

Insegurança no local de trabalho
ameaças e agressões a médicos duplicam - pág. 22



OM destaca o bom exemplo de Castelo Branco
Aposta na MGF faz a diferença
pág. 43

Lisbon
Mummy Project
- pág. 51

PRESIDENTES DOS COLEGIOS DAS ESPECIALIDADES

ANATOMIA PATOLÓGICA: Pedro Oliveira
 ANESTESIOLOGIA: Paulo Ferreira de Lemos
 ANGIOLOGIA / CIRURGIA VASCULAR: José Fernandes e Fernandes
 CARDIOLOGIA: Mariano Pego
 CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: José Monterroso
 CIRURGIA CARDIOTORÁCICA: Manuel Antunes
 CIRURGIA GERAL: Pedro Coito
 CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho
 CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paolo Casella
 CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA: Vítor Fernandes
 DERMATO - VENEREOLOGIA: Manuela Selores
 DOENÇAS INFECCIOSAS: Fernando Maltez
 ENDOCRINOLOGIA - NUTRIÇÃO: Mário Rui Guerreiro Mascarenhas
 ESTOMATOLOGIA: Rosário Malheiro
 FARMACOLOGIA CLÍNICA: Henrique Luz Rodrigues
 GASTRENTEROLOGIA: José de Almeida Berkeley Cotter
 GENÉTICA MÉDICA: Jorge M. Saraiva
 GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA: João Silva Carvalho
 HEMATOLOGIA CLÍNICA: Alexandra Mota
 IMUNOALERGOLOGIA: Elza Tomás
 IMUNOHEMOTERAPIA: Luísa Pais
 MEDICINA DESPORTIVA: Paulo Beckett Rodrigues
 MEDICINA FÍSICA E DE REabilitaçãO: Cecilia Vaz Pinto
 MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques
 MEDICINA INTERNA: António Martins Baptista
 MEDICINA LEGAL: Francisco Corte Real
 MEDICINA NUCLEAR: Maria do Rosário Vieira
 MEDICINA DO TRABALHO: José Eduardo Ferreira Leal
 MEDICINA TROPICAL: José Lopes Martins
 NEFROLOGIA: João Ribeiro Santos
 NEUROCIRURGIA: Nuno Maria Salema Pereira dos Reis
 NEUROLOGIA: José Fernando da Rocha Barros
 NEURORRADIOLOGIA: João Abel Marques Xavier
 OFTALMOLOGIA: Rui Daniel Mateus Barreiros Proença
 ONCOLOGIA MÉDICA: Maria Helena Gervásio
 ORTOPEDIA: Paulo Felicíssimo
 OTORRINOLARINGOLOGIA: Artur Condé
 PATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Cirne Carvalho
 PEDIATRIA: José Lopes dos Santos
 PNEUMOLOGIA: Henrique Queiroga
 PSIQUIATRIA: Luiz Carlos Viegas Gamito
 PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA: Pedro Monteiro
 RADIOLOGIA: Maria Amélia Ferreira Estevão
 RADIONCOLOGIA: Ângelo Oliveira
 REUMATOLOGIA: José António de Melo Gomes
 SAÚDE PÚBLICA: Pedro Serrano
 UROLOGIA: José Palma dos Reis

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro
 CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: José Filipe Farela Neves
 ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão
 EEG/NEUROFISIOLOGIA: Maria Regina Brito
 GASTRENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: Jorge Amil Dias
 HEPATOLOGIA: Rui Tato Marinho
 MEDICINA INTENSIVA: Rui Paulo Moreno
 MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge
 NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Fernando Rosa
 NEONATOLOGIA: Daniel Virella
 NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira
 ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: Maria José Ribeiro
 ORTODONCIA: Teresa Alonso

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

ACUPUNCTURA MÉDICA: João Pires
 EMERGÊNCIA MÉDICA: Carlos Mesquita
 GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: José Pedro Moreira da Silva
 HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira
 MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes
 MEDICINA FARMACÊUTICA: Ana Maria Nogueira
 MEDICINA HIPERBÁRICA: Oscar Camacho



Os Médicos portugueses estão em burnout

“O médico, que lida no quotidiano com populações em distresso, também é pessoa, e precisa interiorizar que o é, bem como quais os limites entre a sua profissão e a esfera privada” (Maria Antónia Frasquilho, 2005)

“In time, perhaps these and other measures will help doctors to do what they do best: save lives, beginning with their own” (Eva Schernhammer, 2005)

Há dois anos escrevi um pequeno texto sobre *burnout* na minha crónica quinzenal do Correio da Manhã, chamando a atenção para a gravidade do problema, a propósito de um estudo feito nos EUA (Shanafelt et al. Arch Intern Med. 2012; 172: 1377), que demonstrou que os médicos sofrem mais de esgotamento/exaustão (*burnout*) do que outros trabalhadores.

Segundo os autores, “o facto de que quase 1 em cada 2 médicos

ter sintomas de esgotamento implica que as origens do problema têm raízes no ambiente do sistema de saúde mais do que nas características de indivíduos mais suscetíveis”.

Mais de um terço dos médicos tinha sintomas de exaustão emocional e acima de um quarto evidenciava um alto nível de despersonalização. Os sinais eram mais graves na Medicina Interna, Medicina Familiar e Medicina de Emergência.

Dois factores que pareciam potenciar consistentemente o *burnout* eram a falta de controlo ou de autonomia e a falta de sentido clínico daquilo que os médicos são obrigados a fazer, como a interminável e saturante burocracia, muita da qual devia ser cumprida por outros profissionais, com óbvios ganhos de *performance* das instituições.

“Os responsáveis da política de saúde e as organizações de saúde têm de lidar com o problema do

burnout dos médicos, em defesa da saúde dos médicos e dos seus doentes", escreveram os autores do estudo, especialistas da Mayo Clinic.

Uma excelente revisão sobre *stress* e *burnout* médico foi publicada por Maria Antónia Frasquilho na Acta Médica Portuguesa (AMP, 2005; 18: 433), cuja leitura se recomenda.

Conceptualmente, o *burnout* é uma síndrome que consiste em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixo nível de realização e desempenho. A sua importância nos profissionais de Saúde, incluindo os médicos, tem vindo a ser cada vez mais reconhecida e estudada.

Cerca de um terço a metade dos médicos de várias especialidades experencia pelo menos uma das dimensões do *burnout*, devido à exposição a um elevado nível de *stress* e aos riscos próprios da complexidade e sensibilidade da profissão, bem como as longas horas e a elevada carga de trabalho.

O *burnout* dos médicos está associado a baixa satisfação no trabalho, diminuição da saúde mental, perturbação na qualidade da assistência aos doentes e diminuição da produtividade, com um enorme impacto quer no sistema de saúde quer no médico individual.

Por tudo isto, no final do artigo no Correio da Manhã apelava ao Ministro da Saúde para que percebesse que os médicos não são máquinas capazes de trabalhar continuamente e de suportar altas cargas de trabalho, de *stress* e de burocracia sem entrarem em exaustão e sem cometerem erros, pelo que o descanso compensatório, entre outras questões, era essencial.

Finalmente os descansos compensatórios foram reintroduzi-

dos, se bem que muitas administrações hospitalares continuem a levantar inaceitáveis dificuldades à sua efectiva implementação, alegando falta de médicos e aumento dos custos.

É curioso como, perante a afirmação do Ministro da Saúde de que há mais médicos no SNS, se venha agora alegar dificuldades de cumprimento de uma regra, que era respeitada antes de 2011, por falta de recursos humanos! Contradições habituais da demagogia política... E sendo as horas extraordinárias actualmente pagas por um valor tão ordinário, certamente o argumento do aumento de custos também não pode ter um acolhimento aceitável.

É bom que todos percebam que os descansos compensatórios visam proteger a segurança do doente e reduzir o risco de esgotamento dos médicos, duas situações particularmente gravosas. Como no Ministério da Saúde parece prevalecer a idolatria da folha de excel, qual bezerro de ouro do êxodo judaico, vale a pena trazer ao conhecimento do Ministro da Saúde um trabalho canadiano sobre o custo do *burnout* nas reformas precoces e na redução de horas clínicas de trabalho (Dewa et al. BMC Health Services Research 2014; 14: 254), para que os novos adoradores do dinheiro possam perceber que o *burnout* é uma doença séria e acarreta enormes prejuízos económicos, pelo que deve ser encarado com honestidade e frontalidade.

Este estudo verificou que o custo do *burnout* para todos os médicos exercendo no Canadá era de 213,1 milhões de dólares (soman-do as reformas antecipadas e a redução de horas de trabalho). Os Médicos de Família contri-

buíam para 58,5% dos custos do *burnout*, seguidos pelos cirurgiões com 24,6% e outros especialistas com 16,6%.

Os autores concluíram que os custos do *burnout* associados às reformas antecipadas e redução de horas clínicas de trabalho são substanciais e que uma proporção significativa dos médicos apresenta sintomas de *burnout*. Acrescentam ainda que, como os sistemas de saúde lutam com falta de médicos e aumento das listas de espera, esta análise lança luzes sobre a extensão em que esta sobrecarga poderia ser potencialmente reduzida através da prevenção e da promoção de medidas para enfrentar o *burnout* médico.

Sem sensibilidade e sem interesse para a gestão correcta dos recursos humanos da Saúde, o Ministério instalou a confusão e arrastamento nos concursos de provimento e conduziu uma profunda desqualificação do trabalho médico, uma degradação imensa das condições de trabalho, uma burocratização inacreditável dos processos em Saúde e uma perseguição mesquinha aos médicos (não incluo nesta apreciação o justíssimo combate à fraude e à corrupção), espremendo violentamente o sumo de laranja até à casca.

As inevitáveis e previsíveis consequências estão aí: emigração em crescendo, reformas antecipadas, recusa de mais horas de trabalho, abandono do SNS para o sector privado, desmotivação e desinteresse. Haverá inteligência suficiente no Ministério da Saúde para compreender esta realidade e corrigir os erros cometidos?.... Agora que a taxa de feminização da medicina está a atingir os 66% entre os jovens médicos, é extremamente relevante avaliar

o impacto do *burnout* nas médicas. Foi o que fez um estudo húngaro, que investigou o impacto do exercício da profissão e do *burnout* na saúde reprodutiva da mulher (Győrffy et al. BMC Women's Health 2014; 14: 121). As conclusões não podiam ser mais devastadoras.

Comparando com uma população controlo, as mulheres médicas, durante a idade reprodutiva, tinham um intervalo *time-to-pregnancy* superior a um ano em 18,4% dos casos versus 9,8% dos controlos e tinham uma maior probabilidade de uma gravidez de alto risco (26.3% vs 16.3%) de necessitarem de tratamento da infertilidade (8.5% vs 3.4%) e de sofrerem um aborto espontâneo (20.8% vs 14.6%). Ao mesmo tempo, as mulheres que sofriam problemas reprodutivos tinham um maior risco de desenvolverem *burnout*. Em consequência, a melhoria das condições de trabalho e a prevenção do *burnout* entre as mulheres médicas são objectivos igualmente importantes.

O problema estende-se a todo o mundo. Um estudo em Shanghai verificou que 60,6% dos médicos apresentava um nível ligeiro e 5,9% tinham um grau severo de *burnout* (Wang et al. J Occup Health 2014; 56: 73). Os médicos mais jovens, com um menor grau de formação, solteiros, com pouca experiência, que trabalham em grandes hospitais, que têm uma elevada carga de trabalho e/ou que trabalham por turnos são mais susceptíveis ao *burnout*. Esta é uma realidade que o Ministério da Saúde e as Administrações Hospitalares fazem por ignorar, sobrecregendo inaceitavelmente os Médicos Internos com turnos de urgência!

Vale a pena ler o artigo "From

Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider" (Bodenheimer et al. Ann Fam Med 2014; 12: 573). Nele, os autores chamam a atenção para o facto do Triplo Objectivo – melhorar a experiência dos doentes, aumentar a saúde da população e reduzir os custos – introduzido por Donald Berwick, ser actualmente aceite de forma generalizada como o compasso para optimizar o desempenho dos sistemas de saúde. Todavia, os médicos e os outros profissionais de saúde relatam uma generalizada insatisfação e exaustão! Ora, a exaustão está associada a

É bom que todos percebam que os descansos compensatórios visam proteger a segurança do doente e reduzir o risco de esgotamento dos médicos, duas situações particularmente gravosas.

uma menor satisfação dos doentes, piores resultados em saúde e aumento dos custos. Por isso, é recomendado que se passe do Triplo para o Quádruplo Objectivo, adicionando a preocupação de dar mais atenção e melhorar a vida dos profissionais de saúde. Será que o Ministério tem a perspicácia suficiente para entender que para proteger os doentes é necessário preservar a saúde dos médicos e de todos os profissionais de saúde? Que se continuar a tratá-los como até aqui, cada vez terá mais médicos a reformarem-se antecipadamente, a emigrarem, a sair para o sector privado, a recusar fazerem mais horas e a pedir dispensa do serviço de urgência aos 50 e 55 anos? Desconhecerá o Ministério da Saúde

um dos mais velhos ditados populares, uma filosofia blindada pelo saber do tempo e da experiência, que “não é com vinagre que se apanham moscas”? Associada ao *burnout* está uma taxa de suicídios entre os médicos mais elevada que na população geral (Schernhammer. N Engl J Med, 2005; 352; 24). Esta diferença começa logo nas escolas médicas, onde a taxa de suicídios também é mais elevada que nos jovens de idade correspondente. Os resultados combinados de 25 estudos demonstram, comparativamente com a população geral, que a taxa de suicídios é 40% mais elevada entre os médicos e 130% mais elevada entre as médicas.

Não são de estranhar, portanto, os suicídios de colegas que vamos vendo à nossa volta e que tanto nos perturbam e magoam... estão certamente relacionados com características individuais e psicosociais e com a maior prevalência de afecções psiquiátricas entre os médicos, mas também com o *stress* e o *burnout* a que a profissão médica está permanentemente sujeita. Nem todos aguentam. Presto aqui a minha homenagem a todos os colegas que se suicidaram e manifesto a minha solidariedade e apresento as condolências às respectivas famílias.

Infelizmente, há poucas intervenções para ajudar a prevenir o suicídio entre os médicos, que deveriam incluir a disponibilização discreta de acesso a apoio psiquiátrico e psicoterapia e a discussão aberta e frontal do *stress*, do *burnout*, dos problemas inerentes à carreira médica e das barreiras que podem dificultar a procura de ajuda especializada por parte dos médicos.

Associada ao *burnout* está uma taxa de suicídios entre os médicos mais elevada que na população geral.

Talvez inesperadamente, pelo menos para alguns, os Médicos de Família estão particularmente expostos ao risco de *burnout* e fadiga de compaixão, pois são mais comumente confrontados com situações emocionalmente difíceis, na medida em que estão na linha da frente dos doentes com problemas mentais, laborais, sociais e familiares, para os quais têm, muitas vezes, pouca possibilidade de resposta, visto que a génese dos problemas não é do foro estritamente clínico. Os grupos Balint de Médicos de Família ajudam a prevenir a descompensação destes médicos, estimulando e proporcionando a discussão entre pares das dificuldades na relação médico-doente (Benson et al. Australian Family Physician, 2005; 34: 497).

Um interessante estudo europeu em Médicos de Família, o *European General Practice Research Network Burnout Study* (Soler et al. Family Practice, 2008; 25: 245), encontrou resultados profundamente preocupantes. Em termos de *burnout*, 43% dos médicos pontuaram elevado na exaustão emocional, 35% na despersonalização e 32% na realização profissional. Apenas um terço dos médicos não pontuou valores elevados de *burnout* em nenhuma das dimensões, mas 12% pontuou elevado em todas! Os níveis elevados de *burnout* esta-

vam fortemente associados com diversas variáveis, nomeadamente o país de trabalho, a intenção de mudar de trabalho, o abuso do álcool, tabaco e medicação psicotrópica, idade mais jovem e sexo masculino.

Charles Balch, MD, *University of Texas Southwestern Medical Center in Dallas*, disse ao *Medical News* que “os médicos e os grupos para os quais trabalham, incluindo os hospitais, têm de ser proativos na prevenção e redução do *burnout* e das suas consequências adversas, incluindo o abuso do álcool e de drogas, reformas antecipadas, erro médico, má prática, etc. Por conseguinte, os médicos precisam de tomar conta de si próprios, de responder às suas necessidades de saúde pessoais, especialmente daqueles que estão em maior *stress* e *burnout*, e de serem mais proativos quanto à sua saúde.”

A Ordem dos Médicos e as suas Secções Regionais também estão atentas a estas matérias. Por isso mesmo há um Grupo de Trabalho, coordenado pela Nídia Zózimo, a elaborar um grande projecto de estudo do *burnout* dos médicos portugueses, que será lançado em breve e para o qual pedimos a colaboração de todos. Avaliar, para tratar. Não é necessário enfatizar a enorme importância desta iniciativa, que finalmente irá ser concretizada. É nossa convicção que os Médicos portugueses estão em *burnout*, muito por força da actuação desastrada, para utilizar um adjetivo simpático, da actual equipa do Ministério da Saúde.



CORREIO DA SAÚDE

● **JOSÉ MANUEL SILVA**
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Mentiram!

A ACSS e Ministério da Saúde mentiram. Hábito de muitos políticos recorrem à mentira quando não podem dizer a verdade. Tentam enganar o povo e os jornalistas, com a ajuda dos comentadores da sua área política, que amplificam as mentiras.

Alguns factos: - O contrato feito com o Governo Cubano viola os direitos humanos e financia o regime cubano; - Em nenhuma profissão podemos admitir a contratação de profissionais num país estrangeiro por condições e valores superiores e não oferecidos aos residentes em Portugal. E não pagam

O contrato feito com o Governo Cubano viola os direitos humanos e financia o regime cubano

impostos!; - AACSS mentiu ao afirmar que os médicos portugueses contratados por empresas para os Centros de Saúde (CS) ganham 4800 euros/mês e não respondeu às questões colocadas, por escrito, sobre o valor real médio, atual, desses pagamentos; - Na verdade, a contratação de médicos por empresas para os CS está a ser feita por apenas 15 a 19 euros brutos/hora; - Há médicos reformados suficientes em Portugal para dar um Médico de Família a todos os portugueses, se forem contratados.

A Ordem dos Médicos está disponível para todos os debates. Quem tem razão, nada teme.



Nova composição do CNECV

Foi divulgada a 13 de Março, em Diário da República, a nova composição do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, que ficou com a seguinte constituição:

- a) Professor Doutor António Manuel de Sousa Pereira, Professora Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes, Mestre Luís António Proença Duarte Madeira, Mestre Daniel Torres Gonçalves, Professor Doutor José Tolentino Calaça de Mendonça e Professor Doutor André Gonçalo Dias Pereira, eleitos pela Assembleia da República;
- b) Professor Doutor José Manuel Silva, designado pela Ordem dos Médicos; Professor Doutor Sérgio Joaquim Deodato Fernandes, designado pela Ordem dos Enfermeiros; Dr.ª Maria Francisca Trigueiros Acciaioli de Avillez Corsino Caldeira, designada pela Ordem dos Biólogos; Professor Doutor Carlos Maurício Barbosa, designado pela Ordem dos Farmacêuticos; Dr.ª Sandra Horta e Silva, designada pela Ordem dos Advogados; Professora Doutora Ana Sofia Carvalho, designada pelo Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas; Professor Doutor José Esperança Pina, designado pela Academia das Ciências de Lisboa; Professor Doutor Jorge Manuel Matias da Costa Santos, designado pelo Conselho Médico - Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal, ouvido o respetivo conselho técnico -científico; Professor Doutor Jorge Soares, designado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, I. P.;
- c) Professor Doutor João Lobo Antunes, Professor Doutor Filipe Nuno Alves dos Santos Almeida, Professor Doutor Pedro Luís de Oliveira Martins Pita Barros, Professora Doutora Maria Rita Aranha da Gama Lobo Xavier, Dr.ª Maria Regina Amorim Tavares da Silva, designados por Resolução do Conselho de Ministros.

CVs a concurso público no site da OM

Com o objectivo de potenciar uma maior transparência nestes processos, a Ordem dos Médicos disponibiliza no site nacional um espaço a todos os colegas que desejem tornar públicos os respectivos CV's que tenham submetido a concurso público sujeito a avaliação curricular não vinculativa pela CReSAP. Os CV's devem ser submetidos através do email omcne@omcne.pt em documento word ou PDF.

Os emails de submissão deverão obrigatoriamente referir em "assunto" a indicação "CV para o site" seguida do nome clínico do candidato. Pede-se aos colegas que indiquem, na primeira página do CV, o concurso público a que se candidataram

Nota importante: tendo em conta o objectivo de promover a transparência de procedimentos concursais conduzidos pela CReSAP, relembramos que TODOS os dados enviados passarão a ser do conhecimento público, pelo que se sugere aos Colegas que os dados de contacto (morada, telefone, email) sejam retirados antes de nos ser enviado o documento ou, caso pretendam divulgá-los dados, poderão mantê-los no CV, passando a ser da responsabilidade do autor qualquer uso indevido que daí possa advir.

Os CVs que forem recebidos serão, portanto, publicitados na área pública no site nacional (www.ordemdosmedicos.pt) com a indicação do concurso a que foram submetidos para apreciação.

Existem hoje mais 20% de Anestesiologistas e fazem-se mais 33% de cirurgias no SNS que há 8 anos!

Divulgamos o comunicado de repúdio da Direcção do Colégio de Anestesiologia da OM a propósito da tentativa do Ministro da Saúde em estabelecer uma alegada relação causa-efeito entre a falta de anestesiologistas e a impossibilidade de se realizarem mais cirurgias.

“A intervenção do Senhor Ministro da Saúde na 4ª Conferência TSF/Abbvie em Lisboa ao procurar demonstrar uma relação causa-efeito entre a falta de anestesiologistas e a impossibilidade de se realizarem mais cirurgias, merece da Direcção do Colégio de Anestesiologia da Ordem dos Médicos o maior repúdio, e as seguintes considerações:

Entre 2003 e 2013 houve um crescimento nacional em cerca de 20% dos anestesiologistas, num efeito que envolveu não só o SNS como sobretudo a disponibilidade daqueles para o sector privado. Num espaço de tempo mais curto, entre 2005 e 2013, os hospitais que compõem o SNS (incluindo os Hospitais das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, assim como como os Hospitais das Forças Armadas) foram capazes de realizar mais 150.000 cirurgias, passando de 450.000 para 600.000 cirurgias, isto é, um acréscimo de 33%. Assim, é fácil entender que não são as cirurgias as primeiras a sofrer com o menor número de anestesiologistas, mas sim outras áreas

fruto do alargamento da Especialidade para novas funções e competências, como sejam, o efectivo controlo da dor aguda pós-operatória ou de situações crónicas de dor, o apoio à realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a envolvência na Medicina Intensiva, ou ainda a nossa participação na Emergência Pré-Hospitalar.

Aliás quem acede aos relatórios oficiais da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, verifica facilmente que a mediana do tempo de espera da lista de inscritos para cirurgia é hoje (dados de 2014, últimos disponíveis no site da ACSS) a mais baixa dos últimos 7 anos, sendo de 2,8 meses. Por outro lado a oferta do Serviço Nacional de Saúde tem sido sempre crescente nos últimos 7 anos, demonstrando claramente como falsas são as declarações do Senhor Ministro da Saúde.

Entretanto, com o início da austerdade em 2011 e o agravamento das condições remuneratórias dos

funcionários públicos em geral e dos médicos de uma forma muito particular (em alguns casos com perdas superiores a 30%, entre perda de vencimento no salário base e nas horas extraordinárias, agravado com o brutal aumento de impostos), iniciou-se um fluxo migratório destes profissionais, com particular incidência entre os anestesiologistas, inicialmente atingindo os recém-especialistas e jovens especialistas e mais recentemente os com maior experiência profissional. Acrescente-se que o reconhecido valor técnico e científico dos anestesiologistas portugueses pelos seus pares a nível internacional, torna este fluxo migratório relativamente fácil para estes profissionais portugueses altamente qualificados, num verdadeiro “Brain Drain” que atinge hoje como nunca a Sociedade Portuguesa.

Contudo, têm sido algumas das medidas do actual Governo a agravar ainda mais o anteriormente relatado quando hoje se procuram substituir nos hospitais públicos médicos não na base de 1:1

mas sim 1:0,7. Isto é, quando hoje se substituem 10 anestesiologistas aposentados, os novos especialistas têm um contrato de trabalho com uma carga horária 30% inferior à dos seus colegas que saíram do SNS. Significa assim que em 10 novos contratos médicos temos apenas o equivalente a 7 profissionais, isto quando comparamos com a contratualização médica na área da anestesiologia a contratos anteriores a 2010.

O Senhor Ministro da Saúde, reduz a carga horária dos profissionais, depois dos cortes salariais e do aumento brutal de impostos, para agora reduzir o salário de forma proporcional em relação ao tempo semanal (às actuais 40 horas semanais, 18 horas deverão ser alocadas ao serviço de urgência, restando apenas da carga horária semanal 55% para a actividade

electiva, isto é não-urgente), traduzindo-se esta determinação em menor despesa é certo, mas também em menor disponibilidade de tempo daqueles profissionais.

No cenário actual não admira que o fluxo migratório, primeiro para o sector privado, depois para o estrangeiro, aumente. Assim, por mais anestesiologistas que se formem seremos incapazes de aumentar o nº de anestesiologistas de forma a alargarmos rapidamente a nossa capacidade de intervenção. Mas, independentemente do número de profissionais o mais importante é que a prática anestésica seja de elevada segurança e qualidade, como até aqui têm sentido os portugueses.

A Direcção do Colégio de Anestesiologia publicará em breve o Relatório Final do Censos Anestesiologia 2014, que permitirá não

só tirar uma fotografia dos Anestesiologistas Portugueses assim como um relato circunstanciado sobre como se organizam e o que produzem os Serviços de Anestesiologia dos Hospitais Públicos Portugueses.

Os médicos e no caso vertente, os anestesiologistas, não se revêm no diagnóstico traçado pelo Senhor Ministro da Saúde. Ao invés, consideram ser inquestionável e gravíssima a responsabilidade da actual equipa ministerial na diáspora dos anestesiologistas portugueses, na perda de qualidade de alguns serviços hospitalares e consequente perda de idoneidade formativa de novos anestesiologistas, e ainda pela gravíssima situação a que chegou o SNS.

