livro amarelo que eu 'merecia que ele me esfaqueasse'", situação de tal gravidade que os colegas e o sindicato aconselharam à apresentação de queixa por ameaça à integridade física, que acabou por não



o fazer. A situação em que a ameaçaram por escrito dizendo que “merecia ser esfaqueada” é obviamente a mais grave e também a mais recente – dezembro de 2018 – e, provavelmente, uma das mais assustadoras para esta profissional. Chegou mesmo a deslocar-se a uma esquadra de polícia, mas hesitou e não apresentou queixa. “Até agora ainda não tive coragem para apresentar queixa, mas continuo com medo”.

Apesar de não ter apresentado queixa à polícia pelo crime de ameaças, a médica reportou à direção do ACES e, nas situações de insultos e injúrias, a pediu

“a expulsão dos utentes do ficheiro por quebra da relação médico-doente”. A esses utentes (e respetivas famílias) foram atribuídos outros médicos de família (“exceto um familiar que insistiu que queria continuar na minha lista e acedi”). Ainda assim, e porque “não há forma de bloquear o acesso de agendamento

destes utentes à nossa agenda”, a médica tem uma nota no processo clínico e caso algum dos doentes agressores “seja agendado para a minha consulta de doença aguda é reagendado para outro colega”. “Temos de ser nós a gerir” esse equilíbrio, explica.

A nível institucional não foram tomadas nenhuma medidas para que este tipo de situações não se repetisse.

Todas as situações relatadas foram notificadas e aconteceram em contexto do SNS, da consulta no atendimento complementar, às consultas de cuidados primários; mas no setor privado “também já assisti a outros colegas serem ameaçados”, confirma.

Reconhecendo que, a nível psicológico, todas estas situações deixaram marcas em si, quer como profissional quer como pessoa, a médica fala de um quadro de violência “em que a ‘agenda’/objetivo dos utentes com a consulta não é cumprido”, salienta a recusa dos doentes no cumprimento de regras, concluindo que:

“cada vez mais somos tratados como ‘prestadores de supermercado’ – o utente vem, pede o que quer e nós ‘temos’ que cumprir. O desrespeito pelo profissional é evidente”.

Sobre o futuro e a potencial prevenção de novas situações de violência defende a existência de “sistemas de videovigilância nas áreas comuns, software adequado nas consultas para ter alertas evidentes acerca de doentes perigosos e mecanismos de pedidos de ajuda rápida nos consultórios”.



Destes testemunhos, além da preocupação natural com a frequência da violência no nosso sistema de saúde, fica-nos a angústia partilhada com as vítimas das agressões por não se identificarem quaisquer medidas institucionais relevantes e concretas que protejam os médicos no seu local de trabalho.

De referir que, além destes entrevistados, conversámos com outros médicos, igualmente vítimas de situações de violência no local de trabalho, que preferiram não participar na reportagem. Para alguns deles, a vivência dessas situações está ainda muito presente e deixou marcas psicológicas que os impedem de querer revivê-las, mesmo reconhecendo a importância desta reportagem como um alerta para a crescente conflitualidade e agressividade como uma tentativa de lançar a discussão de forma construtiva para um futuro em que haja um aumento da segurança nos hospitais, centros de saúde e consultórios em geral, para médicos e utentes.

O papel das associações de profissionais

“A violência é uma situação de indignidade inaceitável”

Acompanhamento e aconselhamento, apoio para tratamento médico ou apoio jurídico, alerta para a dimensão do problema, debate das causas e consequências, estudo de medidas para a prevenção de novas ocorrências, denúncia... Várias são as áreas em que as associações representativas dos profissionais de saúde podem e devem intervir. A Ordem dos Médicos tem atuado na defesa de mais tempo para a relação médico/doente, algo que diminui certamente os fatores potenciadores da violência. O bastonário, Miguel Guimarães, não tem dúvidas que esse é o caminho para “diminuir a conflitualidade no Serviço Nacional de Saúde” e recorda que, quando tudo falha, a Ordem está ao lado dos Médicos e “disponibiliza um seguro que cobre danos provocados por agressões físicas no exercício da atividade profissional”. Mas o importante é que tenhamos uma política de “tolerância zero”.

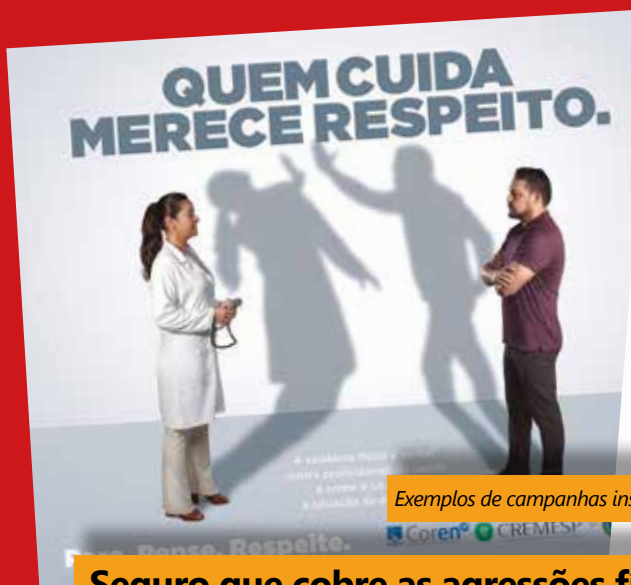
Texto: Paula Fortunato, diretora executiva da revista da OM

No contexto da violência contra médicos (e outros profissionais de saúde) no local de trabalho, a OMS define também o papel das Ordens, associações e sindicatos referindo que inclui o dever de promover o debate e mecanismos que contribuam para a redução e, idealmente, eliminem os riscos associados a esse tipo de violência.

A Ordem dos Médicos assume integralmente esse papel nomeadamente ao defender a relação médico/doente como base de uma relação terapêutica profícua e baseada na confiança e no respeito. Todas as medidas que têm sido propostas nessa área são, simultaneamente, formas de reduzir tensão e conflitualidade: dos tempos padrão para marcação de consultas, à redução das listas de utentes dos médicos de família. O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, não tem dúvidas sobre o impacto positivo das mesmas: "A relação médico/doente precisa de tempo. Ao defendermos a redução das listas de utentes por médico de família e prepararmos a definição de tempos padrão para marcação de consultas, estamos precisamente à procura desse tempo essencial. O tempo de ouvir. O tempo de explicar. O tempo de criar relações de confiança que ajudem o percurso terapêutico dos nossos doentes", frisa, considerando inegável que essas serão medidas com consequências no melhoramento da relação médico/doente e na diminuição dos casos de violência.

Como referimos anteriormente, a formação em comunicação e gestão de conflitos é uma das formas de promover uma cultura de não violência no local de trabalho.

A Ordem dos Médicos também tem desenvolvido ações de apoio à formação médica, nomeadamente o fundo criado por iniciativa do atual bastonário, as quais podem ser aproveitadas pelos médicos para fazer formação em áreas como a bioética, a comunicação, a gestão de conflitos e de equipas, etc. A adequação do espaço físico, a melhoria das condições de trabalho e a segurança também obviamente essenciais, considera o representante máximo dos médicos: "devia ser obrigatória a presença de seguranças em qualquer unidade de saúde". "Temos visitado vários centros de saúde e hospitais em que as condições de segurança são deficitárias. Se os alertas constantes que deixamos, após essas visitas, não são suficientes para que a tutela se preocupe com estas questões, analisem-se os resultados das auditorias feitas pela própria Inspeção Geral das Atividades em Saúde aos hospitais de Coimbra, Porto, Évora e Faro nos quais foram detetadas falhas diversas" nos sistemas de



Exemplos de campanhas institucionais contra a violência levadas a cabo noutros países

Seguro que cobre as agressões físicas sofridas pelos médicos

Qualquer médico que se encontre inscrito na Ordem dos Médicos pode beneficiar do Seguro de Acidentes Pessoais contratualizado entre a Ordem dos Médicos e a AXA Portugal. O seguro garante uma indemnização ao médico na sequência de acidentes pessoais ocorridos em Portugal e provocados, exclusivamente, por agressões físicas no exercício da sua atividade profissional. Mais informação sobre os valores e condições para ativar a proteção jurídica desse seguro e como proceder junto da seguradora (após agressão) está disponível no site nacional em: <https://ordemdosmedicos.pt/violencia-no-local-de-trabalho-notifique/>



alarme, em portas de encerramento automático e nos sistemas de vigilância. Considerando ser necessário “diminuir a conflitualidade no Serviço Nacional de Saúde”, Miguel Guimarães explica que - além dessas áreas que visam a prevenção e a diminuição da incidência de casos de violência contra profissionais de saúde no seu local de trabalho - quando a agressão acontece, a Ordem não pode ficar indiferente e tem que estar ao lado do médico agredido. “A Ordem dos Médicos disponibiliza aos seus associados um seguro que cobre danos provocados por agressões físicas no exercício da atividade profissional”.

Miguel Guimarães



Meios de defesa perante a violência

Os meios de defesa do médico perante os atos de violência decorrentes do exercício da profissão são explicados pelo departamento jurídico no site nacional em <https://ordemdosmedicos.pt/violencia-no-local-de-trabalho-notifique/>. Nesse espaço encontra a resposta a muitas questões, nomeadamente como ativar o seguro de acidentes pessoais que a Ordem dos Médicos oferece aos seus associados. Deixamos alguns exemplos das respostas que encontra nesse espaço: como reagir juridicamente no caso de ser vítima de algum desses crimes, em contexto de estabelecimento de saúde integrado no Serviço Nacional da Saúde e no caso de exercício em estabelecimento de saúde privado, prazos e formas de apresentar a queixa, medidas a tomar no momento exato da violação à integridade física, da injúria ou da ameaça.



O representante máximo dos médicos considera que nenhum tipo de violência pode ser tolerado, sendo muito crítico de um sistema de saúde que não protege os seus profissionais de tais atos. “Como é que podemos deixar impune uma situação em que um médico é agredido – seja verbal ou fisicamente – por um utente ao qual recusa, por exemplo, um atestado injustificado?! Têm de ser encontradas formas eficazes de defender os médicos antes que a agressão aconteça”.



"A violência é uma situação de indignidade inaceitável", em todos os contextos, frisa, alertando que, quando essa "indignidade" acontece no local de trabalho as consequências são ainda mais graves. "Os médicos já vivem sob a pressão assistencial, das horas extraordinárias excessivas, da falta de

descanso... Se acrescentarmos a esse cenário o trauma de uma agressão, estaremos obviamente a contribuir para o aumento da exaustão desses colegas e o *burnout* será inevitável. Os colegas que são vítimas de violência ficam muitas vezes desanimados, desmotivados e até com receio de ir trabalhar", afirmou, explicando como o

ambiente laboral deve ser sinónimo de segurança e não o contrário.

Nas três secções regionais têm, ao longo dos anos, sido implementados grupos de trabalho para registo das notificações de violência contra os médicos, debates e estudos nesta área. Também outras instituições representativas dos médicos, como é o caso dos sindicatos médicos, desenvolvem trabalho no apoio aos médicos que são vítimas de agressão no seu local de trabalho.



João Redondo

Onde apresentar queixa

Se é médico e foi vítima de algum incidente de violência no local de trabalho, por favor, faça a notificação e denuncie:

- No Ministério Público;
- Na Polícia de Segurança Pública (PSP); ou,
- Na Guarda Nacional Republicana (GNR);

No caso de crime de violação à integridade física a queixa pode ainda ser apresentada:

- No Sistema de Queixa Eletrónica (SQE), disponível em <https://queixaselectronicas.mai.gov.pt/>
- E na Polícia Judiciária (PJ).

As associações médicas europeias também estão atentas ao fenómeno da violência contra os médicos, e os restantes profissionais de saúde, no local de trabalho; A temática tem sido alvo de várias abordagens, nomeadamente, uma posição adotada em novembro de 2018, pelo CEOM – Conselho Europeu das Ordens dos Médicos (organização presidida por um médico português - José Santos), condenando especificamente este tipo de violência. Essa declaração (que pode ser consultada em <http://www.ceom-ecmo.eu/>) surge na sequência da análise realizada à situação existente nos vários países europeus. No âmbito desse estudo, o caso português foi apresentado pelo psiquiatra João Redondo que explicou a importância de perceber este fenómeno e de definir de forma clara todos os conceitos para garantir uma melhor e mais consequente intervenção. João Redondo, que tem um importante trabalho desenvolvido nestas áreas, explicou na sua intervenção a prevalência em termos de realidade portuguesa, referiu o impacto e os custos em termos de saúde e qualidade de vida. Já num debate organizado há mais de 4 anos, João Redondo pedia tolerância zero: "cada episódio de violência tem de ser analisado com relevância. A violência contra profissionais de saúde tem de ter tolerância zero".

Destak
11-04-2019
Insegurança nas maternidades apenas a ponta do icebergue
Os problemas nos sistemas de vigilância e nas portas de fecho automático nos serviços de obstetria e pediatria e insuficiente controlo no acesso às instalações, nomeadamente aos pisos de internamento, são falhas de segurança nas maternidades que são a ponta do icebergue, alertou a Ordem dos Médicos. Reagindo também à notícia do *Público*, o Ministério da Saúde assegura que os hospitais já corrigiram as falhas identificadas. **Ordem dos Médicos denuncia insegurança nos hospitais**

Insuficiência Cardíaca:

“Uma epidemia silenciosa que temos de combater”



Maio será uma vez mais o mês do coração. A Fundação Portuguesa de Cardiologia apresentou no dia 23 de abril, numa sessão solene no Palácio da Foz, em Lisboa, o programa que vai procurar, através de várias iniciativas, sensibilizar a população portuguesa para a importância da insuficiência cardíaca. O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, esteve presente na mesa de abertura para se associar ao combate do que caracterizou como “epidemia silenciosa”.

Texto e fotos: Filipe Pardal, redator da Revista da Ordem dos Médicos

“Insuficiência cardíaca – Liberte o seu coração” é o mote do mês do coração de 2019 que decorrerá ao longo dos 31 dias de maio, com várias iniciativas promovidas pela Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC). Estas ações ganham uma maior importância quando, apesar dos progressos diagnósticos e terapêuticos que têm ocorrido nos últimos anos, as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de doença, morte e custos em saúde da população portuguesa. Com essa consciência, foi apresentado um estudo, realizado pela FPC, em parceria com a GFK Metris, que se propôs a avaliar o nível de conhecimento dos portugueses sobre a insuficiência cardíaca. Os resultados mostraram que mais de metade dos inquiridos acredita que a taxa de sobrevivência da insuficiência cardíaca é alta e apenas 15% reconhece o inchaço das pernas como um dos principais sintomas desta doença, que afeta cerca de meio milhão de portugueses. Com um universo de estudo que ultrapassou os mil inquiridos, alguns dados recolhidos são preocupantes e denotam a falta de literacia em saúde que, infelizmente, ainda acompanha grande parte da população. 71% dos inquiridos afirmaram saber que a insuficiência cardíaca é uma doença

cujo número de casos vai aumentar nos próximos anos e 63% afirmaram que é uma doença que afeta tanto novos como os mais velhos, mas apenas 19% sabia que a taxa de sobrevivência é baixa e 29% que a taxa é semelhante à dos cânceros mais graves. Ainda de acordo com o estudo, 72% das pessoas associa o cansaço fácil à insuficiência cardíaca e 69% reconhece a falta de ar, mas apenas 15% identifica o edema das pernas e 5% a perda de peso injustificada como sintomas dessa patologia. Nos aspetos mais técnicos da doença e do respetivo



Miguel Guimarães



António Papão

tratamento, também existe algum desconhecimento patente no facto de serem mais os que consideram que não deve haver restrição no consumo de água (45%) do que os que entendem que deve ser bebida moderadamente.

Depois de conhecidos os resultados da investigação, e com Manuel Papão – presidente da Liga

dos Amigos da FPC – a desempenhar o papel de moderador da sessão, foi conferida a palavra a Manuel Carrageta, presidente da FPC, que desde logo se confessou preocupado com o aumento de casos de insuficiência cardíaca, uma patologia que tem uma mortalidade superior ao cancro da mama na mulher e ao cancro da próstata no homem. O cardiologista afirmou que “os portugueses ainda reconhecem pouco a gravidade desta doença, uma “epidemia que vai continuar a aumentar” e que atinge 15 milhões de europeus. “A insuficiência cardíaca deve ser considerada uma prioridade nacional com consultas de especialidade em articulação com o médico de família, porque é a única maneira de ter uma resposta capaz para uma patologia que está a aumentar e que mata muito”, defendeu. Uma resposta para passar a mensagem de que viver com insuficiência cardíaca é como estar numa prisão é o que a campanha pretende conferir, numa perspectiva de contributo para o aumento da literacia em saúde. “O objetivo da iniciativa é chamar a atenção para esta situação” e explicar que, através do tratamento e da mudança de estilo de vida, “é possível libertar o doente”, afirmou, lamentando que as pessoas continuem a recorrer tardiamente aos serviços de saúde quando necessitam efetivamente de cuidados. Luís Filipe Pereira, presidente da Associação de Apoio aos Doentes com Insuficiência Cardíaca, fez questão de realçar o papel “essencial” da prevenção da doença e da divulgação de informação para “sermos de facto os gestores da nossa saúde”. Uma gestão que se revela cada vez mais importante quando em 8 anos a taxa de mortalidade por insuficiência cardíaca subiu 3%, revelou. Quem também concorda com a importância que o papel da literacia em saúde pode cumprir é o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães. No entanto, antevê alguns desafios que devem ser ultrapassados: “nós passamos a vida a falar de literacia e de educação em saúde, mas a verdade é que não tem havido vontade política para que esta seja mais consistente e integrada na sociedade”, lamentou. Depois de tecer largos elogios ao trabalho da FPC e do professor Manuel Carrageta que considera “um exemplo para o país e um exemplo para o ministério da Saúde”, uma vez que dinamiza iniciativas que “o ministério devia fazer, mas não faz”, Miguel Guimarães afirmou que “estamos perante uma das grandes epidemias deste século”,

"uma epidemia silenciosa que temos de combater". Esse combate faz-se com este tipo de iniciativas, ao nível das sociedades, fundações, associações, mas "não chega", alerta. "É preciso ir mais longe e, para isso, o poder político tem de se envolver de facto na grande missão que é dar mais conhecimento às pessoas para que estas possam participar no seu percurso de saúde, para que decidam sobre aquilo que é a sua vida e possam optar pelas melhores soluções juntamente com o seu médico", asseverou. Até porque, sublinha, só ao oferecer a informação devida é que será possível centrar verdadeiramente o sistema de saúde nos doentes, algo que "não estamos a fazer", considerou. Por fim, o bastonário da OM não deixou de mencionar a necessária integração dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares que, no caso concreto da insuficiência cardíaca, "é uma mais-valia para todos, desde logo para o Serviço Nacional de Saúde, porque permite mais cuidados às pessoas, mas também mais poupança". Todos ficariam a ganhar, concluiu. Seguiu-se a intervenção de Diogo Cruz, subdiretor geral da saúde e neste contexto representante da

ministra da Saúde, que garantiu desde logo que a insuficiência cardíaca é, apesar de tudo, uma das áreas em que a DGS mais investe. Com a importância da literacia em saúde bem presente, Diogo Cruz aproveitou para anunciar que Portugal irá liderar, juntamente com a Rússia, uma missão de literacia com carimbo da Organização Mundial de Saúde. Para finalizar, Teresa Caeiro, vice-presidente da Assembleia da República e representante do Presidente da República, lançou um desafio ambicioso: "defendo como parte obrigatória do currículo do ensino escolar obrigatório haver formação sobre o suporte básico de vida". Teresa Caeiro está ciente que a medida poderá encontrar alguma resistência, por alegada ingerência curricular, no entanto considera essencial para que se saiba o que fazer e o que não fazer enquanto não chega o apoio profissional. A vice-presidente da AR reforçou o seu argumento com o facto de na Alemanha "não se tirar a carta de condução sem se ter tido formação em suporte básico de vida". Com estas medidas, desde cedo e "em rede", seria possível fazer a diferença, "seria possível salvar mais vidas".

Depois dos discursos, fica a esperança de uma mudança de hábitos que possibilitem uma alteração do paradigma. A insuficiência cardíaca afeta cerca de 400 mil portugueses, mais de 15 milhões europeus e está em contínuo crescimento. É a principal causa de internamento hospitalar de pessoas com mais de 65 anos e está prognosticado que venha a atingir 1 em cada 5 portugueses. Estes são números preocupantes, exponenciados pelo envelhecimento da população ou por patologias como a obesidade. Para os reverter deve promover, entre muitas outras coisas, um estilo de vida que inclua uma alimentação saudável e atividade física regular, o que só por si pode evitar eventos agudos cardiovasculares. Em maio, começa a libertar o seu coração!

72% das pessoas associa o cansaço fácil à insuficiência cardíaca e 69% reconhece a falta de ar, mas apenas 15% identifica o edema das pernas e 5% a perda de peso injustificada como sintomas dessa patologia.

Pelo futuro da saúde em Portugal

OM lança auditoria à atribuição de idoneidades e capacidades formativas

Após dois anos à espera que o Ministério da Saúde avançasse com a auditoria que estava a ser negociada com o anterior Ministro, Adalberto Campos Fernandes, e que tinha o apoio de diversas forças políticas, a Ordem dos Médicos pediu uma auditoria externa e independente para avaliar o processo de atribuição de capacidades formativas para a formação especializada. Em causa está a saúde dos portugueses pois os médicos internos de hoje serão os especialistas de amanhã e todos desejamos que em Portugal se continuem a formar especialistas de excelência.

Texto de Paula Fortunato, diretora executiva da revista da OM
Fotos de Paula Carmo



Apesar do esforço que a Ordem dos Médicos tem feito para maximizar as capacidades formativas e as vagas que se disponibilizam todos os anos, gerando um mapa de vagas crescente, sempre sem comprometer a qualidade da formação, o internato da especialidade não está a conseguir absorver todos os candidatos, situação comprometedora para o futuro da saúde em Portugal e que pode ser considerada como um retrocesso indesejável: a criação de um número exponencialmente progressivo de médicos sem especialidade... Perante este cenário, a Ordem não podia continuar à espera que o Ministério da Saúde assumisse as suas responsabilidades e iniciou um processo de auditoria. “Esta auditoria foi pedida pela Ordem há dois anos, nomeadamente porque estamos preocupados em manter a qualidade da formação e com os médicos que não estão a ter acesso a uma especialidade, (...) porque queremos melhorar algum aspeto do processo da formação especializada que possa estar menos bem, e para maximizar as capacidades formativas/vagas, sem comprometer a qualidade”, razões elencadas pelo bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, em declarações às televisões a propósito desta auditoria. É fundamental “disponibilizar todas as capacidades formativas existentes nas várias unidades de saúde que assegurem internatos de qualidade inquestionável”, considera. Perante deficiências muito graves no serviço público de saúde, nomeadamente por insuficiência de recursos humanos, a qualidade da formação pode estar em causa por falta de oportunidades de formação... “Estamos a perder médicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS)... Com a saída, quer para o privado quer para o estrangeiro, dos mais experientes, se não tivermos especialistas suficientes para dar formação, os médicos internos poderão não estar a cumprir integralmente o seu programa de formação”, o que, naturalmente, poderá baixar

a qualidade da formação pós-graduada e da prestação de cuidados no futuro. "Alguns hospitais como têm falta de especialistas utilizam os médicos internos para funções para as quais ainda não estão preparados", explica ainda Miguel Guimarães, sublinhando que "mais de um terço dos médicos que estão no SNS estão em formação", numa relação de 2 especialistas para 1 interno, contas que demonstram objetivamente a saturação do SNS em termos de formação. Os internos são, frisa, um importante elemento na cadeia de prestação de cuidados, um contributo fundamental para o SNS, situação que não pode, de forma alguma, pôr em causa a formação desses mesmos internos, os seus tempos de formação e os seus tempos de descanso.