A Direcção do Colégio de Anestesiologia da Ordem dos Médicos Porto, 04 de Março de 2015"

Podem os médicos do sector privado concorrer ao grau de consultor?

Divulgamos a informação do departamento jurídico da OM que em resposta à pergunta "podem os médicos do sector privado concorrer ao grau de consultor?" conclui que "os médicos do sector privado podem candidatar-se se estiverem a exercer funções num hospital onde se aplique o regime legal da carreira médica".

"A actual Portaria que regula os concursos para o grau de consultor determina que podem ser opositores os médicos com, pelo menos, cinco anos de exercício efectivo de funções, contados após a obtenção do grau de especialista, entendendo-se por exercício efectivo de funções o desempenho devidamente comprovado das respetivas funções, em serviços ou estabelecimentos onde se aplique o regime legal da carreira médica, ou seja, sujeitas ao regime e disciplina, consoante o caso, do Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto.

A anterior legislação dizia o seguinte: "Podem candidatar-se à prova de habilitação, na respectiva área profissional, os assistentes providos com, pelo menos, cinco anos de exercício ininterrupto de funções contados após a obtenção do grau de assistente, bem como os médicos que se encontrem nas condições do n.º 6 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 114/92, de 4 de Junho".

De acordo com o n.º 6 do art. 22.º citado, podiam candidatar-se médicos sem qualquer vínculo contratual a serviços onde se aplicam as carreiras médicas e que possuam o grau de generalista ou médicos a quem tenha sido reconhecida equivalência de formação e cujo currículo profissional, em qualquer dos casos, mereça parecer prévio favorável, a emitir por comissão técnica designada para o efeito, e seja considerado suficiente por despacho do Ministro da Saúde.

Respondendo, diremos que os médicos do sector privado podem candidatar-se se estiverem a exercer funções num hospital onde se aplique o regime legal da carreira médica. Desconhecemos se os hospitais privados aplicam esta legislação, mas julgamos que não.

O consultor jurídico, Vasco Coelho"

Parecer sobre segunda opinião e discordância entre médicos

Divulgamos em seguida o parecer do CNEDM sobre segunda opinião e discordância entre médicos em que se afirma que "o médico deve encorajar o doente a pedir uma segunda opinião caso o entenda útil ou sê aperceba de que é essa a vontade do doente" e que quando "um médico considera que o diagnóstico, tratamento ou qualquer decisão técnica de um colega é incorrecta, tem a obrigação de lhe dar a conhecer directamente a sua opinião e discutir com ele o assunto".

«Relativamente ao pedido do Ex.mo Senhor Dr., o CNEDM emite o seguinte parecer:

O CNEDM reafirma as suas reservas anteriores quanto à emissão de pareceres sobre questões genéricas, das quais não conhece o contexto e sublinha que o médico acima referido solicita "parecer jurídico quanto a atitudes deontológicas e éticas", o que transcende as competências deste Conselho.

Em abstracto, o CNEDM considera que:

- Nada impede um doente com complicações pós-operatórias de intervenções ocorridas em determinada unidade privada de saúde, de recorrer a outra unidade privada ou a uma unidade do Serviço Nacional de Saúde. No entanto, o CNEDM recomenda a adopção dos procedimentos previstos no Artigo

132.º (Interferência com médico assistente) do Código Deontológico que se cita:

1 - O médico não deverá interferir na assistência que esteja a ser prestada por outro colega a um doente.

2 - Não se considera haver interferência nas situações de urgência ou de consulta livre por parte do doente a outro médico; todavia este tem a obrigação de advertir o paciente do prejuízo de existir uma assistência médica múltipla, não consensual.

3 - Sempre que um médico tiver, ocasionalmente, acesso a informação clínica de que discorde de forma relevante e que tenha potenciais consequências para o doente, não se considera haver interferência constituindo um dever ético comunicar a sua opinião ao médico assistente do doente.

- No plano ético, e sem prejuízo das responsabilidades disciplinar civil e penal aplicáveis, os médicos do Serviço Nacional de Saúde não podem recusar tratamento de urgência a qualquer doente (artigo 72 do Código Deontológico) não podendo invocar objecção de consciência, em situações urgentes ou que impliquem perigo de vida ou grave dano para a saúde e se não houver outro médico disponível a quem o doente possa recorrer (número 3 do artigo 372 do Código Deontológico)

- O direito de recusa de assistência encontra-se regulado pelo Artigo 41.s do Código Deontológico dos Médicos que se cita:

1 - O médico pode recusar-se a prestar assistência a um doente, excepto quando este se encontrar em perigo iminente de vida ou não existir outro médico de

qualificação equivalente a quem o doente possa recorrer.

2 - O médico pode recusar -se a continuar a prestar assistência a um doente, quando se verifiquem cumulativamente os seguintes requisitos:

a) Não haja prejuízo para o doente, nomeadamente por lhe ser possível assegurar assistência por médico de qualificação equivalente;

b) Tenha fornecido os esclarecimentos necessários para a regular continuidade do tratamento;

c) Tenha advertido o doente ou a família com a antecedência necessária a assegurar a substituição,

3 - A incapacidade para controlar a doença não justifica o abandono do doente.

- No caso de discordância entre

médicos, devem ser adoptados os procedimentos previstos no artigo 129º (Conflitos ou diferenças de opinião) do Código Deontológico que se cita:

1 - Um médico não deve criticar, perante o doente ou terceiros, a decisão de outro médico relativamente a um doente.

2 - Se um médico considera que o diagnóstico, tratamento ou qualquer decisão técnica de um colega é incorrecta, tem a obrigação de lhe dar a conhecer directamente a sua opinião e discutir com ele o assunto.

3 - Os conflitos ou as diferenças de opinião relativos à conduta entre médicos que não possam ser resolvidos devem ser comunicados à Ordem dos Médicos.

4 - Os deveres consagrados neste artigo subordinam-se sempre às necessidades de salvaguardar

a vida e a integridade física do doente.

Por interpretação extensiva do Artigo 131.2 do Código Deontológico sobre o pedido de segunda opinião, considera o CNEDM que "O médico deve encorajar o doente a pedir uma segunda opinião caso o entenda útil ou se aperceba de que é essa a vontade do doente" devendo neste caso fornecer todos os elementos relevantes.

Relativamente à questão colocada sobre custos de transferências, o CNEDM não têm competência específica para a esclarecer.

Com os melhores cumprimentos

O Coordenador do CNEDM da Ordem dos Médicos, Miguel Leão

Porto, 17 de Julho de 2014



PRÓXIMO DEBATE

23 de Abril de 2015 - 21h

Auditório da OM - Lisboa

Tema:

REPROCESSAMENTO E REUTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS



Marque na sua agenda!
Entrada livre

ULSLA: degradação do Serviço de Urgência

Divulgamos a carta que as chefias da equipa de Urgência da ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano enviaram, fundamentando a sua recusa em continuar a assumir essa responsabilidade.

"A degradação contínua das condições de trabalho no Serviço de Urgência, quer em termos de falta de material, quer em termos de falta de pessoal, tem vindo a ser progressiva, com desconformidades sistemáticas da escala de urgência, nomeadamente do Atendimento Geral e do Atendimento Pediátrico.

Essa degradação põe em risco a segurança dos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência. Conscientes dessa realidade, os médicos que têm assumido a Chefia de Equipa, porque muitos deles nunca foram nomeados, reuniram-se no final de Novembro e elaboraram um documento, em que definiram as condições mínimas de pessoal que consideravam necessárias para garantir a segurança e qualidade no atendimento aos doentes, tendo entregue esse documento ao Conselho de Administração. No início de Dezembro, os referidos médicos voltaram a reunir-se e enviaram novo documento ao Conselho de Administração

em que continuaram a referir as múltiplas desconformidades existentes e em que afirmaram o seguinte.

A responsabilidade da elaboração da escala de urgência é da responsabilidade dos Diretores de Serviço. Não havendo Diretor do Serviço de Urgência, a responsabilidade da escala do Atendimento Geral é do Diretor Clínico, conforme está definido na lei.

A responsabilidade de garantir as condições mínimas de segurança para os doentes e defender a qualidade do atendimento é do Diretor Clínico e, em última análise, do Conselho de Administração, conforme legalmente definido.

Atendendo aos reduzidos recursos humanos da ULSLA, a elaboração das escalas de urgência só é possível recorrendo a contratação externa, facto que sempre aconteceu e que continua a acontecer.

O Conselho de Administração, no âmbito das suas competênc-

cias, tomou decisões sobre a contratação externa de médicos para o Serviço de Urgência, sem ouvir ou levar em consideração, a opinião dos responsáveis intermédios da instituição.

As desconformidades da escala do Atendimento Geral e Pediátrico são o resultado dessas decisões, não podendo os referidos médicos serem responsabilizados pelas mesmas.

O Conselho de Administração nunca se mostrou realmente interessado em discutir a problemática do Serviço de Urgência. É igualmente falso, que nunca tenha sido elaborada qualquer proposta sobre o funcionamento do Serviço de Urgência.

Foi elaborado e entregue em Dezembro de 2013, pelo Dr. Henrique Rita, um documento em que se discutia as condições necessárias para o funcionamento do Serviço de Urgência e a integração da VMER no Serviço de Urgência, documento esse que nunca foi objeto de análise e discussão.

Os médicos que têm assumido a Chefia de Equipa estão, como sempre estiveram, disponíveis para ajudar na resolução dos problemas, mas recusam serem responsabilizados pelas consequências de decisões tomadas pelo Conselho de Administração, bem como recusam a responsabilidade de tomar decisões que não são da sua competência. Decorridos três meses da entrega do primeiro documento ao Conselho de Administração e apesar das promessas entretanto efetuadas, verifica-se que a situação permanece inalterada, mantendo-se uma degradação das condições de trabalho, com o aumento verificado do número de doentes internados no Serviço de Urgência.

Apesar de ter havido orientações da tutela para o reforço das

equipas de urgência para o cumprimento do Plano de Inverno de 2015, e de ter havido reuniões internas ao abrigo desse mesmo plano, não só não se verificou o reforço das equipas, como continuam a ser sistemáticas as desconformidades da escala de urgência, sendo frequente existir um só elemento escalado para o Atendimento Geral durante o dia e durante a noite.

Prevê-se ainda a redução da capacidade de internamento do Hospital, com a passagem da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital para a Rede Nacional de Cuidados Continuados, conforme publicado no Diário da República de 20 de fevereiro de 2015, o que virá agravar a capacidade de escoamento do Serviço de Urgência.

Os médicos que têm assumido a

Chefia de Equipa, conscientes de que estão a representar a vontade maioritária dos médicos dessa Instituição, vão continuar a pugnar, por todos os meios ao seu alcance, incluindo o recurso à sua Ordem Profissional, para que a Instituição dê a resposta de qualidade, a nível da Urgência, que as populações anseiam e merecem.

Perante o exposto, os médicos abaixo assinados, recusam-se a continuar a assumir a Chefia da Equipa de Urgência, a partir deste momento, delegando essa responsabilidade no Diretor Clínico.

Santiago de Cacém, 26 de Fevereiro de 2015”

Nota da redacção: a carta seguia assinada por 16 médicos.

Software de Prescrição Electrónica

A Ordem dos Médicos assinou dois protocolos relativos a software de prescrição electrónica com vantagens para os médicos e que estão disponíveis no portal da instituição (www.ordemdosmedicos.pt). Divulgamos em seguida o comunicado sobre este assunto.

Devido ao facto de termos recebido informações de que alguns programas de prescrição informática de medicamentos, inicialmente gratuitos, estavam a começar a ser cobrados aos médicos, a Ordem dos Médicos tomou a iniciativa de procurar garantir a todos os médicos o acesso gratuito a programas de prescrição.

Nesse sentido estabeleceu já dois protocolos com a MedicineOne e com a ACIN/iMED, com vantagens para os médicos e que estão disponíveis no Portal da Ordem dos Médicos. Aconselhamos a sua leitura aos eventuais interessados, pois os conteúdos protocolados são diferentes, contêm outras funcionalidades e só o primeiro garante a total gratuitidade na prescrição.

Ao contrário da informação abusiva e já retirada pela ACIN/iMED, relativamente à qual já apresentaram desculpas formais, a Ordem dos Médicos não avaliou nem garante que qualquer destas ferramentas clínicas informáticas “seja a melhor, a mais segura e a mais avançada”.

A Ordem dos Médicos está em contactos com a Linkedcare para assinar brevemente um protocolo semelhante, igualmente gratuito, que também será divulgado no Portal, e está disponível para o fazer com quaisquer outras empresas. Destes protocolos não reveste nenhum benefício para a Ordem dos Médicos.

Ordem dos Médicos, Lisboa, 23 de Fevereiro de 2015

Atestado médico para justificação de faltas: violação de segredo

Divulgamos em seguida a informação do departamento jurídico sobre violação do segredo médico a propósito de atestados médicos para justificação de faltas.

Em resposta a uma exposição de um médico, importa o departamento jurídico o seguinte:

1. Nos termos da alínea a) do artigo 88.º do Código Deontológico (CDOM) o médico pode revelar matéria sujeita a segredo desde que para tal tenha autorização do paciente;
2. Sempre que este consentimento ocorra o médico pode explicitar o diagnóstico ou outros dados de saúde mas deve mencionar expressamente de que o fez a solicitação do doente (vide artigo 98, nº 3 do CDOM) e de preferência com a autorização confirmada no documento como resulta do exemplar enviado pelo consulente;
3. Em princípio a exigência de revelação da doença ou do diagnóstico é ilegal e fere o direito de reserva da intimidade da vida privada do paciente;
4. Há, no entanto, situações excepcionais previstas na lei que expressamente vinculam a aceitação do atestado para efeitos de justificação de faltas à revelação de circunstâncias concretas como sejam dados clínicos;
5. Estas exceções estão previstas em alguns diplomas relacionados com a falta a exames escolares específicos, designadamente exames nacionais por forma a evitar que alguns alunos possam usufruir, sem real motivo, de vantagens sobre a generalidade dos examinados;
6. Nestes casos o aluno tem direito a que não seja revelada a doença mas a consequência, que está prevista na lei há muito tempo, é a de não ver justificada a falta e sofrer as respectivas consequências;
7. O segredo médico não tem características de absoluta intangibilidade e pode, muito excepcionalmente, ser limitado por via legal;
8. Quando não haja lei expressa o médico está obrigado ao dever de segredo que só é excluído nas situações previstas no artigo 88.º e nos artigos 89.º, 91.º e 53.º todos do CDOM (ver em www.ordemdosmedicos.pt) ou em conformidade com o mecanismo previsto no artigo 135.º do Código de Processo Penal.

O Consultor Jurídico, Paulo Sancho



Amadora-Sintra: Condições de trabalho e assistenciais terceiro-mundistas

Divulgamos a carta enviada pela OM ao Ministro da Saúde, Paulo Macedo, no dia 29 de dezembro, que teve como assunto central as questões relativas ao hospital Amadora-Sintra e os seus Directores Clínicos.

“A Ordem dos Médicos vem chamar a atenção de V. Exa. para os graves problemas vividos no HFF e que vão para além das consequências das medidas de austeridade e dos cortes na Saúde.

Conforme nos relatam vários Colegas, a incompetência do Director Clínico do HFF é de tal magnitude que em vez de encontrar soluções para os problemas tem a estranha capacidade de os potenciar, tendo um comportamento que mais se aproxima de um “Coveiro Clínico” do que de um Director Clínico.

Infelizmente, o Conselho de Administração, em vez de assumir alguma atitude positiva, sempre preferiu proteger a sua própria fragilidade e reduzida capacidade por detrás do Director Clínico. Há sérios problemas de organização e de gestão de recursos humanos no HFF que agravam as situações que originam as recurrentes más notícias sobre o Amadora-Sintra na comunicação social.

Não é aceitável que todos os anos as urgências deste hospital en-

trem em ruptura sem que o próprio Ministério da Saúde tome medidas firmes e eficazes e disponibilize meios para que os doentes sejam atendidos em condições de humanidade e qualidade.

Em última instância, a responsabilidade pelo mau atendimento aos doentes e pela insuficiência de camas hospitalares do HFF é do Ministério da Saúde e de V. Exa..

A Ordem dos Médicos já visitou e fotografou a urgência do Amadora-Sintra e pode garantir-lhe que as condições de trabalho e assistenciais são inaceitavelmente terceiro-mundistas! Os cidadãos servidos por este Hospital merecem uma melhor resposta, que deve ser dada de forma integrada e concertada entre os Cuidados de Saúde Primários e o Hospital. V. Exa. deveria visitar as urgências dos Hospitais sem se pré anunciar, dando tempo a que as Administrações lhe escondam a verdadeira realidade.

Para que o HFF possa começar a encarar de uma forma mais construtiva o futuro, é necessário

substituir de imediato o Director Clínico, quiçá até o próprio Conselho de Administração.

Porém, a questão dos Directores Clínicos Hospitalares é mais vasta e decorre das medidas tomadas por V. Exa. e que devem ser repensadas.

O “Coveiro Clínico” do Hospital Amadora-Sintra foi a oitava opção e foi “escolhido” já em desespero de causa, pois ninguém mais competente queria aceitar o cargo, visto ficar restringido a um vencimento insuficiente e a uma actividade clínica residual e gratuita.

Mas quem aceita ser Director Clínico de um Hospital se tiver uma actividade clínica e científica minimamente importante e gratificante para se transformar num burocrata mal remunerado, sem condições de efectuar um trabalho de Qualidade e perdendo a sua ligação à clínica, que dificilmente recuperará quando terminar o seu mandato?

O HFF tinha uma Directora Clínica competente e respeitada e não havia problemas de maior

na organização e funcionamento do Hospital. Porém, devido à absurda legislação publicada por V. Exa., o CA do HFF teve de a substituir pela oitava escolha. V. Exa. acha bem? Revê-se neste resultado?

Problemas e circunstâncias semelhantes existem em mais hospitais, ressalvando-se as honrosas excepções...

Senhor Ministro da Saúde, com base em argumentos ilógicos e incoerentes, não é possível nem faz sentido limitar o leque de escolhas competentes para as Direcções Clínicas dos Hospitais do SNS, impondo incompatibilidades injustificadas, persecutórias e castradoras, pelo que a Ordem dos Médicos apela a V. Exa. para uma imediata alteração da legis-

lação em vigor, a fim de prevenir mais prejuízos à gestão clínica dos mesmos e aos doentes."

Nota da redacção: a carta original da OM foi enviada ao Ministro da Saúde com a carta dos especialistas de Pneumologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Cardiologia e Neurologia do Hospital Fernando Fonseca.

Reunião de Primavera da ENMCA em Lisboa

O Departamento internacional da Ordem dos Médicos vai organizar a reunião da Primavera da *European Network of Medical Competent Authorities* (ENMCA), em Lisboa a 20 de Abril deste ano.

A reunião da Primavera da *European Network of Medical Competent Authorities*, que se realizará no Hotel Tryp Aeroporto, será precedida de um jantar, oferecido pela organização aos participantes, a realizar no Restaurante Páteo Velho da Ordem dos Médicos no dia 19 de Abril.

A ENMCA é a organização que agrupa as autoridades nacionais responsáveis pelo reconhecimento das competências médicas, em linha com a Directiva 2005/36/EC sobre reconhecimento de qualificações profissionais. Esta organização congrega os conhecimentos e experiência prática na abordagem das situações relacionadas com altos níveis de mobilidade profissional.

As organizações participantes reunem-se regularmente para:

- Partilhar experiências na implementação da directiva 2005/32/EC sobre o reconhecimento de qualificações profissionais.
- Trocarem pontos de vista sobre a constante modernização da directiva 2005/36/EC.
- Desenvolverem posições comuns e responderem em conjunto às propostas e consultas da CE.

A ENMCA é coordenada pelo Bundesärztekammer (BAK-GMA), Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) e pelo General Medical Council (GMC).

Durante esta reunião discutir-se-ão assuntos relacionados com a Directiva 2005/36/EC, e mobilidade profissional, estando previstas intervenções de representantes da Comissão Europeia, Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos, Autoridade de Saúde Pública Belga entre outras.

João Miguel Grenho, departamento internacional da Ordem dos Médicos



Esta importante reunião reforça o papel da Ordem dos Médicos enquanto entidade representativa dos médicos portugueses a nível europeu. Num momento em que os médicos portugueses se vêm confrontados com a necessidade de emigrar, em busca de melhores condições profissionais e financeiras, o envolvimento da Ordem dos Médicos na discussão, junto das instâncias europeias, deste fenómeno e das regras que o regem, assume-se como de primordial importância na defesa dos direitos dos médicos e dos utentes portugueses.



Violência contra médicos

Publicamos o parecer do Departamento Jurídico sobre os meios de defesa do médico perante agressões físicas, difamações, injúrias, ameaças e coações no exercício da sua profissão.

Como é do conhecimento público tem-se registado um aumento significativo de casos de agressões a profissionais de saúde, designadamente médicos.

A propósito julgámos por bem relembrar, de forma relativamente simplificada, alguns conceitos, procedimentos e o facto da Ordem dos Médicos ter disponível para os seus membros um seguro que cobre estes eventos.

Em termos jurídicos referenciamos, nesta vertente, como crimes mais comuns a violação à integridade física, a difamação, a injúria e a coação.

Vejamos em que consistem estes crimes:

A violação à integridade física consiste na ofensa ao corpo ou à saúde do médico. A violação pode ser simples ou grave, nos termos dos elementos constantes dos artigos 143º e 144º do Código Penal.

A **difamação** concretiza-se perante terceiro, e traduz-se na imputação ao médico de facto que não corresponda à verdade ou na formulação, sobre o médico, de um juízo ofensivo da sua

honra ou consideração.

A **injúria** traduz-se na imputação de factos ou no uso de palavras ofensivas da honra ou consideração do médico.

A difamação e a injúria podem manifestar-se verbalmente, por escrito, por gestos, por imagens ou por qualquer outro meio de expressão.

É ainda punível a **ameaça** à prática de crime contra a integridade física, de forma a provocar medo ou inquietação ao médico. É, também, punível criminalmente a **coação** quando o médico seja constrangido a praticar ou não executar determinado acto.

Dito isto, julgamos relevante fornecer algumas orientações sobre a conduta que o médico deve ter em cada caso.

1. Como devo reagir juridicamente no caso de ser vítima de algum destes crimes?

O modo de reacção depende da circunstância de o médico se encontrar a exercer a profissão médica em estabelecimento de saúde integrado no Serviço Nacional da Saúde ou fora dela, e depende ainda da natureza do

crime (se está em causa um crime público, semi-público ou particular).

2. Como devo reagir perante a prática de algum destes crimes no caso de exercício da profissão médica em estabelecimento de saúde integrado no Serviço Nacional da Saúde?

No âmbito do crime de violação à integridade física ou coação, o Ministério Público desencadeia oficiosamente o procedimento criminal e exerce em plena autonomia a acção penal, não sendo assim necessária queixa ou acusação particular por parte do médico (crime público, na terminologia jurídica).

Nos casos de difamação, de injúria e de ameaça o médico tem de apresentar queixa para que se possa dar início ao processo criminal (são crimes semi-públicos na terminologia jurídica).

3. Como devo reagir perante a prática de algum destes crimes no caso de exercício da profissão médica em estabelecimento de saúde privado?

Nestes casos a lei penal considera que, na presença de crimes de difamação e de injúria, é neces-



sário que os médicos apresentem queixa e deduzam posteriormente acusação particular para que o processo possa prosseguir (crime privado).

Já nos casos de violação à integridade física simples e de ameaça é somente necessária a apresentação de queixa por forma a que o Ministério Público dê andamento ao processo (crimes semi-públicos).

Por fim, na situação de violação à integridade física grave o Ministério Público desencadeia oficiosamente o procedimento criminal e exerce em plena autonomia a acção penal (crime público).

4. *O que é a queixa?*

A queixa é a notícia de um crime às autoridades competentes e, simultaneamente, uma manifestação de vontade por parte do médico de que seja instaurado um processo.

Nos crimes semi-públicos e privados se o médico não se queixar não é possível a instauração de um processo.

5. *Até quando e onde devo apresentar a queixa?*

A queixa deve ser apresentada no prazo de 6 meses, a contar da data em que o médico tiver tido conhecimento da difamação ou da data da violação à integridade física, da injúria, ou da ameaça.

Passados os 6 meses, o direito de queixa extingue-se.

A queixa deve ser apresentada:

- 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 Electrónica (SQE), disponível em

<https://queixaselectronicas.mai.gov.pt/sqe.aspx?l=PT>; e,

- Na Polícia Judiciária (PJ).

A participação crime pode ser apresentada por escrito ou oralmente sendo, neste último caso, reduzida a escrito pelas autoridades competentes.

6. O que acontece após a queixa?

Após a queixa o Ministério Público irá levar a cabo um conjunto de diligências com vista à investigação da existência de indícios da verificação do crime, à determinação dos seus agentes e sua responsabilidade e à descoberta e recolha de provas.

No final do inquérito:

- No caso dos crimes públicos e semi-públicos, o Ministério Público arquivará o inquérito (no caso de considerar não existirem indícios suficientes da prática do crime ou que o arguido o não praticou) ou poderá deduzir acusação contra o arguido (no caso de considerar que existem indícios suficientes de se ter verificado o crime) dando assim início ao processo judicial;
- No caso de crimes privados, o Ministério Público arquivará o inquérito nas mesmas situações, ou, no caso de considerar que existem indícios suficientes, notificará o médico para que deduza acusação particular.

7. O que é a acusação particular?

A acusação é a concretização da pretensão em submeter o arguido a julgamento.

A acusação diz-se particular quando a sua apresentação pelo médico é elemento essencial para que o processo judicial possa prosseguir e, designadamente, para que o arguido possa ser julgado.

8. Que medidas devo tomar no momento exacto da violação à

integridade física, da injúria ou da ameaça?

Nas situações graves, como defesa e prevenção de prova, o médico deve cuidar de solicitar a presença de terceiro, preferencialmente de outro profissional de saúde ou elemento de segurança da unidade de saúde, caso exista.

No âmbito funcional da instituição, designadamente do Serviço Nacional de Saúde ou em unidades privadas de saúde de média/grande dimensão, recomenda-se ainda a informação do sucedido ao director da unidade ou do serviço e ao conselho de administração, com vista a que estas entidades, tendo conhecimento do sucedido, levem a cabo medidas preventivas adequadas.