Também em declarações à imprensa, Carlos Cortes, na qualidade de presidente do Conselho Nacional da Pós-graduação da OM, frisou a responsabilidade do Ministério e, nomeadamente, o dever de "tomar em consideração as avaliações feitas pela Ordem dos Médicos e pô-las em prática nos hospitais e nos centros de saúde". Com o agravamento das condições no SNS gera-se uma reação em cadeia, explicada pelos dois dirigentes da OM, com muitos médicos que terminam a sua formação e optam por uma carreira fora do setor público, em busca de melhores condições de trabalho, que permitam o desenvolvimento de percursos profissionais mais aliciantes, com espaço para a investigação e para a necessária formação profissional contínua. É precisamente essa perda de massa crítica que se receia que esteja a ter um impacto negativo na formação dos médicos internos.

Em comunicado de 29 de abril (que pode ser consul-

tado no site da OM em: <https://ordemdosmedicos.pt/ordem-avanca-com-auditoria/>), a Ordem justifica precisamente a decisão de pedir uma auditoria externa e independente ao processo de atribuição de idoneidade e capacidade formativa no internato médico com a "preocupação com as condições proporcionadas pelo Serviço Nacional de Saúde, com médicos a ficarem sem acesso a uma vaga de especialidade". A medida que já tinha sido proposta há dois anos ao Ministério da Saúde, mas nunca avançou. Embora reconheça que "a formação em Portugal é de excelência" e que "é reconhecida em todo o mundo", Miguel Guimarães considera essencial identificar quaisquer "constrangimentos existentes ao nível dos hospitais e centros de saúde que possam ter impacto negativo na formação de médicos".

"Perante o agravamento do desinvestimento no SNS, o preocupante desinteresse do Ministério e tendo em conta vários relatos e queixas de especialistas e de jovens médicos sobre as difíceis condições em que exercem o seu trabalho e a sua formação, a Ordem não podia esperar mais e iniciou o procedimento de concurso aberto para a contratação de uma empresa idónea e independente para realizar esta auditoria", sublinha o representante máximo dos médicos.

Com uma óbvia falta de planeamento de recursos humanos, sem adaptação da formação às necessidades do país, todos os anos se assiste, ainda, à participação no concurso de acesso à especialidade de um número crescente de médicos (várias centenas) formados em escolas médicas de outros países, fator de pressão que vem sobrecarregando a formação pós-graduada e que está também na origem da falta de vagas em número suficiente.

Com o SNS no limite das suas capacidades, problemas de segurança na prestação de cuidados de qualidade aos doentes e relatos de falhas no cumprimento dos programas de formação dos médicos internos, esta auditoria - externa e independente - irá analisar todo o processo de atribuição de idoneidades e capacidades formativas para a formação especializada do internato médico, na expectativa de - a serem detetadas no terreno insuficiências e deficiências a nível do capital humano ou de recursos estruturais e técnicos - se poder resolver todas essas situações que sejam prejudiciais à qualidade da formação e, consequentemente, à qualidade da medicina praticada em Portugal. Uma auditoria independente para que não vejamos hipotecado o futuro da saúde dos portugueses como consequência da degradação da qualidade da formação médica.

Ordem atribui bolsas de formação

Aumentar 20% número de médicos com formação em medicina paliativa

No dia 6 de maio a Ordem dos Médicos lançou o concurso para atribuição de 10 bolsas de formação em Medicina Paliativa, com o apoio da Fundação "la Caixa". O objetivo é aumentar 20% o número de médicos com formação em medicina paliativa, área em que há fortes carências. Regulamento e ficha de candidatura já estão disponíveis no site nacional.

No âmbito do Programa Humaniza, que tem como objetivo reforçar o apoio integral a pessoas com doenças avançadas, bem como aos seus familiares, a Fundação "la Caixa" e a Ordem dos Médicos lançaram dia 6 de maio um concurso com vista à atribuição de dez bolsas que visam permitir a qualificação de médicos com a competência em medicina paliativa, na sequência de um protocolo de colaboração assinado em Dezembro de 2018. Estas bolsas vão permitir aumentar em 20% o número de médicos com esta competência em Portugal.

"As carências do nosso país na área da medicina paliativa são conhecidas e a formação de médicos é altamente complexa. Por isso, estas bolsas representam um contributo muito expressivo para ir ao encontro das atuais necessidades de Portugal, sabendo nós de antemão que com os desafios demográficos e com o peso da doença crónica será ainda mais importante ter uma resposta forte, consolidada e abrangente nos cuidados paliativos. Este é também um caminho que vai ao encontro do reforço da humanização dos cuidados de saúde que a Ordem dos Médicos tem defendido", afirma a este propósito o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães.

A Ordem dos Médicos tem vindo a desenvolver um conjunto de iniciativas no apoio à formação médica, nomeadamente na área dos cuidados paliativos, e colaborará com a Fundação "la Caixa" na atribuição das referidas bolsas, no sentido de promover o reforço da formação específica em medicina paliativa.

As bolsas a atribuir pela Fundação "la Caixa" e pela Ordem dos Médicos, num total de dez, são dirigidas, três delas à qualificação de pediatras e as restantes sete a candidatos de outras especialidades relevantes para os cuidados paliativos, incluindo oncologia, medicina interna e medicina geral e familiar, entre outras. O prazo para submissão é de 30 dias úteis e o regulamento está disponível na página web da Ordem dos Médicos. O valor máximo a atribuir por bolsa é de vinte mil euros, correspondentes à realização de 810 horas de estágio prático em reconhecidos serviços prestadores de cuidados paliativos com idoneidade formativa, requisito considerado essencial pela Ordem dos Médicos para atribuição da competência em medicina paliativa. As bolsas são atribuídas através de concurso lançado pela Ordem dos Médicos, em articulação com a Fundação "la Caixa". Em Portugal estima-se que cerca de 80% das pessoas não tenham acesso a cuidados paliativos quando precisam. Dados referentes a 2017 indicam que dos 70 mil a 85 mil portugueses a necessitar de cuidados paliativos, apenas 12 mil terão recebido este tipo de cuidados. A Fundação "la Caixa", com sede em Espanha e uma das mais relevantes a nível internacional, iniciou em 2018 a sua implantação em Portugal, consequência da entrada do BPI no Grupo CaixaBank.

Ordem aposta em bolsas para haver mais médicos de cuidados paliativos

Protocolo com Fundação La Caixa financia dez estágios em medicina paliativa. "uma área deficitária". Três vagas são para pediatras em cuidados paliativos, em que a resposta é ainda mais deficitária.

Saúde
Ana Maia

Iniciativa de apoio à formação de médicos em cuidados paliativos

www.ordemmedicos.pt

LOGIN

REGISTAR-SE

NEWSLETTER

ATUALIDADE

ENTREVISTA

TERAPIA

Bolsa Fundação "La Caixa" e Ordem dos Médicos vai aumentar em 20% número de médicos com formação em medicina paliativa

No âmbito do Programa Humaniza, que tem como objetivo reforçar o apoio integral a pessoas com doenças avançadas, bem como aos seus familiares, a Fundação "la Caixa" e a Ordem dos Médicos lançam hoje um concurso com vista à atribuição de dez bolsas que permitirão a qualificação de médicos com a competência em medicina paliativa, na sequência de um protocolo de colaboração assinado em dezembro de 2018.

Estas bolsas vão permitir aumentar em 20% o número de médicos com esta competência em Portugal.

"As carências do nosso país na área da medicina paliativa são conhecidas e a formação de médicos é altamente complexa. Por isso, estas bolsas representam um contributo muito expressivo para ir ao encontro das atuais necessidades de Portugal, sabendo nós de antemão que com os desafios demográficos e com o peso da doença crónica será ainda mais importante ter uma resposta forte, consolidada e abrangente nos cuidados paliativos. Este é também um caminho que vai ao encontro do reforço da humanização dos cuidados de saúde que a Ordem dos Médicos tem defendido", afirma o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães.

A Ordem dos Médicos tem vindo a desenvolver um conjunto de iniciativas no apoio à formação médica, nomeadamente na área dos cuidados paliativos, e colaborará com a Fundação "la Caixa" na atribuição das referidas bolsas, no sentido de promover o reforço da formação específica em medicina paliativa.



Miguel Guimarães



A Ordem dos Médicos está a apostar na formação de médicos para a área da medicina paliativa. A aposta resulta de um protocolo com a Fundação La Caixa que financia dez estágios nesta competência. Só existem atualmente 51 médicos com esta formação, pelo que se trata de uma "área deficitária", afirma o bastonário. Entre 71 mil e 85 mil portugueses precisaram destes cuidados em 2018. A medida é, por isso, muito bem-vinda. (Pág.18) **P.S.D.**

Medicina Física e Reabilitação

Palavras não chegam, é preciso ação!

Realizou-se nos dias 29, 30 e 31 de março de 2019, o XIX Congresso Nacional da SPMFR (Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação), em Oeiras, com o tema central “MFR da prevenção à palição: articulação e integração de cuidados”. Presente na sessão de abertura, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, foi surpreendido com uma medalha da SPMFR, sinal de agradecimento e reconhecimento do seu empenho na promoção da qualidade da medicina e, mais especificamente, pela forma assertiva como defendeu a especialidade de MFR em circunstâncias adversas. O bastonário enalteceu também os líderes médicos presentes na sala, e a sua ação consequente e garantiu aos colegas que podem sempre contar com a Ordem para estar ao seu lado, não apenas com palavras, mas também com ações, lamentando que tantas vezes o poder político se mantenha afastado das pessoas.

Texto e fotos: Paula Fortunato, diretora executiva da revista da OM

Em várias intervenções ao longo do encontro, Catarina Aguiar Branco falou da importância dos médicos de MFR terem formação em cuidados paliativos, da importância da cada vez maior articulação com os cuidados de saúde primários, e agradeceu o apoio incondicional da Ordem dos Médicos, na defesa da especialidade contra as tentativas de usurpação de funções, enaltecendo o papel do bastonário, Miguel Guimarães, o qual foi distinguido com a atribuição da medalha da SPMFR. Na sessão sobre o Livro Branco participaram Pedro Cantista, presidente do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos, Catarina Aguiar Branco, presidente da SPMFR, Mauro Zampolini, presidente da secção de MFR da UEMS - União Europeia dos Médicos Especialistas e o professor de Medicina Física e de Reabilitação João Páscoa Pinheiro.

O primeiro Livro Branco da especialidade foi aprovado em Madrid em junho de 1989 e publicado na sua versão em português

em 1990 e representou um passo fundamental na definição da Medicina Física e de Reabilitação na Europa e um importante contributo para o desenvolvimento da especialidade.

Mauro Zampolini falou da importância desta terceira edição do Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa, texto de referência produzido pela Secção de Medicina Física e de Reabilitação da União Europeia de Médicos Especialistas (UEMS) em colaboração com várias entidades, entre as quais a European Academy of Rehabilitation Medicine – EARM e a European Society of PRM – ESPRM, com dezenas de países envolvidos na preparação e revisão do livro, num processo complexo, que culminou no lançamento em maio de 2018 desta versão mais completa. Este representante europeu realçou a relevância da afirmação da MFR como uma especialidade médica primária responsável desde a prevenção ao diagnóstico médico e definição do tratamento, “focada na pessoa - e não na doença - e na sua funcionalidade, de forma a garantir o melhor potencial de recuperação”, num contexto de trabalho multiprofissional e multidisciplinar. Este orador salientou ainda a importância da formação para “moldar o futuro” e garantir a qualidade dos cuidados prestados. Deixou uma palavra também para o Cochrane – MFR, referindo como “é importante que se demonstre que as práticas médicas de MFR são baseadas na melhor evidência científica”. A terminar, apelou à ampla divulgação do Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação que pode ser descarregado na totalidade ou em capítulos em: www.whitebookprm.eu, site onde também se encontra disponível uma apresentação que pode ser usada para, por exemplo, apresentar aos alunos, em congressos, etc.

Pedro Cantista, um dos editores do Livro Branco, deixou uma breve mas importante mensagem, salien-



Jorge Lains



Pedro Cantista



Miguel Guimarães



Henrique Soudo

tando o enorme esforço que foi fazer “esta ferramenta essencial que representa o estado da arte”, esforço esse “que agora carece do empenho ainda maior de todos na divulgação”, sublinhou convidando os colegas a divulgar o Livro Branco que definiu como um instrumento de “defesa dos médicos e dos nossos doentes”.

Catarina Aguiar Branco agradeceu a todos os portugueses envolvidos no processo de edição e revisão do livro, do editor, aos autores e revisores. “Fomos a última sociedade científica a rever o Livro Branco, facto que demonstra uma grande confiança em nós e que muito nos honra”, concluiu.

Mais de 60 anos a construir a excelência da especialidade

A sessão oficial de abertura contou com a presença de Miguel Guimarães, Catarina Aguiar Branco, Jorge Lains (presidente da Sociedade Internacional de MFR), Pedro Cantista e Henrique Soudo, presidente da Associação

Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. Catarina Aguiar Branco começou por agradecer a presença do bastonário da Ordem dos Médicos que se deslocou propositadamente do Porto para estar presente neste encontro, transmitindo em seguida uma mensagem na qual realçou as mais de seis décadas de trabalho da sociedade a que preside no estabelecimento de laços na literacia para a saúde, na ligação cada vez mais estreita aos cuidados de saúde primários, na criação de ligações com outras sociedades científicas, sempre com um “olhar para a reabilitação do Séc. XXI”, a pensar nos doentes. Catarina Aguiar Branco congratulou-se com o facto de Portugal ir, em 2021, organizar o congresso mundial de MFR. A tutela não esteve presente, tendo a Secretária de

Estado da Saúde enviado um vídeo em que se referiu ao importante papel da MFR na dinâmica demográfica de uma população mais envelhecida que precisa de mais cuidados para a mobilidade, deixando um agradecimento aos fisiatras. Foram exibidos vídeos com mensagens de representantes de algumas das escolas médicas, com as quais a SPMFR assinou protocolos, entre os quais Henrique Cyrne de Carvalho (ICBAS) e Miguel Castelo Branco (UBI) e de instituições europeias, nomeadamente a Sociedade Europeia de MFR e a secção de MFR da UEMS, que foram unânimes em elogiar o trabalho de qualidade dos líderes médicos portugueses, tendo sido referidos especificamente Pedro Cantista e Catarina Aguiar Branco, a quem as instituições europeias expressaram o agradecimento

“pelo esforço e liderança” na defesa da especialidade.

Todos os intervenientes nesta sessão oficial de abertura destacaram o apoio incondicional do bastonário da Ordem dos Médicos assim como a “forma única e brilhante” como tem representado os médicos, conforme qualificou o presidente do Colégio da Especialidade que enalteceu igualmente o crescimento da especialidade: “há 20 anos eramos 100, agora somos praticamente 700”. Pedro Cantista explicou ainda o orgulho inerente ao facto de os especialistas portugueses terem sido alvo da confiança da UEMS ao ser-lhes pedida a última revisão do Livro Branco, assim como por termos a realização do congresso mundial, graças “ao trabalho de Jorge Lains”. A terminar, deixou um alerta e uma preocupação: “chegamos onde chegámos e agora temos que nos manter lá. Precisamos do trabalho de todos porque todos não somos de mais para o bem da especialidade”, concluiu. Jorge Lains também interveio na cerimónia tendo referido a necessidade e procura de definição de estratégias e de harmonização a nível mundial, sublinhando: “Precisamos de jovens com urgência, é essencial a renovação!”

No final da sessão de abertura, tempo ainda para a apresentação do Prémio BIOJAM INOVAR, uma colaboração da SPMFR com a Biogen, cujo prazo de candidatura decorre até ao dia 15 de novembro.



Sessão Reabilitação em Cuidados Paliativos, com a participação de Paula Silva, Carla Gomes, Otilia Romano e Teresa Amaral



Sessão Livro Branco de Medicina Física e Reabilitação



Sessão Trauma e Reabilitação, moderada por Jorge Lains, com a participação de António Marques, especialista em Anestesiologia e coordenador da Comissão Nacional de Trauma, e, do subgrupo da reabilitação em trauma, os fisiatras Francisco Sampaio, Maria João Andrade, Catarina Aguiar Branco e Pedro Cantista

“A Ordem está convosco”

Lamentando que o poder político raramente valorize as pessoas, Miguel Guimarães garantiu aos colegas que podem contar com a OM. “A Ordem está convosco e é essa a razão pela qual estou aqui”, sublinhou, agradecendo o trabalho que a SPMFR tem feito, e cumprimentando “todos os líderes médicos aqui presentes” pois é a eles que se deve “a imagem e a força de MFR”. Miguel Guimarães aproveitou para enaltecer o trabalho de Pedro Cantista e do seu antecessor, Jorge Caldas, à frente do Colégio da Especialidade e felicitou a comissão organizadora do XIX Congresso Nacional da SPMFR pela qualidade do programa científico, sublinhando a importância das sociedades científicas na dinamização de ações de formação que “são essenciais para a formação médica continua”, num “espírito de partilha de conhecimento verdadeiramente notável”. O bastonário deixou ainda uma palavra de apreço a todos os especialistas de MFR, “porque o papel da especialidade não tem sido devidamente valorizado, nomeadamente pelo Estado português”, lembrando que “não basta falar”: “só falar não nos leva muito longe... Não podemos ficar pela conversa e pelas intenções, é preciso fazer. Se temos um SNS de qualidade é graças ao vosso fazer, é graças a esta e a todas as especialidades que idealizaram uma carreira médica e levaram-na para a frente, (...) é graças a todos os médicos que aceitaram o serviço médico à periferia, base também do nosso SNS; (...) é graças aos que fazem formação aos mais novos, etc.”, lembrou. Além da importância da liderança médica, Miguel Guimarães referiu a importância dos mais jovens, sem os quais “não temos capacidade de acompanhar a nova medicina” nem de “rejuvenescer o SNS” e frisou: “os médicos em formação especializada não são estudantes, são profissionais em formação que desempenham um importante papel no SNS permitindo que os serviços evoluam e se mantenham atualizados” e “obrigam-nos também a ser melhores”. Sobre a emigração de talentos, problema nacional que, como referiu o bastonário, afeta várias áreas, e não apenas a medicina, é preciso “ter capacidade para competir com a Europa” em termos de contratação, “valorizando mais os nossos profissionais” e melhorando “as condições de trabalho, a todos os níveis, não apenas as condições remuneratórias”. Se, como referiu, “a medicina evoluiu independentemente do governo”, já o “grau de satisfação dos profissionais de saúde” depende da tutela e “é cada

SPMFR agradece trabalho do Colégio e da OM em prol da qualidade



Durante a cerimónia de abertura oficial do congresso, Catarina Aguiar Branco chamou Jorge Caldas, o ex-presidente do Colégio da Especialidade de MFR da OM, a quem entregou uma medalha da sociedade, como símbolo do reconhecimento pelos muitos anos de trabalho em prol da especialidade, trabalho reconhecido também pela atual direção do Colégio. Numa nota de agradecimento renovado a Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, a presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação, entregou também uma medalha ao representante máximo dos médicos. Ambos os homenageados foram surpreendidos com esta distinção inesperada.

vez menor”. “As pessoas estão em sofrimento ético, entre a responsabilidade que sentem, o querer tratar os doentes e o facto de saberem que estão muitas vezes a trabalhar sem as condições adequadas de segurança clínica...” A concluir a sua intervenção Miguel Guimarães exigiu respeito pelos médicos, além de reconhecimento pelo trabalho realizado, sublinhando que “se estivermos juntos, se soubermos combater as falsas notícias, se soubermos defender a nossa profissão” “podemos salvar vidas”. “Contem comigo e com a Ordem dos Médicos pois juntos somos mais fortes; juntos defendemos melhor a qualidade da medicina e os doentes”.



Assembleia de Representantes

aprova

Relatórios de contas, de atividades e regulamento de quotas e taxas

No dia 29 de abril, a Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos reuniu no Porto e, havendo quórum, aprovou dentro dos prazos legais o relatório de contas e de atividades de 2018. Foi ainda aprovado o regulamento de quotas e taxas que prevê que alguns serviços prestados pela OM passem a estar sujeitos à cobrança de taxas. Na reunião, foi frisado que não haverá aumento do valor das quotas em 2019.

As contas de 2018 foram apresentadas pelo tesoureiro do Conselho Nacional (CN), Francisco Sampaio, que enfatizou o conceito de que “a Ordem é uma só entidade: cinco unidades orgânicas, uma entidade, um só número de contribuinte, com contas unificadas e certificadas” e recordou a necessidade do cumprimento de obrigações em termos de contratação pública. Foi enquadrado o resultado líquido positivo referindo-se o aumento dos rendimentos em cerca de 5% e a redução dos gastos

em 8%, relativamente ao que estava orçamentado. Quanto ao Fundo de Solidariedade o orçamento foi também integralmente cumprido. “Quanto ao CN, ao contrário dos exercícios do passado com derrapagens e resultados negativos crónicos, já desde 2017 que se conseguiu um resultado líquido positivo”, para o que contribuiu a “excelente iniciativa do bastonário de tornar a revista preferencialmente digital, mantendo o envio em papel apenas aos médicos que o solicitem expressa-

“Regulamento de quotas e taxas da Ordem dos Médicos” aprovado

O Regulamento de quotas e taxas da Ordem dos Médicos, resultante de proposta elaborada pelo CN e pelas secções regionais (e da incorporação de contributos recebidos durante a fase de consulta pública), foi aprovado nesta Assembleia com 82% de votos favoráveis, prevendo-se a entrada em vigor no segundo semestre de 2019, com aplicação simultânea pelas três secções. As quotas são a principal fonte de receita da OM mas existem numerosos outros serviços que são prestados pela instituição, nomeadamente provas de comunicação médica e de autonomia, júris de exames, certificação eletrónica, auditorias, certidões, laudos de honorários, pareceres dos órgãos técnicos e consultivos e outros, que deverão ser cobrados e que ficam agora reunidos num único regulamento e numa única tabela, de acordo com o Estatuto da Ordem dos Médicos.

O tesoureiro do CN explicou que em 2019 não haverá qualquer aumento do valor da quota, sublinhando que a última atualização foi efetuada há uma década (em 2009) e enquadrando este regulamento, que considera essencial, referindo que, após um semestre de implementação, será feita a avaliação e naturalmente que serão propostas as correções que se vierem a identificar como necessárias. “Este regulamento e a respetiva tabela são importantes por permitirem que alguns dos serviços prestados pela OM, que têm custos administrativos, possam ser cobrados, à semelhança do que acontece na maioria das organizações congéneres”.

A necessidade de cobrança de taxas pela prestação de serviços justifica-se, entre outros fatores, pelo facto de se verificarem pedidos de certidões que a OM emite, mas que não são levantadas dentro do prazo de validade. Esse comportamento origina sucessivos pedidos para uma mesma certidão, com a inerente sobrecarga para os serviços administrativos e os naturais custos associados a serem suportados pela OM. Este regulamento entrará em vigor no primeiro dia do mês seguinte ao da sua publicação em Diário da República.



mente”, o que correspondeu a uma poupança efetiva de milhares de euros, elogiou Francisco Sampaio. Foi ainda enaltecido o facto de se ter conseguido aumentar o rendimento com patrocínios para o congresso nacional, por exemplo, mas também com a revista e a captação de alguns patrocínios por essa via. “O gasto acrescido do congresso nacional representou ‘zero’ porque foi coberto pelos patrocínios

próprios”. Com o orçamento globalmente cumprido em 2018, parte do valor líquido positivo obtido será para concretizar o Fundo de Apoio à Formação. Tanto o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, quanto o presidente da Mesa da Assembleia, José Santos, realçaram o excelente trabalho do tesoureiro. Em comentário aos orçamentos, o bastonário enalteceu a obtenção de um resultado positivo (para o que contribuiu a revista nacional se ter aproximado do equilíbrio orçamental) mas também o cumprimento dos prazos legais. Francisco Sampaio, por seu lado, explicou como se fez o processo de homogeneização das contas das 5 unidades que compõem a OM. Depois do esclarecimento de algumas dúvidas dos membros da Assembleia, foram aprovadas por unanimidade as contas do Fundo de Solidariedade, por maioria absoluta as contas do Conselho Nacional. Aprovados todos os documentos referentes às unidades orgânicas, foi ainda aprovado com 96% de votos a favor o documento que consolida as contas da OM de 2018.