9. Existe algum seguro, aplicável aos médicos, que cubra as agressões físicas sofridas por estes?

Sim, actualmente qualquer médico, que exerce funções tanto em instituição de saúde pública, como privada, e que se encontre inscrito na Ordem dos Médicos pode beneficiar de um Seguro de Acidentes Pessoais, contratualizado entre a Ordem dos Médicos e a Seguradora AXA Portugal.

10. Qual a cobertura desse seguro de acidentes pessoais?

O seguro actualmente em vigor garante uma indemnização ao médico seguro na sequência de acidentes pessoais ocorridos em Portugal e provocados, exclusivamente, por agressões físicas no exercício da sua actividade profissional, a qual pode ter como limites os seguintes valores:

- Morte ou invalidez permanente – até 40.000,00 euros;
- Incapacidade temporária absoluta, em caos de internamento hospitalar (subsídio diário) – até 100,00 euros (máximo de 15 dias);

- Despesas de internamento – até 6.000,00 euros;
- Protecção Jurídica – nesta cobertura há que atender ao facto dela só ser desencadeável se o montante mínimo da reclamação for igual ou superior a 250,00 euros e o montante mínimo para o pedido de indemnização for igual ou superior a dois salários mínimos nacionais à data do litígio. A cobertura de protecção jurídica compreende as despesas judiciais até 4.000,00 euros, nos quais se incluem honorários de advogado, custas judiciais fixadas pelos tribunais e honorários de peritos ou técnicos.

11. Como devo proceder, junto da Seguradora, após ter sofrido uma agressão?

Em primeiro lugar o médico agredido deve identificar os responsáveis pelas agressões, fazendo uma súmula com esses dados e ainda com a referência ao local onde os factos ocorreram, o dia e hora em que tiveram lugar e outras circunstâncias que entendam relevantes, designadamente a indicação de testemunhas ou outras provas. Poderá, então, dirigir-se à AXA Portugal e à Inter Partner Assistance que faz a cobertura de protecção jurídica, dando notícia sumária da ocorrência e, se for caso, de que pretende constituir advogado. De seguida deve participar os factos às autoridades policiais, nos termos já acima referidos solicitando cópia dos autos policiais para juntar à participação de sinistro feita à seguradora.

Nota de redação:

No site nacional (www.ordemdosmedicos.pt) pode ser consultada a apólice da AXA.



Ameaças e agressões a médicos duplicam

Insegurança no local de trabalho

Em Março, assinalando o Âmbito da Saúde a profissionais de saúde médicos também tinham duplicado. Nesta reportagem abordamos diversas facetas de um crime que não pode continuar a ser ignorado e que é considerado um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde: falamos com médicos vítimas de violência no seu local de trabalho, enquadrados o problema com diversos estudos, comparamos com o exemplo espanhol, referimos o apoio que a Ordem dos Médicos presta nestas situações, bem como o trabalho que está a desenvolver para a prevenção.

Recentemente, numa visita a um hospital público, a Revista da Ordem dos Médicos presenciou uma situação de violência verbal e perigo para a integridade física dos profissionais de saúde presentes. Como acontece em muitas situações, não havia nenhuma segurança no serviço e os agentes da autoridade que foram chamados (e que se encontravam noutra zona do hospital) demoraram cerca de 5 minutos a chegar. Cinco minutos parece pouco mas é tempo mais do que suficiente para uma situação de violência verbal se transformar numa agressão física a um médico ou a um enfermeiro, ou a ambos... Os registos da Direção-Geral de Saúde indicam que as agressões a profissionais

-se em Espanha, o Dia Nacional Contra as Agressões de. Em Portugal, em 2014, os casos de agressão duplicaram e em 2012 as agressões específicas a médicos também tinham duplicado. Nesta reportagem abordamos diversas facetas de um crime que não pode continuar a ser ignorado e que é considerado um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde: falamos com médicos vítimas de violência no seu local de trabalho, enquadrados o problema com diversos estudos, comparamos com o exemplo espanhol, referimos o apoio que a Ordem dos Médicos presta nestas situações, bem como o trabalho que está a desenvolver para a prevenção.

de saúde têm vindo a aumentar. As ameaças verbais são as mais utilizadas para agredir médicos, enfermeiros, auxiliares, administrativos e seguranças das unidades de saúde mas existem muitos casos de agressões físicas. Nas próximas páginas iremos falar sobre violência física, verbal e psicológica sobre os médicos no seu local de trabalho. Deixaremos de fora todos os tipos de violência exercidos pelas instituições propriamente ditas e pelas hierarquias sobre os seus colaboradores ou funcionários, ou até mesmo entre os vários profissionais, por não ser esse o âmbito deste trabalho.

Os cortes no Serviço Nacional de Saúde e a consequente dete-

rioração dos cuidados de saúde prestados à população poderão ser referidos como uma das razões de uma maior agressividade por parte dos utentes; uma agressividade mal dirigida – por vezes injustificada e desproporcional – e que, em vez de visar os decisores, penaliza os profissionais de saúde que, em condições longe de serem ideais, insistem em prestar os melhores cuidados possíveis à população. Muitas das agressões têm origem precisamente na incompreensão da população face à falta de condições em que os médicos – e outros profissionais de saúde – desempenham as suas funções, resultado de políticas de Saúde que transformam os doentes (e os médicos)

em meros números, tal como a Ordem dos Médicos tem reiteradamente alertado. No entanto, essa não é a única condição que justifica a duplicação da violência contra profissionais de saúde em 2014 que foi registada pela Direcção-Geral de Saúde através do seu sistema de notificação: o sofrimento e a incerteza, resultado da crise económica e social que o país atravessa, favorecem situações de conflito na comunicação médico-doente. A inclusão de meios informáticos – que se traduzem muitas vezes numa barreira à comunicação e até ao simples contacto visual entre profissional e doente –, o acesso fácil do doente a informação (nem sempre correcta do ponto de vista da *leges artis*) que gera expectativas por vezes impossíveis de corresponder, a sobremedicação da sociedade, o endeusamento da tecnologia e da medicina com a crença de que “podemos curar tudo” são alguns factores sociais e culturais que têm aumentado a agressividade nas consultas médicas nas últimas décadas. O stress profissional, a falta de recursos e a sobrecarga assistencial, agravados pelos cortes feitos no sector da saúde, dificultam ainda mais a abordagem a situações de violência e potencial agressão. As repercussões sobre a relação médico-doente e sobre os profissionais que sofrem essas agressões têm que ser tidas em conta pois afectam a qualidade e a produtividade do nosso sistema de saúde.

A violência nos centros de saúde e nos hospitais é, portanto, uma questão multifactorial com uma envolvente económica (taxas moderadoras elevadas, tempos de espera maiores, faltas de material, falta de médicos,

enfermeiros, etc.), mas também com determinantes relativas à segurança, às questões sociais, culturais, de gestão, etc. e as soluções para diminuir essa violência têm que ser igualmente multifacetadas. “O que sobressai dos resultados obtidos é que o problema da violência contra profissionais de saúde no local de trabalho (VCPSNLT) é um problema generalizado e muito prevalente. Não deve ser abordado como um simples problema de segurança mas como um assunto multifactorial com determinantes culturais, políticas, sociais, económicas, de gestão e individuais” (Paulo Ferrinho et al - “Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde: Estudos de Caso Portugueses”).

Violência contra profissionais de saúde duplicou em 2014



Em 2006 a Direção-Geral da Saúde através de Circular Informativa com o objectivo de “melhorar o ambiente organizacional em prol da Saúde dos profissionais”, numa “abordagem integradora da prevenção/ resolução da violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho”, anunciou a constituição do Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, no âmbito do qual se analisam as notificações de episódios de violência exercida sobre os profissionais de saúde que são realizadas *on-line* no site da DGS.

Dados do Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho revelam que em Ja-

neiro de 2015 já foram registadas 33 notificações de violência contra profissionais de Saúde. Já os dados de 2014 indicam a duplicação dos casos de violência em relação ao ano anterior. Quem refere esse aumento exponencial é a própria DGS que em 2014 recebeu a denúncia de 531 casos de violência contra profissionais de saúde perpetrada no local de trabalho das vítimas, um número que tem vindo a aumentar desde 2007 (ano em que se registaram 35 casos) e que em 2014 já correspondia a mais do dobro dos episódios de violência registrados no ano anterior. Nesse ano de 2013, relativamente aos agressores, verifica-se que cerca de 91 são doentes, 69 são profissionais de saúde da instituição e 33 são familiares do doente, com predominância de agressores do sexo feminino (cerca de 125 agressores). Nos serviços de psiquiatria e nos serviços de urgência predominam os doentes como agressores. No mesmo ano, do total de 202, a Administração Regional de Saúde do Centro apresentou o maior número de notificações (87), seguido da ARS de ARSLVT com 69, a ARS Norte com 34, a ARS Algarve com 6, a ARS Alentejo com 5 e a Região Autónoma dos Açores com 1 notificação. Segundo a informação que nos foi prestada pela DGS dos Açores recebem-se muito poucas notificações e da Madeira não foi recepcionada nenhuma. O número de notificações de episódios de violência divide-se quase de igual forma por centros de saúde (88) e hospitais (82). 187 notificações identificam as instalações da unidade de saúde como o local onde ocorreu o episódio de violência.

O espaço físico mais referido foi a Consulta Externa com cerca de 59, seguido dos Serviços Médicos (adultos) com 27, Serviços Administrativos com 19 e o Serviço de Urgência com 13. O maior número de notificações ocorreu em julho com 29, seguido de novembro com 23 e março e maio com 22. Quanto à caracterização da violência foram notificadas as seguintes categorias: injúria (103); discriminação/ameaça e pressão moral com (105) e (104), respetivamente; difamação (77); calúnia (39); violência física (46); dano contra propriedade (5); assédio sexual (1).

De acordo com os dados da DGS, a grande maioria dos profissionais de saúde (mais de 80%) alvo de violência no local de trabalho declarara-se muito insatisfeita quanto “à gestão do episódio de violência por parte da instituição” onde a situação ocorreu, ou seja os profissionais de saúde não se sentem nem apoiados nem protegidos pela entidade para a qual trabalham. As notificações realizadas *on-line* no site da DGS são efectuadas de forma voluntária e anónima, como nos explicou Carlos Silva Santos, coordenador do Programa Nacional de Saúde Ocupacional da DGS (e presidente do Conselho Distrital do distrito médico de Lisboa Cidade

da Ordem dos Médicos), pois o sistema de notificação da DGS não serve outros fins (não serve, nomeadamente, quaisquer fins sancionatórios).

Aquele que é referenciado por vários autores como sendo o único estudo formal alargado sobre violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho em Portugal (Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde; Estudos de Caso Portugueses) foi elaborado há mais de uma década e nele descreve-se este tipo de violência mas não se consegue determinar porque é que o fenómeno ocorre quando ocorre. Algumas das conclusões desse estudo - que continuam actuais como se pode verificar pelas estatísticas já referidas - indicam que:

- a maioria da violência relatada é verbal;
- a violência relatada é distribuída entre enfermeiros, médicos e outro pessoal (há data do estudo, era distribuída de igual forma pelas três categorias, mas neste momento existem discrepâncias entre as várias profissões da área da saúde);
- enquanto a violência hospitalar é mais relatada por enfermeiros, a violência em Centros de Saúde é relatada sobretudo por médicos;

- os agressores são na sua maioria mulheres;

- todas as vítimas de violência física consideraram que o incidente poderia ter sido evitado, mas apenas cerca de metade das vítimas de outros tipos de violência consideraram o mesmo.

Já neste estudo – com uma década! – se referia que a violência no local de trabalho contra os profissionais de Saúde apresentava um número crescente de casos relatados, um aumento da gravidade das situações, particularmente da violência física. Um aumento na frequência da violência que reflectia segundo os autores “dois fenómenos da sociedade moderna: por um lado, a maior visibilidade da violência na cultura moderna e, por outro lado, uma crescente percepção dos direitos por parte dos cidadãos, com o correspondente crescimento no nível das exigências. Esta consciência crescente dos direitos não foi acompanhada por uma evolução semelhante em termos de educação cívica”. Dez anos depois, não se pode referir que a situação e a falta de soluções se mantêm porque, em vez disso, agravaram-se substancialmente, acicatadas que foram pela crise económica que afecta médicos, doentes e instituições.

Violência Contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho - por profissão

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Enfermeiro	19	37	119	56	104	82	112	
Assistente Técnico	5	7	17	2	16	16	30	
Técnico Diagnóstico e Terapêutica	0	2	2	0	3	5	4	
Assistente Operacional	1	5	5	5	7	4	18	
Médico	8	18	25	16	24	52	34	
Segurança	0	0	2	0	0	0	1	
Outros Técnicos	1	0	2	0	0	3	3	
Porteiro	0	0	1	0	0	0	0	
Administração/Direção	1	0	0	0	0	2	0	
Outro	0	0	1	0	0	0	0	
Totais	35	69	174	79	154	164	202	531

*Não foi possível obter a divisão por profissões



Casos de agressão a médicos em Portugal

Nos últimos anos têm surgido diversas notícias de casos de agressão a médicos (e outros profissionais de saúde) na imprensa:

- Nas urgências do Hospital de Santo André em Leiria um médico foi agredido a murro na cara e teve que pôr baixa, após informar um doente que teria que entrar em lista de espera cirúrgica.
- No Centro de Saúde de Armamar, um médico foi ofendido por um homem alcoolizado, que exigia ser atendido “por causa de uma doença imaginária” obrigando à intervenção da GNR, visto que a unidade de saúde não dispunha de segurança em permanência.
- No Hospital Bernardino Lopes de Oliveira, em Alcobaça, um médico foi agredido por um doente que apresentava sinais de embriaguez. Quando o médico lhe pediu para se acalmar, empurrou-o provocando-lhe uma queda que resultou num hematoma e corte na cabeça, que valeu ao médico uma sutura com quatro pontos.

Outros casos, recentes, nunca chegam a ser mediatisados, como o que tivemos conhecimento de uma médica que foi agredida a murro porque o resultado de uma ecografia não foi o que um familiar da doente desejava (é importante referir, para aferirmos o grau de violência a que os médicos estão expostos no seu local de trabalho e a facilidade com que ocorrem neste momento as agressões, que a situação em causa referia-se a um exame feito a uma grávida e o resultado indesejado foi o facto de o sexo do bebé ser o masculino em vez do sexo feminino como parecia ser a indicação de um exame prévio); ou a situação de uma unidade de saúde onde um utente diagnosticado com uma doença grave ameaçou todos os profissionais de saúde, incluindo os médicos, que um dia iria até lá preparado para os matar a todos, ameaça que repetiu várias vezes em vários dias diferentes, perturbando, naturalmente, todos os presentes.

“No momento em que virei as costas fui agredido com um pontapé”

Jorge Espírito Santo, especialista em Oncologia Médica, Medicina Interna e gestão de serviços de saúde, aceitou relatar à ROM uma situação de violência física de que foi vítima. A situação aconteceu há uns anos, quando este médico era chefe da equipa de urgência no Hospital do Barreiro: “Alertado pelo barulho na urgência, fui ver o que se passava. Tinha entrado um jovem alcoolizado que estava a pontapear os equipamentos da urgência, pondo em risco a integridade física dos outros doentes que aguardavam na sala de espera. Abordei o doente e, apercebendo-me da situação, mandei chamar a polícia. No momento em que lhe virei as costas fui agredi-

do com um pontapé que resultou num traumatismo de um membro inferior”. Questionado se não havia polícia no hospital, Jorge Espírito Santo explica que além de não haver qualquer agente das forças policiais, os seguranças presentes não se sentiam com capacidade para enfrentar a situação pois o agressor estava acompanhado de um grupo de amigos, alguns deles também alcoolizados. Assim, foi o próprio oncologista – com a ajuda de outros membros da equipa da urgência – que imobilizou o agressor e o entregou à polícia. Apresentou queixa e o inquérito decorria quando, de má fé, o doente apresentou ele próprio uma queixa contra o médico, alegadamente por ter sido ele o agressor. A investigação criminal levou ao arquivamento por falta de provas do processo contra o médico e originou

a dedução de acusação contra o doente/agressor. No entanto, antes do julgamento, o médico acabaria por aceder ao encerramento do processo, em face de um pedido de desculpas com o qual foi argumentado que o doente/agressor seria muito provavelmente sancionado mas que tal sanção poderia acarretar, além do estigma social, consequências como a perda de emprego, argumentos aos quais Jorge Espírito Santo não conseguiu ficar indiferente.

Quanto ao comportamento do hospital, onde os factos se passaram e para o qual estava a trabalhar no momento da agressão, Jorge Espírito Santo confessa que se sentiu extremamente frustrado e desacompanhado pois não obteve nenhum apoio da instituição. Questionado quanto ao papel da Ordem dos Médicos, refere que nem sequer

havia comunicado à Ordem o sucedido. Sobre potenciais sequelas, nomeadamente psicológicas, Jorge Espírito Santo refere não ter tido qualquer receio de que se repetisse este tipo de situação: "os médicos têm que estar preparados para estas situações pois estão muito expostos". Embora quanto à agressão física de que foi vítima não sinta que houvesse nada que pudesse ter feito para a evitar, Jorge Espírito Santo realça o valor potencial de existir formação em comunicação para a gestão de conflitos para uma melhor abordagem e prevenção das situações de violência.

Insultos, intimidação e tentativa de agressão no CS

O médico Manuel Maurício Esteves tinha 55 anos quando a agressão que descreve terá ocorrido. Foi em Julho de 2008 e no Centro de Saúde onde estava a dar consulta não havia nem polícia nem segurança, "posteriormente, em 2011, passou a existir segurança", refere. "Durante a consulta, sou informado que um casal exigia falar comigo imediatamente. Como já tinha iniciado o atendimento aos utentes, informei que m e disponibilizava para falar com as pessoas, mas apenas no fim do período de consulta expressa. De seguida a funcionária veio ao

consultório para me alertar de que as pessoas exigiam o seu atendimento imediato. Mantive a informação anterior e a disponibilidade, orientando os serviços para, na eventualidade de sinais de alteração da ordem e das regras de bom funcionamento da instituição, ser chamada a autoridade, G.N.R.. Passados instantes a porta do consultório é aberta, entrando um casal, que perante o espanço da utente ainda em consulta, atira uma carta para cima da secretaria dizendo que era muito urgente, porque tinham um pedido de exame de diagnóstico (TAC cerebral) solicitado por médico da medicina privada, pelo que eu tinha de o transcrever imediatamente para um P1, pois o utente estava muito doente, e que estavam com pressa. Apesar da atitude

inconveniente e agressiva, peguei na carta, que confirmava ser de médico psiquiatra, abri-a e li-a, e como não contivesse nenhuma informação que orientasse para uma situação de urgência, mantive o procedimento, reiterando a informação de que falaria com o casal, no fim das consultas. De imediato o utente sentou-se, colocando os pés em cima da secretaria e perguntou 'Quero ver como me tiras daqui!'. A esposa dá-lhe ordem para que ele mude de posição retirando os pés, o que ele acede, passando então para os insultos, do tipo 'Tu és um ..., não és médico nem és homem, ó filho da ...; lá fora dou cabo de ti, passa lá esta isto meu ...' assim como

Médico agredido a murro nas urgências do hospital

Um doente com uma inflamação num testículo perdeu a paciência nas urgências do Hospital de Santo André (HSA), em Leiria, e agrediu um médico a murro na cara. O clínico está de baixa e vai processar o agressor, que continua sem o problema de saúde resolvido.

Pedro Cordeiro, de 44 anos, tem passado os últimos cinco meses em aflição, por causa de uma inflamação no testículo esquerdo. A primeira vez que o problema surgiu deslocou-se ao Hospital de Leiria. Recebeu um diagnóstico desanimador. "Disseram-me que o problema só se resolvia com uma operação."

Três dias depois, o serralheiro voltou às urgências, com o mesmo problema. O diagnóstico manteve-se, mas com uma variante: "O especialista m mandou-me pedir credenciais ao médico de família para apresentar nas consultas externas, mas nunca fui chamado pelo hospital."

Há quatro meses, regressou às urgências, passou uma tarde com gelo na zona inflamada, recebeu alta a seguir. Terça-feira, a inflamação voltou a manifestar-se. O doente dirigiu-se de novo ao hospital, com o testículo "do tamanho de um punho fechado", sendo recebido pelo mesmo especialista. Q

este lhe disse que teria de "entrar na lista de espera das operações". Pedro Cordeiro perdeu esforçou-se e agrediu o murro. A PSP tomou de imediato conta de ocorrência.

ADMINISTRAÇÃO INDIGNADA

Segundo o director clínico do HSA, o caso "não justifica atendimento num serviço de urgência" e, se o doente foi orientado "para tratamento cirúrgico através de consulta externa do hospital", isso, o doente foi orientado "para tratamento cirúrgico através de consulta externa do hospital".

Hélder Letão lamenta a excessiva pressão por parte do doente para contrariar as regras de a

Salude: Médico de Vila Verde apresenta queixa contra doente por agressão

"Pôs-me as mãos nos ombros, bateu-me, tirou-me a camisola e os óculos", disse o médico Maurício Esteves, alegadamente agredido, na tarde de terça-feira, na Extensão de Saúde de Prado, em Vila Verde.

A GNR de Prado registou a ocorrência e está a recolher depoimentos.

De acordo com Felicidade Castro Forte, esposa do suposto agressor, o casal foi à extensão de saúde "entregar uma carta do psiquiatra" a Maurício Esteves.

"Queríamos entregar uma carta urgente ao nosso médico de família mas ele não nos recebeu", referiu, à Lusa, a mulher que, esta manhã esteve a prestar declarações na GNR de Prado.

Sem consulta marcada, o casal esperou pelo "intervalo entre duas consultas" para falar com o médico.

"Entremos no consultório e antes de dizer o que queríamos já o médico nos estava a pôr fora da porta e a dizer que não nos atendia", disse Felicidade Forte.

O clínico, em declarações feitas às autoridades, disse que o casal entrou no consultório "à força" e que o agrediu.

"Em mais de vinte anos de profissão nunca passei por uma situação semelhante", referiu o clínico.

"Bem sei que sou funcionário público e que sou eu que seréi sempre penalizado", finalizou Maurício Esteves.

Impressoras Brother
Impressoras Portáteis Sem Cabo
Para Computadores o
Telemóveis!

Impressora Jato de Tinta
A escola já foi informada dos resultados das avaliações para
transferir pais e professores.

Violência contra a mulher ao río

Uma mulher, de 36 anos, foi encontrada morta no fio do Rio Lá, junto às placas municipais de Leiria. A jovem vivia nos Pombais e estava desaparecida desde a passada quinta-feira. Segundo a PSP, a vítima foi retirada de águas profundas das 8 horas e identificada por um familiar, seguindo-se o encerramento do Galpão Medicado Legal do Hospital Santo André, em Leiria, para ser autopsiada. O caso está a ser investigado pela PSP e PJ.

Pombal

Violência contra a mulher em debate

Violência contra a mulher ao río

O médico agredido no Hospital Bernardo Lopes de Oliveira, em Alcobaça, apresentou queixa contra o utente que alegadamente o agrediu, revelou a presidente da Comissão de Administração, Adelâide Alfonso. De acordo com a informação veiculada pela PSP, o utente, "que se mostrava bastante alterado" e apresentava "níveis de agressividade", dirigiu-se às urgências

do Hospital de Alcobaça, onde pregiava a austeridade, fundamental do seu Vida.

Antes de acordo com a mesma fonte, o cidadão, que terá sido detido pelo clínico de serviço para se medicar, empurrou o médico, provocando-lhe uma queda que resultou num lomboferita e corte no nariz, quevalha ao clínico uma sutura de quatro pontos. "O utente apresentava níveis elevados de agressividade", explicou Adelâide Alfonso.

Chegados os agentes, o utente empurrou o clérigo, que terá sido agredido um deles com um martelo de ferro e um soco na cara, feriu um tiro da PSP. O agredido agrediu mais alguém do hospital e foi presente ao tribunal.

Adelâide Alfonso apresentou pelo clínico e do crime de agressão ao agente das autoridades, descrevendo no seu relatório que "infelizmente este género de casos não são raro de incidir".

Um homem que se estabeleceu apesar das 87 mil doses de violência contra mulheres, enfermeiros e auxiliares de acção médica, em média, todos os anos.

Ana Ferraz Pereira

Indivíduo bateu ainda num agente da PSP de Alcobaça

Médico agredido apresenta queixa contra utente

O médico agredido no hospital Bernardo Lopes de Oliveira, em Alcobaça, apresentou queixa contra o utente que alegadamente o agrediu, revelou a presidente da Comissão de Administração, Adelâide Alfonso. De acordo com a informação veiculada pela PSP, o utente, "que se mostrava bastante alterado" e apresentava "níveis de agressividade", dirigiu-se às urgências

do Hospital de Alcobaça, onde pregiava a austeridade, fundamental do seu Vida.

Antes de acordo com a mesma fonte, o cidadão, que terá sido detido pelo clínico de serviço para se medicar, empurrou o médico, provocando-lhe uma queda que resultou num lomboferita e corte no nariz, quevalha ao clínico uma sutura de quatro pontos. "O utente apresentava níveis elevados de agressividade", explicou Adelâide Alfonso.

Chegados os agentes, o utente empurrou o clérigo, que terá sido agredido um deles com um martelo de ferro e um soco na cara, feriu um tiro da PSP. O agredido agrediu mais alguém do hospital e foi presente ao tribunal.

Adelâide Alfonso apresentou pelo clínico e do crime de agressão ao agente das autoridades, descrevendo no seu relatório que "infelizmente este género de casos não são raro de incidir".

Um homem que se estabeleceu apesar das 87 mil doses de violência contra mulheres, enfermeiros e auxiliares de acção médica, em média, todos os anos.