Como já havia sido realçado pelo bastonário, ao aprovar-se este documento, nesta Assembleia, foram integralmente cumpridos os prazos legais quer para apro-

vação de plano de atividades e respetivo orçamento, quer para a aprovação de contas, sendo esta a primeira vez que se conseguiu esse cumprimento. No âmbito do relatório de atividades referente a 2018 –aprovado nesta reunião com 96% de votos favoráveis - Miguel Guimarães destacou a criação e implementação do Fundo de Apoio à Formação e o “excelente trabalho do departamento internacional”, deixando palavras de agradecimento a todos porque “este relatório reflete não apenas o trabalho do bastonário mas antes o conjunto de várias iniciativas em que foram fundamentais o CN, as Secções Regionais, a Assembleia de Representantes, as Sub-regiões, os Colégios, etc. É um trabalho de todos nós, muito obrigado a todos”.

O bastonário prestou informações aos colegas sobre o processo negocial que foi realizado para aquisição das plataformas de apoio à decisão clínica, fazendo o ponto da situação do concurso internacional para a respetiva aquisição que já foi lançado e lamentou os atrasos que aconteceram em consequência da mudança de ministro (publicamos na edição anterior da ROM informação complementar incluindo o protocolo celebrado em 2018). “Esperemos que a aquisição efetiva se concretize em breve pois as plataformas são essenciais para a qualidade e o apoio à decisão clínica”, concluiu.

Ajuda humanitária - UNIDOS PELA BEIRA

José Santos, presidente da Mesa da Assembleia de Representantes saudou a “iniciativa célere e eficiente da Ordem dos Médicos em parceria com a Health4MOZ, no sentido de organizar a prestação de auxílio à população da Beira – Moçambique” através do envio de ajuda humanitária e técnica. Enaltecendo a disponibilização de mais de 250 médicos que responderam ao apelo lançado pela Ordem em cerca de 48 horas, a Assembleia propôs – e foi aprovado - o seguinte louvor: “a todos os colegas que direta ou indiretamente, individualmente ou em grupo, com espírito de serviço, solidariedade e sacrifício abdicaram da sua própria segurança e conforto para auxiliar em tempo recorde a população de Moçambique, numa altura de especial complexidade e vulnerabilidade. Que este tão nobre gesto permita aos que tudo perderam, uma esperança e fé renovadas num futuro que será certamente desafiante, mas em que continuarão a contar com a solidariedade de todos nós”.

Ordem dos Médicos avança com regulamentação do Ato Médico



No dia 28 de março a Ordem dos Médicos (OM) publicou em Diário da República o documento referente ao projeto de regulamentação que define o Ato Médico. Em período de consulta pública, foi concretizado um debate, no dia 11 de abril, em Coimbra, onde o bastonário deixou claro que esta iniciativa serve, sobretudo “para proteger os doentes”. Miguel Guimarães lembrou ainda que a legislação sobre o ato médico “devia ser da responsabilidade da Assembleia da República (AR), tal como está definido na atual Lei de Bases da Saúde, e da responsabilidade também do próprio ministério”.

Texto: Filipe Pardal, redator da Revista da Ordem dos Médicos
Fotos: Paula Carmo

O regulamento que “define os atos profissionais próprios dos médicos, a sua responsabilidade, autonomia e limites, no âmbito do respetivo desempenho”, foi o mote para o debate sobre o Ato Médico que levou o bastonário da OM, Miguel Guimarães, à sede da Secção Regional do Centro (SRCOM) para debater ideias numa perspetiva colaborativa com todos os colegas presentes. O anfitrião, Carlos Cortes, presidente da SRCOM, inaugurou o debate com a convicção de “ser muito importante a Ordem fomentar este tipo de iniciativas que tanto dizem aos médicos”. Antes, em declarações aos jornalistas, tinha explanado a necessidade desta regulamentação num contexto onde “existem muitas práticas sem evidência científica que se instalaram e expandiram em Portugal, e que colocam em perigo os doentes. (...) existe um vazio na legislação portuguesa. A Lei de Bases da Saúde prevê o Ato Médico, mas nunca foi legislado, faltou a regulamentação necessária”, afirmou. Também em declarações preliminares à comunicação social, Miguel Guimarães

acrescentou que essa legislação “devia ser da responsabilidade da AR, tal como está definido na atual Lei de Bases da Saúde, e da responsabilidade também do próprio ministério”, no entanto, “por interesses que desconhecemos, provavelmente económicos, das terapêuticas não convencionais”, o processo não avançou. Uma vez que a tutela não protegeu os interesses dos doentes até agora, a OM decidiu avançar internamente com o quadro normativo em forma de regulamento.

Já no debate, moderado por António Reis Marques, presidente da SRCOM entre 1999 e 2004, foi o próprio que recordou a primeira comissão que negociou o Ato Médico, da qual fez parte: “Foi um acordo histórico e um contributo decisivo para retomar a confiança no sistema de saúde, mas o Presidente da República da altura, Jorge Sampaio, achou por bem vetá-lo por razões políticas”, lamentou. “Felizmente está agora novamente em discussão”, disse, enquanto passava a palavra ao representante máximo dos médicos. Miguel Guimarães, logo depois de agradecer a iniciativa conjunta da SRCOM com a InDubio Healthcare (Educação Continuada em Saúde), começou por dizer que as pessoas começam a ter medo de falar em medicina, falando apenas em saúde, uma situação que considera como “muito preocupante”. “Medicina e saúde não são exatamente a mesma coisa”, distinguiu, uma vez que a saúde está relacionada com a medicina, mas também com todas as outras profissões da área. “A medicina é a parte que nos diz respeito e para a qual temos a obrigação, transmitida pela AR, de fazer a respetiva autorregulação”. Depois da clarificação dos conceitos, o bastonário aludiu à questão do trabalho em equipa, uma dinâmica crucial que já tinha sido identificada pela equipa do ex-presidente norte-americano, Barack Obama. “Não é possível trabalhar em equipa sem haver liderança e responsabilidade”, “os americanos perceberam

isto há muito tempo”, enfatizou. O objetivo primordial da regulamentação do Ato Médico foi, aliás, reiteradamente expresso pelo bastonário. A essência de existir uma definição é “os doentes e os cidadãos perceberem qual é o conteúdo funcional da profissão médica e saberem as responsabilidades que os médicos têm”. Por outro lado, para os médicos, “embora o código



José Manuel Silva



Jorge Saraiva



Eduardo Duarte, João Carlos Ribeiro, Jorge Lains



Américo Figueiredo



André Dias Pereira

deontológico já o diga”, o documento serve para lembrar que no exercício da atividade médica é necessário respeitar as especialidades, as subespecialidades e competências, o que, de acordo com o bastonário “nem sempre acontece”. “Uma das principais questões é a segurança dentro do serviço público de saúde”, certificou, salientando que é necessário definir claramente todas as diferenças entre a medicina (chamada convencional, mas que, na verdade é a única medicina que existe) e as terapêuticas não convencionais (que não são medicina). “Quando assistimos a alguns debates relativamente aquilo que são as terapêuticas não convencionais e a medicina corremos o risco, pela falta de literacia na área da saúde, que os cidadãos não percebam muito bem o que significa a evidência científica”. Antecipando eventuais críticas sobre a real consequência deste projeto de regulamento, por não ter a mesma força de um projeto-lei ou de uma lei, Miguel Guimarães lembrou que o Código Deontológico dos médicos é também um regulamento e, ainda assim, tem força normativa. Além disso, esta proposta condensa referências que já existem na própria Constituição da República Portuguesa, no estatuto da Ordem dos Médicos e na legislação sobre a carreira médica, por exemplo. Este projeto está, portanto, alicerçado na legislação existente, podendo ter, por isso, um papel que extravasa a mera regulamentação interna.

“Esta é uma discussão antiga que remonta pelo menos a 1942”. Foi assim que André Dias Pereira, professor de Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, preludiou a sua intervenção. 1942 foi o ano em que efetivamente se regulou pelo Ato Médico, já com algumas semelhanças com o paradigma atual, com as normais diferenças de contexto de uns tempos que já lá vão. Ao rever a lei antiga, André Dias Pereira considerou “curioso” que mesmo depois de tantas décadas “os conflitos continuem muito parecidos”. Já nessa altura se alertava para a problemática dos “charlatões” que tentariam, a custo dos doentes, prevaricar o papel dos médicos e da medicina. Considerando a exposição do bastonário “magnífica do ponto de vista jurídico”, André Dias Pereira sublinhou que apesar de poder efetivamente fazer falta uma lei do Ato Médico, a verdade é que já há muita coisa escrita. “O regulamento não tem força de lei, mas está longe de ser um zero jurídico”, garante, acrescentando ainda que é possível ter alguma eficácia externa “desde que não viole nenhuma lei existente”. André Dias Pereira concluiu com a ante-

cipação de “algumas fricções” com outros profissionais pela definição do ato de diagnóstico, evidenciando ainda o desafio que é a coordenação de equipas em toda a sua plenitude.

Posteriormente às intervenções dos oradores supracitados, teve lugar um período de debate com comentadores convidados com o intuito de opinar e conferir novos contributos no âmbito de diferentes especialidades e pontos de vista. O primeiro foi de Américo Figueiredo, subdiretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e diretor de serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que considera os médicos “muito bons a remediar as perdas, mas não a preveni-las”. Américo Figueiredo lamenta que se abra constantemente espaço para que outros profissionais entrem no campo de ação dos médicos e que só depois, por reação, “se corra atrás”. Como exemplo, mencionou a questão da podologia, lecionada em universidades privadas e, depois, considerada uma profissão. “Nós falhamos porque não prevenimos os acontecimentos, travamos guerras tardias e, por isso, já estão perdidas”, alerta. João Carlos Ribeiro, especialista em Otorrinolaringologia e presidente da Comissão Regional do Internato Médico do Centro, trouxe para a mesa de trabalho a questão da formação, mostrando-se preocupado com a grande quantidade de médicos não diferenciados que se estão a formar. A continuar neste caminho, considera, “a qualidade da medicina vai reduzir-se imenso nos próximos anos”. Como uma das respostas ao problema, a definição do Ato Médico acarreta uma vantagem para que seja possível cada equipa partilhar conhecimento e trabalhar em equipa da mesma forma. José Manuel Silva, ex-bastonário da Ordem dos Médicos, enriqueceu o debate com uma intervenção concisa onde se mostrou de acordo com a definição de Ato Médico que está espelhada no regulamento. Apesar disso, considera que “poderia ser mais profícuo se este caminho fosse alargado no sentido de tentar definir as naturais fronteiras de contacto entre profissões de saúde que estão mal definidas e onde surgem os potenciais conflitos”. José Manuel Silva lembrou, neste sentido, a proposta de lei, aprovada pelo Governo, que define atos em saúde. Jorge Lains, especialista em Medicina Física e de Reabilitação e diretor do internato médico no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro (Rovisco Pais) abordou o assunto na perspetiva da sua espe-



Leonor Gomes



Luís Filipe Silva



Paula Alves



Rosa Amélia Dantas



Luís Pedro Teixeira



Ricardo Castro

para os médicos, mas sim na aplicação diária da lei e da regulamentação". Luís Pedro Teixeira, ortopedista, foi crítico da postura de alguns colegas que, de acordo com a sua opinião, "permitiram que, por displicência, outros profissionais fizessem atos" que não lhes competiam. O ortopedista considera que se deixou crescer profissionais para áreas em que não possuem competência, dando o exemplo do crescimento da quiropraxia. Luiz Miguel Santiago, especialista em Medicina Geral e Familiar (MGF) e membro do gabinete de ética e deontologia da SRCOM, demonstrou-se apreensivo quanto aos atos médicos que competem a cada especialista. "Até que ponto a especialidade de MGF pode ficar em risco?", questionou. Maria dos Prazeres Francisco, também especialista em MGF e coordenadora do gabinete de apoio ao doente dessa mesma secção, salientou que a MGF é "uma das especialidades em que a usurpação de funções é mais nítida" e que ao longo dos anos se foi "deixando andar". "Há doentes que vêm ter connosco para pedir exames auxiliares de diagnóstico prescritos por técnicos de terapêuticas não convencionais", algo que, não tem dúvidas, "cria um conflito imenso entre os utentes e os médicos". Paula Alves, especialista em Radiooncologia, aludiu à característica particular das tecnologias de saúde. "Radioncologistas, mas também nuclearistas, usam tecnologias de saúde e trabalham com mais profissionais de saúde", consequentemente, "mais do que equipas multidisciplinares, um médico tem de saber coordenar equipas multiprofissionais". Paula Alves relembra que não prescreve apenas medicamentos, mas sim radiação pesada, com equipamentos perigosos que precisam da devida vigilância e controlo por médicos

cialidade. "Nesta proposta falta a palavra reabilitação", observou. Jorge Saraiva, especialista em Pediatria e Genética Médica e diretor do serviço de Genética Médica no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), aproveitou para dar os parabéns pela iniciativa, embora pense que "possa ser melhorada": "o problema não está na sua eficácia

para que cumpram as suas funções em toda a plenitude. Os testemunhos construtivos continuaram com Ricardo Castro, especialista em Patologia Clínica, que aproveitou a intervenção anterior para opinar que "a agregação de vários profissionais numa equipa deve ser coordenada por alguém que tenha uma visão mais global de todo o percurso que é a saúde". A questão



Maria da Graça Campos



Luiz Miguel Santiago



Maria dos Prazeres Francisco

da prescrição surge-lhe diariamente, existindo muitas vezes um conflito "sobre quem pode e quem não pode alterar uma prescrição". O contributo além-fronteiras foi conferido por Rosa Amélia Dantas, professora de medicina da Universidade Federal de Sergipe, no Brasil. Rosa Dantas testemunhou o percurso do Ato Médico no seu país, "uma luta que durou mais de 13 anos e envolveu 13 conselhos de especialidade na área da saúde". A professora considera que o maior ganho foi a existência de uma base de discussão para a mediação de conflitos com outras profissões. No entanto, continuam a haver alguns conflitos judiciais por existirem áreas cinzentas, "sempre nas áreas de incorporação tecnológica". Rui Sousa Silva, especialista em Medicina Interna no IPO de Coimbra, falou da "área paradigmática dos cuidados paliativos", uma vez que se predispõe a várias áreas que transcendem a medicina. Apesar disso, não tem dúvidas "a liderança deve ser médica", mas alinha o discurso com a maioria dos colegas que preferem falar de equipas multiprofissionais em detrimento de equipas multidisciplinares. Luís Filipe Silva, especialista em Otorrinolaringologia, felicitou em primeiro lugar a Ordem por discutir publicamente este assunto importante. Posteriormente, aproveitou para mencionar um dos grandes constrangimentos da profissão médica nos dias de hoje: a falta de condições. "Tenho falta de equipamentos, temos falta de dignidade dentro do contexto em que trabalhamos no dia-a-dia. A falta de condições condiciona-nos, manipulam-nos porque quando quero fazer um diagnóstico atempado sou condicionada", exteriorizou. Leonor Gomes, professora da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e endocrinologista, que concordou com as palavras do bastonário quando diz que "o ato médico é para a defesa do doente" e

acrescenta ainda que se os médicos se souberem impor não haverá espaço para discussão. Opinião que não coloca de lado a necessidade da existência de um regulamento que tem de ser interiorizado, "não podemos ter vergonha de sermos médicos", assevera. A última intervenção ficou a cargo de Maria da Graça Campos, farmacêutica e investigadora na área da descoberta de novos fármacos. "Felicito este evento e aquilo que eventualmente sairá para este Ato Médico", especialmente porque, considera, é necessário defender os cidadãos. Nessa defesa, optou por destacar os doentes oncológicos por serem "os mais assediados, a todos os níveis, por todos os tipos de profissões, mas também pela internet e muita contrainformação que daí advém".

Na conclusão da sessão, a palavra regressou ao bastonário da OM para agradecer a todos pelo "magnífico contributo" que prestaram para este projeto. Miguel Guimarães retornou à questão das competências, relevando "a importância da existência das especialidades, subespecialidades e competências". Não podemos querer que todos façamos tudo na medicina, mas sim que exista uma diferenciação. Sobre o que considera ser o desejo de "outros profissionais de saúde fazerem atos médicos", Miguel Guimarães referiu não ser aceitável que os doentes sejam colocados em risco, com profissionais não capacitados a assumir funções de médicos especialistas. "A medicina não pode ser feita desta forma", "é preciso ter sempre em conta o conhecimento e a enorme responsabilidade que os médicos têm". "Precisamos, acima de tudo, de continuar a proteger os doentes e são os médicos os mais habilitados a liderar este processo", concluiu.



Burnout nos médicos em Portugal: um estudo nacional

Publicamos em seguida um estudo nacional financiado pela Ordem dos Médicos sobre *burnout* nos médicos em Portugal.

O relatório integral pode ser consultado aqui:

<https://ordemdosmedicos.pt/estudo-burnout-na-classe-medica-em-portugal-perspetivas-psicologicas-e-psicossociologicas/>

Autores:

Nídia Zózimo, MD. Centro Hospitalar Lisboa Norte. Lisboa, Portugal

David Pires Barreira, Psicólogo Clínico. Centro Hospitalar Lisboa Norte. Assistente Livre da Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa. Portugal

Maria Antónia Frاسquilho, MD, Mestre em Pedagogia da Saúde. Alterstatus - Saúde Educação e Desenvolvimento Pessoal. Lisboa, Portugal

José Magalhães, Psicólogo do Trabalho e da Saúde Ocupacional, PhD. Instituto Nacional de Estatística. Professor Auxiliar do ISCSP - Universidade de Lisboa. Portugal

João Marques Teixeira, MD, PhD. Professor da Universidade do Porto. Portugal

José Manuel Silva, MD, PhD. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Faculdade de Medicina de Coimbra. Portugal

Silvia Ouakinin, MD, PhD. Professora da Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa. Portugal

A importância crescente do *Burnout* nos médicos tem sido extensamente documentada na literatura. Não existindo em Portugal dados que clarificassem a situação global, um estudo de nível nacional tornou-se imperativo. O objectivo deste trabalho é a apresentação de dados preliminares sobre *Burnout* e suas consequências, nos médicos portugueses.

Todos os profissionais registados na Ordem dos Médicos foram convidados a responder a um questionário que integra factores individuais e organizacionais, incluindo exigências e recursos disponíveis e envolvendo variáveis antecedentes, prevalência e consequências do *Burnout*.

Os resultados apresentados traduziram uma taxa de respostas completas de 21% do universo dos médicos portugueses avaliados (9176). A idade média dos participantes foi de 43.9 anos e 62% são mulheres. Destes, 66% relataram um nível elevado de Exaustão Emocional, 39% apresentaram um nível elevado de Despersonalização e cerca de 30% reportaram uma elevada Diminuição da Realização Profissional. As mulheres referiram maiores níveis de Exaustão Emocional e os homens maiores níveis de Despersonalização. As dimensões do *Burnout* parecem afetar negativamente as percepções da saúde física e mental dos médicos, o equilíbrio trabalho-família e a qualidade do seu desempenho.

Discute-se a necessidade de compreender a extensão e o impacto deste fenómeno sobre o bem-estar e equilíbrio do médico como pessoa, bem como sobre a qualidade dos cuidados prestados.

Este estudo demonstra a urgência de desenvolver mais investigação, analisar a real dimensão do *Burnout* nos médicos portugueses e contribuir para a estruturação de um projeto de intervenção adequado à nossa realidade.

INTRODUÇÃO

A investigação sobre a síndrome de *burnout* começou na década de 1970 com Herbert Freudenberger¹. Actualmente este conceito pode ser definido como um estado de exaustão física, mental e psicossocial resultante de uma exposição crónica a níveis elevados de exigências ou stressores crónicos, num contexto profissional, com um sentimento de controlo pessoal reduzido^{2,3}. Múltiplos trabalhos têm procurado identificar a prevalência e incidência do *burnout* em diversas profissões. A área da saúde tem sido das mais estudadas, dada a alta prevalência deste fenómeno e o seu impacto nos profissionais e nos indivíduos que deles dependem^{4,5}. Um estudo recente sobre a prevalência de *burnout* em médicos que exercem medicina de urgência, médicos em geral e na população não médica, revelou que, nos primeiros, 65% dos profissionais apresentavam-se em *burnout*. Ainda, nesse estudo de revisão da literatura, a prevalência de *burnout* nos médicos (38%) foi superior à da população em geral (29%)⁶. De facto, as profissões associadas aos cuidados de saúde como médicos, enfermeiros e outros profissionais da área, são das que mais poderão sofrer de exaustão⁷.

Num estudo envolvendo Grécia, Portugal, Bulgária, Roménia, Turquia, Croácia e Macedónia, explorando a associação entre *burnout*, hábitos alimentares prejudiciais, consumo de álcool e analgésicos os autores concluíram que, numa amostra de 2623 indivíduos, um em cada cinco profissionais de saúde apresentavam valores elevados nas dimensões exaustão emocional e despersonalização⁸.

Segundo Frاسquilho⁹ salientam-se alguns autores que apontam indicadores relevantes. Center¹⁰ referiu que, desde 1958, a taxa de suicídio era mais elevada nos médicos do que na população em geral e Miller¹¹ afirma que os médicos, face a disfunções emocionais têm dificuldade em procurar ajuda, automedicando-se e negligenciando as suas necessidades gerais de saúde. De salientar também que a

incidência de doença mental (depressão e ansiedade), face a grupos de controlo similares, é superior ao dobro¹² e que os suicídios representam 38% das mortes prematuras em médicos, sendo quatro vezes superiores em mulheres, comparativamente à população em geral¹³. Por outro lado, comparados com outros trabalhadores na área da saúde, os médicos representam o grupo de menor absentismo¹⁴, podendo significar que subsiste uma lógica de “sacerdócio” na qual o médico não pode estar doente. Importa igualmente reter da literatura que o contínuo embate com factores de stress labora, muitas vezes não visíveis e sem alternativas, pode conduzir à síndrome de *burnout*^{15,16,17}. Neste contexto, o clima organizacional e os conflitos são potenciadores de perturbação^{18,19}, bem como os factores relacionados com tipos de personalidade, autoconceito, *locus* de controlo ou mecanismos de *coping*¹⁸. Numa outra perspectiva, os valores sociais como o individualismo, têm merecido particular atenção nos estudos sobre o *burnout*¹⁷.

A associação entre a síndrome de *burnout*, perturbações psiquiátricas e/ou doenças físicas tem também sido demonstrada em diversos grupos profissionais e na população em geral, verificando-se que a prevalência dessas doenças aumenta de acordo com a gravidade do *burnout*, não sendo esta relação explicada por factores sociodemográficos, comportamentos de saúde ou presença de depressão. Assim, no contexto de stressores psicossociais crónicos, uma resposta do organismo inicialmente adaptativa irá contribuir para a génese de perturbações neuropsiquiátricas, cardiovasculares e metabólicas, entre outras. A explicação da relação entre stress e diferentes patologias envolve várias dimensões, de nível biológico e psicossocial. De um ponto de vista temporal e de interações, a relação entre stress e susceptibilidade ou resistência individual pode ser pensada num modelo que integra factores internos, como a personalidade ou o estilo de *coping* e factores externos, contextuais e situacionais, remetendo ainda para a importância do suporte social²⁰.

Actualmente o *burnout* é encarado como uma problemática biopsicossocial e ligada ao trabalho, que vitimiza cada vez mais «profissionais de alta excelência». Em maior risco estão precisamente os mais dedicados, os que inicialmente se destacam pelo êxito²¹.

Nas consequências sobre a actividade laboral identificam-se ainda elevados níveis de absentismo e abandono da profissão, mas também a diminuição da produtividade e da qualidade do desempenho^{22,23}. A

investigação recente demonstra assim a necessidade de reconhecer a importância desta ameaça e procurar preveni-la. Por outro lado, e no pólo oposto, o *engagement* (energia, envolvimento, percepção de eficácia) e a sua compreensão e promoção através de formas óptimas de funcionamento²⁴ têm também motivado a investigação em médicos^{25,26}.

De facto, de acordo com o Modelo das Exigências e dos Recursos do Trabalho de Schaufeli e colaboradores^{26,27} o *burnout* e o *engagement* resultam, respetivamente, de um desajuste entre as exigências e os recursos percebidos no trabalho. O modelo refere que as características do trabalho articulam dois tipos de processos, ou seja, processos que decorrem das exigências crónicas e que, provocando um excessivo consumo de recursos energéticos, podem levar à emergência da síndrome de *burnout*, e processos motivacionais. Estes decorrem da existência de recursos como a autonomia, o *feedback*, ou o apoio social, quer a nível organizacional quer pessoal e que, quando presentes, estimulam a motivação do trabalhador e conduzem ao *engagement* e envolvimento positivo.

Em Portugal, existindo até agora apenas observações parcelares que não clarificam a situação global dos médicos, um estudo do *burnout* a nível nacional tornou-se imperativo. Este projecto nasceu há vários anos, dinamizado por um grupo de profissionais, com o suporte da Ordem dos Médicos. Neste contexto, foi criada uma equipa pluridisciplinar para elaborar um projeto para identificação dos indicadores de *burnout*, que inicia agora a divulgação dos resultados obtidos. O modelo teórico que fundamenta esta investigação aproxima-se do modelo “Exigências – Recursos associados ao trabalho” de Demerouti et al.^{27,28}, acima referido.

O objectivo do presente trabalho é a apresentação de dados preliminares que incluem o estudo da prevalência dos indicadores de *burnout* numa amostra representativa dos médicos portugueses e a análise das suas consequências a nível individual. Análises mais detalhadas, tais como a relação entre variáveis antecedentes e consequentes, as diferenças em função das várias faixas etárias ou as análises por especialidade médica, serão objecto de futuras publicações. De salientar que nesta publicação, em que se apresentam os dados globais, se inclui um *link* para aceder ao Relatório Final do estudo denominado “*Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas*” (Jorge Vala e colaboradores, 2017)²⁹.

MATERIAL E MÉTODOS

Participantes

O universo deste estudo foi constituído por todos os profissionais registados na Ordem dos Médicos, em exercício e com contacto possível (43983 sujeitos, de um total de 49152 médicos registados). Todos foram convidados a participar no estudo e as respostas foram obtidas através de um questionário digital e numa versão impressa. Em relação às medidas de *burnout* responderam 12580 médicos (29% de taxa de resposta) e 9176 inquiridos (21%) estavam completos e entraram na análise. Esta taxa de resposta assegura uma margem de erro de 1,2% para um nível de confiança de 99%. A ponderação de variáveis caracterizadoras entre o universo dos médicos e a amostra recolhida garante a representatividade da mesma. De facto, a comparação da distribuição das variáveis Sexo, Idade e Secção Regional, entre o universo e a amostra recolhida assinalou ligeiros desvios, pelo que foi calculado um ponderador utilizando os dados para os 49152 médicos registados que permite igualar o peso que essas variáveis têm na amostra e no universo, eliminando assim o viés amostral. Citando o *Relatório Final Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas* “este ponderador permite igualar o peso que o Sexo, Idade e Secção Regional têm na amostra ao peso que têm no universo e, assim, eliminar o viés amostral. O ponderador é calculado de acordo com a seguinte fórmula: $(N/n)_{ijk} \cdot (n/N)$ em que N corresponde à dimensão do universo; n corresponde à dimensão da amostra; i, j e k correspondem respetivamente à condição Sexo, Idade e Secção Regional”²⁹.

Procedimentos

O desenho da metodologia foi desenvolvido em colaboração com a equipa do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS). O modelo de investigação foi fundamentado através de uma extensa revisão bibliográfica, com base em experiências anteriores e no contacto com a realidade dos médicos portugueses, pelo ICS e Equipa técnico-científica da Ordem dos Médicos. O ICS assegurou a recolha e o tratamento dos dados. O estudo foi criado e lançado a partir de uma plataforma de programação e distribuição de inquiridos, a plataforma *Qualtrics*, garantindo o anonimato das respostas. O questionário é suportado por um modelo teórico que integra factores individuais e organizacionais, incluindo as exigências e recursos disponíveis. O modelo integra variáveis antecedentes, prevalência e consequentes do *burnout*.

Instrumentos de avaliação

Após uma fase de pré teste, uma segunda versão foi revista pela equipa do ICS e pela equipa técnico-científica da Ordem dos Médicos, construindo-se a versão final do inquérito. Esta é composta por nove medidas de antecedentes, três medidas de prevalência, e seis medidas de consequentes do *burnout*. As antecedentes incluíram as variáveis sociodemográficas, profissionais, carga horária, dimensões intrapessoais (optimismo; *locus* de controlo; autoeficácia; regulação emocional, resolução de problemas, autocuidado e suporte social), exigências/recursos organizacionais e identidade profissional. Nas variáveis de prevalência incluíram-se: indicadores de *burnout*; *engagement*; e bem-estar pessoal. Das variáveis consequentes fazem parte as pessoais (ansiedade e depressão; somatização; percepção de saúde física; consumos e dependência), as familiares (equilíbrio trabalho-família) e as organizacionais (absentismo e presentismo; percepção de desempenho; relações indivíduo-organização; e intenções de saída). Estas variáveis foram avaliadas partindo de escalas específicas, consideradas como *gold standard* em cada domínio e utilizando apenas alguns itens de cada instrumento, escolhidas através de um procedimento estatístico (análises factoriais exploratórias e confirmatórias). Das escalas salienta-se a versão portuguesa do *Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey*^{30,2}, utilizado na íntegra. A metodologia detalhada pode ser consultada no *Relatório Final Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas*²⁹.

Análise dos dados

Como foi descrito no relatório final “antes da realização do estudo das medidas, criação de indicadores ou qualquer outra técnica de análise de dados, realizaram-se análises descritivas preliminares dos itens. Estas análises procuram identificar a presença de erros de resposta, *outliers*, desvios severos à normalidade, e multicolineariedade extrema ou ausência de correlações, situações conhecidas por influenciar a estimação de parâmetros subjacente ao tipo de técnicas utilizadas. Adicionalmente, qualquer factor ou indicador computado foi, também, estudado em relação a estes aspetos”³⁰.

Foram efectuadas Análises Factoriais Confirmatórias (AFC), com recurso ao *software* Amos SPSS (versão 22) e, no relatório final, o estudo das propriedades psicométricas das medidas foi efectuado através da utilização do método de Análise Fatorial Exploratória (AFE). Para além disso, os dados foram trabalhados recorrendo a Análises descritivas univariadas, multiva-

riadas; testes t e análises de variância (ANOVA), para comparação de médias, bem como a um grupo de análises exploratórias baseado em modelos lineares de estimação, especificamente a técnica de regressão linear múltipla. Todos os procedimentos estatísticos foram descritos em detalhe no relatório final em anexo²⁹. O programa usado foi o *Statistical Package for Social Sciences*, SPSS – Versão 22.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados através de uma estatística descritiva, que permite a caracterização das variáveis em estudo, agrupadas de acordo com o nível a que pertencem. Procede-se depois a uma análise inferencial para explicar as relações entre variáveis de diferentes níveis.

Assim, descrevem-se algumas variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional (Tabela 1), as variáveis de nível intrapessoal (Tabela 2) e as relativas às exigências e recursos organizacionais (Tabela 3). São depois apresentados os resultados relativos às dimensões de *burnout*, (Figura 1) *engagement* e bem-estar pessoal, bem como o modelo de relação entre estes indicadores, as consequências do *burnout* sobre a saúde física e mental dos médicos e sobre a percepção do desempenho profissional (Figura 2).

Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

A idade média dos participantes deste estudo é de 43.85 anos e a maioria são mulheres (62%). O estado civil da maior parte destes médicos é casado (66%) e 67% não tem filhos menores a seu cargo; 91% não têm idosos nem dependentes a cuidado. Quanto ao agregado familiar: 18% vive sozinho, em 22% dos casos é constituído por duas pessoas, em 21% por três pessoas e em 33% por 4 ou mais pessoas.

Relativamente à carreira profissional, 64% dos participantes pertence à carreira Hospitalar, 25% à Medicina Geral e Familiar, 2% à Saúde Pública, 1% à Medicina Legal e Medicina do Trabalho e 7% corresponde a outra situação não especificada.

No que se refere à fase da carreira, 24% da amostra são internos e 45% especialistas, sendo que a especialidade principal é praticada em média há 21.66 anos.

Quanto à função principal exercida, 87% dos médicos inquiridos referiram exercer clínica sem cuidados intensivos. No que respeita ao local de trabalho, 54% refere que o seu principal local de trabalho é um hos-

Tabela 1 - Variáveis Sociodemográficas e Profissionais

Idade	M=43.85 DP=13.25
Sexo	M=62%; H=38%
Estado Civil	65% Casado 25% Solteiro 9% Separado 1% Viúvo
Agregado Familiar	18% (sózinho) 28% (2 pessoas) 21% (3 pessoas) 33% (4 ou mais pessoas)
Com filhos menores	33%
Carreira	64% Hospitalar 25% MGF 2% Saúde Pública 1% Medicina Legal 1% Medicina Trabalho 7% Outra situação
Fase da Carreira	24 % Interno 45% Especialista 25% Consultor 6% Outra situação
Número de locais de trabalho	42% 1 28% 2 30% 3 ou mais
Função de direcção/Coordenação	66% Não 34% Sim
Carga Horária	M=44.32 DP=9.1 (Horas contratadas) M=57.06 DP=16.58 (Horas efectuadas)

Médias (dp) e percentagens das variáveis de caracterização socio-demográfica e profissional dos participantes (n= 9176)

pital público e 10% exercem em hospital ou clínica privada. O tempo médio de exercício nesses locais de trabalho é de 11,19 anos. Apenas 19% afirmou ter tido funções formais de direcção/coordenação apesar de mais 15% referirem exercer essa função de forma informal. A maioria trabalha num contexto de equipa e tem em média dois locais de trabalho. O número de horas contratadas é, em média de 44.32, enquanto o número de horas efectuadas é de 57.06, o que significa que a diferença é de 12.71 horas em média e 45% dos médicos afirmou que raramente faz descanso compensatório. Na Tabela 1 apresenta-se um resumo da caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

Variáveis intrapessoais, exigências e recursos organizacionais

As dimensões intrapessoais neste estudo incluíram as variáveis optimismo; *locus* de controlo; autoeficácia; regulação emocional, resolução de problemas, autocuidado e suporte social. No que diz respeito a estas variáveis, representadas por escalas que variam de zero a dez (quanto maior o valor, maior a dimensão), todos os indicadores estão acima dos pontos médios (igual a 5), à excepção do autocuidado (baixo em 43% dos casos). A média de Optimismo foi de 6.05 (DP=1.79). No *Locus* de Controlo (percepção de controlo interno vs. externo), os resultados revelam uma média de 5.70 (DP=1.65). A média na percepção de Autoeficácia foi de 6.55, também acima do ponto médio da escala (DP=1.67). Para a Regulação Emocional, os resultados encontram-se pouco acima do ponto médio da escala, sendo a média de 5.96 (DP=1.64). Na Orientação para a Resolução de Problemas, a média é de 7,62 (DP=1.30). Nos níveis de Autocuidado, os resultados encontrados mostraram-se abaixo do ponto médio

da escala, sendo a média de 4.12 (DP=2.24). Por fim, o Suporte Social percebido foi em média de 6.96 (DP=2.29).

A partir da análise de frequências destas variáveis foram criados três níveis (baixo < 4, médio 4-6 e alto >6) e estes resultados são apresentados na Tabela 2.

De salientar que a percepção da capacidade

Tabela 2 - Variáveis Intrapessoais

	Baixo	Médio	Alto
Optimismo	7%	52%	41%
Locus de Controlo Interno	7%	63%	30%
Autoeficácia	4%	38%	58%
Capacidade Regulação Emocional	6%	56%	38%
Capacidade de Resolução Problemas	1%	14%	85%
Autocuidado	43%	42%	15%
Percepção Suporte Social	9%	24%	67%

Resultados em percentagem, de acordo com os três níveis definidos (baixo, médio e alto) a partir das escalas dimensionais que representam cada variável intrapessoal; (n= 9176).

Tabela 3 - Exigências e Recursos Organizacionais

	Baixo	Médio	Alto
Exigências Organizacionais por Falta de Recursos	20%	39%	41%
Exigências Organizacionais por Falta de Autonomia	26%	44%	30%
Exigências Físicas	24%	41%	35%
Exigências Mentais	0.2%	4%	95.8%
Exigências da Relação com os Doentes em Geral	8%	38%	54%
Exigências da Relação com os Doentes em Sofrimento	14%	28%	58%
Exigências das Relações no Local de Trabalho	16%	27%	57%
Exigências dos Horários de Trabalho	7%	22%	71%
Recursos Organizacionais	10%	48%	42%

Resultados em percentagem, de acordo com os três níveis definidos (baixo, médio e alto) a partir das escalas dimensionais que representam os vários tipos de exigências e recursos organizacionais; (n= 9176).

de resolução de problemas, a percepção do suporte social disponível e a percepção de auto-eficácia são as três variáveis com percentagens mais elevadas na dimensão “alto”.

Nas exigências e recursos organizacionais, de destacar que as exigências mentais são consideradas elevadas em 95.8% dos casos e a avaliação das exigências associadas aos horários de trabalho pontuam acima da média em 71% dos casos. No entanto, há ainda uma percepção importante das exigências na relação com os doentes em sofrimento (58%) e de grande exigência nas relações no local de trabalho (57%) (Tabela 3).

Dimensões de Burnout e Bem-estar Pessoal

No que se refere a estas dimensões foram criados indicadores categóricos do *Burnout* com três níveis – alto, médio e baixo com os seguintes pontos de corte²⁹:

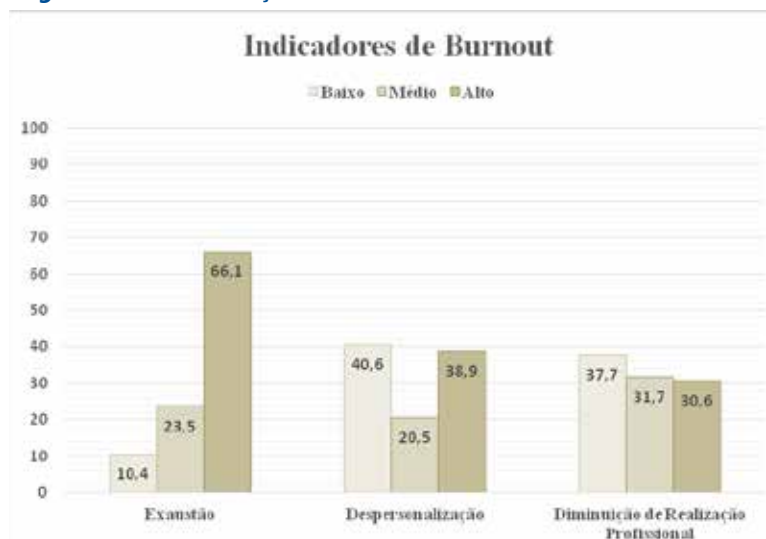
- Exaustão Emocional: Valores até 13 – baixo; Valores de 14 a 26 - médio; Valores maiores que 26 – alto;
- Despersonalização: Valores até 5 – baixos; Valores de 6 a 9 – médio; Valores maiores que 9 – alto;
- Realização Profissional (escala original não invertida): Valores maiores que 39 – baixo; Valores de 34 a 39 – médio; Valores até 33 – alto.

Os dados revelam que 66% da população inquirida relata um nível elevado de **Exaustão Emocional**, 39% apresenta um nível elevado de

Despersonalização e cerca de 30% reporta uma elevada **Diminuição da Realização Profissional** (Fig 1). Os médicos mais jovens reportam níveis mais elevados em todos estes indicadores, as mulheres referem maiores níveis de Exaustão Emocional e os homens maiores níveis de despersonalização. No que diz respeito ao **Engagement**, 75% dos sujeitos pontuam acima da média, o que traduz a sua capacidade de manter um envolvimento significativo com o trabalho.

Em relação ao **Bem-estar Pessoal** e por comparação com os dados do “European Social Survey Round 7 (ESS-7)”³¹, os valores são superiores aos identificados

Figura 1 - Caracterização dos Indicadores de Burnout



para a população activa Portuguesa também em 75% dos casos. Estes indicadores podem ser lidos como a tradução de uma adaptação positiva aos contextos profissionais em que os médicos estão inseridos.

Relação entre indicadores e consequências do *burnout*

Embora a análise detalhada das variáveis antecedentes não seja objecto desta publicação, já que o seu foco se coloca na prevalência e consequências do *burnout*, salienta-se apenas que as exigências e os recursos organizacionais percebidos pelos médicos são, no conjunto, o tipo de variável que explica uma maior proporção da variância da exaustão emocional (36%), da despersonalização (19%). Embora a diminuição da realização profissional seja melhor explicada por factores intrapessoais, verifica-se que a percepção de baixos recursos e elevadas exigências organizacionais associadas à relação com os doentes em geral, surgem também como preditores relevantes de elevada diminuição da realização profissional (ver análise detalhada no Relatório Final, no site nacional da OM).

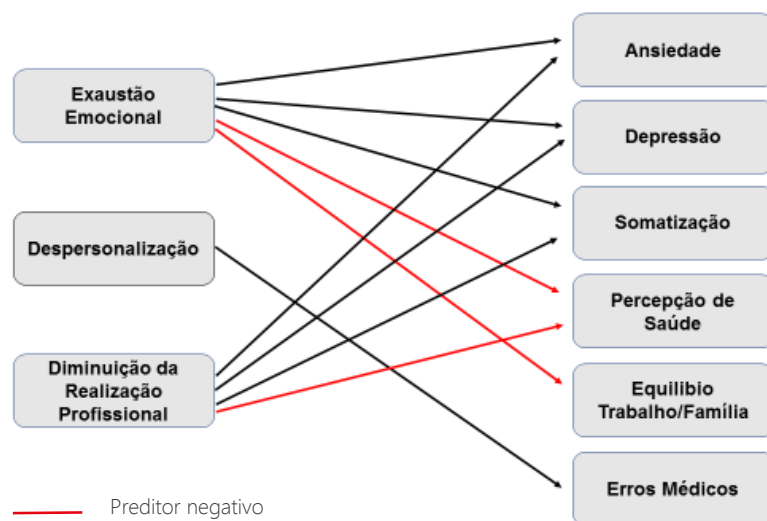
No que se refere às relações entre os indicadores do *burnout* e as suas **consequências Pessoais, Familiares e Organizacionais** ou, mais especificamente sobre a saúde física e mental dos médicos, o equilíbrio familiar e a percepção de erros médicos, o modelo que se apresenta salienta o papel da exaustão emocional e da diminuição da realização profissional como preditores significativos e com o maior valor preditivo. Assim, quanto mais elevada for a exaustão emocional ou a diminuição da realização profissional maior a probabilidade de se verificarem níveis elevados de ansiedade, de depressão, de somatização e percepção de menor saúde física; quanto maior a exaustão emocional menor o equilíbrio trabalho-família percebido pelos médicos e quanto maior a despersonalização maior a percepção de erros médicos (Fig 2).

As consequências de nível pessoa abrangem a saúde mental e física. Sintomas de ansiedade, queixas de somatização, a percepção de menos saúde física e de depressão, foram as que se mais se associaram aos indica-

dores de *burnout*. Para todas elas, a exaustão emocional e a diminuição da realização profissional são os indicadores com maior valor preditivo, como já foi referido. No presente estudo os consumos e dependência não se revelam como consequentes pessoais relevantes dos indicadores de *burnout*.

Por outro lado, a diminuição do equilíbrio na relação trabalho-família surge como um consequente significativo associado à dimensão de exaustão emocional. De acordo com os resultados das análises de regressão linear realizadas, a **Ansiedade**, a **Depressão**, a **Somatização** e a Percepção de **Saúde Física** são os consequentes pessoais dos indicadores de *burnout* mais relevantes. Refere-se, no entanto, que as percentagens de médicos com níveis de ansiedade e depressão acima do ponto de corte das escalas são, respectivamente, de 45 e 21%. A nível organizacional a auto-percepção de erros na prática médica surge como o consequente mais relevante e associado à dimensão de Despersonalização ($b=0.32$, $t=22.65$, $p<0.01$); as outras variáveis organizacionais estudadas (absentismo e presentismo, percepção de desempenho, relação indivíduo-organização e intenções de saída) não se associaram significativamente aos indicadores de *burnout*.

Figura 2 – Relações significativas entre as dimensões do *Burnout* e as consequências a nível pessoal, familiar e institucional (análises de regressão linear)



— Preditor negativo
— Preditor positivo

exaustão emocional/ ansiedade (R^2 ajustado =0.41; $\beta=0.57$, $t=-59.93$, $p<0.01$)
 exaustão emocional/ depressão (R^2 ajustado =0.05; $\beta=0.16$, $t=13.00$, $p<0.01$)
 exaustão emocional/ somatização (R^2 ajustado =0.30; $\beta=0.51$, $t=49.43$, $p<0.01$)
 exaustão emocional/ percepção de saúde (R^2 ajustado =0.12; $\beta=-0.31$, $t=-26.52$, $p<0.01$)
 exaustão emocional/ equilíbrio trabalho-família (R^2 ajustado =0.27; $\beta=-0.47$, $t=44.57$, $p<0.01$)
 despersonalização/ erros médicos (R^2 ajustado =0.13; $\beta=0.32$, $t=22.65$, $p<0.01$)
 diminuição da realização profissional/ ansiedade (R^2 ajustado =0.41; $\beta=0.14$, $t=13.40$, $p<0.01$)
 diminuição da realização profissional/ depressão (R^2 ajustado =0.05; $\beta=0.14$, $t=-10.77$, $p<0.01$)
 diminuição da realização profissional/ somatização (R^2 ajustado =0.30; $\beta=0.12$, $t=-10.63$, $p<0.01$)
 diminuição da realização profissional/ percepção de saúde (R^2 ajustado =0.12; $\beta=-0.13$, $t=10.39$, $p<0.01$)

DISCUSSÃO

Compreender a extensão do *burnout* e o seu impacto sobre o bem-estar e equilíbrio do médico, como pessoa e na relação trabalho-família, bem como sobre a qualidade dos cuidados prestados foi o objectivo *major* que fundamentou esta investigação.

Num estudo de 2016, cujo objectivo foi avaliar a prevalência do *burnout* em profissionais de saúde Portugueses, em todos os distritos nacionais (enfermeiros e médicos, n=1728), os autores concluíram que, entre 2011 e 2013 e no total da amostra, 21,6% dos participantes apresentaram *burnout* moderado e 47,8% *burnout* elevado. No que diz respeito aos médicos, estes investigadores verificaram que 44% dos médicos apresentaram *burnout* elevado. A percepção de más condições de trabalho foi o factor que melhor predizia a incidência de *burnout* em médicos e enfermeiros³².

Os nossos resultados reforçam os já descritos, agora numa amostra representativa dos médicos portugueses e salientam a importância das três dimensões do *burnout* nesta população. As mulheres apresentam maior vulnerabilidade à exaustão e os homens maiores níveis de despersonalização. Seguramente os determinantes de género são importantes na explicação destas diferenças, bem como o nível de exigência, a sobrecarga e a competitividade. O facto de os níveis de *engagement* e de bem-estar pessoal serem elevados na amostra global, remete eventualmente para um bom nível de capacidades adaptativas, que parece sinalizado pelos valores médios elevados obtidos nas escalas que avaliam as dimensões intrapessoais e que descrevem um perfil adaptativo e de *coping* resiliente. Kawamura e colaboradores, num estudo de 2018, relacionaram factores de stresse associados ao *burnout* numa amostra 1897 médicos japoneses. Os resultados encontrados sugerem que questões relacionadas com o stresse têm uma forte associação com o *burnout* (carga emocional, recompensa no trabalho, controlo nas tarefas) e que a prevalência de *burnout* era muito baixa (3.2%) nos médicos com elevada cotação na escala que remete para o sentido de coerência, avaliando os recursos disponíveis para lidar com o stresse. Esta conclusão sugere que os clínicos com menos recursos internos tendem a experienciar maior dificuldade em lidar com as dimensões do *burnout*. Um maior número de horas de trabalho apresenta também neste estudo uma correlação positiva com o *burnout*³³.