Ana Ferraz Pereira

outras frases intimidatórias, pois em determinado momento dirigiu-se para a acompanhante e diz ‘dá-me a saca que vais ver que ele passa já tudo...’. Toda esta situação se desenvolve sem que eu tenha tomado alguma atitude que pudesse ser tomada como agressiva, pois tinha permanecido sentado no meu lugar, por detrás da secretária e apenas mexi os olhos e o pensamento.... ‘O que é que fiz eu, para isto me acontecer, e a GNR nunca mais chega!!!’. Como os insultos e a intimidação não obtinham o resultado pretendido, subitamente o utente, atira-se por cima da secretária, tentando agredir-me, o que consegue parcialmente, pois agarra-me pelos ombros. Não consegue no entanto imobilizar-me e que eu bata com a cabeça no tampo da secretária. Ao afastar-me, a camisola que vestia é arrancada e sai pelos ombros assim como os óculos que caem na secretária. Este movimento permite-me ficar com espaço para me defender, tendo o factor surpresa de agressão, deixado de existir. Quando me dirijo para o utente para o acalmar, o mesmo grita ‘bate-me, bate-me’, o que fez com me afastasse imediatamente, concluindo que o que o utente pretendia passar de agressor a agredido. Devido à agitação e barulho, chegaram outras pessoas, que surpreendidas constataram que me apresentava em tronco nu e sem óculos. Até à chegada da GNR para identificação dos intervenientes, a esposa do utente permaneceu no gabinete médico, mantendo perto terceiros, um discurso em tudo semelhante ao do marido ‘Não és médico, não és homem,

‘não tens coração, és um escarrro...’ e outros honrarias... questionando a minha qualidade de profissional da saúde e me enxoalhavam como cidadão’. É assim que, em discurso directo, ficamos a saber da situação porque passou este médico com 28 anos de prática clínica, uma situação que originou sequelas psicológicas como “desmotivação para manutenção de atividade em CSP e stress pós traumático com manutenção de consulta em Psiquiatria e medicação específica”, explica-nos. O desfecho deste processo, em tribunal, foi uma condenação pela “invasão de espaço público reservado, sem autorização”, mas quanto à agressão ao médico, o desfecho foi diferente: “a conclusão pelo tribunal de que não existiram provas testemunhais e assim não ficou provada a agressão. Pelo que absolvio; Eu tive de efectuar pagamento de custas judiciais no valor aproximado de 500 €”, conclui. Quanto ao envolvimento da Ordem, este médico não recorreu à instituição mas refere que o caso foi noticiado em termos mediáticos e que “da parte da Ordem não foi promovido contacto para oferecer um qual-

quer tipo de apoio”. Questionado quanto à possibilidade de ter evitado o episódio de violência, Manuel Maurício Esteves, que se aposentou em 2012, refere que a única maneira para o evitar teria sido “se tivesse satisfeito no imediato o solicitado pelo utente”, comportamento que não poderia ter pois “isso seria desrespeitar todos os outros utentes, encarar e sujeitar-me a uma intimidação com receio físico e psicológico com consequências imprevisíveis no futuro abrindo como ‘uma caixa de pandora’, ultrapassar o que deverá ser uma relação de respeito entre profissional de saúde e utente/doente, aceitar uma sociedade em que o argumento ‘do medo’ seja a ferramenta dominante para obtenção de resultados”. Mesmo tantos anos depois, o médico confessa achar incompreensível o que lhe aconteceu: “o que vivi e mesmo após sete anos sobre os factos, continua incompreensível para mim, pois considero que em nenhum momento tive uma atitude agressiva física ou verbal, assim como nunca existiu, indisponibilidade para falar/atender/consultar o utente”...

Notificações de agressão a médicos em Portugal



Entre o crime
e o castigo...



Segundo os dados da DGS, em 202 casos registados em 2013, só 22 deram origem a investigação das causas e só 32 referiram ter efectuado queixa à polícia dos quais apenas 7 identificaram o número do processo, através do envio automático de uma mensagem electrónica para o endereço da Procuradoria-Geral: vcpsnlt.lisboa.pgd@tribunais.org.pt.

Indicamos em seguida alguns dados relevantes da actividade do Ministério Público no DIAP de Lisboa, que nos foram gentilmente cedidos pela Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa (PGDL), relativamente aos anos de 2012 a 2015, especificamente em matéria de Violência Contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, "um problema sério de prevenção geral", conforme é referenciado pela instituição:

- No ano de 2012, foram instaurados 6 inquéritos, dos quais 2 resultaram em dedução de acusação; 1 foi encerrado com suspensão provisória do processo e 3 foram arquivados;
- No ano de 2013, foram instaurados 4 inquéritos, dos quais 1 originou acusação; 1 foi encerrado com suspensão provisória do processo e 2 foram arquivados;
- No ano de 2014, foram instaurados 17 inquéritos. Destes, 6 estão pendentes, em investigação; 1 foi encerrado com suspensão provisória do processo; 10 foram arquivados.
- No corrente ano de 2015 já foi instaurado 1 inquérito.

Nos três casos referenciados como encerrados com suspensão provisória houve lugar a injunções, a saber:

Violência contra profissionais de saúde é prioridade (?)



Este tipo de crime esteve contemplado como uma das prioridades da política criminal quer no que respeita à sua prevenção, quer à investigação, nos termos da Lei 51/2007 e da Lei 38/2009, que não tiveram continuidade; em ambas era mencionada expressamente a Violência Contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho como uma área de intervenção prioritária. No entanto, em termos de prioridades de política criminal, em sentido jurídico, tal previsão não existe neste momento porque essas leis tinham a sua vigência bienal. Independentemente da existência ou não de leis de prioridade, para a PGDL a VCPSNLT é um fenómeno criminal que tem que ser acompanhado e combatido e que já havia sido identificado como relevante – nomeadamente pelo seu impacto negativo no sistema de saúde. Por essa razão e porque os princípios continuam válidos ('disfunção grave no sistema de saúde' a ser combatida) e os procedimentos processuais penais continuam certos, continua a ter relevância a informação do site da PGDL.

- em todos os casos obrigação de apresentação de um pedido formal de desculpas por escrito aos ofendidos;

- em dois casos entrega de quantia monetária a favor de instituição de solidariedade social;

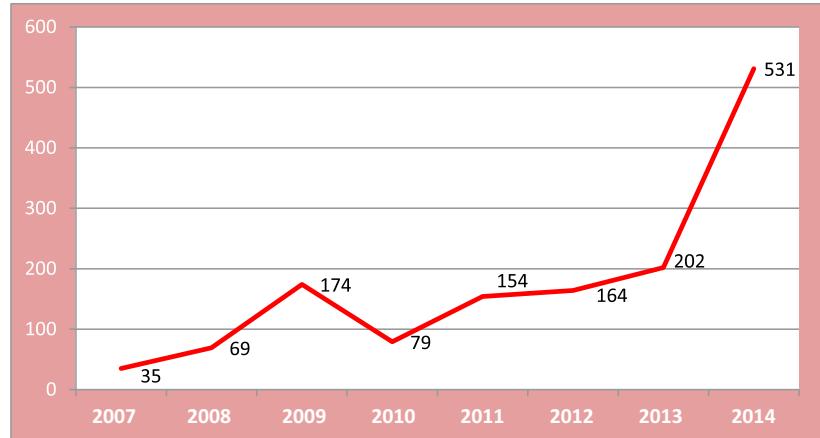
- em um caso a obrigação de prestar 30 horas de trabalho socialmente útil sob orientação da DGRS; Compromisso de não voltar a ter comportamentos semelhantes aos denunciados nos autos

em nenhum Serviço de Saúde e contra nenhum dos profissionais que ali prestam serviço.

Já os inquéritos arquivados ocorreram nos termos do art. 277 nº 1 ou nº 2 do Código de Processo Penal e correspondem a situações em que:

"1 - O Ministério Público procede, por despacho, ao arquivamento do inquérito, logo que tiver recolhido prova bastante de se

Notificações de VCPSNLT em Portugal



não ter verificado crime, de o arguido não o ter praticado a qualquer título ou de ser legalmente inadmissível o procedimento. 2 - O inquérito é igualmente arquivado se não tiver sido possível ao Ministério Público obter indícios suficientes da verificação de crime ou de quem foram os agentes".

De 2013 temos notícia de uma condenação por crime de injúria agravada praticado contra médico. A sentença ditou uma pena de multa que acabou por se traduzir num pagamento de €450. Se existiram referências mediáticas a esta sentença ou ao desfecho de qualquer um dos outros processos, não nos foi possível localizá-las.

Foi solicitada informação às três outras Procuradorias Gerais Distritais mas só obtivemos resposta por parte da Procuradoria de Évora que, embora disponível para colaborar, não pôde disponibilizar este tipo de informação por não ter um registo específico nestas matérias e porque não o conseguiria fazer em tempo útil a esta publicação por insuficiência do sistema informático que não permite aceder com facilidade a esse tipo de informação.

Agressões, ameaças e condenações – o caso espanhol



Em 2010, em Espanha, foram denunciados 451 casos de agressão a médicos no seu local de trabalho (em Portugal, no mesmo ano, dos 79 casos de

SEVILLA / SANIDAD

Médicos indefensos en el centro de salud de Las Letanías

ABC / SEVILLA | Dia 28/02/2013 - 05:21h

» Denuncian agresiones de los pacientes que piden ansiolíticos en las cuatro horas y media en que está sin vigilante

El Sindicato Médico de Sevilla ha denunciado que los recortes han dejado al centro de salud de Las Letanías sin servicio de seguridad varias horas al día, momento que aprovechan usuarios conflictivos para agredir verbal y físicamente a los médicos para obtener ansiolíticos.

A partir de los recortes, el servicio sufrió reducciones de su horario laboral que se estableció desde las nueve y media de la mañana hasta las

ANDALUCÍA / SUCESOS

Terror en el área de Pediatría de un hospital de Málaga

F.D.L. / MÁLAGA | Dia 10/03/2013 - 19:07h

» Profesionales del Materno Infantil del Carlos Haya llevan cuatro años soportando las agresiones del padre de un paciente



violência contra profissionais de saúde reportados, 16 correspondem a agressão a médicos). Destaca-se que mais de 18% das agressões em Espanha resultaram em lesões e que mais de 13% das vítimas ficou de baixa. O estudo feito no país vizinho não traça um perfil claro da tipologia de agressores, mas revela que um em cada três ataques é realizado por um familiar do doente. Em 2013, as agressões a médicos em Espanha baixavam 15%. E quanto a consequências? No caso nacional, o estudo "Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde; Estudos de Casos Portugueses" referia que só uma pequena parte dos agressores referenciados nessa análise sofreu algum tipo de consequências. Dez anos depois, em Portugal,

as consequências para os agressores – quando existem – parecem não ser suficientemente publicitadas para que tenham um efeito dissuasor... Em contrapartida, na vizinha Espanha, encontramos referências várias a condenações por actos de violência contra médicos, incluindo crimes de ameaças e ofensa à integridade física, sendo algumas dessas sentenças muito recentes:

- Em Cadiz, em 2011, o tribunal condenou a uma pena de um ano de prisão uma doente pelo crime de agressão a funcionário público no exercício da sua função, na sequência da agressão cometida contra uma médica que estava a prestar serviço no centro de saúde de San Telmo. Na sequência da agressão, a médica desenvolveu um

Sigue abcdesevi



Lo más ...

VISTO EN SEVILLA

- » 1 El Ayuntamiento autoriza que ...
- » 2 Diez restaurantes ...
- » 3 La serie «El M...
- » 4 El miércoles de festivo en Sev...

Lo más ...

VISTO EN ANDALUCÍA

- » 1 La Junta recorta 8...
- » 2 La Junta implantó ... empresas para ga...
- » 3 Operación Edu: 11...
- » 4 Diez pueblos con e...
- » 5 Hay quej... Alaya par...
- » 6 Investigan un supu...
- » 7 Se llegaron a conc...

quadro de ansiedade que a impediu de trabalhar durante um mês. A agressora foi condenada a uma pena acessória de proibição de se aproximar da médica agredida, bem como a uma pena de multa e indemnização económica por responsabilidade civil.

- Em Sevilha, um Juiz condenou uma mulher a nove meses de prisão por agressão a um médico no hospital Virgen Macarena, na sequência da qual o clínico teve uma baixa de oito dias. A condenação de nove meses foi por desacato a autoridade e foi igualmente imposta uma medida de segurança de tratamento médico compulsivo por três anos. A doente também foi condenada a uma multa de 120 euros e a uma indemnização de 400 euros ao médico agredido. Os factos ocorreram a 2 de Junho de 2011 e a sentença foi noticiada em Janeiro de 2015.

- Em Ourense, o tribunal condenou duas pessoas a um ano de prisão pelo crime de ameaças a um médico no centro de saúde Novoa Santos. Além da condenação por crime de ameaças e pelo crime de ofensas corporais na forma tentada, como pena acessória, as agressoras foram proibidas de se aproximarem por um período de 3 anos dos médicos que as denunciaram. O crime de ameaças havia sido cometido a 8 de Julho de 2013, data em que as duas mulheres ameaçaram aos gritos a sua médica assistente e os colegas que se aproximaram para a defender, dando murros na mesa, gritando e empurrando quem se colocou entre elas e a médica.

- Em Badajoz, uma mulher foi condenada a um ano e seis meses de prisão por agressão física a um médico num centro de saúde

de Villanueva de la Serena. Além da pena de prisão efectiva, o tribunal condenou-a a uma pena acessória de proibição de se aproximar a menos de 100 metros da médica, durante os próximos 3 anos; o tribunal condenou a agressora ainda ao pagamento de uma indemnização de 3.500 euros pelos danos morais causados, valor ao qual acresce 7.820 euros pelo tempo de recuperação das lesões (o que equivale a um total de 11.320 euros de indemnização). A sentença é de Fevereiro de 2015, e os factos ocorreram em Março de 2013, quando a médica estava a dar consulta e recusou-se a passar um atestado médico a pedido da doente que a agrediu violentamente, puxando e arrancando cabelos da médica, dando murros e

Tolerância zero com agressões a médicos



O facto de haver condenações exemplares – e céleres – em Espanha pode ser o reflexo do documento (intitulado como pioneiro nesse país) na abordagem à violência que foi apresentado em 2011 no qual se defende uma política de tolerância zero com agressões a médicos. Esse documento surge na sequência do primeiro registo nacional de agressões a médicos, elaborado pelo Observatório de Agressões da Organização Médica Colegiada (OMC), no qual se destaca que o sector dos Cuidados Primários é o mais castigado por actos de violência.

No dia em que o documento foi apresentado, Serafín Romero, secretário geral da OMC alertou os colegas para a necessidade de, em caso de serem vítimas de agressão física ou psíquica ou de serem ameaçados, denunciarem as situações

apenas à instituição onde ocorre o crime mas também às suas hierarquias e à própria Organização Médica Colegiada (instituição espanhola homóloga da Ordem dos Médicos) com vista a aceder a apoio jurídico, médico, etc..

Com o documento, a OMC pretendeu tentar explicar os motivos das agressões (em muitos casos as agressões tiveram origem na recusa por parte dos médicos em receitar medicamentos ou exames pedidos

Tolerancia cero con las agresiones al personal médico

El primer registro nacional de agresiones a los médicos, elaborado por el Observatorio de Agressiones de la Organización Médica Colegiada (OMC), destaca que el sector de Atención Primaria es el más castigado por estos actos de violencia. El documento, presentado hoy, es pionero en España.

ELIMINADO POR: INFORMATIVAS.COM / RED AGENCIAS, 15/02/2011, 11:03:11 (201) VECES LEÍDA

"El médico o médica que recibe amenazas o que es agredido físicamente o psíquicamente tiene que denunciar el hecho no sólo en su lugar de trabajo, a su superior o gerencia, sino también a su propio Colegio de Médicos", ha remarcado Serafín Romero, secretario general de la OMC.

Romero, que ha presidido el acto junto a Alberto Bescerra, coordinador del Observatorio de Agressiones, ha explicado que denunciar la agresión ante la entidad colegial sirve "además de para registrar y contribuir a dar solución a la misma, para obtener respuesta a su agresión y acompañamiento jurídico, médico y laboral".

El informe, que ha contado con la colaboración de todos los Colegios de Médicos de España, muestra que en 2010 se produjeron 451 agresiones a médicos colegiados. El mayor porcentaje de los actos violentos contra el

atirando com mobiliário, além de a ter ameaçado que lhe cortava o pescoço. Além das sequelas físicas, esta médica sofreu consequências psicológicas que a obrigaram a vários meses de acompanhamento psiquiátrico devido a stress pós-traumático. Todos estes factos foram dados como provados e a sentença não é susceptível de recurso. (várias destas sentenças foram conhecidas no início deste ano e podem ser lidas na íntegra no site medicosypacientes.com, ver bibliografia)

pelo doente) mas também estabelecer formas de actuação para evitar situações de violência futuras pois, nos últimos anos, as agressões a médicos aumentaram nesse país a ponto de se transformarem num grave problema social para o qual os profissionais de medicina pedem 'tolerância zero'.

O Observatório realiza o acompanhamento das denúncias desde 2010 e desde então, até 2013, registou 109 sentenças judiciais por agressão para um total de 1.741 situações de violência contra médicos durante o exercício da sua profissão (em Portugal de 2010 a 2012 registaram-se "apenas" 92 casos de agressão a médicos; mas o que se torna verdadeiramente alarmante é que em 2012 foram registadas 52 as agressões a médicos no nosso país, o que significa que, em média, nesse ano, houve um médico agredido todas as semanas).

A 18 de Março de 2015, em Espanha, assinalou-se mais um Dia Nacional Contra as Agressões no Âmbito da Saúde, comemoração que é celebrada com um laço dourado e que foi instituída pelo Observatório contra as Agressões da OMC, com o apoio do CGCOM - Con-

selho Geral de Agremiações de Médicos e da CESM - Confederação Estatal de Sindicatos de Médicos, com o objectivo de criar uma acção geral contra as agressões ao profissionais de saúde em Espanha.

Espanha agrava pena para crimes de VCPSNLT



Em Espanha, cerca de 30.000 profissionais foram vítimas de algum tipo de violência (física, verbal ou ameaças) entre 2008 e 2012. "Os profissionais de saúde são o melhor activo do Sistema Nacional de Saúde e, como tal, é preciso trabalhar em colaboração com eles e, ao mesmo tempo, protege-los de agressões ou ameaças no exercício das suas funções" – quem o disse foi o Ministro da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade espanhol, Alfonso Alonso, que recebeu no dia 18 de Março de 2015, data este ano escolhida para a comemoração do Dia Nacional contra as Agressões a Profissionais de Saúde, uma placa de reconhecimento pelo trabalho do Ministério neste âmbito das mãos do presidente da Organização Médica Colegial (OMC), Juan José Rodríguez Sendín.

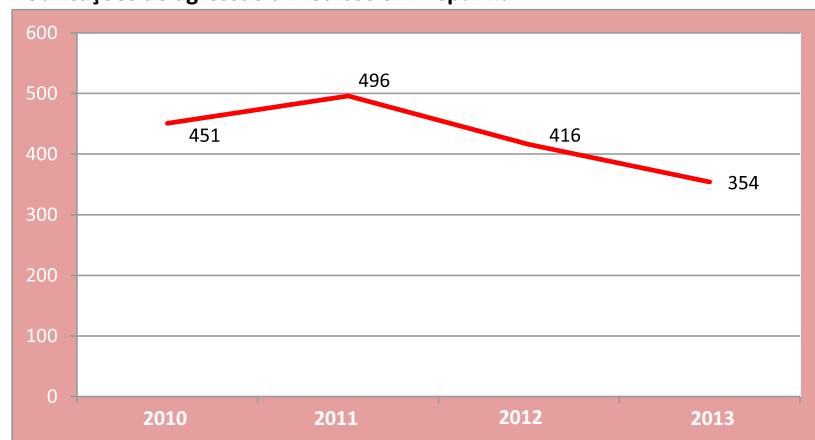
Na reunião que a entidade homóloga da Ordem dos Médicos teve com o seu Ministro da Saúde, foi comentada a inclusão na reforma do Código Penal, das agressões a profissionais de saúde do Sistema Nacional de Saúde como crime de atentado contra a autoridade. Com esta reforma penal, em Espanha, passa a ser crime de desacato à autoridade qualquer agressão a professores e médicos no exercício das funções próprias dos cargos que exercem.

Violência no NHS custa mais de 60 milhões de libras



As estatísticas do National Health Service (NHS) também não são mais favoráveis e está referenciado que, à semelhança do caso português, há uma situação de sub-notificação/denúncia dos casos de violência contra profissionais de saúde. Ainda assim, foram referenciados no ano de 2013 mais de 60.000 episódios de violência contra profissionais de saúde e a tendência dos últimos anos tem sido de aumento do número de ocorrências. As sanções criminais (multas, pena de prisão, etc) contra os agressores também aumentaram com a imposição de 1452 sanções em 2012/13 comparando com apenas 941 em 2008/09. O NHS tem como prioridade a redução dessas ocorrências e, numa acção conjunta do Department of Health com o NHS Security Management Service (que nasceu em Abril de 2003) tem desenvolvido uma série de iniciativas com vista ao melhoramento da abordagem das questões de segurança com o objectivo de reduzir a violência

Notificações de agressão a médicos em Espanha





no NHS, entre as quais destacamos:

- 1998/1999 – elaboração de um estudo aprofundado sobre a temática da violência contra profissionais de saúde no seu local de trabalho;
- 1999/2000 - Campanha do NHS Tolerância Zero (campanha que foi replicada em Espanha como já referimos);
- 2004/2005 - Implementação de um programa de formação na área da resolução de conflitos (programa que tem sido alargado a todos os trabalhadores do NHS e cujo foco principal é a prevenção e gestão de situações de violência, incluindo técnicas de intervenção físicas e não físicas – mais uma medida que foi replicada em Espanha);
- 2006/2007 – Campanha de alerta para esta problemática que teve como objectivo aumentar a consciência de todos para as consequências deste tipo de violência, reforçando o conceito de tolerância zero e que incluía a possibilidade de banir os agressores de determinados estabelecimentos de saúde.
- 2006/2009 – Campanha “a sua escolha de tratamento” envolveu o NHS, a polícia, as autoridades locais e o público em geral e promoveu a noção de que as agressões têm consequências, nomeadamente criminais.

- 2013 – Novo memorando de entendimento entre quatro forças policiais do País de Gales, o Crown Prosecution Service e o NHS do País de Gales, fortalecendo a política de tolerância zero na abordagem à violência e agressões aos profissionais do NHS.

- 2014 – A política de tolerância zero foi promovida pela Cwm Taf University Health Board com a garantia de que qualquer comportamento abusivo, violento ou desrespeitador terá como consequência uma ação penal contra os agressores.

Num relatório de 2012 - Guidance on Data Requirements for the Annual Violence against Staff (VAS) Collection Exercise - um em cada 3 trabalhadores do NHS (32%) afirmava ter sido alvo de violência verbal (com ameaças) de doentes nos últimos 12 meses, enquanto que um em cada cinco foi vítima dos mesmos abusos mas perpetrados por familiares ouacom-

panhantes dos doentes. Um em cada 20 (5%) dos profissionais de saúde já tinha sido vítima de agressões físicas perpetradas por doentes.

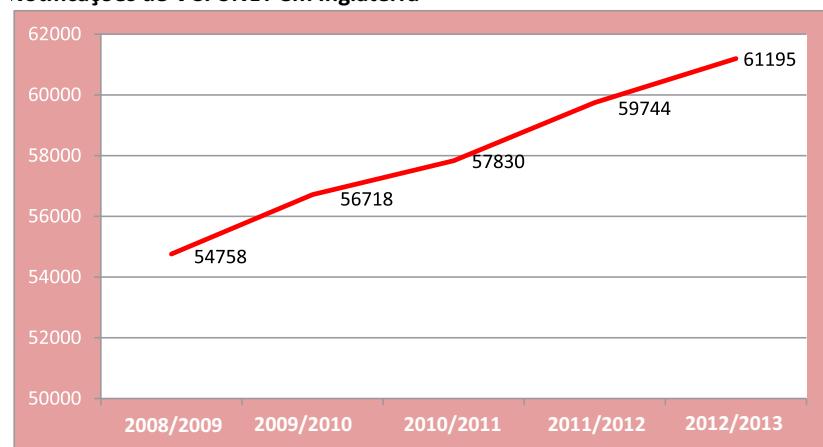
Toda esta violência tem custos para o sistema de saúde, que se contabilizam num valor estimado de £60.5 milhões em 2007/08 – valor que inclui custos com o tratamento de sequelas físicas da violência, custas judiciais, treino para a resolução de conflitos, despesas com profissionais que abandonaram o NHS na sequência da agressão de que foram vítimas e custos com a implementação de políticas para o combate à violência.

**Portugal:
um cemitério
de leis perfeitas
e boas
intenções?...**



Em Portugal a teoria e a lei também protegem os profissionais de saúde: aliás, já no estudo “Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde; Estudos de Caso Portugueses” em que se entrevistaram representantes institucionais do Sector da Saúde (Ordens, sindicatos, etc.) todos reconheceram as graves

Notificações de VCPSNLT em Inglaterra



consequências da violência contra os profissionais de saúde e a falta generalizada de definição institucional de políticas de abordagem do problema. Foi precisamente para colmatar esse tipo de lacunas que a Direcção-Geral da Saúde colocou a abordagem da violência contra os profissionais de Saúde no local de trabalho como uma prioridade do Plano Nacional de Saúde já em 2004-2010, defendendo a mesma política de “tolerância zero para qualquer tipo de violência”.

A Procuradoria Geral Distrital de Lisboa (órgão da hierarquia do Ministério Público cuja colaboração com a ROM foi imprescindível para completar esta reportagem) tem uma página na Internet, na qual - apesar da edição reportada a 2010 - se encontram princípios e procedimentos ainda válidos para a necessária prevenção e investigação dos casos de violência contra profissionais de saúde no seu local de trabalho, princípios que a nossa lei consagrava quanto à necessidade de prioridade em termos de política criminal quer no que respeita à prevenção, quer à investigação, dos casos de violência contra profissionais de saúde no seu local de trabalho, por se reconhecer a necessidade de dar uma resposta célere às situações em que um médico, por exemplo, é agredido na sequência do exercício das suas funções.

Nessa página (http://www.pg-dlisboa.pt/home_cd_agi_st.php) pode ser consultada a informação (datada mas ainda útil) para profissionais de Saúde vítimas de violência no local de trabalho e nela encontram-se respostas às seguintes questões:

- *Como deve ser encarada a violê-*

Consequências da violência



Tomando como referência o ano de 2013, com 202 notificações de VCPSNLT, quanto à percepção da gestão do episódio de violência: 21 vítimas solicitaram tratamento, 21 tiveram temporariamente ausentes do serviço, 22 tiveram apoio/suporte, 21 declararam acidente de trabalho...