Em todo o caso, da integração dos resultados apresentados ressalta a perspectiva de que se trata de um problema de âmbito socioprofissional, associado ao sistema de saúde e que não deve ser justificado apenas por características individuais relacionadas com alguma vulnerabilidade. Ainda nessa linha, é importante não esquecer que este estudo indica que, nos médicos Portugueses e apesar do contributo de outras variáveis, são os factores organizacionais que têm maior peso na explicação das dimensões do *burnout*, como outros autores defendem³¹. Demonstra-se, assim, a importância dos factores relativos às organizações e condições de trabalho na explicação deste fenómeno.

Os resultados deste e de outros estudos enfatizam o papel do *burnout* como factor que pode influenciar negativamente o equilíbrio psicológico e físico dos médicos, o seu bem-estar e satisfação com a profissão e a gestão do espaço que permite compatibilizar a relação profissão/família. De igual modo, a qualidade do seu desempenho, com todos os riscos que isso acarreta e a frustração enquanto profissionais que procuram manter um nível de excelência, pode ser afectada, com consequências negativas para o próprio e para os que dele dependem numa relação terapêutica.

A alta prevalência de *burnout* nos profissionais de saúde é preocupante pois afecta de forma directa a qualidade e a segurança dos serviços prestados bem como o desempenho de todo sistema de saúde. As estratégias face ao problema poderão passar pelo desenvolvimento de investigação, fundos direccionados e colaboração global, nomeadamente das lideranças na área da saúde, políticos e empregadores. Através de uma acção concertada entre estes actores, podemos, não só, reduzir o *burnout* como promover bem estar, permitindo assim um melhor serviço prestado aos doentes^{34,35}.

As limitações deste estudo prendem-se com a medição de alguns constructos psicológicos, simplificada pela utilização de itens de escalas de medida consideradas como *gold standard*. De facto, idealmente, estas escalas deveriam ser aplicadas na íntegra, no entanto a extensão do inquérito e o tempo de resposta dificultariam muito a adesão ao estudo.

Do mesmo modo, e embora se trate de uma amostra significativa e representativa do universo dos médicos portugueses, uma amostra maior permitiria trabalhar os dados separando grupos de profissionais que vivem realidades distintas.

O desenho transversal do estudo é, ainda, uma limitação a ter em conta.

CONCLUSÃO

O estudo que se apresenta revela uma presença significativa de indicadores de *burnout* nos médicos avaliados. Revela, ainda, que o *burnout* pode afetar negativamente a saúde física e mental dos médicos, influenciar negativamente a sua relação com a família, bem como a qualidade do seu desempenho profissional. Para além do sofrimento e risco associados ao estado de exaustão, despersonalização ou diminuição

da realização profissional, que se fazem sentir a nível individual, são preocupantes os impactos negativos na dimensão organizacional.

A análise destes resultados demonstra a urgência de desenvolver mais investigação e analisar a real dimensão do *burnout* nos médicos portugueses. Salienta-se o seu papel determinante para a estruturação de um projeto de intervenção adequado à nossa realidade.

REFERÊNCIAS

- Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.
- Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory*; 1981.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- Devi S. Doctors in distress. *Lancet (London, England)*. 2011;377(9764):454-455. doi:10.1016/S0140-6736(11)60145-1.
- Hegenbarth C. Rescuing doctors in distress. *CMAJ*. 2011;183(3):E153-4. doi:10.1503/cmaj.109-3760.
- Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: *burnout* in emergency medicine physicians. *Emerg Med Australas*. 2013;25(6):491-495. doi:10.1111/1742-6723.12135.
- Barreira DP. A Dimensão e o Impacto do *Burnout*. *Rev Factores Risco*. 2015;37:46-51.
- Karamanova AA, Todorova I, Montgomery A, et al. *Burnout* and health behaviors in health professionals from seven European countries. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016. doi:10.1007/s00420-016-1143-5.
- Frasquilho MA. [Medicine, doctors and persons. Understanding stress to prevent *burnout*]. *Acta Med Port*. 18(6):433-443. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16684483>. Accessed November 3, 2017.
- Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting Depression and Suicide in Physicians. *JAMA*. 2003;289(23):3161. doi:10.1001/jama.289.23.3161.
- Miller NM, McGowen RK. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J*. 2000;93(10):966-973. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11147478>. Accessed November 3, 2017.
- SCOTT C HJ. *Heal Thyself: The Health of Healthcare Professionals*. (Brunner-Mazel, ed.). New York; 1986.
- Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(5):296-300. doi:10.1136/JECH.55.5.296.
- Toomingas A, Nilsson T, Hagberg M, Hagman M, Tornqvist EW. Symptoms and clinical findings from the musculoskeletal system among operators at a call centre in Sweden--a 10-month follow-up study. *Int J Occup Saf Ergon*. 2003;9(4):405-418. doi:10.1080/10803548.2003.11076578.
- Leiter MP, Maslach C. Areas of Worklife: a Structured Approach To Organizational Predictors of Job *Burnout*. *Res Occup Stress Well Being*. 2004;3:91-134. doi:10.1016/S1479-3555(03)03003-8.
- Maslach C. Burned-out. *Hum Behav*. 1976;5 (9):16-22.
- Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. *Burnout*: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*. 2009;14(3):204-220. doi:10.1108/13620430910966406.
- Twellaar M, Winants Y, Houkes I. How healthy are Dutch general practitioners? Self-reported (mental) health among Dutch general practitioners. *Eur J Gen Pract*. 2008;14(1):4-9. doi:10.1080/13814780701814911.
- Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician *burnout* across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum Resour Health*. 2013;11(1):48. doi:10.1186/1478-4491-11-48.
- Ouakinin S. Da Exaustão ao Adeoer. *Rev Factores Risco*. 2015;37:52-57.
- Fasquilho MA. Um Modelo de Intervenção Integrada em Situações de *Burnout*. *Rev Factores Risco*. 2015;37:58-67.
- Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does *burnout* affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):325. doi:10.1186/1472-6963-14-325.
- Soler JK, Yaman H, Esteve M, et al. *Burnout* in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25(4):245-265. doi:10.1093/fampra/cmn038.
- Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*. 2000;55(1):5-14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11392865>. Accessed November 3, 2017.
- Schaufeli WB, Bakker AB, Salanova M. The Measurement of Work Engagement With a Short Questionnaire. *Educ Psychol Meas*. 2006;66(4):701-716. doi:10.1177/0013164405282471.
- Prins JT, Hoekstra-Weebers JEHM, Gazendam-Donofrio SM, et al. *Burnout* and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Med Educ*. 2010;44(3):236-247. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03590.x.
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of *burnout*. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):499-512. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11419809>. Accessed November 4, 2017.
- Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with *burnout* and engagement: a multi-sample study. *J Organ Behav*. 2004;25(3):293-315. doi:10.1002/job.248.
- Vala J, Moreira S, Pinto AM, Lopes RC, Januário P. *Burnout Na Classe Médica Em Portugal : Perspetivas Psicológicas E Psicossociológicas Relatório Final*; 2017.
- Diez Gutiérrez EJ, Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press. *Rev Interuniv Form del Profr*. 2013;(78):207-219. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4688549.pdf>%5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/ser-vlet/extart?codigo=4688549.
- European Social Survey. ESS Round 7 (2014/2015). Technical Report. 2015.
- Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. *Burnout* em Profissionais da Saúde Portugueses : Uma Análise a Nível Nacional *Burnout* in Portuguese Healthcare Professionals : An Analysis at the National Level. 2016:24-30.
- Kawamura Y, Takayashiki A, Ito M, Maeno T. Stress Factors Associated With *Burnout* Among Attending Physicians : A Cross-Sectional Study. 2018;10(3):226-232.
- Dyrbye LN, Clinch M, Shanafelt TD, et al. *Burnout* Among Health Care Professionals A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe , High-Quality Care. 2017.
- Dzau VJ, Kirch DG, Nasca TJ. To Care Is Human — Collectively Confronting the Clinician-*Burnout* Crisis. 2018:312-314.

SNS em debate na Ordem dos Médicos



A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) acolheu a 16 de abril, o debate “SNS: Valor financeiro ou valor humano?”. A sessão resultou de uma organização conjunta da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos com a Fundação Assistência, Desenvolvimento e Formação Profissional (ADFP)

Com o objetivo de debater questões fulcrais sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS), enquadrando-se esta iniciativa no debate e discussão na Assembleia da República sobre a futura Lei de Bases da Saúde, o tema continua a suscitar polémica e preocupações, designadamente nas relações entre o setor público com o privado, com o setor social e com o da economia solidária. Moderado pela vice-presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Inês Rosendo, o debate contou com as intervenções de Adalberto Campos Fernandes (PS), ex-ministro da Saúde; Ricardo Baptista Leite (PSD), deputado na Assembleia da República e porta voz para a Saúde; e Jaime Ramos, presidente da Fundação ADFP e ex-presidente da Administração Regional de Saúde do Centro. De referir que

a ADFP, uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), construiu um hospital em Miranda do Corvo que ainda não estava em funcionamento à data deste debate.

Jaime Ramos na sua intervenção, destacou, desde logo, a imensa diversidade de serviços existentes o nosso país, a cargo das IPSS como modelos alternativos, tal como já acontece nos centros de dia, nos programas de atividades de tempos livres, nas creches, etc. “Na sua génética, as IPSS nasceram para combater e prevenir o sofrimento e têm de defender o interesse público, pelo que a relação com o Estado deve ser de cooperação e de parceria justa e equilibrada”, assinalou o médico que preconizou pois a existência de modelos diferentes de cuidados de saúde, para além do privado e do setor público, que passem pelas instituições de solidariedade social em cooperação com o Estado. Jaime Ramos fez aliás uma resenha histórica sobre o movimento cooperativo, lembrando os fundadores da I República e citando o ideário social-democrata.

“Nós não temos muitas diferenças de interpretação em relação à social-democracia”, disse desde logo o antigo governante socialista, para quem o âmago do Serviço Nacional de Saúde são as pessoas,

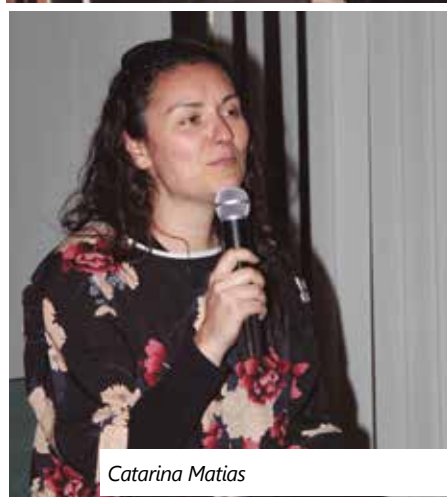
acautelada a conciliação entre o valor técnico e o valor humano. “O Estado existe para fazer atenuar as diferenças entre quem tem muito e quem tem pouco. Hoje, tal como ontem e tal como o futuro, países com a dimensão do nosso, necessitam da cooperação em detrimento da confrontação”, sublinhou Adalberto Campos Fernandes. O antigo ministro deu conta do esforço de modernização do SNS, quer em unidades de saúde quer em equipamentos.

Para o deputado social-democrata Ricardo Baptista Leite, médico e coordenador científico de Saúde Pública, o mais recente resgate financeiro protagonizado pelo nosso País “serviu para o resgate da nossa autonomia” uma vez que, sublinhou, “a economia serve para gerar riqueza de modo a que o Estado possa cumprir o seu papel”. Foi este o enquadramento basilar da sua intervenção no âmbito da justiça social. “O que verificamos, hoje, é que há um crescimento económico a partir dos nossos impostos, o

que acaba por ser uma situação de enorme fragilidade em riscos futuros”, sublinhou, assumindo que o ministro da Saúde naquele período de crise financeira deveria ter sido um ministro de Estado. “Infelizmente não aconteceu, não assumimos que a Saúde é um sector gerador de riqueza, o que limita a nossa ação» lembrando



Luís Filipe Pereira



Catarina Matias

que, ao contrário do que muitas vezes se diz, “a Saúde não é a área em que se consome mais dinheiro”. Deixou uma reflexão sobre o pagamento da dívida e que futuro queremos construir. Em seu entender, o papel da Saúde Pública é crucial para os modelos de gestão e de governança, a fim de diminuir a carga da doença no sistema. “Nós para conseguirmos responder à pergunta [que dá o mote para este debate], a humanização é o caminho incontornável para garantirmos melhor qualidade de vida e maior justiça social e acredito que será possível com as reformas necessárias, encontrando consensos, manter a visão do serviço de saúde universal”.

Ainda antes do período de debate, o Professor Adalberto Campos Fernandes, lembrando que teve



Adalberto Campos Fernandes



Inês Rosendo e Jaime Ramos



André Dias Pereira



Jaime Ramos



Ricardo Baptista Leite
e Adalberto Campos Fernandes



O Estado existe para fazer atenuar as diferenças entre quem tem muito e quem tem pouco. Hoje, tal como ontem e tal como no futuro, países com a dimensão do nosso, necessitam da cooperação em detrimento da confrontação.

Adalberto Campos Fernandes

a responsabilidade nos últimos quatro Orçamentos do estado na área da Saúde, deixou a nota de que deixou "a dívida a fornecedores atingiu o nível mais baixo da legislatura" mas recordou que a dívida autoalimenta-se. Por outro lado, deu conta

sionais do SNS e todos aqueles de outras áreas do Saber que ambicionam uma visão plural e com princípios éticos, com alternativas e sem dogmas. O debate teve na Sala Miguel Torga, na sede da SRCOM, em Coimbra.

que "o SNS tem resiliência e automatismos: nós hoje temos 94 por cento da população com médico de família, não há muitos países da Europa que tenham esta taxa de cobertura. [...] O Dr. Baptista Leite sabe que somos apresentados, lá fora, como um exemplo em muitas áreas. Finalmente, que diferença faria se nós, em torno de um desígnio nacional, nos entendêssemos no parlamento num espectro muito amplo e muito largo, não sobre matérias de organização dos serviços, mas sobre resultados? Estamos a fazer a discussão toda à volta dos processos e estamos a ignorar os resultados. A título de exemplo, todos os partidos deveriam ter como objetivo reduzir a diabetes em Portugal; devíamos pegar nos grandes objetivos nacionais, que derivam da OMS -- tuberculose, hepatite C, VIH/Sida, Saúde Mental, Diabetes -- e devíamos ter a ambição de construir uma sociedade mais saudável sempre numa lógica de construção de uma sociedade mais saudável que está prestes a enfrentar um saldo vital devastador, pois não vamos ter população ativa para proteger os mais velhos". Após as intervenções teve lugar um período de debate, aberto a todos os médicos bem como a outros profis-

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), através do Gabinete de Formação Médica, em colaboração com a Comissão Regional do Internato Médico da Zona Centro e com o apoio do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra vão promover o **II Encontro do Internato Médico da Zona Centro – Avaliação no Internato Médico** (<http://imcentro.com.pt/pt>).

II Encontro do Internato Médico da Zona Centro

nos dias 31 de maio e 1 de junho

Esta iniciativa, que este ano vai decorrer nos dias **31 de maio e 1 de junho**, terá lugar no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) – Pólo HUC. Pretende criar-se um espaço de reflexão sobre formação médica pós-graduada, com sessões científicas e apresentação de trabalhos de investigação e reforçar a relação entre os orientadores de formação e médicos internos.

Do programa desta iniciativa constam cursos de formação e a submissão de trabalhos científicos, bem como as sessões científicas que preencherão os dois dias do evento, cujas inscrições decorrem até **20 de Maio de 2019**.

O encontro conta ainda com a atribuição de **prémios para as melhores comunicações livres** apresentadas sob a forma de *posters* que se destaquem pela relevância para a formação médica no internato. Serão atribuídos os seguintes prémios:

1º - Prémio SRCOM no valor de 4000€, aplicáveis em estágio ou formação, relevante para a formação médica;

2º - Prémio SRCOM no valor de 2500€, aplicáveis em estágio ou formação, relevante para a formação médica;

3º - Prémio SRCOM no valor de 1000€, aplicáveis em estágio ou formação, relevante para a formação médica;

4º - Prémio SRCOM até um valor de 250€ - Assinatura de uma revista científica ou acesso a plataforma de informação médica à escolha do vencedor, pelo período máximo de 12 meses, ou um livro relevante para a formação médica;

5º - Prémio Lidel® no valor de 150€ em forma de cheque-livro.

Será ainda atribuído o **Prémio Inovação**, que **pretende distinguir o serviço, unidade de saúde, hospital ou Agrupamento de Centros de Saúde da região Centro (da área de abrangência da SRCOM) que se destaque por ter desenvolvido ou estar a desenvolver um projeto de relevo na área da formação médica no internato**.

Além das sessões científicas, estão ainda previstos cursos de formação, nomeadamente:

- Ecografia na Urgência – 22 de Maio (sede da SRCOM)
- EURACT – Curso para Orientadores de Formação de todas as Especialidades - 23 a 25 de Maio (CHUC – sala a confirmar)
- SAV (SUPORTE AVANÇADO DE VIDA) - 27 e 28 de Maio (sede da SRCOM)
- Curso Avançado de Via Aérea – ESSENTIALS – 30 de Maio (sede da SRCOM)
- Abordagem da Dor Crónica – 31 de Maio (CHUC – sala a confirmar)

Estão também agendadas quatro sessões de debate prévio ao II Encontro de Internato Médico, a realizar na sede da SRCOM, sempre a partir das 18h00, cujas datas e temas enumeramos:

- 8 de maio - A função do orientador de formação e do médico interno na formação
- 15 de maio - Avaliação contínua no Internato Médico
- 22 de maio - Avaliação Final no Internato Médico
- 29 de maio - Serviço de urgência e idoneidade formativa



Último livro de João Lobo Antunes reuniu família e inúmeros amigos



O Bastonário da Ordem dos Médicos venceu “a dimensão multifacetada” de João Lobo Antunes, na sessão de lançamento da autobiografia que o neurocirurgião deixou escrita antes da sua morte e que foi apresentada no âmbito da parceria entre o Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos e a Gradiva Publicações.

O lançamento da obra decorreu no dia 22 de abril, ao final da tarde, no Auditório da Ordem dos Médicos, que se encheu para o efeito. Miguel Guimarães, que fez o discurso de abertura, sublinhou que João Lobo Antunes “foi médico, investigador, fez programas de televisão intervenção social e política quando assim o entendeu”

Presente, estava, de resto, Aníbal Cavaco Silva, de quem o médico foi mandatário nacional nas duas candidaturas à Presidência da República, em 2016 e 2011, sendo depois designado para o Conselho de Estado sucessivamente nesses mandatos.

O editor da Gradiva Publicações, Guilherme Valente, que interveio a seguir ao Bastonário, manifestou a sua satisfação por ter publicado o livro “de acordo com tudo o que o seu amigo queria que fizesse”, sublinhando-lhe a “sensibilidade finíssima e a grandeza de alma”. Bicha Castelo, amigo de João Lobo Antunes desde a infância, abordou, numa longa intervenção, os aspetos pessoais e profissionais, muitos deles partilhados por ambos nos bancos da faculdade e depois como médicos no Hospital de Santa Maria.

Para além de revelar a tristeza pela morte do amigo,

Bicha Castelo manifestou regozijo pelo livro que João Lobo Antunes deixou escrito, revelador da sua “inteligente e elegante escrita” e considerou que foi “um privilégio ter usufruído de perto da dimensão intelectual do João”, recordando a propósito que durante o curso de Medicina atingiu por 18 vezes a nota máxima de 20 valores.

A relação entre ambos era de tal ordem, que João Lobo Antunes todos os anos fazia a conferência da reunião científica que Bicha Castelo organizava e onde revelava sempre “uma límpida clareza de pensamento”.

Este amigo e colega considerou que o conteúdo da obra “não é mais do que a livre expressão do pensamento contextualizado” e desaconselha “uma leitura aligeirada que pode distorcer a mensagem”, que revela, isso sim, “uma lúcida e perspicaz inteligência e orgulho, não poucas vezes em conflito sofrido consigo próprio”. Já Guilherme Valente, da Gradiva, que manteve uma prolongada relação de trabalho como editor e de amizade, falou da “satisfação de ter publicado o livro fazendo exatamente o que o amigo queria que fizesse”. E contou o episódio em que João Lobo Antunes o convidou para ir a sua casa e lhe apresentou o texto dizendo-lhe: “Veja lá, Guilherme, o que quer fazer com isso”. O editor, conta, ficou com a ideia de que o amigo “se queria despedir”.

Testemunhos da proximidade

Duas das filhas de João Lobo Antunes intervieram também na sessão. Primeiro Margarida, que se dirigiu aos muitos amigos ali presentes, garantindo-lhes que



Bicha Castelo, amigo de sempre, recordou João Lobo Antunes



Margarida Lobo Antunes

foram todos eles que “o impeliram para voar mais alto” e abordou muitos aspetos da importância que o pai tinha na família, quer enquanto viveram nos Estados Unidos - de onde recordou episódios muito saborosos da sua infância com o pai - quer depois na vida em Lisboa.

A pediatra e filha mais velha, que agradeceu a presença dos muitos amigos, uma parte dos que foram, no “percurso de quase 40 anos da vida do Pai, as pessoas que estiveram na base da sua génese; a sua família; na sua formação; professores, colegas e amigos; pessoas que o inspiraram para voar mais alto e mais longe: os seus mestres e por fim, e não menos importantes, alguns dos seus doentes que deixaram marcas na sua alma e o tornaram melhor médico e seguramente melhor pessoa”.

Margarida considerou a obra “um livro de memórias, memórias do Pai que também são as nossas, das filhas e dos nossos filhos, seus netos” e reconheceu que “ao reler várias partes do livro, essas memórias que estavam bem guardadas numa caixa chamada Infância Feliz voltaram à superfície”, como sejam “as casas, as pessoas, os colegas e amigos que muitas vezes tinham filhos da nossa idade e que brincavam connosco. Tempos felizes. Posso atestar a veracidade de alguns dos factos”.

Sublinhou, de resto, a importância de João Lobo Antunes na educação e nos interesses dos filhos: “Apreendemos com ele o gosto pelos livros e pela música. Com ele fui ao ciclo Young People’s Concerts, do Leonard Bernstein, no Lincoln Center, uma



Maria do Céu Machado



Paula Lobo Antunes

experiência inesquecível. Apreendemos também a ser competitivas nos jogos e na vida, gene dominante na nossa família”.

Paula, a seguir, recordou que o pai “era uma pessoa muito generosa”, destacando esse traço de carácter em contraponto a alguma vaidade que ele próprio reconhecia, embora considerasse que isso tinha fundamentação, porque, segundo esta filha, a mais nova, esse carácter e todo o trabalho em que se empenhou “tornou-o num dos melhores médicos do mundo, aquilo que na verdade ele foi”. Quanto ao livro, Paula considerou que se trata da “sua última lição, a sua última partilha”.

Maria do Céu Machado, que foi casada com João Lobo Antunes nos últimos 15 anos da sua vida, encerrou as intervenções, considerando que esse tempo foi de intensa vivência e que o livro revela “a escrita saborosa, sempre cheia de metáforas”, que lhe era reconhecida.

A agora presidente do Infarmed, recordou também que João Lobo Antunes se referia a si próprio como “um homem que a Medicina fez médico” e que foi igualmente empenhado nas suas diversas facetas, revelando que começou a escrever as memórias em 2015, acabando-as antes de falecer, em 2017.

Perspetivas sobre práticas da Saúde são muito diferentes



O Presidente do Conselho Regional do Sul alertou para a necessidade de congregar as diferentes perspetivas que cada agente tem sobre a Saúde. Foi na 6.ª Conferência de Valor da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares (APAH), que decorreu em Peniche nos dias 5 e 6 de abril.



“A perspetiva com que cada grupo encara a execução das práticas de saúde é muito diferente. Quando nós falamos de serviço ao cliente ou ao utente ele próprio tem uma perspetiva, mas quando estamos a falar com gestores falamos numa perspetiva de eficiência e de racionalidade de cuidados e quando estamos a falar dos médicos, que estou aqui a representar, a nossa perspetiva é muito diferente”. Foi assim que Alexandre Valentim Lourenço começou o seu comentário ao estudo da DECO sobre satisfação e a experiência dos utentes.

O dirigente comparou a perspetiva dos médicos a “um rambo, que luta contra a doença no meio das adversidades, sem condições, sem armas, com um canivete, mas que tem uma grande satisfação por derrotar a doença no fim”, disse, o que os leva a “desvalorizarem com frequência a satisfação que o utente tem da experiência”.

Alexandre Valentim Lourenço acentuou então que “é importante conhecermos estas diferenças quando estamos a falar com classes que esperam coisas diferentes do sistema de saúde”.

Referindo-se ao estudo em concreto, apresentando por Teresa Rodrigues, considerou que “foca dimensões que raramente são percecionadas de uma forma direta pelos profissionais de saúde” e que, na dimensão do acesso, por exemplo, “há um viés muito grande”, porque é visto “por quem já esteve no internamento ou na urgência, mas dois meses ou seis meses depois”, sendo que, normalmente, “na urgência e no internamento o acesso é

“Seria muito importante termos a avaliação do acesso na globalidade, nomeadamente daqueles que esperam anos por consultas ou por tratamentos, porque não sendo prioritários nem sendo graves são deixados para trás”

Alexandre Valentim Lourenço

sempre rápido, imediato e resolve os problemas”. Para o Presidente do Conselho Regional do Sul, “seria muito importante termos a avaliação do acesso na globalidade, nomeadamente daqueles que esperam anos por consultas ou por tratamentos, porque não sendo prioritários nem sendo graves são deixados para trás”, recordou. Contudo, disse, “normalmente, na doença grave ou na doença aguda isso não acontece, o acesso é bom e o resultado é bom, porque o rambo está lá para isso, para a doença aguda”.

Quanto aos resultados sobre as condições hoteleiras, Alexandre Valentim Lourenço considerou “natural que os principais hospitais com melhor classificação sejam os privados, excetuando o caso específico do IPO, que tem um tipo de patologia que o coloca sempre à frente dos outros, onde todas as condições são postas de lado face à gravidade da doença que está na base”.

Os resultados no IPO são os previstos porque “é importante para o utente a maneira como ele percebe a experiência e por isso é que os IPO levam a dianteira, porque a experiência final é mais anos de vida. E isto é o mais valorizável nesta relação, é para isso que servem os hospitais”, considerou.

E continuou: “Nas condições há uma clara discrepância entre público e privado, há muitos hospitais públicos que têm enfermarias de oito camas, com uma casa de banho para quatro enfermarias, e essas não são as condições para este século”, referiu, admitindo que “os hospitais privados e as parcerias público-privado, até por serem hospitais mais modernos, pensados doutra maneira, resolveram esse problema”.

O Presidente do CRS abordou também os resultados quanto aos profissionais: “Não há dúvida que os profissionais são treinados para lidar empaticamente com os doentes. O tratamento da doença, da pessoa que sofre e está à nossa frente – nos hospitais são doenças agudas e crónicas, é diferente do que se faz nos centros de saúde que atua muito mais no campo preventivo.

Mas se “o treino é para lidar com a pessoa que sofre, a verdade é que cada vez temos menos tempo”. Assim, para ser possível melhorar o acesso, “reduzimos o tempo das consultas, os internamentos são curtos e o tempo despendido pelos profissionais

para os doentes nos últimos anos tem sido cada vez menos”. Esta realidade, considerou, é lamentavelmente a regra dos tempos atuais.

Estas questões da acessibilidade e da satisfação dos doentes, segundo o dirigente da Ordem, “têm motivado muitas comissões e trabalhos, mas não conseguimos até hoje vislumbrar a solução” para os problemas levantados.

Porém Alexandre Valentim Lourenço tem algumas propostas: “Se nós melhorarmos a comunicação e o tempo da consulta, a acessibilidade cresce. Isto tem a ver com o facto de os hospitais não terem capacidade nem autonomia para crescerem à medida das exigências e dos pedidos dos clientes. Crescer ou diminuir, mas o que acontece neste momento é uma necessidade de crescimento”.

O dirigente recordou até os problemas levantados com uma decisão do anterior ministro da Saúde, em que os doentes podem escolher o seu hospital, o que provocou um acesso excessivo aos grandes hospitais e contribuiu para um aumento ainda mais pronunciado da lista de espera para consultas.

Peniche recebeu, nos dias 5 e 6 de abril de 2019, a primeira edição do ciclo de Conferências de Valor 2019, uma iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH). «Modelos de gestão da qualidade e melhoria contínua em saúde» foi o tema central desta conferência, que reuniu administradores, gestores e profissionais de saúde.

A sessão em que participou Alexandre Valentim Lourenço, no dia 6 de abril, «O caminho para a excelência no serviço ao cliente», teve como moderadora Rosa Matos, Presidente do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, e a preleção de Teresa Rodrigues, Senior Project Officer na Deco Proteste. Os comentadores foram – para além de Alexandre Valentim Lourenço – Alexandre Guedes da Silva, Presidente da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla; Guilherme Victorino, Vogal da Comissão Executiva do SAMS e Professor na NOVA IMS; Rosário Reis, Vogal Executiva do Instituto Português de Oncologia de Coimbra; e Sofia André, Diretora de Market Access e Public Affairs da Bayer Portugal.



António Araújo
Presidente do Conselho Regional do
Norte da Ordem dos Médicos

O acervo humano do SNS

Deixem-me sublinhar (e recordar a alguns responsáveis) que o melhor do SNS são os seus profissionais de saúde. É axiomático afirmar que sem o envolvimento ativo, a resiliência diária e a abnegação incessante destes profissionais, a saúde e o SNS não passariam de uma sombra do que são hoje.

As atividades de educação contínua e o firme empenho em projetos de desenvolvimento das suas áreas de conhecimento são apanágio destes homens e mulheres, que compõem o grupo de profissões que mais se dedica ao cidadão.

Mas, apesar de se continuar a ouvir, cada vez mais debilmente, que temos o melhor serviço de saúde do mundo, não se vislumbra o empenho esperado, por parte da tutela, quer no investimento estrutural e em recursos humanos, quer no reconhecimento destes.

Mais, não se entende porque teimam os decisores políticos em não refletir acerca dos problemas reais que o SNS enfrenta. Deixem-me, a este propósito, ter a veleidade de citar apenas três exemplos.

Dos 21 ACeS que compõem a ARS Norte, atualmente, apenas dois têm médicos como diretores executivos, sendo extremamente difícil arranjar presidentes para os Conselhos Clínicos. Não se criam condições que facilitem aos médicos a aquisição das competências necessárias à alta direção de instituições de saúde, nem se advoga que esses cargos sejam devidamente remunerados, de forma a que não venham a auferir um vencimento menor do que aquele que se obtém com o trabalho assistencial normal. As candidaturas para estes cargos não são públicas nem abertas, na maior parte dos casos, apenas tendo em consideração as filiações partidárias. Não existe, para os profissionais de saúde, uma carreira de gestão em saúde, para que os que sintam apetência para esta área não sejam desmotivados pela ocasionalidade do cargo, com repercussão direta e negativa na carreira e no vencimento.

Recentemente, foi divulgado que das 300 vagas abertas em hospitais e centros de saúde do continente no último

concurso, para médicos especialistas, apenas 165 foram preenchidas. Este é um problema antigo e recorrente, que se tem vindo a acentuar nos últimos anos. Não se ouviu até hoje qualquer pensamento construtivo a este propósito, registando-se apenas afirmações vazias de sentido e bom senso, como a proferida por um governante, afirmando que tal era culpa da respetiva Ordem profissional. No entanto, abrem-se concursos que não respondem aos anseios de quem procura colocação nem aos de quem dirige os serviços. Existe cada vez menos incentivo para projetos de desenvolvimento profissional e cada vez mais se aprofunda o abismo que separa o valor da retribuição das responsabilidades exigidas. Não se conseguindo implementar medidas reais de combate à interioridade, os cuidados de saúde prestados a essa população representarão um problema ainda mais substancial dentro de meia dúzia de anos.

Em março, soube-se que o Estado Português estava a preparar mais uma injeção obscena de capital num banco (850 milhões de euros). Uns dias antes, um relatório da Comissão Europeia veio revelar que o governo irá diminuir a despesa com a saúde e com a educação em 118 milhões de euros. Algo não está bem e faz-me confusão - sendo a saúde e a educação as áreas prioritárias para a esmagadora maioria dos portugueses, porque está o nosso governo a tirar dinheiro a essas valências e a colocá-lo num banco? As unidades de saúde necessitam de contratos-programa e orçamentos ajustados à realidade, e necessitam de autonomia (com algum controlo, para evitar "derrapagens") para realizar os investimentos estruturais e em recursos humanos necessários.

Por tudo isto, é importante que os bons exemplos sejam mostrados, quer para os tornar públicos quer para acarinhá-los, apesar de todos estes constrangimentos, tenta ensinar, modernizar e inovar. Se a tutela não o faz, que seja a sociedade civil a fazê-lo. Se já não temos o melhor sistema de saúde do mundo, podemos, pelo menos, orgulhar-nos de ter profissionais de saúde de grande qualidade humana e profissional.

“Vocês são o futuro da medicina”



A celebração do início da nova fase de formação dos jovens médicos em Braga foi marcada no dia 14 de março no Auditório do Museu Dom Diogo de Sousa. A Receção ao Médico Interno do Ano Comum e do 1º Ano de Formação Específica permitiu um primeiro contacto com questões da responsabilidade civil e da legislação do internato. Recebendo um enorme apoio da parte da Ordem dos Médicos (OM), os médicos internos puderam ver todas as suas dúvidas esclarecidas.

Com a moderação de Pratas Balhau, Presidente do Conselho Sub-regional de Braga, a sessão contou primeiramente com a intervenção de António Rodrigues Dias, membro do Sindicato dos Médicos do Norte da Federação Nacional dos Médicos (FNAM), para adereçar a responsabilidade civil do médico. Tendo por base o Princípio Geral do Código Civil Português (Artigo nº 483), o discurso de António Rodrigues Dias principiou pela explicação da responsabilidade civil e pelo apelo ao fortalecimento da relação de confiança entre o médico e o doente. “A confiança que o doente tem quando vai ao médico, mais do que com qualquer profissional de saúde, é o cerne da questão da organização da saúde” quando surge alguma complicação, afirmou.

Como forma de se precaverem, António Rodrigues Dias, acautelou os jovens formandos a guardarem todos os registos dos seus pacientes e tratamentos respetivos. Ao dar exemplos concretos de situações que envolveram requerimentos de documentos, o orador aconselhou os internos a maximizarem os cuidados a terem na sua prática. A sua intervenção contou também com a explicação entre as diferenças de negligência e erro médico, afirmando a importância que estas definições devem ter para todos os profissionais de saúde, assim como as suas repercussões. “Como



internos, não podem deixar passar estes cuidados pois estas são circunstâncias da atividade médica”, referiu.

Todas estas advertências foram acompanhadas com o conselho à leitura de uma bibliografia a reter: o Código Civil, o Código Deontológico do Médico, o Regulamento disciplinar da Ordem dos Médicos e o livro “O erro em medicina” de José Fragata e Luís Martins.

Coube a Fábio Borges, representante do Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e médico interno de medicina geral e familiar no USF São Miguel-O-Anjo, em Famalicão, explicar todos os detalhes da legislação do internato. Enaltecendo a importância da fase de formação, salientou que “o internato é complexo pois tem uma realidade laboral e outra de formação, em que estas têm sempre de se complementar.”

O médico interno também ressaltou como o conhecimento é uma arma forte para os internos se poderem defender e terem uma prática exemplar. Para isso, enumerou o Regime do internato médico (Decreto-Lei nº13/2018, publicado no dia 26 de fevereiro do ano transato), o Regulamento do internato médico (Portaria nº79/2018, alterado a 16 de março de 2018) e o Programa de formação (que se encontra devidamente assinalado no site da Ordem dos Médicos) como matérias obrigatórias a reter para esta nova fase de formação. Para explicar o porquê de as leis terem sofrido alterações recentemente, disse que “o contexto que envolve atualmente a formação médica especializada exige uma nova abordagem, capaz de responder mais adequadamente às

necessidades dos seus candidatos, bem como das unidades de saúde que os acolhem e do sistema de saúde no seu todo, particularmente do Serviço Nacional de Saúde”.

Entre uma explicação intercalada com dúvidas e o seu devido esclarecimento, foram abordados parâmetros do internato como o contrato de trabalho, funções, faltas, férias, horários de trabalho, comissões de serviço, suspensão de formação e remuneração. Para acompanhar estes assuntos, foi aconselhada a leitura atenta da Lei nº18/2016, inserida na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei nº35/2014). Na sessão de esclarecimento foi dada especial atenção ao cumprimento de entregas nas devidas datas de avaliação e às responsabilidades acrescidas relativamente a excessos de horário laboral.

O encerramento da sessão contou com a intervenção de António Araújo, Presidente do Conselho Regional Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM), que referiu a importância do envolvimento dos internos nas atividades organizadas pela OM. “É preciso que todos vocês participem. Venham colocar as vossas dúvidas, reclamar quando é necessário e questionar-nos para que também possamos corresponder às vossas necessidades, anseios e aspirações.”, apelou. Salientando a grande quantidade de atividades que a OM tem vindo a fazer, o Presidente da CRNOM destacou que estas se realizam “no sentido de vos defender e de defender a qualidade da medicina”.

António Araújo concluiu garantindo que os internos “podem sempre contar com a OM pois vocês são o futuro da medicina. Nós, hoje, precisamos de vocês.”

às Sextas na Ordem

A Vida é a arte do encontro.
(Vinícius de Moraes)

Refletir, ouvir e falar, conviver, aprender...
são encontro, são Vida.

O Ciclo de Conferências «Às Sextas na Ordem»,
é uma iniciativa da Comissão de Atividades Culturais e de Lazer da SRNOM que lhe propõe,
uma vez por mês, abordar grandes temas que
interessam a todos os médicos e até à sociedade
em geral. Fique atento ao programa e participe!

31 mai **Delegação de atos médicos a outros
profissionais: quais os limites do razoável?**

*Prof. Doutora Isabel Ramos
Dr. José Fernando Teixeira*

5 jul **O significado de ser médico**
*Dr. António Maia Gonçalves
Prof. Doutor Paulo Santos*

27 set **Morte Cerebral e Estado Vegetativo Persistente:
Conceitos inconfundíveis**
Dr. António Carneiro Vaz

25 out **Certificação e Qualidade Clínica**
*Dr. Fernando Ferreira
Dra. Estela Ramos*

29 nov **Obstinação Terapêutica**
*Dra. Elga Freire
Prof. Doutor António Sarmento
Dra. Lurdes Gandra
Dra. Diana Mota*

As sessões têm início às 18h30, na SRNOM

COMISSÃO ORGANIZADORA:

António Sarmento / Carlos Mota Cardoso / Ana Correia de Oliveira / Diana Mota



facebook.com/nortemedico **www.nortemedico.pt**



ORDEM DOS MÉDICOS
Secção Regional do Norte

19,9 após 19,8 até ao 20,000 final. O que fazer?

A Pediatria em Portugal, praticada por médicos que cumpriram um programa de formação contínua em Pediatria, é manifestamente boa.

Os dados Portugueses são manifestamente bons, motivo de orgulho e reconhecidos de forma independente, indiscutível e inquestionável. Este mérito não é exclusivo dos Pediatras, mas foram certamente protagonistas relevantes.

Estes Pediatras cumprem um programa de formação datado de 1996, que mesmo necessitando de actualização, já lá vão 23 anos, foi, e é com certeza eficaz. Toda a formação, tem que ser validada por uma avaliação. Só assim se torna credível e auditável. Só assim se promove a melhoria contínua. Só assim se incentiva a evolução e também só assim se identificam os problemas, os desvios e a desadequação da formação.

É razoável, desejável e necessário que a formação e a avaliação sejam construídas em conjunto, de forma metodologicamente correcta, sendo uma o contraponto da outra, com objectivos bem definidos, organizados e orientados.

Qualquer desvio ou alteração à coordenação entre a formação e avaliação vai conduzir a erros, ilegalidades, imoralidades e desadequação entre ambas, desvirtuando o efeito geral.

Nos últimos anos ocorreram duas alterações no processo de avaliação, que são questionáveis e merecem contestação. O júri foi reduzido de 5 para 3 elementos, com o orientador a ter um peso de 1/3 na nota final e a nota de avaliação do internato passou a ser o critério único de contratação para o Serviço Nacional de Saúde.

Estas medidas tornaram a avaliação completamente desvirtuada, deixando de traduzir o que se passou no internato e o mérito real dos candidatos.

A contestação a estas alterações, passou ou vai passando para o nível do conflito, dentro da comunidade Médica.

No que à Pediatria diz directamente respeito, foram adotadas algumas medidas, dentro dos limites legais

e tendo como espartilho os regulamentos e as formas de actuação da Ordem dos Médicos e da ACSS, instituições intervenientes directamente nas avaliações.

Sugeriu-se a uniformização das datas de avaliação em todo o país, sugeriram-se regras para a normalização dos currículos, existe uma grelha legal de quantificação, foram feitas recomendações escritas para os elementos do Júri, com particular relevância para o Presidente. Alguns dirão que são apenas medidas cosméticas. A nossa resposta é não.

A realidade é, evidentemente, mais complexa.

Os Presidentes de cada Júri, são soberanos e não raras vezes não seguiram as recomendações.

Também é impossível exigir ao Orientador, enquanto membro do Júri, que não defenda o seu Candidato e que não apele à caridade na atribuição da nota, quando o poder que lhe é conferido, tem agora uma utilização diversa daquela que inicialmente estava prevista. É por demais evidente que a sua postura como elemento do júri é facciosa, anulando todos os objectivos já mencionados para a avaliação.

Não deixa de ser verdade que hospitais mais carenciados tendem a dar notas mais altas de fim de internato, aliciando os futuros especialistas e na tentativa de anular o deficit de formação que possa ter existido. Há, pois, um mecanismo de compensação descarada, que na nota da prova curricular vale 40%.

É no mínimo estranho e incompreensível, que Serviços estruturados, com idoneidade reconhecida, não sigam o programa de formação ou permitam estágios em locais que não têm idoneidade. Não são casos únicos ou sequer pontuais, sobre os quais qualquer atitude regularizadora no dia da avaliação vai prejudicar e penalizar o elemento que na maioria dos casos é inocente.

Todos os intervenientes deste processo, têm ao longo dos anos contribuído de forma clara e objectiva para a situação actual. A maioria dos Pediatras formados nos últimos anos são de nível excecional, por definição legal (nota superior a 19 valores), e fizeram as respecti-

vas provas em locais bastante diversos.

Sendo humanos e Portugueses, temos a natural tendência da crítica. Muitas vezes direccionada para o nosso vizinho, mas com pouco efeito na nossa autoavaliação. A postura nem sempre é uniforme, em função do lado do problema em que se está. Se num dia, queremos que o nosso futuro especialista não seja prejudicado na sua carreira, no dia seguinte vamos estar a dizer que as notas não traduzem o real valor. Não aplicamos o que criticámos. Este percurso de falta de exigência e uniformidade, tende naturalmente a nivelar pelo lado menos desejável, que de ano para ano se vai agravando.

É possível fazer mais. Sim, é verdade. É possível que os itens a avaliar a cada futuro especialista, sejam mais específicos, retirando alguma subjectividade ao Presidente e aos outros elementos do Júri. Podemos acordar um limite máximo de variação de nota entre cada elemento do Júri, pode ser criada uma prova teórica escrita nacional, pode ser criada uma gradação da qualidade das revistas que publicam os artigos, pode ser penalizado o Serviço que permitiu/promoveu desvios à Lei, pode ser criada uma gradação da qualidade das reuniões em que os trabalhos foram apresentados, pode ser retirada a avaliação de outras atividades, pode ser definido o que é ensino estruturado, pode ser definida a estrutura da prova prática de forma mais específica. Pode ser feito tudo isto e muito mais.

Resolverá o problema? Estamos em crer que não.

A imaginação que naturalmente caracteriza o ser humano, encontrará formas de tornear de forma airosa e sustentável todos os obstáculos. O problema não reside na falta de atitudes mais ou menos repressivas, mais ou menos limitativas, mais ou menos condicionantes. O problema e a contestação e conflito resultantes é resultado da desadequação criada entre os objectivos finais da avaliação e a utilização que lhe está a ser dada.

Num exame um candidato não respondeu a nenhuma das 3 perguntas teóricas que lhe fizeram e queixou-se que o júri, ao classificá-lo com 19,2 lhe “tinha estragado a vida”. Perde-se o bom senso com esta pressão de confundir avaliação com selecção. Nada de bom ou sério se pode esperar desta situação grotesca.

Corremos o risco de, num futuro mais ou menos próximo, se evolua até ao 20,000, até às milésimas ou mais por mais ridículo que seja, na nota final da avaliação. Sim, nessa época de apto e não apto, não vamos ter gradação e não vamos ter conflitos.

Não vamos de “derrota após derrota até à vitória final”, mas vamos com certeza de 19,90 após 19,80, até ao 20,000.

É urgente que se definam novas regras de recrutamento de especialistas que diluam um pouco o valor da nota de exame e retirem a esta o peso excessivo que a avaliação de conhecimentos tem no modelo actual. Não se confunda “avaliação de mérito” com “selecção de recursos”. A ser assim, mesmo que o sistema fosse justo, estaríamos a decretar que os serviços mais pequenos e menos apetitosos só podem aspirar a recrutar “mediócras” ... Isso é errado, patético, injusto e imoral!

A selecção de recursos (concursos de provimento) deve ter objectivos específicos por forma a recrutar as pessoas mais adequadas às funções que os esperam, motivadas e interessadas nos desafios que aí se colocam, e não apenas frustrados por terem tido pior nota no exame de saída. É plausível que os Directores dos Serviços possam ter alguma influência na selecção dos seus colaboradores, desde que sejam também devidamente responsabilizados se, com esse recrutamento não atingirem os objectivos que prometeram. Assistir a tudo isto, em que poucos discordarão da análise, e nada fazer revelaria um grau de incompetência e irresponsabilidade inaceitáveis.

Continuar por este caminho pode mesmo comprometer a qualidade que se deseja implementar: quando os internos, futuros pediatras, estiverem seguros de que ter 19.8 a 20 é garantido, que motivação haverá para querer aperfeiçoar-se, esforçar-se por ser melhores, em suma, para trabalhar?

Deixemos de nos queixar da “forma de avaliação” como se disso dependesse o futuro do mundo! Cada processo deve ter objectivo específico e usá-lo para outro propósito é pouco sério.

É urgente tomar medidas que distingam claramente a função avaliadora, da função de recrutamento e provimento de quadros médicos, para correcta clarificação e dignificação de cada um dos processos.

Nota da redacção:

Em Reunião Geral de Colégios realizada no ano transato, perante a referência a vieses das avaliações, o bastonário, Miguel Guimarães, apelou às direcções dos Colégios de todas as Especialidades a que estabelecessem critérios claros e objetivos a serem observados pelos júris nas avaliações finais nos exames de especialidade, de forma a evitar desvios e minorar a subjectividade das classificações finais do internato, que são determinantes para o ingresso na carreira médica.