A violência – seja verbal, psicológica ou física – dá origem a que os profissionais faltem ao trabalho, provoca falta de pontualidade, aversão ao local de trabalho e diminuição no desempenho profissional, o que se reflecte consequentemente no desempenho da instituição; A violência pode gerar pedidos de transferência de um serviço para outro e até para outra instituição, baixa de produtividade e consequente aumento nos tempos de espera. A violência repetida pode originar “burnout”, baixas por doença, reformas antecipadas ou mesmo doenças psicossomáticas. O stress pós-traumático é comum entre as vítimas de violência no seu local de trabalho. Acresce que violência gera violência e os médicos (ou outros profissionais de saúde) vítimas podem eventualmente, eles próprios, tomar atitudes violentas que agravem as barreiras no relacionamento entre profissionais e utentes ou até entre os próprios profissionais de saúde. De salientar que algumas destas consequências se aplicam não só às vítimas mas também aos outros profissionais que assistem aos episódios de agressão.

cia contra profissionais de saúde no local de trabalho?

- *Em caso de violência contra um profissional de saúde no local de trabalho, a entidade pública em causa pode oferecer apoio jurídico ao seu colaborador?*

- *Como é que o profissional de saúde vítima de violência no local de trabalho se queixa criminalmente?*

- *No caso de um utente ser frequentemente agressivo contra profissionais de saúde é possível o seu afastamento da instituição e recusa de atendimento por parte dos profissionais, excepto em situação de urgência / emergência?*

- *Existe legislação sobre como providenciar postos/ esquadras nos hospitais e centros de saúde?*

Entre outra informação relevante, é referido que este tipo de violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho deve

ser considerado como “uma disfunção grave do sistema de saúde” que deve ser combatida.

Os profissionais de saúde dispõem ainda de um registo no site da Direcção-Geral da Saúde para sinalização do episódio de violência, com vista ao conhecimento real do fenómeno que permita a tomada de medidas sistémicas apropriadas. Foram precisamente os dados desse registo que permitiram muitas das estatísticas apresentadas neste artigo. No Distrito Judicial de Lisboa foi criada uma REDE de magistrados do Ministério Público nas comarcas, que constituem pontos de contacto no que respeita à área criminal, para crimes contra grupos profissionais vitimizados. Esses contactos podem ser acionados pelas direc-

ções das unidades de saúde para facilitação de procedimentos de apresentação de participações, de convocação de testemunhas e de obtenção de provas (contudo, como indicam os vários estudos e pudemos constatar através dos testemunhos que obtivemos de médicos vítimas de violência no seu local de trabalho, não há, regra geral, um apoio efectivo das instituições de saúde aos seus médicos, enfermeiros, etc.). Em caso de dúvida, deve contactar-se o Ministério Público local.

De sublinhar que, embora, como já referimos, os resultados práticos não sejam animadores, o Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho foi criado na Direcção-Geral de Saúde anos antes do Observatório espanhol, e tem prosseguido a sua finalidade de promover a colaboração das instituições de saúde e das várias associações do sector através da disponibilização online de um sistema de notificação dos episódios de violência contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, a nível nacional; disponibilizando documentos de referência e instrumentos úteis na abordagem deste tipo de violência (questionários, exemplos de normas internas, *check-lists*, etc), divulgando algum desse trabalho com o intuito de partilhar experiências organizativas na abordagem da violência contra profissionais de saúde. Acresce que o primeiro grande estudo nacional sobre esta problemática é também anterior ao documento espanhol e pelo menos desde 2006 que o enquadramento legal português previu, ainda que temporariamente, como sendo de tratamento prioritário os crimes cometidos contra profissionais de saúde...

Melhorar a comunicação e outras formas de prevenir a violência



“A violência tem aumentado, na sociedade portuguesa pelo que a saúde sofre também esta influência. A guerra das audiências tem promovido a caça ao erro e à negligência na saúde fomentando a desconfiança e a insegurança em relação aos cuidados de saúde (...) criação na opinião pública de expectativas de melhoria nos serviços de saúde superiores à capacidade de oferta. A conjugação de tudo isto faz com que perante dificuldades, barreiras, o utente se des controle, reaja com agressividade e animosidade e, se não houver capacidade de escuta, persuasão e negociação, a violência instala-se.” – in “Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde. Estudos de Caso Portugueses”.

Se em 202 notificações feitas em 2013, 15 referem que a violência é habitual na unidade de saúde e 21 referem que o episódio de violência poderia ter sido prevenido, essa será com certeza uma das áreas onde é preciso intervir: prevenção da violência. Mas para prevenir a violência há um longo caminho a percorrer. Em alguns casos será necessário melhorar as condições físicas do hospital (iluminação, barulho, temperaturas, higiene e privacidade) e reduzir o número exagerado de horas de trabalho dos profissionais. Mas também é preciso melhorar a comunicação para gestão/redução do conflito. O já referido estudo Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde; Estudos de Caso Portugueses concluía precisamen-

te que, relativamente a alguns relatórios de incidentes com agressões, era evidente que os profissionais de saúde envolvidos haviam confrontado o agressor imediata e vigorosamente, o que, na interpretação dos autores, sugeria falta de competências na área da resolução e prevenção de conflitos. Uma década mais tarde, estamos ainda a fazer a abordagem desta situação e não conseguimos objectivamente determinar qualquer melhoria neste âmbito. Já na vizinha Espanha, esta é precisamente uma das áreas que está a merecer a atenção dos médicos: no próximo dia 15 de Abril de 2015 inicia-se a segunda edição do Curso de Prevenção e Abordagem das agressões a médicos, que tem como objetivo a aquisição de competências de comunicação necessárias para a prevenção da agressividade e de situações de conflito na relação médico-doente, bem como a abordagem aos diversos tipos de agressividade que ocorrem nas consultas. Trata-se de uma iniciativa promovida e financiada pela Fundação para a Proteção Social da OMC, organizada pela Fundação para a Formação da OMC e com o apoio da Organização Médica Colegial espanhola; esta iniciativa enquadra-se na política de proteção, promoção e prevenção da saúde do médico.

Este curso conta com o apoio do Observatório das Agressões da OMC, um grupo de trabalho criado para uma abordagem multidisciplinar na prevenção da violência contra profissionais de saúde.

O curso é online, foi criado em 2014 e visa prevenir a violência contra médicos, partindo do

Detenção em flagrante delito

Numa situação de agressão num estabelecimento de saúde, não havendo elementos das forças de segurança (agentes da PSP, militares da GNR) presentes na unidade de saúde, devem as mesmas ser chamadas através do número nacional de emergência (112). Mas, perante a situação concreta de violência em curso (com agressão a um profissional de saúde e/ou destruição de instalações públicas), não estando presentes elementos das forças policiais, nem sendo possível chamá-los em tempo útil, qualquer cidadão pode proceder a uma detenção em flagrante delito, entregando o detido às entidades policiais imediatamente – o que pressupõe a chamada dessas autoridades ao local do crime.

pressuposto que as competências em comunicação podem ajudar os profissionais a gerir as situações de tensão e agressividade de forma a que sofram menos agressões, as abordem de uma maneira adequada e minimizem o seu impacto. Outra área analisada no curso é a gestão de informação em situações clínicas difíceis (mais informação em <http://www.ffomc.org/Agresividad>). De referir que os médicos com quem conversámos referenciaram este tipo de formação como potencialmente muito útil para todos os profissionais de saúde e consideraram que, nos casos de violência de que tinham sido vítimas, teria sido útil este tipo de conhecimento.

Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços

No âmbito da Acção sobre Género, Violência e Ciclo de Vida, criada pelo Despacho n.º 6378/2013 de 16 de maio, a Direcção-Geral da Saúde elaborou o documento "Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnós-

tico e Intervenção nos Serviços", que foi divulgado em Março. Trata-se de uma publicação que visa não apenas melhorar o conhecimento acerca do fenómeno da violência interpessoal, nos múltiplos contextos e formas de que se reveste, mas também enunciar os princípios da acção preventiva nos serviços, os dispositivos institucionais e os fluxogramas de atuação na resposta ao problema através de boas práticas. O documento constitui um referencial técnico para a intervenção de todos os profissionais e equipas que, na sua atividade diária, identificam contextos e fatores de risco de violência interpessoal, sinalizam, intervêm ou encaminham casos que são detetados. A violência no local de trabalho, e especificamente nas instituições, também é analisada neste documento onde se refere que "a violência nas instituições constitui cerca de 25% de toda a violência no local de trabalho e está generalizada em todos os países e em todas as profissões no Setor da Saúde (ICN, PSI, WHO & ILO, 2005)". O próprio documento da DGS prevê vir a ser enriquecido pro-

gressivamente com textos de apoio em matérias específicas, pelo que será expectável que, dada a prevalência cada vez maior da violência contra profissionais se saúde no seu local de trabalho, esta seja uma área em que se venha a enriquecer esse dossier. "Crê-se que a redução da atual epidemia de violência e maus tratos implica a observação daquelas práticas no interesse dos cidadãos, das famílias e das comunidades" (Francisco George, Director Geral, Novembro 2014).

A Ordem dos Médicos e a abordagem às questões da violência



Consciente da crescente dimensão desta problemática, a Ordem dos Médicos tem, ao longo dos anos, trabalhado para a consciencialização e presta apoio aos médicos, sempre que tem conhecimento das situações, nomeadamente através da apólice de seguro de acidentes pessoais, na qual se inclui nomeadamente a garantia da proteção jurídica para situações de agressão a médicos que, no exercício das suas funções e por causa delas, sejam vítimas de violência (os termos da apólice podem ser consultados no site nacional na área de legislação no separador "destaques e pareceres jurídicos" juntamente com o parecer do departamento jurídico sobre os meios de defesa do médico perante agressões físicas, difamações, injúrias, ameaças e coações no exercício da sua profissão). Como contributo específico para o combate à VCPSNLT, na Secção Regional do Norte foi criado um grupo de trabalho para registo das notificações de violência contra os médicos (os quais estão a ser



OM recebe pedidos de ajuda



A Ordem tem recebido no último ano mais pedidos de informação sobre como proceder em caso de violência como este: "gostaria de saber as orientações e procedimentos legais para casos de utentes que utilizam a violência contra médicos. Sou médica de família e trabalho em extensões de saúde isoladas onde existem muitas comunidades com ligações a tráfico e consumo de drogas que devido à diminuição e restrição das ajudas sociais exercem mais pressão e pressão mais violenta sobre nós. Nestas extensões só estou eu, a administrativa e utentes na sua maioria muito idosos".

encorajados a denunciar todas as situações de violência de que sejam vítimas) e na Secção Regional do Centro têm decorrido diversas iniciativas, nomeadamente um debate "Violência Contra Profissionais de Saúde: da leitura e compreensão à intervenção" (ver reportagem nesta edição) e foi constituído um grupo de trabalho. Ainda na secção Regional do Centro está a ser desenvolvida uma rede de prevenção de VCP-SNLT em colaboração com outras ordens profissionais do sector, com as quais já foram estabelecidos alguns contactos. Existe um gabinete do apoio ao médico que inclui um grupo de trabalho sobre *burnout*, uma área de gestão de conflitos, etc. O Conselho Regional do Centro desenvolveu uma parceria com a Agênc-

cia para a Prevenção do Trauma e da Violação dos Direitos Humanos para onde serão enviados os casos mais graves de violência contra profissionais de Saúde com vista ao desenvolvimento de mecanismos de apoio a quem no local de trabalho tenta acudir a quem precisa bem como para a concretização de alertas à opinião pública.

Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos considera que as principais causas do aumento da violência contra os profissionais de saúde são "a crise económica e o seu impacto social, a degradação das condições de prestação de cuidados de saúde e a estigmatização dos profissionais de saúde como responsáveis pelas insuficiências no setor da saúde (culpabilização sabiamente orquestrada pela máquina de propaganda do Ministério da Saúde)". Mas "os dados revelados pela Direção-Geral de Saúde estão muito aquém da verdadeira dimensão do problema. Considerando que a violência sobre profissionais de saúde pode ser física ou psicológica, ser infligida por um doente, um acompanhante ou por outro profissional, estou em crer que o nº de vítimas é igual ao nº de profissionais de saúde. Quem nunca sofreu uma injúria, uma calúnia, uma ameaça, foi vítima de chantagem psicológica ou de assédio durante um ano?", refere, sublinhando que "as 531 notificações feitas ao Observatório da Violência contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho não refletem a realidade vivida nos Hospitais e nos Centros de Saúde". O que Carlos Cortes considera "mais grave é a

ausência de um plano de prevenção e de proteção dos médicos, enfermeiros, administrativos, auxiliares, ... que dão diretamente a cara, na linha da frente. Existe uma total despreocupação do Ministério da Saúde face a um problema que tem vindo a aumentar nos últimos anos (o nº de notificações aumentou 15 vezes nestes últimos 8 anos!). Existe uma falta de apoio das entidades responsáveis pelas instituições de saúde. A quase totalidade dos casos que têm chegado à Ordem dos Médicos, foram-no, perante a inanição das instituições em ajudar e proteger os seus colaboradores". "Uma organização que não se preocupa com os seus colaboradores é uma organização mal dirigida. Mas isso já sabíamos...", conclui.

Como é referido por **Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos**, a instituição "está a alertar todos os conselhos de Administração das várias unidades de Saúde para que sejam tomadas medidas efectivas e urgentes no sentido de melhorar as condições de segurança dos seus profissionais e, simultaneamente, está a ser pedido a todos os médicos inscritos na Secção Regional do Norte da OM que denunciem às autoridades competentes, nomeadamente as policiais, e com conhecimento para a Ordem dos Médicos, todas as agressões - sejam elas físicas ou não - de que sejam alvo no decurso do exercício da sua profissão. O CRNOM já criou um grupo de trabalho para registar todas as notificações de violência física ou psicológica contra os médicos, com o objectivo de ajudar os profissionais de Saúde vítimas de violência e estudar medidas

de prevenção que possam contribuir para diminuir este tipo de situações. Os dados mais recentes do Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho não são uma realidade nova. A questão da segurança no trabalho tem sido um dos graves problemas equacionados pelos médicos nas visitas conjuntas que o CRNOM e sindicatos têm feito a vários serviços de urgência. São inúmeras as queixas feitas por médicos que nos relatam o clima de conflitualidade que muitas vezes se vivem, onde familiares e doentes esperam, e desesperam, para serem atendidos. Serviços de urgência onde, inúmeras vezes, um único vigilante ou segurança privado serve de protecção aos profissionais de saúde que diariamente procuram fazer o seu melhor. Uma realidade que urge alterar!", sublinha Miguel Guimarães.

Sobre a VCPSNLT, o presidente do Conselho Regional do Sul da OM, Jaime Mendes, refere como "há alguns anos, quando me candidatei a Bastonário da Ordem dos Médicos (para o triénio 2011-2013), num debate no Diário de Notícias com os quatro candidatos, fui o único que alertei para a violência contra os médicos perante a incredibilidade do moderador", uma situação que, pelas piores razões, já não surpreende quem a ouve hoje em dia e cujas causas, multifactoriais, aponta: "passados 4 anos, relatos de agressões verbais e físicas a médicos e enfermeiros em instituições de saúde surgem com mais frequência: as péssimas condições de trabalho dos profissionais de saúde nos hospitais e centros de saúde, provocadas pelos cortes orçamentais destes últimos qua-

tro anos estão na origem da mudança de comportamento dos cidadãos perante os médicos. Esta política de destruição do SNS conduziu a um colapso de serviços e das urgências deste país, dando origem a longas horas de espera dos utentes nas urgências, a listas de espera para consultas e operações, a par de uma impreparação de alguns profissionais. A Escola Médica não introduziu novos temas como o saber ouvir e comunicar, fornecendo aos estudantes conhecimentos sobre dinâmicas de interacção social, deixando-os desarmados em situações de conflitos". Se acrescentarmos a esses dados, o facto da figura do médico estar a ser "desprestigiada pelos sucessivos ocupantes do Ministério da Saúde desde o mandato de Leonor Beleza", situação agravada por "este ministro com as notícias para os media quase todos os meses, que, cirurgicamente, se seguiam a qualquer protesto da Ordem ou dos Sindicatos, sobre alegados casos de profissionais negligentes ou corruptos" (uma situação que representa, conforme Jaime Mendes explica, "um pequeno número de colegas sem significado no contexto geral" e que a Ordem tem condenado mas sem que consiga "contrariar a corrente"). É esta uma parte de uma conjunto de factores que faz com que "os utentes, os mais mal formados e distorcidamente informados, que carregam também um histórico de crescentes dificuldades na acessibilidade aos serviços, descarregam sobre os profissionais de saúde o seu des controlo e a sua ira".

Esta reportagem é complementada pela informação do departamento jurídico quanto aos conceitos e procedimentos em matéria de VCPSNLT que publicamos

nesta edição onde se referencia passo a passo como deve agir o médico.

Nota da redacção:

os dados apresentados nos gráficos correspondem aos anos que foi possível apurar junto da DGS e outras entidades contactadas.

Bibliografia

1. <http://www.dgs.pt>
2. Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde: Estudos de Caso Portugueses. Paulo Ferrinho et. al. http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/violencia_local_trabalho_sec_saude.pdf
3. <http://www.innovaticias.com/saude/142/2011>
4. <http://www.innovaticias.com/medicina-y-salud/142/2011#ixzz3RvD2Pjdw>
5. http://www.jornaldeleiria.pt/files/_Edicao_1219_48c4f5810e4d4.pdf
6. <http://noticias.sapo.pt/lusa/artigo/74e5f0d108119247b7e2c9.html>
7. <http://www.cmjornal.xls.pt/nacional/portugal/detalhe/medico-agredido-a-murro-nas-urgencias-do-hospital.html>
8. <http://www.medicosypacientes.com/articulos/sentencia11215.html>
9. PROCURADORIA GERAL DISTRITAL DE LISBOA - [HTTP://WWW.PGDLISBOA.PT/HOME_CD_AGI_ST.PHP](http://WWW.PGDLISBOA.PT/HOME_CD_AGI_ST.PHP)
10. <http://diasde.com/23-de-marco/#ixzz3TQl9ZnOg>
11. Explanatory Notes on Tackling Violence against Staff 2009 - http://www.nhsbsa.nhs.uk/SecurityManagement/Documents/SecurityManagement/Tackling_violence_against_staff_2009.pdf
12. The National Audit Office report *A Safer Place to Work: Protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from Violence and Aggression*, Março de 2003
13. Violence against frontline NHS staff – Research for COI on behalf of the NHS Security Management Service
14. Cost of violence against NHS staff – A report summarising the economic cost to the NHS of violence against staff. 2007-2008. Security Management Services
15. Relatórios de 2014 do NORTHUMBERLAND TYNE AND WEAR NHS FOUNDATION TRUST (<http://www.ntw.nhs.uk/section.php?p=1>)
16. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/03/20/noticias/1363782837.html>
17. www.immedicohospitalario.es



Ferreira da Silva (jurista SRCOM), Isabel Fonseca (diretora de Serviço de Urgência Geral A - Polo HUC/CHUC), Carlos Cortes, Ana Luísa Mateus (médica de família/coordenadora da USF Araceti, ACES Baixo Mondego) e João Redondo

Violência contra profissionais de Saúde: da leitura e compreensão à intervenção

É um tema que exige reflexão profunda e está no topo das preocupações dos médicos. Há cada vez mais casos notificados na plataforma da Direção-Geral de Saúde: Violência contra os profissionais de saúde esteve em debate na Secção Regional da Ordem dos Médicos (SRCOM), em Coimbra. Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro, deu nota da preparação de alguns mecanismos internos para o apoio aos profissionais que enfrentam este grave problema e assume que é crucial sensibilizar a opinião pública em relação a esta temática. A sessão plenária, que decorreu no dia 24 de fevereiro, na Sala Miguel Torga, na SRCOM, teve grande impacto nos órgãos de comunicação social e colocou o 'dedo na ferida' nestas inúmeras ocorrências com as quais lidam os profissionais de saúde no local de trabalho.

O patologista clínico, Carlos Cortes, dá o mote para a sessão plenária subordinada ao tema "Violência contra profissionais de Saúde: da leitura e compreensão à intervenção" ao lembrar o aumento do número de notificações, a nível nacional, de episódios de violência. "Desde o ano passado", sublinha, este problema "assume uma dimensão diferente", razão pela qual "na Ordem, já estamos a preparar alguns mecanismos para apoiar os médicos que são vítimas de violência", assume o presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos. O número de notificações que che-

gam à plataforma digital do Observatório Nacional de Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho tem sido exponencial (202 casos em 2013; 531 em 2014).

Para ajudar a compreender o fenómeno - que é um problema de saúde pública - o psiquiatra João Redondo, coordenador do Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, começa por definir o conceito. De uma forma genérica, designa violência como "uma conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação de desigualdade com fins de

dominação e opressão". Porém, não havendo uma definição inequívoca, João Redondo procura também conciliar o entendimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) que delimita a violência como "o uso intencional de força física ou de poder em forma real ou de ameaça contra si próprio, contra o outro ou contra o grupo da comunidade que resulta ou tem elevada probabilidade de resultar em injúrias, morte, dano psicológico, perturbações do desenvolvimento ou privação". Nesta definição, acrescenta, "define-se a natureza física, a natureza sexual, psicológica e a negligência". Há ainda,

na definição em grandes grupos, a violência autoinflicted (ligada ao suicídio), a violência interpessoal (a que esteve no centro deste debate na SRCOM), a violência na comunidade entre conhecidos e estranhos e a violência coletiva (violência social, política e económica). João Redondo, que tem vasta experiência clínica na violência familiar ou doméstica, lembra que a violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho é uma das grandes preocupações da OMS e da Comissão Europeia. Em Portugal, é a Direção-Geral de Saúde (DGS), através do Observatório contra a Violência no Local de Trabalho, que analisa os casos denunciados na sua plataforma digital. Na sua intervenção, o psiquiatra, que também faz parte do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, acrescenta ainda a formulação da DGS (2008): a violência contra profissionais de saúde é quando o profissional é vítima de ameaça, abuso ou agressão em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, ou deslocações para o seu trabalho, que comprometem explícita ou implicitamente a sua segurança, bem-estar ou saúde. Ainda neste capítulo, João Redondo acentua que há uma temática que merece particular atenção: o assédio moral e sexual que também conduzem a grande sofrimento no contexto laboral. “O conceito do assédio moral no trabalho, por exemplo, ganha força em França onde há uma legislação própria”. Sobre a prevalência da violência, em termos globais, os números são

gritantes. Regressamos à intervenção de João Redondo: “No mundo, a cada cinco segundos, alguém morre em consequência de uma lesão. E a violência no mundo do trabalho está associada à morte, está associada ao homicídio, ao suicídio, é bom não esquecermos isso”. Nos Estados Unidos da América, cita o psiquiatra, o homicídio surge como segunda causa de morte no local de trabalho para os homens, e, para as mulheres é a primeira

está atenta e definirá estratégias. Se atentarmos aos números de notificações, há mais casos provenientes da Administração Regional de Saúde do Centro “mas isso não significa que haja mais violência no Centro em relação a outras regiões do país”, alerta, para que não se tirem ilações precipitadas. O ambiente mais hostil verifica-se, com maior prevalência, nos centros de saúde e nas consultas externas dos hospitais. São inúmeros os riscos



Isabel Garcia



João Redondo



Ricardo Ferreira



Reis Marques

causa de morte. Na Suécia, 10 a 15 por cento dos suicídios estão relacionados com a violência no local de trabalho.

O tema é complexo, o fenómeno tem inúmeras causas, a abordagem deverá merecer respostas em rede. Perante o número de casos notificados à DGS, é notório o aumento de denúncias mas o fenómeno terá várias leituras: “ou cresceu a visibilidade, ou há mais casos”. A Ordem dos Médicos, acentua João Redondo,

assim como os impactos negativos nos profissionais. Falta de motivação, absentismo, marcas psicológicas e físicas. Entre algumas das consequências mais significativas, existirá, até, quem prefira mudar de profissão. “O mundo em que estamos a viver hoje, as queixas que estamos a ouvir, os tempos de espera nos serviços de saúde, a diminuição de recursos – tudo isso tem consequências”, alerta. Consequências, essas, que podem também

levar os profissionais de saúde à ansiedade, depressões, comportamentos aditivos. "É óbvio que isto vai ter custos diretos e indiretos", alerta. Ao intervir na sessão plenária que decorreu na Sala Miguel Torga, na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, João Redondo assume que é urgente apostar na prevenção deste problema de saúde pública de causas multifactoriais. Lembra, por fim, que a SRCOM está a fazer uma investigação no sentido de perceber o fenómeno de burnout e, concomitantemente, está empenhada na criação de um gabinete de mediação para que os conflitos não atinjam dimensões preocupantes. "Para combater a violência enquanto tal é fundamental ter abordagens a vários níveis". Conclui: "Casa episódio de violência tem de ser analisado com relevância. A violência contra profissionais de saúde tem de ter tolerância zero". Antes da intervenção seguinte, Carlos Cortes refere um dado relevante: está a ser dinamizado na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) o Gabinete de Apoio ao Médico, graças ao empenho de João Redondo e Ana Paula Cordeiro, ambos membros do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos. O empenho da Ordem dos Médicos é crucial, sustenta Carlos Cortes, "quando não há nenhuma intervenção de outras entidades".

Ferreira da Silva, do gabinete jurídico da SRCOM, ao dar conta do enquadramento legal do problema da violência contra os profissionais de saúde, quer no plano laboral quer no plano criminal, finaliza a sua intervenção com uma ideia-chave: "É muito importante que, quan-

do os casos tenham gravidade, haja logo uma reação".

Na intervenção seguinte, Isabel Fonseca, Diretora do Serviço de Urgência Geral A – Polo HUC / Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, falou da sua experiência e deu, de pronto, como ponto de partida a noção de que "o serviço de urgência é um palco de grande agressividade", que se tem transformado "cada vez mais violento nos últimos anos". Comportamentos agressivos por parte dos utentes mais novos e, também, uma violência crescente por parte dos familiares que acompanham os doentes. A este respeito, revela, "o número de reclamações tem vindo a aumentar porque os serviços de saúde não se adaptaram ao facto de ter familiares no espaço da urgência". São sobretudo os médicos mais novos "porque são os que estão na linha da frente" que são vítimas de insultos e injúrias. Mas a conflitualidade, assevera, "é também latente entre os profissionais do serviço de urgência, o que torna a nossa atividade penosa". Ainda antes de debate desta sessão plenária, Ana Luísa Mateus, coordenadora da USF Araceti, ACES do Baixo Mondego, deu um testemunho sentido sobre o tema. "Entrei na carreira em dezembro de 1983, e, poucos meses depois, uma colega é assassinada por um doente no centro de saúde de Abrantes. Marcou-me muito". Para a médica de família, é difícil prevenir a violência sem que se estude o fenómeno.