Ana Pessoa

Interna de Formação Específica de Medicina Interna, Serviço de Medicina, Centro Hospitalar do Médio Ave – Unidade de Famalicão

O Médico e a Geriatria: um conhecimento essencial

Virtualmente todos os países do mundo têm assistido ao envelhecimento da sua população, e Portugal não é exceção – 28% dos portugueses tem 60 ou mais anos (1). Este envelhecimento reflete-se naturalmente na população de doentes observados pela Medicina Interna. Dado que, enquanto prestadores de cuidados de saúde, é nosso dever fornecer o melhor cuidado possível, torna-se fundamental o conhecimento da Geriatria.

Atualmente, a geriatria não existe como especialidade em Portugal; um passo importante, contudo, foi dado em 2014, quando o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos criou a Competência de Geriatria. A crescente consciencialização da sua importância tem sido também refletida no aumento da oferta de consultas, assim como a criação recente de uma unidade de geriatria no Hospital de Vila Franca de Xira. O Reino Unido, por outro lado, possui uma sociedade de geriatria desde 1947 (*Medical Society for the Care of the Elderly*, posteriormente nomeada *British Geriatrics Society*) (2), sendo uma das especialidades com maior representatividade neste país. A grande tradição do Reino Unido nesta área, assim como a familiaridade com a sua língua, levou-me a este país durante 3 meses, mais concretamente ao Hospital John Radcliffe, em Oxford. O Hospital John Radcliffe é o maior dos Hospitais Universitários de Oxford e o centro de emergência de referência de Oxfordshire, que alberga 161.300 pessoas (3). Apesar de Oxford ter uma grande percentagem de população jovem (é uma cidade universitária), o Reino

Unido apresenta também uma população envelhecida – cerca de 24% tem 60 ou mais anos. A esperança média de vida em Oxford é 80,2 anos para o sexo masculino e 84,3 anos para o sexo feminino. Em Portugal, é de 78,4 anos para o sexo masculino e 84,8 anos para o sexo feminino (1). Segundo a *Royal College of Physicians* de Londres, a Geriatria é “um ramo da medicina que se ocupa dos aspetos clínicos, preventivos, farmacológicos e sociais da doença na idade avançada” (4). Esta caracterização é muito próxima da definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde – bem-estar físico, mental e social – e que deve estar presente no nosso dia-a-dia. No Reino Unido, o internato de Geriatria dura na sua totalidade 8 ou 9 anos, dependendo se o interno deseja obter certificação em Geriatria apenas ou em Medicina Interna e Geriatria – 2 anos de internato geral seguidos de 6 ou 7 anos de formação específica respetivamente. No final do internato há ainda a possibilidade de obter uma subespecialização em doença cerebrovascular, após um ano adicional de formação (5).

Cuidar de doentes frágeis, com múltiplas comorbilidades e apresentações de doença aguda por vezes dissimuladas, dita desafios para os quais devemos estar preparados. Pouco ajuda tratarmos uma fratura do fémur se devolvemos à comunidade um doente sarcopénico, osteoporótico, com instabilidade e medo de cair; este vai passar mais tempo parado, vai perder mais massa muscular e óssea e acumular mais fragilidade, caindo novamente. Pouco ajuda tratarmos uma pneumonia se o doente no fim do internamento vai estar tão descondicionado que vai passar o tempo acamado, aspirando novamente. Vale a pena prescrever um fármaco que vai aumentar o risco de queda, declínio cognitivo, hemorragia gastrointestinal...? Este fármaco que fazia todo o sentido há 10 anos atrás, na prevenção do enfarte ou AVC, ainda tem indicação? Todas estas questões devem estar na mente do médico que cuida do idoso, e não apenas como se trata a diabetes ou a DPOC.

Por tudo isto e muito mais, a geriatria está em falta na nossa sociedade. Todas as especialidades (excetuando a Pediatria!) contactam e contactarão cada vez mais com doentes

idosos, pelo que todos os médicos devem perceber de Geriatria. Não conseguimos abordar aquilo que desconhecemos, e por isso sinto que este estágio foi extremamente enriquecedor. Do lado de lá, deixo 3 meses repletos de muita aprendizagem, novas experiências e bons amigos.

Referências Bibliográficas:

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Ageing 2017 (ST/ESA/SER.A/408)
2. Denham M, The formative years of the British Geriatrics Society, Age Ageing. 2012 Nov;41 Suppl3:iii2-4. doi: 10.1093/ageing/afs126.
3. Oxford CityCouncil, <https://www.oxford.gov.uk/>, acedido em 1 de Abril de 2018
4. Mulley G. Geriatric medicine defined. London: British Geriatrics Society, 2010
5. Specialty training curriculum for Geriatric Medicine curriculum, Joint Royal Colleges of Physicians Training Board, August 2010(amendments 2016), United Kingdom

Pouco ajuda tratarmos uma pneumonia se o doente no fim do internamento vai estar tão descondicionado que vai passar o tempo acamado, aspirando novamente.

Notícia

Médico português selecionado para curso do NEJM

O *The New England Journal of Medicine* (NEJM) selecionou para um dos cursos que ministra anualmente, o jovem médico Miguel Bigotte Vieira, recém-especialista em Nefrologia e um dos membros da equipa gestora do projeto *Choosing Wisely Portugal - Escolhas Criteriosas em Saúde*. O curso será realizado entre 6 e 17 de maio em Boston, nos escritórios localizados na *Harvard Medical School*. Este curso é ministrado a apenas 8 candidatos por ano. Em 2019, além do representante português foram selecionados um australiano, um francês, dois americanos, um jovem de Singapura, um dinamarquês e um mexicano. O curso, intitulado *NEJM Trainee Course*, incide sobre publicação científica na literatura médica.





Conceição Silva

IFE Medicina Geral e Familiar
- USF Nova Salus (AceS Gaia)

Ser mãe interna...

Sou mulher, sou mãe e sou médica! Sou uma médica interna que decidiu ser mãe durante o internato. Estou a aprender a ser médica de família e estou a aprender a ser mãe de uma família. Da minha família.

A decisão pela maternidade durante o internato médico é definitivamente muito pessoal e certamente condicionada por diversos fatores, como por exemplo, a idade, a maturação relacional, os objetivos de vida a dois, a estabilidade financeira, o apoio familiar, entre outros. Na nossa classe profissional, acompanhando as tendências modernas sociodemográficas, a maternidade/paternidade vai sendo adiada para os trintas e quarentas, com todos os riscos conhecidos inerentes. Desta forma, ser mãe ou pai durante o internato médico nunca é uma decisão tomada de forma fácil ou de ânimo leve, nem livre de crítica ou julgamento. Segundo o estudo da Fundação Francisco Manuel dos Santos (março/2016) - "Determinantes da Fecundidade em Portugal", o nosso país apresenta uma das taxas de fecundidade mais baixas da Europa e do mundo! E esta taxa de fecundidade baixa está claramente relacionada com o adiamento da maternidade/paternidade. Em 2014, segundo o INE, a idade média com que a mulheres tinham o primeiro filho em Portugal era de 31,5 anos! E, naturalmente este adiamento da maternidade para o limiar da fecundidade acaba por condicionar o número de filhos tidos. Não pretendo alongar-me sobre as considerações e resultados deste estudo,

e recomendo vivamente a sua leitura, principalmente aos médicos de família. Na verdade, Portugal (e a Europa do Sul) apresentam provavelmente piores resultados ao nível das taxas de fecundidade por não se terem implementado medidas suficientes de incentivo da natalidade e proteção da maternidade/parentalidade, ao nível das medidas implementadas nos países da Europa do Norte e Central.

Porquê ser mãe durante o internato? A pergunta deveria ser, porque não? Pelo que apresento algumas vantagens para a maternidade/paternidade durante internato médico:

- Idade – ser pais na idade em que devemos ser pais e com isso diminuir os riscos das gravidezes tardias; diminuir o "gap" geracional entre pais e filhos também me parece imensamente vantajoso tanto para os pais como para os filhos.
- Garantia do gozo de uma licença de maternidade/paternidade pelos meses decididos pelo casal e cumprimento de redução de horário para amamentação – se o cenário laboral atual não proporciona aos atuais internos de especialidade grande estabilidade, o futuro pós-especialidade pode também não garantir estes direitos fundamentais, já que, é certo e sabido, que algumas entidades

patronais do privado não garantem estes direitos aos seus profissionais.

- Futura lista de utentes – ter filhos durante o internato de MGF evita ainda que a lista de utentes de que serei médica de família fique sem médico durante as tais licenças de maternidade, o que frequentemente coloca desafios de funcionamento e de cumprimento de indicadores das unidades de saúde familiares.

Ainda assim sublinho que ser mãe interna é arriscar...é arriscar ter menos tempo para dedicar ao internato e ao estudo, para ler uma NOC ou um artigo de revisão. É arriscar não conseguir dar resposta a todas as solicitações/participações em trabalhos necessários para o currículo. É arriscar, nos tempos que correm, a não ter uma nota final brilhante e com isso mobilizar uma família inteira

no final do internato, da sua área de residência para o local de colocação enquanto especialista. É arriscar sentir um Amor tão grande que nada mais parece ter importância! Ser mãe interna é também ganhar.... Ganhar muito! É ganhar uma experiência vivencial única e incrível, que nenhum livro ou artigo de revisão nos pode ensinar. É ganhar capacidade de priorização e de valorização. É compreender toda a experiência de uma gravidez, de um trabalho de parto e da parentalidade, reconhecendo que são experiências singulares, mas que permitem, a dada altura estabelecer uma ligação, um cordão umbilical com o/a utente sentada na nossa

consulta, facilitando todo processo comunicacional. É ainda ganhar uma capacidade de estabelecer uma empatia verdadeira e significativa com uma mãe ou pai perante uma dificuldade ou situação de doença de um filho...e sentir uma melhor aptidão para escutar, aconselhar e confortar. Ser mãe interna é reconhecer a imprevisibilidade do outro e do que acontece ao outro, mesmo quando é o nosso filho...e aprender a viver com ela! É ainda reconhecer que isto de ser mãe interna é coisa rara, mas elas existem, persistem e são indubitavelmente mulheres corajosas! Ser mãe enquanto interna de Medicina Geral e Familiar, ajudou-me e ajuda-me todos os dias a ser melhor médica de família!

Ainda assim sublinho que ser mãe interna é arriscar...é arriscar ter menos tempo para dedicar ao internato e ao estudo, para ler uma NOC ou um artigo de revisão. É arriscar não conseguir dar resposta a todas as solicitações/participações em trabalhos necessários para o currículo. É arriscar, nos tempos que correm, a não ter uma nota final brilhante e com isso mobilizar uma família inteira no final do internato, da sua área de residência para o local de colocação enquanto especialista. É arriscar sentir um Amor tão grande que nada mais parece ter importância!



Celeste Malpique

Psiquiatra / psicanalista

Bioética médica e suas implicações numa política de natalidade em Portugal

Ainda no âmbito de artigo de opinião publicado na edição anterior, proponho-me prosseguir abordando as implicações da bioética médica na fecundidade humana.

Esta área parece-me de grande atualidade em Portugal, pois é um dos países europeus com mais baixa natalidade e que regista, como sabemos, um generalizado e progressivo envelhecimento da sua população.

A consulta do www.pordata.pt (António Barreto) foi útil:

Em 2017 o nº de pessoas com mais de 65 anos era de 153,2, por cada 100 jovens, enquanto em 1961 era de 27,5

A idade média do casamento era, em 2000, de 25,7 anos, enquanto em 2015 passou a ser de 32,5 anos.

A idade média da mãe no primeiro filho era em 1990 de 27,1 anos e em 2017 passou a ser de 32 anos. O nº de divórcios passou 19,1 em 2000, para 22,5 em 2015.

Em 5 décadas o número de nascimentos em Portugal caiu para menos de metade, e é de 1,5 filhos por mulher, o que não permite renovar as gerações.

O número de IVG foi em 2016 de 15959 quando, em 2002, foi de 828 (antes do referendo de fevereiro de 2007, sobre a IVG, sabendo que a maioria dos abortos era clandestina ou praticada em instituições privadas nacionais ou no estrangeiro).

O número de famílias monoparentais aumentou de 25,7 em 2000, para 32,5 em 2015.

A APF informa que a maioria de Hospitais não tem consulta prévia para o abortamento e este é recusado com frequência por objeção de consciência do médico. As comissões de bioética dos hospitais não se têm empenhado nessa tarefa, embora tenham feito propaganda contra a IVG no referendo/2007. Há, pois, que promover políticas de natalidade a fim de tornar a sustentabilidade da Segurança Social viável. É ainda a este nível que as comissões de bioética médica devem ter um papel consultivo eficaz e, em certas circunstâncias, não se inibirem de uma função deliberativa. Na IVG e na PMA, com fundamentos éticos, médicos e psicológicos, podem mesmo intervir e não se ficar em simples aconselhamento que é sempre portador de mensagem moralizadora ambígua. É neste sentido que não concordo com a "objeção de consciência", o médico não tem de ter religião no exercício da sua profissão e tem que tratar todos os seus pacientes sem os discriminar (recusar, é discriminar) e avaliar as circunstâncias que se lhe deparam. Além do mais a resolução é da equipa pluridisciplinar e não apenas do médico, e tem fundamento jurídico. A consulta prévia, por equipa pluridisciplinar, deve ser obrigatória como estava previsto no referendo/2007.

O perfil demográfico resultante do aumento da lon-

gevidade em toda a Europa é preocupante em Portugal pela rapidez com que se instalou. O referendo sobre a IVG /2007 não teve influência significativa, pois essa tendência já se notava desde 1960.

Foi importante que se descriminalizasse a mulher que provocava o aborto clandestino em condições de risco e ficando refém de injustiça social gritante. A IVG passou a ser autorizada a partir das 10 semanas de gestação, com apoio do SNS; outras cláusulas foram incluídas, como malformação do feto, violação, risco de vida para a mãe, etc. A formulação é sensata e realista e não parece ter sido a causa da baixa natalidade.

Ou seja, temos de encontrar enquadramento socio-familiar para que o bebé humano nasça, cresça e se desenvolva de modo saudável e feliz. Dada a grande dependência e longa aprendizagem que o Homem tem de fazer, oferecer-lhe condições para que se realize. Técnicos das áreas da saúde materno-infantil, da saúde mental, da APF, da Segurança Social, da justiça devem integrar esta política de natalidade.

Como sabemos cada vez aparecem mais famílias provenientes de novas ligações, com filhos de ambos os cônjuges, famílias monoparentais com filhos adotados ou resultantes de PMA, etc. devem merecer a nossa atenção e vigilância pois tem implicações sociológicas, psicológicas e até, em minha opinião, a necessidade de uma maior intervenção da bioética médica. O fenómeno decorre dos avanços da biologia, da prática médica, e consequentes mudanças da estrutura e dinâmica da família humana.

Na perspetiva de uma bioética médica mais interventiva e menos utópica, ainda que sempre generosa, parece-nos de toda a atualidade encontrar e promover incentivos para uma política da natalidade que dê ênfase à vida, à saúde e ao bem-estar na família humana. Sabemos que a família mudou muito na sua estrutura e dinâmica, que a sexualidade se

libertou de preconceitos, que os avanços da biologia molecular permitiram o que há anos se julgava impossível.

Curiosamente sendo os mecanismos biológicos cada vez melhor conhecidos, alvo de experimentação e aplicação diversificada, devemos estar atentos para que não se perca a nossa especificidade humana, ou seja a nossa identidade (psicossexual e social) e a dignidade do nosso ser.

Sem entrar em considerações filosóficas ou religiosas, teremos de levar em linha de conta o valor afetivo das relações humanas. Não serão apenas os laços de sangue, os biológicos, mas os psicológicos e afetivos que se desenvolvem ao longo do crescimento, ou seja, ao longo do nosso ciclo vital, que estão em causa.

Em 5 décadas o número de nascimentos em Portugal caiu para menos de metade, e é de 1,5 filhos por mulher, o que não permite renovar as gerações.

O número de famílias monoparentais aumentou de 25,7 em 2000, para 32,5 em 2015.

Os fatores biológicos que estão na sua origem, tendem hoje a ser substituídos por laços afetivos e personificados. A biologia que tanto condiciona o sexo e até a personalidade de género, está hoje ao serviço das opções relacionais do par humano, na procura da liberdade e da satisfação. Daí decorre uma maior diversidade e instabilidade ao sabor das mudanças sociais da época atual. Os problemas relacionais e os conflitos não desapareceram, mas são diferentes. A Família como núcleo social humano fundamental não desapareceu e continua a satisfazer essa necessidade afetiva e social de transmissão de valores e competências geracionais, dá sentido à vida humana, veicula uma eternidade simbólica, continua a ser núcleo fundador da nossa civilização.



Catarina Isidoro Lopes

Interna de terceiro ano de MGF na USF
Arca d'Água, ACES Porto Oriental

Atividade física como medicamento, uma necessidade nos CSP

A prática regular de atividade física reduz as taxas de mortalidade por todas as causas. A inatividade física atinge a maioria da população portuguesa. Posto isto, desenvolveu-se uma Estratégia Nacional de Promoção da Atividade Física, perspetivando o “exercício como medicamento”. Os CSP deverão ser o ponto de partida, tendo o médico de família um papel crucial na implementação desta estratégia.

A prática regular de atividade física tem efeitos positivos cientificamente comprovados na saúde do cidadão. Está provado que a prática regular de atividade física reduz as taxas de mortalidade por todas as causas, doença coronária, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, síndrome metabólico, Diabetes Mellitus tipo II, cancro da mama, colorretal e próstata, depressão e quedas. Há também evidência forte para um efeito na aptidão cardiorrespiratória e muscular, no peso e composição corporal, na saúde óssea (prevenção de osteoporose), na funcionalidade (regulação do trânsito intestinal, redução da retenção hídrica) e autonomia física, e na função cognitiva (melhoria da qualidade do sono, diminuição do risco de demência, diminuição dos níveis de stress e ansiedade).

Apesar desta realidade, a nível mundial verifica-se um incremento exponencial do sedentarismo. Independentemente do nível de atividade física, períodos longos de comportamento sedentário estão associados a prejuízos para a saúde, como maior risco de mortalidade e surgimento de doenças crónicas e

cardiovasculares. À medida que os países se desenvolvem do ponto de vista económico, os níveis de inatividade aumentam. Em alguns países pode atingir 70%, devido à mudança nos meios de transporte utilizados, desenvolvimento tecnológico, valores culturais e urbanização. A inatividade física parece atingir cerca de 77% da população portuguesa. A nível cardiovascular a prática regular de atividade física melhora o funcionamento cardíaco e o perfil lipídico e diminui os níveis de glicemia e o estado pró-trombótico. Combinados estes efeitos reduzem significativamente o risco de doença coronária e a incidência de enfartes agudos do miocárdio e de hipertensão arterial. A nível pulmonar a prática regular de atividade física permite ter níveis de ventilação maiores, possibilitando uma melhor oxigenação dos tecidos. A nível músculo-esquelético a atividade física leva ao aumento da força e massa musculares, bem como da massa óssea. O fortalecimento muscular contribui para uma maior estabilidade articular e menor tendência a movimentos irregulares que podem resultar em lesões. A atividade física é

também benéfica para o sistema digestivo e, quando regular, estimula o peristaltismo e pode alterar a flora intestinal, diminuindo a produção de gás que ajuda a prevenir as doenças funcionais do tubo digestivo como a obstipação. A nível cutâneo a atividade física estimula o fluxo sanguíneo conduzindo a um incremento do aporte de oxigénio e nutrientes para os tecidos, nomeadamente, a pele. No sistema venoso e linfático há um aumento da drenagem, facilitando a excreção de toxinas e líquidos. Concomitantemente, ocorre a libertação de endorfinas, e com a prática regular, a diminuição dos níveis de cortisol. O decréscimo dos níveis de cortisol traduz-se numa redução dos níveis de stress, contribuindo para a melhoria de queixas de doenças cutâneas agravadas por este estado, como eczema e psoríase. Melhora também o acne, uma vez que diminui a oleosidade da pele. A nível cognitivo, verifica-se que com a prática de atividade física, há um aumento do fluxo sanguíneo cerebral, que conduz a libertação de substâncias promotoras do crescimento e reparação celular. Isto traduz-se em efeitos positivos ao nível das funções cognitivas cerebrais, melhorando o funcionamento das áreas da memória, aprendizagem, concentração, capacidade de planeamento e tomada de decisão. Estes efeitos acabam por retardar o envelhecimento precoce, diminuindo o risco de demências. A nível psicológico, a atividade física tem um efeito muito positivo porque ao aumentar a libertação de substâncias protetoras (serotonina, ocitocina, dopamina) ajuda a controlar os níveis de ansiedade e as variações de humor. Nas doenças depressivas e ansiosas pode atuar como protetor e/ou como adjuvante do tratamento. Nas doenças mais graves como esquizofrenia e bipolaridade, a atividade física pode contrariar a sintomatologia negativa. Por este motivo foi desenvolvida uma Estratégia Nacional de Promoção da Atividade Física na Área da Saúde, para a redução do sedentarismo e promoção do estilo de vida saudável, perspetivando o "exercício como medicamento". Recomenda-se que os adultos acumulem, pelo menos, 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada, ou 75 minutos de atividades vigorosas (ou uma combinação equivalente). Adicionalmente, devem praticar atividades que contribuam para melhorar

ou manter a força e resistência musculares, pelo menos, duas vezes por semana. As recomendações devem ser entendidas como uma meta a atingir e não como um rígido critério de diagnóstico ("ativo" / "não ativo"). Existem muitas formas de incluir mais atividade física no dia-a-dia. Os CSP, sendo o primeiro contacto dos utentes com o SNS, devem ser um dos principais impulsionadores desta nova Estratégia Nacional de Promoção da Atividade Física. Atendendo a todos os benefícios comprovados da prática de atividade física torna-se crucial a estimulação da mesma ao nível dos CSP, nomeadamente através dos médicos de família. O quotidiano do médico de família é marcado pela falta de tempo na consulta, devido à complexidade e lentidão dos vários programas informáticos utilizados, elevado número de utentes, múltiplas queixas por consulta, bem como tempo reduzido de cada consulta. Todos estes fatores levam a que muitas das vezes se descure a avaliação da atividade física dos utentes observados. Contudo, questionar se o utente pratica atividade física com regularidade deve ser uma prioridade, atendendo aos ganhos potenciais na promoção da saúde e prevenção e tratamento de diversas patologias. No programa de prescrição eletrónica (PEM), está disponível um sector de atividade física com vários guiões de atividade física, adaptados ao grau de atividade física de cada utente, que podem ser impressos na hora e dados ao doente ou então enviados por email. Trata-se de um gesto simples, que visa informar e motivar o utente para a prática de atividade física regular, ajudando a responsabilizar o utente pela sua saúde. É um novo desafio que surge ao nível dos CSP, associado a tantos outros já exigidos, mas que deve ser uma prioridade pelos ganhos em saúde que pode vir a trazer.

Referências Bibliográficas:

Programa Nacional para a Promoção da atividade física, 2016, DGS. Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease, 2010, Swedish National Institute of Public Health.



Maria João Antunes Neves

Interna de Formação específica
em Medicina Geral e Familiar na USF
Espinho

Startups, João Semana e os robots – Qual o lugar do médico?

A autora pretende lançar o repto sobre a reflexão do uso das *startups* e da robotização em medicina, o seu lugar na consulta e na relação médico-doente, a quem chegam estas ferramentas e como são usadas. Qual o papel do médico do futuro, o que há de novo na comunicação médico-utente, e que formação se deve oferecer a todos os profissionais no confronto com esta realidade?

Atualmente é cada vez mais frequente o uso de tecnologia na prática da medicina. Renunciar à sua utilização é semelhante aos lamentos do velho do Restelo. As *startups* estão aí! A questão que se coloca é se facto estão a ser usadas como facilitadoras de comunicação ou se estão a criar a primeira coartação de canal. Num futuro, não tão longínquo quanto isso, a robotização da medicina terá lugar para além da impedância das plataformas digitais? Que lugar terá o médico, física e burocraticamente, no processo de decisão clínica? Entre o João Semana do passado, as *startups* do hoje e os *robots* do futuro, qual o papel do médico?