E eis que, já na fase de debate, Ricardo Ferreira, do Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, reporta as gritantes diferenças entre as diversas zonas de trabalho das unidades de saúde: no internamento, refere, é o local

onde existem menos situações de conflito. Entretanto, a atual presidente da Liga dos Amigos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Isabel Garcia, dá nota de alguns fatores que, a seu ver, potenciam comportamentos de maior animosidade. Cita o exemplo dos familiares dos doentes que acorrem às urgências e lamenta: "Ficam na sala de espera muitas horas sem qualquer informação", refere, acrescentando que urge acautelar cuidados redobrados com os utentes mais idosos. Isabel Fonseca, responsável do Serviço de Urgência pelas urgências, responde: "É incomportável estar numa sala da área médica com doentes e familiares. Não houve adaptação dos serviços para ter familiares, mas existem exceções". Nesta fase da sessão plenária, o psiquiatra e responsável pelo Centro de Responsabilidade Integrada de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUC, Reis Marques, mostrou-se contra a presença de familiares nas urgências, aludindo às infeções hospitalares e à falta de privacidade.

O Professor Linhares Furtado, de 81 anos, confessou estar "perfeitamente aterrado" com as experiências partilhadas nesta sessão plenária. "Sinto-me muito feliz por ter sido médico noutra altura", asseverou.

"A Ordem dos Médicos tem um papel determinante neste assunto. Gostei desta reunião multidisciplinar, com várias áreas profissionais. É tempo de pensarmos em conjunto estas situações", diz Carlos Cortes à guisa de conclusão. O representante regional do Centro da OM está empenhado em dar visibilidade a esta temática e reforçar o apoio aos médicos vítimas de violência no local de trabalho.



Estatísticas em saúde da OCDE 2014: como se situa Portugal?

Um estudo realizado pelo economista Eugénio Rosa e o relatório das estatísticas para a saúde da OCDE demonstram a dimensão do desinvestimento em saúde e o aumento da comparticipação dos cidadãos que tem ocorrido em Portugal nos últimos anos.

Uma análise aos dados da despesa revela a dimensão dos cortes impostos pelo actual Ministério da Saúde ao orçamento da Saúde, o que é acompanhado por crescentes transferências para entidades que estabeleceram com o Estado parcerias público/privados para a gestão de unidades de saúde. Quem o diz é o estudo, realizado pelo economista Eugénio Rosa, que refere um "rombo" desde 2010 de -5,584,8 milhões de euros. O economista fala da diminuição da comparticipação do estado na saúde e do aumento dos custos de saúde suportados pela população. Segundo o economista, entre 2010 e 2014 a despesa pública dos serviços e fundos autónomos que incluem o SNS com a Saúde diminui, em valores nominais, de 13.874,4 milhões de euros para apenas 8.289,6 milhões, ou seja -40,3%. "É fácil de compreender que perante este corte brutal no financiamento do serviço público de saúde que se verifica desde

2011, ano em que este governo entrou em funções, tudo falte no SNS e nos Hospitais públicos (pessoal, remédios, consumíveis, etc.) de que se queixam os médicos e os outros profissionais da saúde com prejuízo grave para todos os portugueses que é já sentido por eles. O que não tem faltado é dinheiro do Orçamento do Estado para financiar os grupos económicos privados da saúde, cujos pagamentos, por parte do Estado, aumentaram, entre 2010 e 2014, em 166,7%, pois passaram de 160,4 milhões € para 427,8 milhões €", refere Eugénio Rosa. O mesmo economista refere "numa altura em que se verifica uma crescente degradação dos serviços públicos de saúde em Portugal consequência dos cortes brutais no financiamento do SNS, que o governo e o ministro da saúde Paulo Macedo têm procurado ocultar, interesse desmontar também esta mentira utilizada na propaganda oficial" o que faz recorrendo pre-

cisamente aos últimos dados da OCDE, publicados já em 2014. O estudo "OECD Health Statistics 2014: How does Portugal compare?" mostra como a despesa total e a despesa pública com a saúde em Portugal, medida em percentagem do PIB, se posicionava em 2012 relativamente à dos outros países da OCDE (último ano para o qual existem dados). Se, por um lado a despesa total (pública e privada) com a saúde representava 9,5% do PIB e a média nos países da OCDE era de 9,3%, o mesmo não acontece quando se desagrega os dados e se compara a despesa pública com a saúde em Portugal com a dos demais países: em 2012, apenas 65% da despesa total com saúde foi financiada pelo Estado português, ano em que a média nos países da OCDE atingia os 72,3%. Conforme refere o economista "a despesa pública com a saúde em Portugal é muito inferior à média dos países da OCDE e

o fosso aumentou"… Ainda de acordo com a OCDE, a participação pública do Estado na despesa com a saúde tem diminuído em Portugal em contracírculo com os demais países da OCDE. Entre 2000 e 2012, o valor inscrito no orçamento geral do Estado para a Saúde diminuiu de 66,6% para 65% enquanto nos restantes países da OCDE a mesma despesa com saúde de 71,4% para 72,3%. Acresce que em Portugal os custos da saúde suportados di-

rectamente pela população aumentaram de 24,3% para 27,3% entre 2000 e 2012, enquanto que na maioria dos países da OCDE, não só se registou um aumento da comparticipação pública como também da despesa por habitante. Segundo dados da organização, em 2000 a despesa com saúde por habitante em Portugal era de 1.646 dólares, menos 242 dólares (14,7%) do que a média dos restantes países (que foi de 1.888 dólares por habitante). Uma diferença

que em 2012 atingiria os 1.027 dólares, ano em que a despesa total por habitante com a saúde era em Portugal de 2.457 dólares em comparação com uma média nos países da OCDE de 3.484 dólares. No que se refere aos custos com saúde suportados pelo Estado, em 2012 a média por habitante da OCDE era de 2.519 dólares, enquanto a média portuguesa não ultrapassava os 1.597 dólares (-57,7%).

Saúde em Português em formação na Turquia

A Saúde em Português concluiu mais uma missão, desta vez realizada na Turquia entre 16 e 25 de Fevereiro, através das suas dirigentes Sofia Figueiredo (departamento de comunicação) e Ana Figueiredo (departamento de formação e investigação); a organização continua a cooperar no espaço europeu, procurando soluções para reduzir assimetrias e promover igualdade de oportunidades em grupos de risco, contribuindo para uma Europa mais solidária.

A organização não governamental turca *The Cultural Innovators Informal Youth Group* viu aprovado pela Agência Nacional da Turquia o Projecto "Rebirth", financiado pelo programa europeu *Erasmus +*. Neste âmbito, foi estruturado um plano de formação intensivo, que foi implementado em Fevereiro em Eskisehir, na Turquia, no qual estiveram dois representantes de organizações de onze países diferentes: Saúde em Português (Portugal), *Steps for Life* (Roménia), *Aegee Moskva* (Rússia), *Stella* (Ucrânia), *People to People* (Sérvia), *Penthesileia* (Grécia), *Professional Forum for Education* (Bulgária), *Filia* (Espanha), *Identities* (Itália), *CSD* (Kosovo) e *The Cultural Innovators Informal Youth Group* (Turquia).

Tendo como temática central o trabalho jovem, em áreas como a migração, liberdade de expressão, interculturalidade, ambiente e mediação de conflito, os formadores Nurdan Terzioglu e Safa Karatas colocaram em prática uma metodologia assente numa estratégia de educação não formal, que permitiu aprendizagens cooperativas, com participação de todos os formandos.

Dessa estratégia são exemplo as dinâmicas que promoveram o desenvolvimento de trabalhos em grupo, exigindo dos seus membros participação individual e, simultaneamente, através das estratégias para a constituição dos grupos, permitindo a rotatividade entre participantes, proporcionando momentos de maior partilha e riqueza de experiências, bem como a abordagem sob uma perspectiva intercultural.

Uma ideia transversal a todos os aspectos abordados foi a necessidade (cada vez maior) de ser realizado um trabalho assente em parcerias internacionais. Para potenciar essa colaboração os dinamizadores da acção propuseram que se criasse uma plataforma digital, na qual fossem discutidas temáticas específicas e que estaria acessível a todos aqueles que demonstrassem esse interesse.





Ordem dos Médicos destaca o bom exemplo de Castelo Branco Aposta na Medicina Geral e Familiar faz a diferença

O Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, e o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, deslocaram-se a Castelo Branco, dia 10 de fevereiro, a convite de Ernesto Rocha (presidente do Conselho Distrital da Ordem dos Médicos), para contactar com os profissionais de saúde do Hospital Amato Lusitano e do Centro de Saúde de S. Miguel. À noite, participaram na cerimónia de boas vindas a 75 jovens licenciados. No concelho de Castelo Branco o número de habitantes sem médico de família é escasso, tornando-se, pois, uma alternativa às urgências hospitalares.

“Gostaria que estivesse aqui o Primeiro-Ministro para ver que não são precisas mais faculdades de Medicina. Temos procurado alertar para a realidade da emigração médica e da dificuldade de fixação de profissionais, através de concursos fechados, ambos geradores de profundas injustiças”. José Manuel Silva, Bastonário da Ordem dos Médicos, ao intervir na cerimónia de boas vindas aos jovens médicos, em Castelo Branco, não escamoteou a realidade do país perante as dificuldades, mas deixou uma mensagem de alento a quem escolhe esta exigente profissão. O apelo para “exercer a medicina de acordo com as regras éticas” sem que seja “afetada a capacidade reivindicativa” foi, tam-

bém, o mote desta intervenção do bastonário da Ordem dos Médicos. “Precisamos de ser uma classe coesa, exemplar, com respeito pelos seres humanos. Temos de ser exigentes connosco mas não nos esquecemos nunca que é o doente a razão da nossa profissão”, enfatizou. “Temos tido da parte dos doentes grandes aliados. Desejo-vos que tenham um futuro tão bom quanto possível. Apesar de tudo temos conseguido preservar a qualidade da formação médica”. Exortando aos jovens médicos que estejam atentos e críticos (do ponto de vista científico, de cidadania ativa e do ponto de vista político), José Manuel Silva lançou o repto: “Não nos podemos acomodar a um país mal governado. O futu-

ro é da vossa responsabilidade, a Ordem dos Médicos somos todos nós”.

Por seu lado, também na sessão de boas-vindas aos internos, Ernesto Rocha, presidente do Conselho Distrital de Castelo Branco da Ordem dos Médicos, asseverou: “Nestes quase 18 anos, sinto-me cada vez mais orgulhoso de ser o vosso presidente. A Ordem somos nós. Desejo-vos que tenham um trajeto profissional como a maioria dos mais velhos teve. Realizados, felizes e orgulhosos”. E, a terminar a sua intervenção, Ernesto Rocha referiu um dos aspetos cruciais neste distrito médico: “A especificidade mais importante do país é a Medicina Geral e Familiar e se não temos as urgências cheias e reple-

tas é porque temos uma grande base."

Horas antes, foi precisamente este o destaque do bastonário da Ordem dos Médicos, isto é, a aposta nos Cuidados de Saúde Primários. Em Castelo Branco não se sentiu o caos e a ausência de resposta aos doentes, designadamente no período crítico da gripe, destacou: a situação de "congestão de vários hospitais não se sentiu em Castelo Branco, porque a maioria dos cidadãos tem médico de família. Nesses casos, o cidadão tem uma alternativa às urgências, tem um médico em quem confia, e sobre tudo as suas condições clínicas não descompensam de forma potencialmente tão grave, porque é atempadamente acompanhado e tratado" afirmou José Manuel Silva, aos jornalistas, no final da visita, realizada de manhã, ao hospital albicastrense. O acento tónico é, pois, a necessidade de investir na Saúde para fazer face às carências que se tornaram evidentes nos serviços de urgência dos hospitais públicos.

Urge fixar especialistas no interior do país

O dia começou com uma reunião, no hospital, entre os representantes da OM, José Manuel Silva, Carlos Cortes e Ernesto Rocha com

António Vieira Pires (presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco) e Rui Filipe (diretor clínico da ULS Castelo Branco). Estes últimos relataram as dificuldades em cativar especialistas para esta zona do país. "Não há constrangimentos na contratação de médicos mas é difícil atraí-los", justificou Rui Filipe. O nefrologista e membro do plenário da Ordem dos Médicos não deixou de notar que essa é também uma preocupação de todos os atuais responsáveis da Ordem dos Médicos. "Nesta reunião tentámos mostrar ao senhor bastonário a dificuldade em atrair médicos para o interior. Temos de ter especificidades mas obviamente nunca pondo em causa a qualidade da formação dos internos nem a qualidade do trabalho dos médicos". Aliás, na reunião, Carlos Cortes que, além de presidente do Conselho Regional do Centro, é também presidente do Conselho Nacional da Pós-Graduação da OM, salientou a necessidade da qualidade no processo formativo dos profissionais.

Finda a reunião, seguiu-se uma visita a inúmeros serviços, designadamente à Urgência, que está a ser objeto de obras de remodelação e ampliação.

Como aliciar, então, os profissionais? Rui Filipe responde: "Não

podemos pagar mais mas também não é com dinheiro que resolvemos o assunto. Uma das coisas que estamos a propor é através de projetos profissionais de vida. Como o hospital tem capacidade de investimento, conseguimos atrair especialistas no início da sua carreira ao dotarmos os serviços de determinados equipamentos para ajudar a diferenciar os médicos". E, nos últimos anos, segundo os responsáveis da ULS Castelo Branco, com esta estratégia, foi possível contratar especialistas em oftalmologia (1), ginecologia (2), otorrinolaringologia (1) e nefrologia (1). O Hospital de Castelo Branco, construído na década de 60 do século passado, serve 110 mil habitantes, atualmente uma população maioritariamente idosa. Por dia, acorrem ali em média 140 casos urgentes. Outra das chaves de sucesso, garante, é a integração e ligação dos Centros de Saúde ao hospital. "Do ponto de vista informático, estamos todos em rede, graças a um investimento de 400 mil euros". E, antes do jantar, os responsáveis da OM visitaram o moderno e funcional Centro de Saúde S. Miguel - Castelo Branco, do Agrupamento de Centros de Saúde da Beira Interior Sul.



Da esquerda para a direita: Rui Filipe (diretor clínico), José Manuel Silva (bastonário OM), Carlos Cortes (presidente SRCOM), Ernesto Rocha (presidente do Conselho Distrital OM Castelo Branco), António Vieira Pires (presidente CA ULS Castelo Branco), João Rossa (adjunto da direção clínica ULS Castelo Branco)



José Manuel Silva, Ernesto Rocha, Rui Filipe, João Freixo (especialista em Medicina Interna) e Carlos Cortes na visita às urgências, espaço objecto de obras de ampliação e remodelação



Semana da Saúde

A participação dos médicos na vida em sociedade traduz-se em diversos contributos, muitos dos quais, por serem fora do âmbito da prática clínica, pouco divulgados. No entanto, muitos desses contributos têm particular relevância na promoção da saúde. Foi o que aconteceu no âmbito da "Semana da Saúde" iniciativa que teve lugar numa escola em Setúbal e onde estiveram presentes os médicos Jorge Espírito Santo (oncologista) e João Gago (médico interno de MGF).

Reconhecendo a importância da medicina preventiva e da promoção de estilos de vida saudáveis, os médicos Jorge Espírito Santo e João Gago aceitaram participar na "semana da saúde" que é organizada todos os anos na Escola Secundária du Bocage em Setúbal, um evento que nasceu há vários anos, graças à iniciativa da professora Sofia Abreu que contou com o apoio do Instituto Português do Desporto e Juventude, e que inclui iniciativas desportivas (caminhadas, jogos), educacionais (palestras), artísticas, etc. em que o mote principal é a saúde. A semana da saúde decorreu de 8 a 13 de Fevereiro e nela ensinaram-se primeiros socorros e falou-se de higiene oral, como lidar com o stress dos testes, bullying, estilos de vida saudáveis vs adições, etc.

Ao início da manhã, o oncologista Jorge Espírito Santo falou nesta "semana da saúde" sobre comportamentos de risco e estilos de vida saudáveis na perspectiva da "educação como cidadãos e da responsabilidade que cada

pessoa tem em manter-se saudável". Referenciou os malefícios de qualquer comportamento aditivo, realçando tabaco e álcool como dois maus hábitos comuns. Ao incentivar os jovens a ter estilos de vida saudáveis, o oncologista fez uma abordagem ao conhecimento e ao "enorme volume de informação a que os jovens têm acesso mas que não é transformado em conhecimento", ao contrário do que era habitual há uns anos atrás em que a informação não era tão abundante nem tão acessível mas era amiúde transformada em conhecimento útil. Aos jovens falou ainda da sua "auto-consciência como cidadãos de pleno direito, capazes de promover a sua própria saúde, com maior capacidade de fazer escolhas saudáveis, escolhas essas que devem ser assumidas com responsabilidade pessoal também enquanto membros de um colectivo social" em que não nos podemos esquecer do respeito pelo meio ambiente.

Já ao final da manhã seria a vez de João Gago, interno de 1º ano da

especialidade de Medicina Geral e Familiar na USF Alcais-ACES Cascais, que deu uma palestra como parte do seu projecto de intervenção nos comportamentos dos adolescentes. Na sua intervenção, envolveu os alunos num diálogo activo sobre a importância de bons hábitos quanto ao sono, à alimentação e à prática desportiva. As relações inter-pessoais foram outra temática abordada, nomeadamente com o objectivo de promover a "habilidade de comunicação mais importante que existe: a escuta activa" que permite, entre outras coisas compreender o outro, aprender a ficar feliz com as vitórias dos outros e não sentir essas vitórias como uma ameaça, perceber que às vezes não se ganha um prémio mas a experiência vale a pena pela aprendizagem. A escuta activa, conjugada com comportamentos sinérgicos, permitem apreciar melhor os outros: "a sinergia é alcançado quando duas ou mais pessoas trabalham juntas para criar algo melhor do que qualquer uma poderia sozinha; aprende-

mos que não tem de ser 'o meu caminho' ou 'o teu caminho', mas sim uma maneira melhor. Juntos somos melhores", explicou. Outra sugestão que João Gago deixou aos cerca de 60 jovens presentes foi que "devemos ter tempo para nos actualizar, para participar em projectos fora da nossa zona de conforto; aprender novos desportos, danças...". Usando como ponto de partida o futebolista Cristiano Ronaldo, este médico falou sobre o exemplo de alguém que desde

nas do crescimento são libertadas durante o sono", referiu, frisando que o excesso de exposição nocturna a luzes do telemóvel, televisão e computador reduzem a qualidade do sono, sendo, portanto de evitar; acresce que existem estudos que mostram que 71% dos adolescentes que dormem menos de 5 horas por noite têm maior tendência para a depressão. O sono "produz o estado de alerta, melhora a memória e a nossa capacidade de aprender; ajuda-nos a executar de

de substâncias. Foi precisamente quanto às adições que João Gago conversou com os alunos da Escola Secundária de Bocage sobre não apenas o vício relacionado com drogas ilícitas mas também "qualquer dependência psicológica ou compulsiva tipo jogo, comida, computadores, internet, notícias, exercício, trabalho, TV, compras, etc.", alertando para os riscos dos excessos associados ao uso de redes sociais nomeadamente por interferirem no processo de

aprendizagem e no desenvolvimento de olhar crítico perante o que é apresentado e consequentemente no desempenho académico. A intervenção terminou com uma alusão aos bons hábitos alimentares onde o pequeno-almoço foi a refeição referenciada como essencial para um corpo e estilo de vida saudáveis, nomeadamente porque "o consumo do pequeno-almoço contribui decisivamente para o rendimento cognitivo, porque melhora a concentração; as nossas

escolhas alimentares para o pequeno-almoço podem influenciar o nosso humor, rendimento físico e mental, peso e a nossa saúde em geral e a longo prazo; (...) O pequeno-almoço é igualmente uma ocasião excelente para se comer em família e, na verdade, crianças que fazem esta refeição de manhã com os seus pais, tomam pequenos-almoços mais nutritivos. Tomar um pequeno-almoço nutritivo ajuda a desenvolver hábitos alimentares saudáveis que se prolongam por toda a vida", concluiu.



Sofia Abreu



Jorge Espírito Santo



João Gago



Maria do Rosário Nunes (à direita) e outros elementos do IPDJ

muito novo teve disciplina e promoveu/desenvolveu bons hábitos, "definiu metas, priorizou e com a ajuda de pessoas e uma academia, construiu o que é hoje". Foi com este exemplo que João Gago fez a transição para o tema das adições e sublinhou a importância do repouso, especialmente na fase de crescimento: "o sono é importante para a recuperação da saúde em situação de doença, e a privação deste pode afetar a regeneração celular assim como a total recuperação da função imunitária. (...) Na infância, cerca de 90% das hormo-

forma eficaz e segura; é essencial para o desenvolvimento, especialmente durante o crescimento e maturação e é tão importante quanto uma boa alimentação e exercício físico regular". Quando os adolescentes dormem mal têm maior probabilidade de ter baixo rendimento escolar e más notas e maiores taxas de absentismo escolar, aumenta os níveis de irritabilidade e ansiedade, dificulta o controlo das emoções e o convívio com os outros e aumenta o risco para hiperatividade, depressão e, possivelmente, violência e abuso

Caracterização da população juvenil:

Bons comportamentos em matéria de saúde

Passados quase dois anos do lançamento do "Young Health Programme (YHP) - Like ME" foram apresentados, a 28 de Janeiro, os primeiros resultados do estudo sobre os Conhecimentos, as Atitudes e as Práticas (CAP) realizado pelo Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), em articulação com a Médicos do Mundo (MdM).

A sessão de apresentação decorreu na Universidade Católica e contou com as intervenções de Alexandre Castro Caldas, director do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Sérgio Deodato, coordenador da Unidade de Ensino de Enfermagem de Lisboa do ICS da UCP, Carla Paiva, directora geral da MdM e David Setboun (AstraZeneca Portugal Country President). O "Like ME" foi apresentado por Rita Mendes, técnica do projecto, e os resultados do estudo foram divulgados por Elisabete Nunes e Manuel Luís Capelas, investigadores do CIIS e Docentes de



Enfermagem da UCP.

Aumentar a auto-estima dos jovens e a sua capacitação no domínio da saúde mental são os objectivos do "YHP - Like ME", um programa de intervenção e promoção da saúde mental juvenil lançado oficialmente em Fevereiro de 2013 (uma parceria da AstraZeneca com a Médicos do Mundo). O programa é direcionado a jovens entre os 10 e os 12 anos de idade, integrados em projectos Escolhas, com reduzido acesso a cuidados de saúde e em situação de vulnerabilidade, alterações no desenvolvimento ou problemas comportamentais relacionados com

problemas de autoconceito, auto-estima e auto-imagem. Até 2015 pretende-se aumentar em 30% a auto-estima e em 10% o número de jovens capacitados na área da saúde mental. O "YHP" é o maior programa de responsabilidade social corporativa da empresa farmacêutica envolvida, a nível global, desenvolvido em parceria com a Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health e a Plan International, que decorre actualmente em 20 países, em diferentes áreas da saúde. Em Portugal, com apoio local da Médicos do Mundo, o programa "YHP-Like ME" tem o seu foco na saúde mental.

Estudo CAP revela resultados positivos

O objectivo deste estudo foi caracterizar, em matéria de saúde, de *bullying*, de auto-estima e de autoconceito, as populações juvenis inseridas nos diversos projectos de intervenção comunitária que integram o "Like ME" na região de Lisboa. No total o estudo abrangeu 113 jovens e, dos que responderam ao inquérito, 58 eram do sexo masculino e 50 do sexo feminino, com idades entre os 9 e os 13 anos.

Mais de metade dos jovens que participam no "Like ME" recorre maioritariamente (54%) à mãe quando tem um problema ou se sente preocupado: para 64,6% a figura maternal é a que melhor os comprehende e conforta. No que respeita ao meio escolar, 47,8% considera como bom o seu rendimento e 51,3% é da opinião de que as pessoas na escola se preocupam razoavelmente com eles. De forma geral, sentem que os professores tratam os alunos com justiça e assinalam maioritariamente não ter problemas de relacionamento com os colegas. Ao nível dos comportamentos de segurança é de realçar que 73,5% nunca usou capacete ao andar de bicicleta nos últimos 12 meses mas 61,1% utiliza cinto de segurança todas as vezes que anda de carro. Quanto à condução so-

bre efeito do álcool, um dos jovens referiu ter conduzido 21 vezes sobre esse efeito no último mês. Em termos de comportamentos de violência, no último ano a maioria dos jovens envolveu-se numa luta física duas vezes, tendo uma ocorrido no recinto escolar. 96,5% refere nunca ter sido agredido fisicamente pelo namorado (a) ou forçado a actos de intimidade ou sexuais. A maioria não se sentiu triste, sem esperança ou pensou magoar-se intencionalmente. No entanto, 5,4% dos jovens fez planos ou tentou magoar-se a si próprio intencionalmente.

Maioria nega experiência com tabaco, álcool e drogas

A experiência com o fumo do tabaco, ingestão de bebidas alcoó-

licas e consumo de drogas foi negada pela maioria dos jovens. Quatro referiram ter fumado um cigarro inteiro entre os 5 e os 11 anos e 17% consumiu bebidas alcoólicas entre os 6 e os 13. A maioria refere não ter iniciado a vida sexual. Dos cinco jovens que responderam afirmativamente, quatro indicam que aconteceu entre os 10 e 11 anos. Quanto à educação sobre infecção VIH/SIDA, 32,7% nunca ouviu falar e 62,8% assinala não ter tido aulas sobre o tema. Pouco menos de metade dos jovens foi a uma consulta no dentista nos últimos 12 meses e 11,5% nunca recorreu a estes profissionais de saúde. De forma geral, os jovens têm mais comportamentos de observação de agressão, seguidos de comportamentos de vitimização e por último comportamentos de agressão. No que diz respeito ao autoconceito e auto-estima,

os jovens revelam diferentes percepções, embora de forma geral positivas: razoável competência e desempenho escolares; boas competências sociais; boa percepção da sua aparência; razoável competência atlética e comportamento. Os jovens apresentam um razoável autoconceito global e consideram o autoconceito importante.



Da esquerda para a direita: David Setboun, Sérgio Deodato, Alexandre Castro Caldas e Carla Paiva (foto: ©Nuno Augusto)



Acção do "Like ME" (foto: ©Fabrice Demoulin)

Promoção da Paz e da não violência entre os povos

Integrada no Festival de Culturas Mediterrânicas, no âmbito das comemorações do decénio de 2013 a 2023 da UNESCO dedicadas à promoção da Paz e da não violência entre os povos de todo o mundo, o médico psiquiatra e pintor Júlio Pego teve a oportunidade de representar Portugal, em conjunto com a pintora Maria José Escolástico e o escultor Miguel Calado. A exposição de artes plásticas que decorreu no final do ano passado, no espaço consagrado às exposições de arte na Sede da UNESCO, foi apresentada pela directora da Secção de Cultura e Artes, em representação da directora geral Irina Bokova, por estar presente na ONU em Nova Iorque. A curadora da exposição foi a arquitecta Leila Turki, que seleccionou 60 artistas plásticos, dos 15 países mediterrânicos: França, Espanha, Itália, Grécia, Portugal, Síria, Tunísia, Marrocos, Egípto, Líbia, Argélia, Turquia, Palestina, Jordânia e Líbano. O objectivo foi "reunir artistas e intelectuais dos países à volta do Mediterrâneo, afim de criar uma sinergia em redor das Artes e Cultura, factor de diálogo, de compreensão de da paz". Os artistas presentes tiveram oportunidade de "partilhar experiências, ideias, expressões plásticas que, na sua diversidade cultural, são um cimento comum de fraternidade, compreensão e tolerância", refere Júlio Pego.





Oferta de cópia de espólio fotográfico com 100 anos

Em nome da família, o médico Manuel Mendes Silva doou à Ordem dos Médicos cópia do espólio fotográfico da autoria do seu avô, o médico Jorge Marçal da Silva. Estas imagens enriquecem agora o acervo da Biblioteca Histórica da OM.

Ao doar a cópia digital de quase três mil imagens, Manuel Mendes Silva, em representação da sua família, agradeceu à Ordem dos Médicos todo o apoio na edição do livro "Cem fotografias de Portugal há cem anos", quer para as exposições e apresentações que se realizaram nas três secções regionais, onde se deu a conhecer a obra fotográfica do médico Jorge Marçal da Silva, seu avô.

Jaime Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, agradeceu em nome da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos a doação das cópias digitais desse espólio fotográfico realçando a importância de manter a memória da medicina. Jaime Mendes recordou a esse propósito os muitos atentados que se têm cometido contra a memória do sistema nacional de saúde, agravados com a desestruturação das carreiras médicas que, entre

outras coisas, potenciaram a destruição e a perda de documentos fundamentais.

José Manuel Silva, presidente do Conselho Nacional Executivo da OM, realçou o valor desta doação frisando que o papel da Ordem dos Médicos é também preservar a memória da medicina, o que se traduz na publicação de livros como "Jorge Marçal da Silva – Cem fotografias de Portugal há cem anos". Em face de uma doação que foi feita à Ordem dos Médicos e à Biblioteca Histórica da Secção Regional do Sul da OM, José Manuel Silva aproveitou o acontecimento simbólico para recordar ser seu entendimento que, cada vez mais, a OM deve ser una.





Lisbon Mummy Project

No dia 3 de dezembro, teve lugar uma conferência promovida pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos sobre o Lisbon Mummy Project onde foram analisados os estudos radiológicos que se fazem em múmias no nosso país. Carlos Prates, Sandra Sousa e Carlos Oliveira falaram sobre a origem, percurso e resultados do primeiro estudo radiológico das múmias Egípcias do Museu Nacional de Arqueologia, em parceria com o IMI e a Siemens, que teve o apoio, entre outras instituições, da Fundação Calouste Gulbenkian.

A conferência de dia 3 de dezembro contou com a presença de José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos que agradeceu a actividade desenvolvida pelo NHMOM e salientou o facto de se estarem a fazer conferências descentralizadas pois este Núcleo da OM tem organizado conferências em Lisboa, Porto e Coimbra, além de algumas apresentações da obra “Cem fotografias de Portugal há cem anos”, que foi levada não apenas às três cidades referidas mas também ao Funchal.

Pela direcção do NHMOM falou Maria do Sameiro Barroso que salientou o intenso programa de actividades com conferências, vi-

sitas a museus, um curso, etc. e que se congratulou pelo facto de existirem mais médicos dedicados ao estudo da história da medicina. Sobre a conferência de dia 3 de dezembro, Maria do Sameiro Barroso referiu que a mesma incidiu sobre uma das investigações feitas em Portugal com maior impacto a nível internacional.

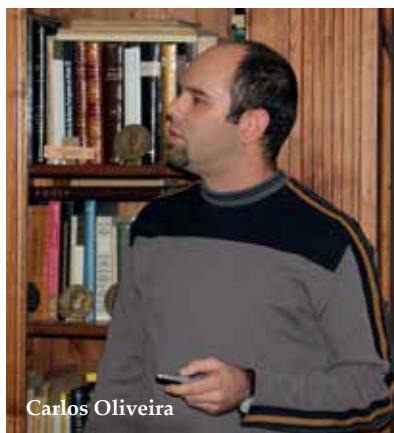
Fazendo uma introdução ao trabalho desenvolvido no âmbito do Lisbon Mummy Project, Carlos Prates, médico radiologista (IMI), explicou que foram precisos médicos radiologistas e técnicos interessados e motivados e salientou igualmente o envolvimento de uma instituição

que tinha a tecnologia necessária para o estudo, além do apoio da Siemens para, por exemplo, o transporte adequado das múmias. Carlos Prates exibiu alguns filmes que mostram o trabalho radiológico que permitiu o estudo não invasivo das múmias, centrando a sua intervenção nos aspectos da paleopatologia, referindo também questões da antropologia física e analisando o grau de preservação. Sandra Sousa, médica radiologista (IMI), explicou a importância destes estudos radiológicos ao relatar que existia no museu um vaso votivo cujo conteúdo se desconhecia por estar selado. “Com os nossos estudos conseguimos provar a

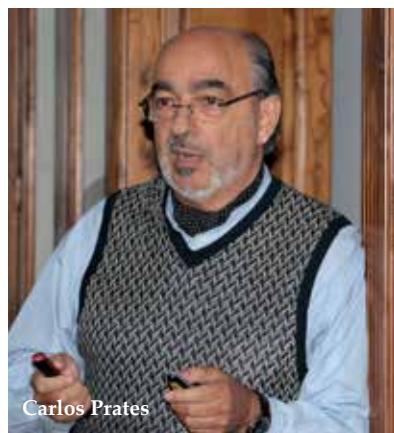
existência de restos ósseos, o que permitiu, com medições e análise, determinar que o animal existente dentro desse vaso seria um íbis sagrado". Outra múmia, também de um íbis, facto que era conhecido dos investigadores porque essa múmia estava apenas enfaixada, foi estudada pela equipa e foi determinado um pormenor curioso: "detectámos a ausência de uma vértebra dorsal; analisado o facto,

ram-nos a concluir que o crocodilo terá sido manietado pela mandíbula com força suficiente para o segurar, ou seja, com força tal que acabou por fraturar a mandíbula", explicou Sandra Sousa. Sobre as múmias humanas, especificamente sobre Pabasa, sabia-se pelas pinturas exteriores que se tratava de um sacerdote Semati, filho de Hor, encarregue durante a vida de vestir a estátua do deus Min, mas não

lógica permitiu ainda determinar a existência de olhos artificiais na múmia simulando os globos oculares e que pela densidade seriam de cerâmica (um tipo de material cuja utilização os investigadores referiram que já estava descrito em trabalhos anteriores). O detalhe destes estudos radiológicos (detalhe esse que torna o Lisbon Mummy Project um caso único a nível internacional pela profun-



Carlos Oliveira



Carlos Prates



Sandra Sousa



O bastonário da OM abriu esta sessão do NHMOM

concluímos que esse terá sido o ponto que permitiu o acesso para a evisceração". Outras múmias de animais estudadas foram de um crocodilo e um falcão. Em relação ao crocodilo, o estudo radiológico permitiu detectar um desalinhamento da coluna cervical e uma fratura na mandíbula. "Todos estes aspectos em conjunto, leva-

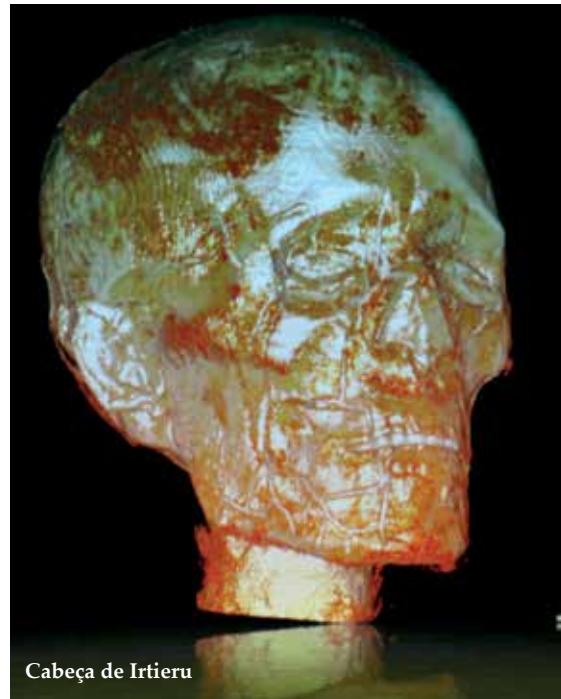
se sabia ao certo o conteúdo. "Os estudos permitiram confirmar a existência da múmia, que se tratava de uma múmia do sexo masculino". Determinar o sexo da múmia foi relevante pois era habitual a reutilização de sarcófagos o que quer dizer que o que está escrito no exterior pode não corresponder ao conteúdo. A análise radio-

didade dos achados) determinou ainda que Pabasa tinha uma dentição muito completa e, através da reconstrução volumétrica, foi possível perceber a existência de corrosão dos dentes. A investigadora mostrou imagens radiológicas e explicou como, a partir dessas imagens, foi possível inferir que Pabasa sofreria de algum grau de osteoporose. Na conclusão da sua apresentação, Sandra Sousa relembrou como a mumificação era um processo também de embelezamento do corpo.

Carlos Oliveira, médico radiologista (IMI), apresentou resultados dos estudos referentes a Irtieu, outra das múmias do Museu Nacional de Arqueologia na qual foram identificadas patologias condutoras de dorsalgias, nomeadamente através da análise das articulações que permitiu detectar uma convexidade que não devia existir e a determinação da exis-

tência de quistos subcorticais. A equipa determinou, portanto, a existência de alterações degenerativas precoces. Os estudos radiológicos permitiram igualmente verificar a existência de um rim atrófico de pequenas dimensões. Outro aspecto curioso foi o facto de se ter verificado que o crânio apresentava diferentes dimensões da metade esquerda em relação à metade direita. "Conferenciamos com neurorradiologistas mas não conseguimos nem excluir nem confirmar a lesão expansiva", explicou.

Carlos Prates apresentou nesta fase da conferência alguns resultados relativos à múmia Horresnet, "a mais famosa e a mais frágil", referiu, explicando que foram detectadas muitas fraturas *post mortem* nesta múmia cuja idade foi fixada entre 50 e 60 anos. Não sendo comum essa situação, a múmia Horresnet apresenta músculos: "ao estudarmos os músculos detectámos lesões e



pequenos focos de calcificação", facto que levou os investigadores a colocarem a hipótese de se tratar de triquinose por se saber que os hábitos alimentares incluíam o consumo de carne de porco. Também se determinou, através dos estudos radiológicos, a existência de densificações escleróticas na coluna lombar. "Este tipo de padrão, num indivíduo desta idade

é típico de doença metastática e as lesões localizadas são nas regiões típicas de cancro da próstata o que nos levou a essa proposta de diagnóstico, a qual viria a ser aceite" e divulgado em revistas científicas internacionais.

Este projecto destaca-se quer pela sua profundidade e por ser um estudo muito amplo (nomeadamente quando comparado com estudos feitos pelo British Museum em que, dispondo de mais múmias humanas, se fica muito aquém quanto aos resultados apurados), quer pela originalidade de complementar conhecimentos da medicina, arqueologia, paleontologia e paleopatologia. O projecto, desenvolvido através da análise não-invasiva com Raios-X digital e TAC Multicorte, permitiu a análise detalhada que, sem estragar as múmias e respetivos sarcófagos, levou ao cálculo da idade, à determinação de possíveis patologias, causas de morte, estilos de vida, etc.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2015

Sessão temática "Literatura e Medicina da Idade Média ao século XVI"

23 de Maio, sábado, 15h – em Lisboa

"Medicina na Literatura Medieval" - Cristina Moisão

"Os Lusíadas e a Medicina" - António Salvado

"Os poderes curativos de três plantas, três árvores, três pedras e três animais em Hildegarde de Bingen" - Maria Adelaide Neto Salvado

"A influência da Medicina Árabe na Europa medieval" - Dias Farinha

17 de Junho, quarta-feira às 21h

"Amato Lusitano e os Cuidados Paliativos" - Lourenço Marques

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

informações e inscrições: Paula Fortunato - paula.fortunato@omcne.pt

**História da
Medicina**



Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da OM

A doença da política de Saúde do ministro Paulo Macedo

A história clínica do caos nas urgências hospitalares, amplamente divulgada pela comunicação social, e a desorientação do ministro da Saúde, têm como pano de fundo o incompreensível desinvestimento, acompanhado de elevados cortes “cegos”, realizado nos últimos anos e a desorganização subjacente a quem se preocupa apenas com números e não com as pessoas. Baseado no mito da sustentabilidade do SNS, o ministro desprezou a qualidade e humanização que deveriam constituir a prioridade na defesa e no desenvolvimento do nosso SNS.

A queda da actual política de Saúde a que agora assistimos, tem como base múltiplos factores que têm contado com a complacência ensurdecedora do ministro da Saúde e a cumplicidade de administrações hospitalares.

De facto, a política de Saúde do ministro Paulo Macedo conduziu a uma deficiente organização do trabalho médico, a escalas de serviços de urgência (SU) incompletas e sem o reforço obrigatório nos meses habitualmente mais problemáticos, a contenção de custos com redução drástica da composição das equipas e a imposição de sobreposição de tarefas hospitalares. E como consequência, a falta de médicos e outros profissionais de saúde nos SU, contribuem para tempos de espera clinicamente inaceitáveis, particularmente nos doentes triados como urgentes, com desfechos por vezes dramá-

ticos como é do conhecimento público. E inexplicavelmente não foi pedida uma auditoria externa ao sistema de triagem de Manchester! Mas apesar do alerta oportuno da sociedade civil o ministro não desistiu. Persistiu na contratação de médicos tarefeiros através de empresas prestadoras de serviços em detrimento da abertura de concursos públicos para a contratação dos médicos necessários. Continuou o desinvestimento nos cuidados de saúde primários, com encerramento de centros de saúde e serviços de atendimento alargado ou permanente, que poderiam responder à maioria das situações clínicas agudas. Intensificou o desinvestimento nos internamentos hospitalares, encerrando milhares de camas, que tem conduzido a situações inacreditáveis com doentes internados em macas nos “corredores” dos hospitais, em

que o respeito pela dignidade e outros valores fundamentais é demasiadas vezes violado. Não apostou de forma clara nos cuidados continuados que permitiria descongestionar os internamentos hospitalares. Insistiu na constituição de centros hospitalares que penalizaram os cuidados de saúde ao nível dos pequenos hospitalais “concelhios”. E ainda propôs uma reforma hospitalar (portaria 82/2014) que, se colocada em prática, destruirá muito do que resta do tecido hospitalar de proximidade, centralizando ainda mais os cuidados de saúde.

Mas a política de Saúde do ministro foi mais além, agravando, de forma quase irreversível, as condições de trabalho para o exercício da medicina, o que levou à “fuga” de muitos profissionais do SNS. De resto, temos assistido a um total desprezo pelos jovens médicos,

que tem conduzido a que um elevado número de profissionais encarem a emigração como a única saída, com elevadíssimos custos directos e indirectos para a nossa sociedade.

Vários sectores da sociedade civil responsabilizam moral e politicamente o ministro da Saúde pelas situações dramáticas conhecidas. O ministro, desorientado e mal assessorado, anuncia medidas avul-

sas disparatadas e tenta a todo o custo responsabilizar os médicos pelos “males da Saúde”.

Mas, tal como as suas administrações, o ministro prefere manter os seus “méritos de gestão” em vez de resolver aquela que deveria ser a sua principal preocupação: a prestação de cuidados de saúde de qualidade em tempo útil.

Não é habitual morrerem doentes nos SU enquanto esperam a sua

vez para serem atendidos. Ninguém quer um ministro da Saúde que se centre apenas nos números e não nas pessoas. É uma questão de sobrevivência.

Ou queremos preservar a essência do SNS centrado no respeito pela dignidade das pessoas, ou queremos preservar a política de Saúde do ministro Paulo Macedo.

A escolha não é difícil.

Duarte Serra e Melo
Cirurgião Cardiotorácico

Pequena carta aberta ao ministro da saúde (onde estiver vou apontá-lo)

“Paus-mandados” sempre o mundo os teve, quantos deles perfeitos em contas de mercearia, sr. Macedo.

No bairro pobre onde cresci o Sr. Acácio, merceeiro, migrado de

Sendim para vencer a fome que o minava desde garoto, tinha um cadernito sebento cujas folhas, honestas, de risco ao meio, eram de um lado o deve, do outro o haver. Fitava as pessoas de frente, não escondia nada.

“Pagas quando puderes. Assento aqui”.

Tinha um ar repreensivo, agreste, sem nunca acusar alguém de ser o causador da falta de pão em casa. Pedagogia de um transmontano feito a pulso. Mirava-nos como iguais, paternal e simples. Não erámos cifras nem a contabilidade ao fim do mês. A nossa vida, para ele, valia mais que o preço de um quilo de açúcar em dívida. Até para um homem pouco letrado havia lugar à compreensão e à solidariedade, sem segregação.

Tudo isto para lhe dizer, sr. Macedo, que a sua competência financeira nada me diz. Será eventualmente, mais um tecnocrata bem-

-mandado igual a tantos que por aí se pavoneiam e nos massacram. No entanto, de alguma coisa me apercebi (e não só eu!): de Saúde sabe pouco, de pessoas nada.



O sr. não quer enterrar o SNS, o sr. – e quem o conduz – é o próprio enterro!

Os exemplos sem conta da sua conduta fria e irreal, são tantos e públicos, que seria inútil enumerá-los. O sr. conhece-os e, infelizmente, os doentes também.

Julgo entendermos hoje, pela triste mas inexorável verdade dos factos, a laia a que pertence.

Joaquim Pessoa, poeta que obviamente não conhece, no seu poema de agradecimento à corja, termina assim:

“Obrigado por serem como são
Para que não sejamos também assim

E para que possamos reconhecer facilmente

Quem temos de rejeitar.”

Numa audição pública em Comissão Parlamentar, um cidadão, sofrendo de hepatite crónica progressiva, por HCV, em risco de vida, apontou-lhe o dedo. Não foi uma ameaça, foi um aviso que o estigmatizou para sempre. Um apelo desesperado mas também um grito de revolta de milhares.

Para o futuro ficarão registados a sua tibieza, submissão e economicismo desumano.

Também eu vou apontá-lo. Eu e milhares de portugueses!

Nota final: Consegue o sr. e os seus companheiros de governo ter um sono tranquilo?



Jaime Teixeira Mendes

Presidente do Conselho Regional do Sul da OM

Terapêuticas Complementares

O enquadramento legal das terapêuticas não convencionais foi publicado em DR e o Ministério da Saúde, pela Portaria nº25/2014, regulou o acesso às profissões de naturopata, osteopata, homeopata, quiroprático, fitoterapeuta, acupuntura e medicina tradicional chinesa. A Ordem dos Médicos foi ouvida mas a maioria das suas sugestões não figuram no texto das portarias...

A acupuntura já é reconhecida na comunidade médica existindo mesmo uma competência na Ordem. Atualmente existem disciplinas de fitoterapia e Osteopatia em várias Faculdades de Medicina, nomeadamente no país vizinho. Assistimos a um debate vivo sobre a integração de algumas terapias complementares nos hospitais em alguns países europeus. Por exemplo, no Centro Hospitalar e Universitário do Vaud (CHUV), em Lausanne, foi criado, em 2010, um grupo de investigação e de ensino.

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos deu orientação para a formação de uma comissão de acompanhamento e vigilância da profissionalização destas práticas. Comissão da qual sou o responsável e que espero possa funcionar em breve.

Como disse no meu discurso na sessão do Juramento de Hipó-

crates, em Novembro de 2014: "A ciência recorre às experiências, observações, ensaios, debates e discussões até alcançar um consenso objetivo sobre a verdade". É sobre esta premissa do saber que orientarei o trabalho desta comissão. Escrevo abaixo o que hoje é reconhecido como o primeiro ensaio clínico e a que se deve o reconhecimento de uma prática que podemos imaginar que à época era tida como uma heresia científica.

No século XV, aquando da epopeia dos descobrimentos, a epidemia do escorbuto foi patente entre os marinheiros das Caravelas, era então conhecida como o "Mal de Angola", por ser nestas paragens, que começavam os homens a adoecer durante as incursões marítimas. Pereceram dois terços da expedição de Vasco da Gama durante a descoberta do caminho marítimo para a Índia e quatro quintos das tripulações de Fer-

não de Magalhães na sua viagem de circum-navegação. Calcula-se que nos séculos XVII e XIX morreram desta doença, também chamada "peste do mar" ou "peste dos navios", mais de um milhão de marinheiros. A epidemia atraía e a Medicina continuava a desconhecer a causa da doença, que era considerada contagiosa, e o tratamento consistia na prescrição de ácido sulfúrico diluído, mostarda, sangue de cobaia, etc.... Só em 1927 se isolou a Vitamina C e se conheceu a etiologia do escorbuto, um *deficit* nutricional de frutas e legumes.

Parece que já Vasco da Gama (1469 – 1524) se tinha apercebido que a ingestão de citrinos parecia curar esta doença, mas as suas observações não foram sequer tomadas em conta pelos lentes das escolas médicas, que, ontem como hoje, são avessos a aceitar opiniões de leigos, e as-

sim as suas observações caíram, durante séculos, no esquecimento.

Também o explorador francês, Jacques Cartier (1491 – 1557), quando da viagem de exploração do rio Saint Lawrence (ou São Lourenço) que liga os grandes lagos no Canadá ao Oceano Atlântico, ia perdendo parte da sua tripulação se não fosse a actuação dos índios ameríndios que trataram os marinheiros com infusões de cedro (planta rica em Vitamina C).

O relato deste facto também não calou firme nos professores de medicina da época. Uma das lições da história do escorbuto é que não é necessário conhecer a causa da doença para tratá-la com êxito, assim aconteceu com a perícia do escocês James Lind (1716 – 1795), médico num navio de guerra inglês HMS Salisbury, que mostrou que as laranjas e os limões eram uma cura eficaz para o escorbuto.

No tempo de Lind os citrinos já faziam parte de uma longa lista

de remédios preventivos do escorbuto, contudo não era o que recomendavam as autoridades médicas da época: o “Real Colégio de Medicina” aconselhava gargarejos com ácido sulfúrico diluído e a armada britânica preconizava o uso do vinagre. O grande mérito deste médico escocês não foi prescrever os citrinos no seu receituário mas, pela primeira vez na história da medicina, ter comprovado a eficácia do seu remédio por intermédio de um verdadeiro ensaio clínico: escolheu 12 marinheiros com escorbuto e dividiu-os em seis grupos de dois; tratou uns com sidra, outros com ácido sulfúrico, outros ainda com vinagre, água do mar, nós moscada e o último grupo com duas laranjas e um limão, mantendo o resto da dieta igual para todos.

No fim do ensaio, concluiu que as frutas eram o melhor tratamento, realizando o primeiro ensaio clínico da História da Medicina. Deve-se, portanto, a este médico esco-

cês a forma de avaliação eficaz das intervenções médicas. Hoje, a Biblioteca James Lind (www.jameslindlibrary.org) é um dos sítios de referência na Internet para mostrar os ensaios da medicina baseada na evidência e estimular o pensamento crítico.

Alguns ensinamentos podem ser retirados desta história:

1. Se o termo de medicina alternativa existisse no tempo de Lind, os seus colegas teriam certamente classificado as laranjas e os limões como terapêuticas alternativas. Tratava-se de remédios naturais que não tinham suporte de nenhuma teoria aceite à época. Estes frutos tornavam-se assim suspeitos em comparação com as outras terapêuticas admitidas.
2. O ensaio clínico continua a ser o grande campo de investigação da biomedicina.
3. A maior colaboração entre as universidades, os hospitais e os clínicos de ambulatório.

notícia

Seja solidário através do IRS

A Ordem dos Médicos recorda aos colegas que a consignação de IRS pode ajudar as instituições de solidariedade social sem acarretar quaisquer custos acrescidos para o contribuinte solidário. Desde 2002 que a lei permite aos contribuintes consignarem 0,5% dos impostos pagos a uma instituição particular de Solidariedade Social (IPSS), a uma instituição religiosa ou a uma entidade com estatuto de utilidade pública. Ao optarem por fazer a consignação de imposto, os contribuintes não terão qualquer custo. Ou seja, não pagarão mais impostos por tomarem esta opção, nem verão o reembolso do IRS diminuir. No Portal das Finanças é possível escolher a quem deseja fazer esse pequeno donativo. Depois de escolhida a instituição, quando preencher a sua declaração de IRS, terá apenas que preencher o quadro 9 do anexo H da declaração de rendimentos, indicando o número fiscal da instituição escolhida para receber a consignação de imposto. Trata-se de um pequeno gesto, que pode fazer a diferença a quem se dedica a ajudar quem mais precisa e permite aos contribuintes ajudar uma instituição à sua escolha, sem gastar um euro adicional.