Refletir sobre esta temática começa com a revisão sobre as características da nossa população – os nossos potenciais utentes. Num país onde a medicina física ainda não chega a todos; onde a difusão da rede não alcança uniformemente todos os sítios estaremos nós a capacitar uns em detrimento de outros? Ou a fundamentar ideologias e práticas autossuficientes sem revisão dos espe-

cialistas que fazem o seguimento destes doentes? Muitas das plataformas digitais permitem o acesso gratuito a todos os profissionais de saúde. Outras, pelo seu lícito financiamento, não chegam a todos. Muitas são para acesso dos doentes e dos profissionais. Quantas são certificadas?

As plataformas digitais nas várias figuras da sua materialização surgem para ajudar os profissionais de saúde, no sentido de prestarem melhores serviços à comunidade e para auxiliar os doentes com algumas das suas patologias. O doente real é uma panóplia de diagnósticos que se subcaracterizam nas idiossincrasias de cada um, e que se constrói holisticamente na vertente paramédica que está para além da patologia de base. O que é que o olho humano vê, que as plataformas digitais e os *robots* do futuro não têm acesso? O que é que as plataformas digitais e os *robots* do futuro captam que o olho humano não vê? Como criar pontes entre estas duas dimensões sem perder a singularidade de cada uma e o que resulta da co-

pulação de ambas? Qual o futuro da comunicação em saúde? Como evitar a *babelização* da inovação, e a inovação com descaracterização? Parece-me que a comunicação eficaz exige presença. Uma presença mais que física que permite a comunicação bilateral entre o médico e o utente, mas que se pode estender em ferramentas de gestão de saúde e de doença que devem ser alicerçadas também em *startups* e outras modalidades de inovação. A meu ver, o utente hoje ou no futuro necessitará sempre de um gestor da sua saúde, mas mais do que isso, de um médico capaz de colocar hipóteses de diagnóstico, que máquinas ou não, poderão corroborar com uso de algoritmos extremamente eficazes, sendo capaz de analisar o doente para além da doença. A acreditação destas ferramentas, a educação para o seu uso e a sua acessibilidade devem ser colocadas em consideração em qualquer momento de contacto médico-utente no sentido de esclarecer

dúvidas e promover o uso responsável de tais facilitadores. Sofrerá o médico do futuro a desmaterialização, tal como tem sido realizada a dos meios auxiliares de diagnóstico? Teremos lugar em hologramas? As *startups* já alteram as dinâmicas de algumas consultas. Que formação médico e utentes necessitam para repensar a comunicação em saúde sem a desumanizar?

Referências Bibliográficas:

- Acton, Annabel. *What You Need To Know About The Future Of Healthcare*. Forbes: julho 2017. Disponível em: <https://www.forbes.com>. Último acesso a 04.02.2019.
- Dinis, Júlio. *As Pupilas do Senhor Reitor*. Porto Editora. 11ª edição. 2011
- Feyerabend, Paul. *Contra o método*. Livraria Francisco Alves Editora. 3ª Edição. 1989
- Ramos, Vitor. *A Consulta em 7 passos*. Padrões Culturais Editora. 1ª Edição. Lisboa. 2008

Errata Homenagem a Barros Veloso



Na ROM nº 196 de março de 2019 na página 40 (intervenção de Damas Mora), onde se lê: «Se dúvidas houvesse quanto à elevação de caráter que Damas Mora reconhece no homenageado, dissipar-se-iam no que referiu em seguida: “há pessoas que pensam e nada fazem. São os técnicos (...)»

Deve ler-se: «Se dúvidas houvesse quanto à elevação de caráter que Damas Mora reconhece no homenageado, dissipar-se-iam no que referiu em seguida: “há pessoas que pensam e nada fazem. São os teóricos (...). Há os que fazem, mas não pensam e que são perigosíssimos! ‘Não há nada mais ameaçador do que um estúpido ativo!’, dizia-nos Goethe. (...) E há gente que pensa e que faz coisas.

O meu amigo pertence a este último grupo: o Dr. Barros Veloso, pensa e faz. Não se limita a ler, escreve e publica. (...)»



José M D Poças

Médico, internista e infeciologista

A relação médico-doente, uma relação ímpar, assente em três incontornáveis pilares: A ética, a empatia e a confiança

Gostaria, de uma forma algo metafórica, desenvolver resumidamente aquilo que, estou convicto, ficou subjacente a alguns pensamentos que considero virem inteiramente a propósito do tema sobre o qual me proponho deter. Começaria pela escritora francesa Anais Nin (1903-1977) que afirmou, lapidariamente, que *"cada contacto com um ser humano é tão único, tão precioso, que o devemos saber preservar"*. Dificilmente alguém poderia ter escrito algo que tão bem se pudesse aplicar à temática da relação entre o profissional que tem ética e historicamente a maior responsabilidade no diagnóstico, no tratamento e no acompanhamento clínico dos males que afligem o Ser Humano, ou seja, o médico. Na realidade, é a este profissional e aos seus doentes, melhor do a quaisquer outras pessoas, que o sentido verdadeiro desta afirmação pode ecoar bem fundo, quando logicamente aplicada aos contextos da saúde e da doença.

Outros dois génios da Humanidade, Charles Chaplin (1889-1977), um apreciadíssimo ator, realizador de comédias, e também compositor inglês desde o tempo do cinema mudo, e, Albert Einstein (1879-1966), um célebre físico alemão, fugido a tempo do martírio que o esperaria nas câmaras de gás dos campos de concentração e de extermínio do hediondo Holocausto nazi, afirmaram, respetiva-

mente, *"mais do que maquinaria, nós necessitamos de humanismo; mais do que clarividência, nós necessitamos de cordialidade e de afetuosidade. Sem estas qualidades, a vida será violenta e tudo estará perdido"*, e, *"o espírito humano deve prevalecer acima da tecnologia"*.

É por demais óbvio que o desenvolvimento tecnológico jamais deixará de se aperfeiçoar, e que o mesmo trouxe (e trará ainda) novos e substanciais benefícios para toda a Humanidade, pelo que não é desejável, nem sequer possível, pretender que seja meramente suspenso, tal como também pensar em negar a evidência clara das suas reconhecidas virtualidades. Apenas se pretende chamar a atenção que a sua utilização, no contexto do ato médico e da relação médico-doente, deve vir no decurso de um trajeto traçado a dois e com a necessária lógica e coerência, mas jamais no princípio ou no fim do mesmo, ou sequer fruto de uma decisão solitária e divorciada do respeito que é devido à vontade expressa e esclarecida do doente, ainda que supostamente bem-intencionada.

Tal como disse numa conferência que proferi na abertura de umas Jornadas Médicas realizadas em Fevereiro do corrente ano, em homenagem ao colega Luís Caldeira, falecido na semana anterior, esta relação, com características tão identitárias, deve

ser uma relação entre iguais, ou seja, enquanto o Homem for o Ser que hoje conhecemos (com a capacidade de se emocionar, de se condoer, de se indignar, de transportar um notável conjunto de valores civilizacionais acumulado ao longo de inúmeras gerações, de ter a capacidade de fazer opções e julgamentos de natureza ética com base nos mesmos, e de possuir corpo e espírito) deve ser tratado por alguém com os idênticos atributos. Quando vier, eventualmente, um destes dias, num futuro mais ou menos longínquo, a ser um ente biônico, fará então todo o sentido que seja tratado por um *robot* e não por alguém originado e criado por seres semelhantes, logo, perecível, falível, e de uma tosca amálgama de pelos, pele, carne, osso, nervos, sangue e alma feito, porque esse é o magma onde assenta a bela e imperfeita estrutura da condição Humana.

Até lá, só será exigível que a tecnologia seja (adequadamente) utilizada como meio. Mas não como um fim em si

mesmo, dado que, como diz o venerando colega Mário Moura num texto cheio de provocantes interpelações, "*olhos nos olhos*" e "*pele com pele*" é algo simultaneamente tão singelo, tão intuitivo e tão transcendente, que é capaz, por si só, de comportar um insubstituível valor terapêutico e civilizacional intrínseco,

quer do ponto de vista estritamente médico ou psicológico, quer antropológico e, mesmo, filosófico. Algo que, jamais, o frio contacto do Homem com a máquina poderá propiciar.

Por outras palavras, mas com sentido equivalente, se bem que se tenha que reconhecer o indiscutível impacto positivo que os avanços científicos têm propiciado no campo do tratamento dos problemas de saúde do Ser Humano, não deixa de ser igual-

mente verdade que a atividade clínica está cada vez mais a ser (indevidamente) subalternizada perante o avanço cego e esmagador da tecnologia, bem como espalhada pelas exigências absurdas da burocracia imposta pelas mais diversas hierarquias institucionais. Assim, a semiologia, foi sendo progressivamente desvalorizada, ao ponto de ter deixado de ocupar o lugar cimeiro de que não deveria jamais ter sido apeada, ou seja, de primeira peça indispensável para orientar a requisição criteriosa dos meios auxiliares e para a formulação de um prévio diagnóstico diferencial assertivo, sendo ainda infelizmente preterida como meio privilegiado da aproximação emocional entre as pessoas do médico e do doente.

Esta filosofia de atuação, favorece a prática da vulgarmente denominada medicina defensiva que, embora até tenha alguma razão de existir hoje em dia, fruto dos justificados receios do clínico poder vir a sofrer uma acusação de má prática no exercício

... , é fundamental realçar-se que, para além do clínico jamais dever abandonar o seu doente, mesmo que a patologia que o afete não tenha cura ou tratamento farmacológico ou cirúrgico específico acessível, impõe-se que aquele saiba sempre confortá-lo, incutir-lhe esperança, bem como contribuir para que aceite e compreenda a natureza da doença de que padece e, mesmo, se for o caso, a sua própria morte.

profissional (embora frequentemente infundada, mas que não deixa, mesmo assim, de colocar em causa a sua competência e reputação pessoais), por deixar alegadamente passar a oportunidade de ter conseguido chegar ao diagnóstico certo, constituiu-se, na globalidade, como um fator reconhecidamente nefasto, estando, então, em parte, na base do vertiginoso acréscimo dos gastos na prestação dos cuidados de saúde. Indiretamente, contribui ainda

para colocar em causa a sustentabilidade financeira dos sistemas vigentes de um número de países cada vez mais numeroso, que inclui, logicamente, o nosso também.

É que requisitar acriticamente um qualquer exame auxiliar de diagnóstico é, certamente, menos demorado (mas, frequentemente, menos eficaz) do que fazer um exercício sensato de diagnóstico diferencial, com base nos dados anamnéticos, epidemiológicos e da semiologia clínica. O que requer o tempo e uma capacidade de desenvolver empatia e induzir confiança que, médicos em verdadeiro estado de "burnout", pressionados por soez *bullying* economista e estatístico, e literalmente esmagados por uma terrível e obscena miríade de sistemas informáticos pouco amigáveis do utilizador, jamais serão capazes de dispor e de promover!

É, então, iminentemente necessário retomar uma certa tradição de respeito pela hierarquia baseada na experiência profissional, nos conhecimentos científicos sólidos, nas capacidades de transmissão inter-geracional dos saberes e no estabelecimento de relações inter-humanas empáticas, e de confiança e de respeito mútuos, solidamente assentes, tanto na ética e na deontologia profissionais, como no venerando acervo de valores herdados dos nossos intemporais Mestres, porque, a Medicina, ou é do Homem para o Homem, ou não poderá sequer jamais usar esse milenar epíteto.

Citemos, a finalizar, Albert Schweitzer (1875-1965), prémio nobel da paz, médico, filósofo, teólogo e organista, alsaciano alemão de nascimento. Este grande humanitarista afirmou, em perfeita consonância com uma vida, em grande parte, dedicada à causa dos doentes mais carenciados do Gabão, país africano onde se radicou, que *"o objetivo da vida humana é o de servir e mostrar compaixão e vontade de ajudar os outros"*. Não querendo, obviamente, com esta citação, fazer supor que todos os médicos se tenham literalmente que despojar de todos os seus bens materiais e que só sirvam apenas as nobres causas dos

mais pobres, não deixa de ser também verdade que, em todos os contextos, exercer a verdadeira arte médica, implica, de uma certa maneira, ter como objetivo prioritário, colocarmo-nos ao serviço das grandes causas da Humanidade, exibindo sempre uma genuína compaixão para com o nosso semelhante fragilizado pela doença, para assim podermos melhor ajudar a minorar o sofrimento de TODOS os Seres Humanos deste planeta.

Neste sentido, é fundamental realçar-se que, para além do clínico jamais dever abandonar o seu doente, mesmo que a patologia que o afete não tenha cura ou tratamento farmacológico ou cirúrgico específico acessível, impõe-se que aquele saiba sempre confortá-lo, incutir-lhe esperança, bem como contribuir para que aceite e compreenda a natureza da doença de que padece e, mesmo, se for o caso, a sua própria morte. Sem que, em paralelo, nunca deixe de reconhecer a valia de dois inalienáveis princípios éticos: o dever de informar com adequação, e de forma inteligível e adaptada à personalidade do doente, tanto o prognóstico provável, bem como as alternativas terapêuticas existentes, a sua eficácia e a

"o objetivo da vida humana é o de servir e mostrar compaixão e vontade de ajudar os outros".

Albert Schweitzer (1875-1965), prémio nobel da paz, médico, filósofo, teólogo e organista

toxicidade expectável, mas sem jamais esquecer, ainda, que ao mesmo lhe assiste, igualmente, o direito de se recusar a receber tal tipo de informações, desde que o tenha convicta e livremente manifestado ao seu médico assistente. O que, infelizmente, por vezes, é esquecido ou desvalorizado, e está na base, em parte, de atroz, mas evitável sofrimento físico e psicológico de alguns enfermos, nos derradeiros momentos de vida.



Nelson Rodrigues

Presidente da Sub-região de
Viana do Castelo

Utente, cliente, doente, paciente: o melhor é falar em pessoas!

O autor partilha em formato de “carta aberta”, num tom intimista, tendo como pano de fundo a relação médico-doente, algumas questões sobre a ética, razão e estética, desenhando a responsabilidade e o prazer do que é ser médico.

Caros Colegas Internos da Formação Geral e Específica

Esta missiva destina-se, essencialmente, a vós, a quem hoje* fazemos esta receção. Todavia, também se destina a todos os meus colegas e, certamente, aqui para nós, particularmente para mim.

Vou centrar-me na relação médico-doente. Nos últimos anos, aquele que consulta o médico adquiriu vários nomes, utente, cliente, etc., etc. – classicamente chamado de doente, paciente. O melhor, no meu entender, é falar em pessoas. E à relação, proponho que se chame relação médico-consulente, pois consulente significa: *que ou pessoa que consulta*, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora.

A ideia desta carta surgiu-me ao ler o livro do professor Carlos Ribeiro, ex-bastonário da Ordem dos Médicos, *“Ser Médico – Cartas aos Jovens Médicos”*. Título que provocou um chamamento à sua leitura. Imediatamente, pressupus que o autor se inspirou, (o que não é possível confirmar no livro), na leitura das *“Cartas a Um Jovem Poeta”* de Rainer Marie Rilke, considerado um dos grandes poetas alemães. Neste opúsculo está compilada a correspondência trocada com Franz Kappus aspirante a poeta, onde Rilke lhe dava alguns conselhos para ser poeta, poetar. Tudo isto aguçou-me o espírito e moveu-me a vontade; concretizei a sua leitura. Em boa hora o fiz!

Meus caros: quem domina a relação médico-consulente, domina a consulta e estabelece com as pessoas um contacto gratificante para os dois, naturalmente mais profícuo para quem procura o médico.

A relação médico-consulente é a linguagem que per-

mite o entendimento adequado entre ambos. Ambos falam a mesma língua, caso contrário, o contacto que se faz é idêntico ao relato bíblico sobre a Torre de Babel: *“Após a sua construção, Deus confundiu a língua dos homens colocando-os a falar várias línguas, para que não se entendessem.”*

Mas qual a base desta relação médico-consulente?

Uma pessoa procura outra, que tem determinados saberes para a ajudar a resolver aquilo que a apoquentava. Uma relação singular, que tem por base o sigilo, isto é, aquilo que ali se passar ou for dito não será transmitido a outrem. Garantia básica para que a pessoa se “abra”. O médico acolhe uma pessoa, seu semelhante e, torna-se seu confidente. Agora, recorro a Agostinho da Silva, cito: *“Penso que todo o homem é diferente de mim, e é único no Universo que não sou eu, por conseguinte, que tem de refletir por ele, não sou eu que tem de traçar o seu caminho, com ele só tenho um direito, que é ao mesmo tempo um dever, o de o ajudar a ser ele próprio.”*

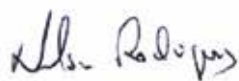
O exercício da medicina é o exercício da compreensão e não o do julgamento. Uma boa comunicação torna o médico mais eficiente, aumenta o grau de satisfação do consulente. Muitas vezes parece-nos que não, mas o comportamento do médico tem impacto. A medicina deve ser baseada numa relação técnico-científica humanizada e personalizada. Um clínico tem de dominar conhecimentos técnico-científicos, regras de comunicação e, gostar de pessoas. Se não gosta aprende a gostar. Sim, é possível aprender a gostar. E... um condimento fundamental: ser um homem culto. Culto? (Perguntais). Sim, culto porque a cultura refe-

re-se à atividade humana ou com ela relacionada. O médico culto conhece melhor a espécie humana e, a sua circunstância, compreende-a e gosta dela. O que lhe permite melhor entender o seu consulente e, como tal, melhor ajudá-lo. O fundamento da consulta... E... se aquele que o procura lhe causa um mal-estar, por vezes, aversão visceral; ao ser um homem de cultura aceita esta circunstância, procura entender o porquê de tal sentir e, do seu semelhante ser como é; entretanto a consulta flui, sem o consulente saber da tempestade, que, por vezes, assola o médico. Sim, somos humanos, de quando em quando, o que sentimos não é lá grande coisa. Nessa altura, lembra-te para onde deves de ir, deves de estar... muda e perdoa-te, pois só assim conseguirás melhorar.

Não poderia deixar de citar aquele que me inspirou na escrita desta carta, o professor doutor Carlos Ribeiro. Muito haveria a reproduzir, fico-me por estas: *"A qualidade do ato médico diminuiu principalmente ao ter diminuído a capacidade de comunicação dos médicos"; "Quem o consulta é uma pessoa, quem o procura é um nosso semelhante... não aceite ser médico de radiografia, de hemograma, de eletrocardiograma, de ressonância magnética"; "Faça entender que a coloca no centro das suas preocupações e no lugar cimeiro do ato médico"; "Só ouve quem tem consideração para com o próximo. Ouvir com atenção o Outro é uma forma de altruísmo"; "Pela sua saúde física e mental e também pela do seu doente, ria, mostre o seu lado humano, utilizando o humor como uma ferramenta importante e útil do ato médico"; "Os conhecimentos científicos voam com o tempo, os comportamentos no desempenho profissional geralmente ficam."; "A maioria dos processos contra médicos devem-se a erros na comunicação cometidos pelo médico, quanto mais e melhor comunicação existir, menos judicialização e protestos existem."*

Por todo o valor que tem a relação médico-consulente, que aqui vos tentei expor, foi proposto à UNESCO que esta seja considerada património imaterial da humanidade. Uma proposta feita pela nossa Ordem dos Médicos e pela espanhola - que todos devemos apoiar. Estou a terminar, e como tal, vamos falar um bocadinho de nós. No condimento que compõe o médico devem entrar, além do acima abordado: simpatia, compreensão, confiança, humildade e sensatez. Nas referências que fiz, e como estou a falar de pessoas, não podia faltar o "Pessoas", sim, porque o Fernando Pessoa foi várias. Este dizia que *"O binómio de Newton é tão belo como a Vénus de Milo"*. Compreen-

do-o perfeitamente. Porém, para mim as palavras de Tinsley Harrison publicadas no primeiro "Harrison" em 1950, e republicadas nas edições sucessivas, são tão belas como o binómio de Newton e a Vénus de Milo. Porquê? Porque estamos a falar de dimensões distintas: ética, razão e estética. E o que disse o Tinsley? *"Não há maior oportunidade, responsabilidade, ou obrigação que um ser humano pode receber do que ser médico. Na assistência aos que sofrem, ele precisa de competência técnica, conhecimento científico e compreensão humana. Aquele que usar isto com coragem, humildade, e sabedoria prestará um serviço único ao seu semelhante, e construirá um edifício perene de carácter dentro de si. O médico deve pedir do destino não mais do que isto; não deve contentar-se com menos. Tato, simpatia e compreensão é esperado do médico, para o paciente ele não é uma mera coleção de sintomas, sinais, funções alteradas, órgãos lesados, e emoções perturbadas. Ele é humano, apreensivo, esperançoso, procurando alívio, ajuda e novas garantias. Para o médico, tal como para o antropologista, nada do que é humano é estranho ou repulsivo. O misantropo pode ser um perito no diagnóstico da doença orgânica, mas dificilmente pode ter sucesso como médico. O verdadeiro médico tem uma curiosidade Shakespeariana para com o sensato e o néscio, o orgulhoso e o humilde, o herói estoico e o choro do velhaco. Ele cuida de pessoas."* Creio que esta deve ser a nossa referência e, com ela, termino. Um abraço de amizade.



* Este artigo reproduz a comunicação feita pelo autor, na receção aos médicos internos em Viana do Castelo, no dia 21 de fevereiro de 2019.

Referências Bibliográficas:

- Carlos Ribeiro - Ser Médico - Cartas aos Jovens Médicos. Lisboa: Círculo de Leitores 2018.
- Dicionário da Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora 2015.
- Enellew, Allen J; Forde, Douglas L; Smith, Kenneth Brummel - Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente. 4ª edição, Lisboa: Clempsi Editores 1999.
- Harrison, Tinsley et al. - Harrison's Principles of Internal Medicine. 1th edition, 1950.
- Myerscouch, Philip R - Como Comunicar com os Doentes. Mem Martins: Publicações Europa- América 1989.
- Nunes, José M Mendes - Comunicação em Contexto Clínico. Lisboa: Bayer HealthCares 2007.
- Pina, J A Esperança - A Responsabilidade dos Médicos. 2ª edição Lisboa: Lidel 1998.

Bial



Keeping
life in
mind.

Existimos desde 1924
para lhe proporcionar mais e melhor saúde.
Cuidar da sua **vida**,
mais do que uma missão, é um **sonho**.
Um sonho hoje tão ou mais vivo do que quando começou.
E sabemos que a melhor forma de o realizar é inovando.
A **inovação** é a energia que alimenta o sonho.
Que nos mantém a **investigar novos medicamentos**.
Que nos mantém presentes em quase todo o **mundo**.
Sempre **ao serviço da sua saúde**.

95
YEARS

www.bial.com

Ande para
todo o lado.
Nós tratamos
da proteção.



**oferta
1 trotinete
elétrica**

campanha válida
até 30/06/2019



ageas saúde
seguros
casa⁺ ou vida



linha de apoio exclusivo a Médicos
217 943 027 | 226 081 627
dias úteis, das 8h30 às 19h00
medicos@ageas.pt
www.ageas.pt/medicos

Contacte um Mediador Ageas Seguros
ou aceda a **www.ageas.pt/campanha-trotinete**
para conhecer mais detalhes da campanha.

PUB. (04/2019). Não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida e das condições da campanha em www.ageas.pt/campanha-trotinete.

Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A.
Sede: Rua Gonçalo Sampaio, 39, Apart. 4076, 4002-001 Porto. Tel. 22 608 1100
Matrícula / Pessoa Coletiva N.º 503 454 109. Conservatória de Registo Comercial do Porto. Capital Social 7.500.000 Euros

Ageas Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A.
Sede: Edifício Ageas, Av. do Mediterrâneo, 1, Parque das Nações, Apart. 8063, 1801-812 Lisboa. Tel. 21 350 6100.
Matrícula / Pessoa Coletiva N.º 502 220 473. Conservatória de Registo Comercial de Lisboa. Capital Social 10.000.000 Euros



www.coloradd.net