Inês Leal

Interna da Formação Específica de Oftalmologia no Hospital Santa Maria;
Assistente Convidada de Ética e Deontologia Médicas da Faculdade de Medicina de
Lisboa

Preocupações Bioéticas de uma Interna de Especialidade De uma interna para internos

Actualmente, verifica-se que o ensino da ética e deontologia médicas tem assumido um papel cada vez mais proeminente no currículo médico dos estudantes de medicina a nível mundial^{1,2,8}. À semelhança do que se passa nos outros países da Europa, no nosso país, a ética médica está solidamente integrada nos currículos dos cursos de medicina das faculdades, embora de forma heterogénea no que respeita à metodologia de ensino, horas de formação e método de avaliação.^{2,8} Paralelamente ao ensino da ética aos estudantes de medicina, tem-se-lhe atribuído uma importância igualmente crescente no âmbito da formação médica contínua pós-graduada.² Após terminar o curso de medicina, tão estruturado e com um currículo geralmente fixo e pouco propenso a variações, o jovem médico depara-se com um período único na sua vida profissional e, tal a sua influência, eu diria também pessoal: o internato médico. Assim, durante alguns anos, o recém-licenciado em medicina “indiferenciado” vai contactar de forma profunda

e quotidiana com uma determinada área do “saber médico”, adquirindo um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, dotando-se, no fundo, de capacidades que o tornarão “especialista” alguns anos mais tarde. Trata-se, inegavelmente de uma fase profissional marcante e revestida de enorme importância, emoção, vontade de aprender e ascensão a uma autonomia crescente na nossa profissão³.

Após ter realizado uma pesquisa aprofundada em motores de busca apropriados, facilmente verifiquei a escassez de literatura em bioética que seja especialmente dirigida aos internos. De facto, na literatura da área, o interno é na maioria das vezes considerado ou como ainda pertencente ao “grupo” dos estudantes de medicina ou já enquadrado no perfil dos senior doctors.³ Penso que não somos iguais aos primeiros. Reflectindo um pouco mais, também não nos “encaixamos com fluidez” nos segundos. O nosso dia-a-dia é pautado por um sem número de desafios, questões, situações e dilemas tão “nossos”, tão pró-

prios da nossa condição, tão específicos de... sermos internos! E vou tentar explicar-vos porquê. O papel dos estudantes de medicina é bastante mais claro, nem que seja do ponto de vista institucional. São “aprendizes” cuja tarefa é passar o dia no hospital a aprender sobre “o que é ser médico”, numa laboriosa preparação para suas responsabilidades futuras. Sim, é verdade... Somos um bocadinho parecidos com os estudantes de medicina: o nosso dia é pautado por uma tentativa constante de apreensão de conceitos relacionados com a nossa especialidade e de aprendizagem de gestos clínicos que a cada dia nos tornam mais autónomos. Igualmente aos estudantes, ocupamos geralmente a posição inferior de hierarquias muito estruturadas e somos orientados e ensinados “pelos mais velhos”. No entanto, ao contrário dos estudantes de medicina, já temos muitas responsabilidades: fazemos consulta, urgência, pensamos em diagnósticos para doentes “reais”, que estão sentados à nossa frente, planeamos terapêuticas, pre-

vemos prognósticos, damos altas, mantemos registos médicos actualizados... e assim nos afastamos da realidade mais "escolar" e teórica dos estudantes.

Adicionalmente, todos os dias somos confrontados com a necessidade de desempenhar múltiplos papéis. Fazendo uma analogia com um polvo com os seus muitos tentáculos, também nós nos esforçamos para tentar "dar resposta" a tantas solicitações. Em primeiro lugar, somos "médicos responsáveis" e, como o adjetivo indica, temos muitas responsabilidades. Segundo, somos um "recurso humano" nos nossos serviços: trabalhamos por vezes horas intermináveis, naqueles períodos que os anglo-saxónicos apelidam de anti-social hours, de forma exigente, em rotações e mudanças de estágio frequentes e, muitas das vezes, pré-estabelecidas por alguém que não nós. Seguidamente, somos ainda estudantes, com a obrigação de aprender, ler constantemente, consolidar conhecimentos e produzir literatura científica que seja o reflexo do trabalho diário nos nossos serviços. Finalmente, não esquecer o nosso papel de "professor": Quanto de nós, em anos mais avançados do internato, não entendem a "mão" e explicam ao interno mais novo, que acabou de entrar, um procedimento? Em suma, são múltiplos os papéis que assumimos todos os dias do nosso internato.

De acordo com a literatura, é geralmente a tensão desencadeada pela interacção entre estes múltiplos papéis que pode condicionar alguns dilemas éticos "típicos" do interno. Efectivamente, McDougall exemplifica de forma viva e brilhante com a situação da punção lombar: o

interno estudou o procedimento detalhadamente e sabe descrevê-lo bem como as suas potenciais complicações. Igualmente, já viu o seu tutor fazê-lo incontáveis vezes. É capaz de rever mentalmente todos os passos necessários à sua execução. Mas é a primeira vez que vai realizar. Interiormente, teme pelo doente deitado na cama à sua frente... sabe que as mãos do seu tutor são mais experientes e causariam menos dor. Após estes momentos de hesitação, pega na agulha de punção lombar: tem de aprender a fazer de forma a poder beneficiar os outros muitos doentes que aparecerão no decorrer da sua vida clínica.⁴

Assim, apesar de nós, internos, vivenciarmos dilemas éticos idênticos aos senior doctors, tais como contar a verdade, confidencialidade e consentimento informado, continuamos a partilhar aspectos em comum com os estudantes de medicina que já não somos: a inexperiência, o medo de falhar e o trabalho em hierarquias altamente organizadas nas quais ocupamos uma posição de base.³ Os múltiplos papéis desempenhados referidos anteriormente, levam então a que os internos sejam caracterizados por aspectos éticos muito específicos que nos distanciam indubitavelmente dos dois grupos mencionados.^{3,4,5,6,7}

Concluo, assim, que o período de internato médico é pautado por características que fazem dele, por um lado, uma época ímpar e inolvidável nas nossas vidas e, por outro, nos conferem atributos que nos distanciam quer dos estudantes de medicina, quer dos médicos especialistas. Torna-se então fundamental a produção de literatura em bioética que seja especialmente

dirigida aos internos, colocando problemáticas próprias da nossa actividade e dos dilemas que encontramos, na nossa especificidade bioética. Esta especificidade que é tão única. Que é tão nossa. Que nos dá esta identidade tão própria: a de sermos internos.

Referências

- 1 - S. Mills et D. C. Bryden, «A practical approach to teaching medical ethics,» *Journal of Medical Ethics*, vol. 36, pp. 50-54, 2010.
- 2 - F. Claudot, F. Alla et X. Ducrocq, «Teaching ethics in Europe,» *Journal of Medical Ethics*, vol. 33, pp. 491-495, 2007.
- 3 - R. S. D. K. McDougall, «The ethical junior: a typology of ethical problems faced by house officers,» *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 101, pp. 67-70, 2008.
- 4 - J. d. a. r. v. McDougall R. Futil treatment, «Futile treatment, junior doctors and role virtues,» *Journal of Medical Ethics*, vol. 37, pp. 646-649, 2011.
- 5 - R. McDougall, «The junior doctor as ethically unique,» *Journal of Medical Ethics*, vol. 34, pp. 268-270, 2008.
- 6 - M. D. R., «Combating junior doctors "4 am logic"; a challenge for medical ethics education,» *Journal of Medical Ethics*, vol. 35, pp. 203-206, 2009.
- 7 - M. Guillemin et L. Gilliam, «Telling moments: everyday ethics in health care,» Melbourne, IP Comunications, 2006.
- 8 - S. T. Law, «The teaching of ethics in Europe,» *Journal of Medical Ethics*, vol. 11, pp. 37-38, 1985.



David Lito

Serviço de Pediatria - Hospital Vila Franca de Xira

“A montanha pariu um rato”: a propósito do exame de saída em Pediatria

A atual avaliação final do Internato Complementar de Pediatria, vulgo "exame de saída", foi implementada em 2007¹. Até então, decorria no hospital onde o candidato havia realizado o internato e antes, até 1994, eram dois os exames necessários para obter o grau de Assistente Hospitalar. Atualmente constituem-se júris que avaliam os internos numa instituição diferente daquela onde decorreram os internatos. Este painel é constituído por quatro especialistas de três instituições, um deles representante do Colégio. Pretende-se, assim, que os júris sejam independentes e equidistantes dos candidatos, tornando o processo justo.

Só torno pública a minha opinião após ter passado por este exame, o qual superei com sucesso. Também não sou o primeiro a criticar esta forma de avaliação^{2,3} semelhante a um "ritual de iniciação", materializado na ansiedade experimentada pela maioria dos candidatos (também pelo júri, pela sobrecarga adicional) e na disparidade de critérios, inerente à multiplicidade de júris.

De fato, o **caráter nacional** não garante a equidade. Se em alguns casos há boa-fé e a avaliação é virada para o percurso do candidato, em outros resume-se a uma "exibição" do avaliador. Os critérios não são garantia do bom senso e há relatos de representações...

A **Prova Curricular**, contemplada no Artigo 31º do Regulamen-

to Geral dos Colégios das Especialidades (RGCE)⁴ assenta em critérios atualizados anualmente. Para o Colégio de Pediatria a grelha é facultativa e baseia-se em formalismos e exigências que estão longe de garantir qualidade científica. Esse aspeto é simplisticamente escrutinado pelas publicações (revistas indexadas ou não) e pelos cursos (com ou sem avaliação). Além disso, está obstinada na mera ordem dos estágios, no tempo dedicado a cada um e outros critérios de carácter subjetivo.

Relativamente à **Prova Teórica**, muitos alegam que é uma boa forma de organizar ideias mas duvido que garanta matéria sedimentada. Além disso, na Pediatria não se recorre ao indicado no Artigo 32º do RGCE, ponto 2:

"em princípio haverá um teste de escolha múltipla, salvo justificação devidamente fundamentada". Neste modelo os candidatos seriam avaliados por um mesmo critério, tendo como referência determinada bibliografia, "indicada anualmente, orientadora, genérica", como referido no ponto 3.

A **Prova Prática** (Ponto 4 do Artigo 32º do RGCE) não reflete o modelo dinâmico de raciocínio exigido na prática quotidiana⁵. Talvez a capacidade técnica e humana avaliada ao longo de um dia de "banco", de consulta ou de enfermaria refletisse melhor a qualidade de um futuro especialista.

Quanto ao uso de **tecnologia**, confesso que o diagnóstico mais complexo que fiz foi com recurso

ao *Google*, aquando da observação de um doente. Introduzi os dados clínicos e foi-me sugerida uma solução. Dir-me-ão que foi facilitismo; pois eu digo que, se não tivesse feito uma boa observação e valorizado os dados da história, de nada teria servido este instrumento virtual. Parece-me, então, moderno e inteligente permitir ao candidato o acesso a *internet*, *tablets*, *smartphones*, fontes de informação imediata, como se faz no dia-a-dia. Isso não comprometerá o raciocínio nem o bom senso clínico na hierarquização das hipóteses diagnósticas ou terapêuticas. Além disso, exigir que a história clínica seja manuscrita está obsoleto, é arcaico! A escrita baseia-se em rasuras, alterações na ordem das frases, transcrição de longos exames complementares e inclusão de imagens, o que é resolvido em escrita eletrónica. São poucos e já em vias de extinção os hospitais com processo clínico exclusivamente em papel. São cada vez menos as pessoas que manuscrevem mais rapidamente do que usam um teclado de computador...

Finalmente **as notas**, habitualmente inflacionadas, uniformizadas, não permitem a destrinça dos examinados. Conheço quem, embora com nota superior, seja cientificamente inferior aos seus pares. Por outro lado, as atuais grelhas não contemplam atributos humanos, salvo na prova prática pela valorização da "empatia".

Não é minha intenção indicar caminhos para melhorar a formação dos internos, mas devo remeter para as propostas apresentadas por quatro colegas do Centro Hospitalar de Coimbra⁶. Em Espanha, por exemplo, existem cursos "universais", que todos os

internos têm de frequentar (e superar), lecionados pelo Colégio de Pediatria: curso de antibióticos, radiologia, urgência, etc. Não se trata de um sistema de créditos, embora se assemelhe a tal. Garante-se assim a uniformização do ensino-aprendizagem, orientado por um painel idóneo de especialistas e ao mesmo tempo, a melhoria da sua qualidade, pela padronização de conteúdos. Se se adotasse esse modelo em Portugal, a avaliação contínua resultaria de um somatório dessas classificações, traduzindo realmente o que o interno aprendeu e realizou, como defendido por Costa de Almeida⁵. Louvo as propostas do Programa Eleitoral para o triénio 2013-2016 da lista eleita para a Direção da Sociedade Portuguesa de Pediatria, nomeadamente quanto à criação de uma plataforma de *e-learning* com padrão de qualidade e creditação⁷. Mais, o modelo referido de formações não deveria ser exclusivo para internos, mas exigido aos especialistas, à semelhança dos *Continued Medical Education (CME Credits)*⁸.

Muitos dizem que o exame acaba por ser uma "montanha que pare um rato". Concordo! Não por causa da ansiedade mas porque concebe um conjunto de "assistentes" passivos perante tal ritual.

Tecidas as minhas considerações acerca do "exame de saída", porque haverá muitas outras, proponho à comunidade pediátrica portuguesa uma reflexão: convido ao preenchimento de um questionário (<http://tinyurl.com/provasaida>) em escassos três minutos, cujos resultados procurarei que sejam publicados. Todos estão convidados. Só conhecendo as opiniões reais e refletindo sobre elas, poderemos melhorar

a nossa carreira, projetando o futuro...

Parafraseando o Professor Videira Amaral, referência na Pediatria Portuguesa, "É, pois, necessário mudar. Mas que seja para melhor!"³

Bibliografia

1. Portaria n.º 183/2006 de 22 de Fevereiro, Diário da República, 1.ª série - N.º 96 - 18 de Maio de 2011.
2. Carvalhas J, Pereira MG. Exame final da especialidade de anestesiologia: que veredicto? *Rev Car Clube Anest Regional* 2007; 48:10-1
3. Videira Amaral JM. Avaliação da competência clínica nos concursos: os velhos e os novos critérios. *Acta Pediatr Port* 2005; 36(1):91-3
4. Regulamento Geral dos Colégios das Especialidades. Acessível em <https://www.ordemdosmedicos.pt>
5. Costa de Almeida, CA. Internatos médicos à portuguesa. *Rev Centro Hosp Coimbra* 2000; 2(12):16-7
6. Medeiros N, Galhano E, Almeida MC, Silva IS. Internato médico: I) Opiniões do Director Clínico do Hospital Geral e da Directora do Internato médico da Maternidade Bissaya Barreto e Orientadoras de Formação do Serviço de Obstetrícia. *Rev Centro Hosp Coimbra* 2005; 7(35):2
7. Programa Eleitoral para o triénio 2013-2016, Acessível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/SPP_Documentos/Composicao_Projeto_Direcao_SPP_2013_2016.pdf
8. Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ* 2000; 320:432-5



H. Carmona da Mota *

Professor associado aposentado da U.C.

Hiroshima pedagógica

ELLE

— *J'ai vu les actualités. Le deuxième jour, dit l'Histoire, je ne l'ai pas inventé, dès le deuxième jour, des espèces animales précises ont ressurgi des profondeurs de la terre et des cendres. Des chiens ont été photographiés. Pour toujours. Je les ai vus. J'ai vu les actualités. Je les ai vues. Du premier jour. Du deuxième jour. Du troisième jour.*
LUI (il lui coupe la parole).
 — *Tu n'as rien vu. Rien.*

ELLE

— ... du quinzième jour aussi. Hiroshima se recouvrît de fleurs. Ce n'étaient partout que bleuets et glaïeuls, et volubilis et belles d'un jour qui renaissaient des cendres avec une extraordinaire vigueur, inconnue jusque-là chez les fleurs.

ELLE

— *Je n'ai rien inventé.*

LUI

— *Tu as tout inventé.*

ELLE

— *J'ai vu aussi les rescapés et ceux qui étaient dans les ventres des femmes de Hiroshima. Un bel enfant se tourne vers nous. Alors nous voyons qu'il est borgne. Une jeune fille brûlée se regarde dans un miroir. Une autre jeune fille aveugle aux mains tordues joue de la cithare. Une femme prie auprès de ses enfants qui meurent. Un homme se meurt de ne plus dormir depuis des années. (Une fois par semaine, on lui amène ses enfants.)*

ELLE (bas)

— *Ecoute... Je sais... Je sais tout. Ça a continué.*

LUI

— *Rien. Tu ne sais rien. Non, tu n'as rien vu à Hiroshima*

<http://margueriteduras.perso.sfr.fr/Hiroshima-mon-amour.php>

Leiam o diálogo de Marguerite Duras ou vejam o filme de Resnais; ou leiam a versão portuguesa de Manuel Alegre (Nambuangongo Meu Amor) ou ouçam Paulo de Carvalho.

- Poderemos ter lido imenso, pensado muito; assistido a dez congressos e feito sete cursos de pedagogia médica, poderemos ter 20 anos de experiência (os erros do primeiro ano repetidos 20 vezes perguntava Gouveia Monteiro) que, se não tivermos assistido à colheita de história clínica por um aluno do último ano de Medicina não poderemos avaliar o processo de ensino/aprendizagem de que somos responsáveis. Só quando deixei de ser regente de uma Cadeira clínica e comecei a acompanhar essas colheitas me dei conta disso.

* Regente da Cadeira de Pediatria da FMC de 1974 até 2003. Durante alguns anos, do Conselho Consultivo da Soc. Port. Educação Médica. Desde há mais de doze anos que voluntariamente assisto e critico a colheita de histórias clínicas feitas por alunos do último ano de Medicina da FMC, a convite do Professor responsável. Para uma história clínica (I, II). Acta Pediatr Port 2011; 42(1,2)





José Mário Martins

médico estomatologista – presidente da APCMG,
Associação de Medicina de Proximidade

Uma nova epidemia do séc. XXI: - a solidão!

Trazia o jornal Expresso, no seu primeiro número de 2015, um extenso e bem detalhado artigo sobre a afluência às urgências no período de Natal e Ano Novo, intitulado “Os doentes aparecem, os Médicos não”.

Contudo, foi um subtítulo que mais prendeu a minha atenção. Dizia: “Hospital (no caso, o Amadora-Sintra) encheu-se de solidão”.

Segundo o Comandante dos Bombeiros de Agualva-Cacém “Muitas chamadas são de idosos que não têm coisa nenhuma, mas que querem ir ao hospital só para lá estarem e poderem conversar com alguém. A solidão é uma doença que está a assolar esta zona”.

- Dizia o mesmo artigo que Portugal tem um exagerado recurso à urgência hospitalar, sendo que se afirmava que, só entre Janeiro e Agosto de 2014, 41,4% das urgências atendidas no país serão falsas urgências que, segundo Luís Campos, vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, poderiam ser atendidos noutro sítio porque “apenas necessitam de ver o médico e não precisam de exames”.

É óbvio, para quem conhece minimamente o país real, que Portugal tem um grave problema demográfico, com cada vez menos jovens, seja pela diminuição do número de nascimentos, seja, mais recentemente, por um enorme fluxo emigratório que nos levou parte da população mais jovem. Acresce que, os que ficaram e têm emprego, recebem cada vez menos e trabalham cada vez mais horas. E se em algumas zonas do interior do país apenas restam os mais velhos, vivendo sós, essa solidão é um pouco mitigada por um sentido de entreajuda, de conhecimento mútuo e até de laços de parentesco (num país onde “todos são primos e primas”), é nas grandes cidades que essa solidão mais se faz sentir e mais dói a quem a sofre, por ser uma “solidão solitária”.

É minha convicção, desde há alguns anos, que a aposta num modelo de concentração “hospitalocêntrico”, colocando recursos em grandes Centros Hospitalares distantes das populações, ao mesmo tempo que se fazia um desinvestimento nos

cuidados de saúde de proximidade, iria trazer consequências económicas negativas para o país e consequências dramáticas para os doentes.

Elas aí estão! Para “tapar buracos”, o Ministério da Saúde dá autorizações apressadas de contratação, como se os Médicos já estivessem totalmente proletarizados, sentados à espera num qualquer banco de uma qualquer praça de um rogador/engajador. Como não os consegue contratar, permite que os preços/hora subam substancialmente, na tentativa de aliciar alguns mais necessitados... Para os doentes, esta escassez de médicos, por falta de organização ministerial, teve como consequência longas horas de espera, apesar de, como provam os números, a afluência global não ter aumentado. Quando se desorganizam equipas de trabalho, se introduzem pessoas que não se conhecem, nem conhecem o ambiente e as rotinas de trabalho, a produtividade diminui. Por isso se usa dizer que “em equipa que ganha, não se mexe!”

A solução deste problema não

está em medidas avulsas e de última hora, mas sim numa clara aposta de prestação de cuidados de saúde de proximidade. Nestes cuidados de saúde de proximidade estão incluídos aspectos como a melhor cobertura assistencial a nível dos cuidados primários de saúde, com horários alargados de Centros de Saúde e USF's, da criação de unidades de saúde de apoio domiciliário (de prestação de cuidados médicos mas também, e algumas vezes, sobretudo, de APOIO SOCIAL!), do apoio à sobrevivência de unidades pri-

vadas de saúde de pequena e média dimensão (que ao longo de décadas têm sido um precioso pilar do Sistema Nacional de Saúde) e da intervenção directa e concertada de entidades do sector social.

É do domínio público que a doença crónica é, nos nossos dias, uma considerável causa de consumo de recursos em Saúde. Porém, outras causas estão a ganhar terreno e serão, num futuro breve, responsáveis por um irremediável desequilíbrio das nossas contas em Saúde.

A falta de responsabilidade

social de governos e empresários, com políticas agressivas de combate à maternidade e ao apoio à família a que temos assistido (não me lembro de um governo de um partido social-democrata em coligação com um partido democrata-cristão ter feito um tal ataque à família!) levará, se não for rapidamente invertida, ao desastre demográfico e a muitas mortes nas urgências dos hospitais de vítimas dessa terrível doença "infecto-contagiosa" do séc. XXI chamada solidão.





Manuel Neves-e-Castro

A propósito do Planeamento Familiar em Portugal O seu a seu dono: notas históricas

Nos finais de 1966 resolvi meter mãos à obra e lutar contra o aborto clandestino através do ensino do planeamento familiar.

Tinha regressado há pouco dos EUA onde trabalhei na Worcester Foundation for Experimental Biology com os Drs. Gregory Pincus e M.C. Chang que foram os inventores da famosa "pílula". Na minha bagagem trouxe vários frascos de Enovid, assim se designava o novo produto. Como constou que eu me ia dedicar à regulação da natalidade aceitei fazer inúmeras conferências por todo o país (continente e ilhas).

Era evidente que isso não era suficiente, principalmente para os casais mais carenciados. Era preciso criar uma associação e consultas gratuitas.

Juntei um grupo de amigos e começamos a estruturar o que viria a ser a primeira Associação para o Planeamento Familiar (APF).

Fiz vários contactos. Primeiro com o Dr. Pedro Monjardino que quisera lançar esta proposta mas que foi bloqueado por não ser afecto ao Governo de então...

Depois, com o meu querido e saudoso amigo Prof. Miller Guerra, nessa altura deputado independente, para me aconselhar sobre a forma de evitar oposições que me imobilizasse.

Era então Secretária de Estado da Saúde a Dra. Teresa Lobo a quem me dirigi para lhe apresentar a proposta de legalização da APF. Concordou que era uma boa ideia mas... eu teria que contactar o Presidente do Conselho Prof. Marcelo Caetano.

Vali-me do conhecimento que tinha com ele por ter sido colega dos filhos no Liceu Camões. E lá fui eu pedir uma audiência, que foi concedida rapidamente.

Recebeu-me muito bem. Achou a ideia com interesse mas, como tinha sido publicada a encíclica "Humanae Vita" sobre problemas da natalidade, não iria dar "luz verde" sem receber um cartão do Cardeal Cerejeira mostrando concordância. Mais uma vez tive sorte porque, muito antes, fui médico de uma sua sobrinha, que tratou de um problema de

infertilidade e conversamos durante o batizado do recém-nascido! Isso abriu mais uma porta, a derradeira!

Ao fim de uma hora de conversa durante a qual lhe garanti que não iríamos recomendar métodos abortivos, lá se convenceu a escrever o tal cartão para o Prof. Marcelo Caetano a quem fui logo entregá-lo. E assim a Dra. Maria Teresa Lobo pôde aprovar os nossos estatutos. Estava criada a APF!

A notícia atravessou fronteiras. De Londres a International Planned Parenthood Federation mandou-me um recorte do "Times" de 22/4/1967 que aqui reproduzo com muito orgulho. Organizei várias sessões de apresentação para as quais convidei um conhecido teólogo holandês Dr. Paul Sporken. Eu apresentava os aspectos médicos e ele os aspectos éticos. Como se pode imaginar foram semanas de grande alvoroço na imprensa em que quase diariamente saía um artigo meu de resposta a um colega da Associação dos Médicos Católicos, a que eu não pertencia apesar de ser católico.

Alugamos uma sede na Rua de Artilharia Um (onde se manteve até há pouco a APF) e demos inicio às consultas para ensino da metodologia disponível, incluindo a "pílula" Lyndiol, generosa oferta da Organon. Simultaneamente os casais que desejasse podiam ter entrevistas com dois sacerdotes, um dos quais era o Cónego Dr. José Carlos Silva Souza, actual pároco da freguesia de Fátima, em Lisboa. A consulta foi entregue ao Dr. Luis Wandschneider que tinha regressado de Nova Iorque, para onde eu o tinha enviado com uma bolsa de 1 ano que me foi oferecida pelo Margaret Sanger Research Bureau.

Nos meses seguintes multiplicaram-se as reuniões por esse país fora.

Para melhor organizar as campanhas criei uma delegação no Porto à qual pedi ao Dr. Albino Aroso para presidir e iniciar actividades.

Não é difícil imaginar que falar de regulação da natalidade nos

anos 60 era um assunto "quente" e controverso tanto sob o ponto de vista ético-religioso como político.

Passados 1 ou 2 anos fui mobilizado para ir para a Guiné o que me fez entregar (sou o sócio nº2) a APF ao seu sócio nº1

(prof Miller Guerra) e ao Dr. Albino Aroso que iriam ter que participar na eleição de nova Direcção que entretanto estava a ser politicamente muito cobiçada...

Não ganharam... E por isso a APF entrou numa nova fase, que não era a

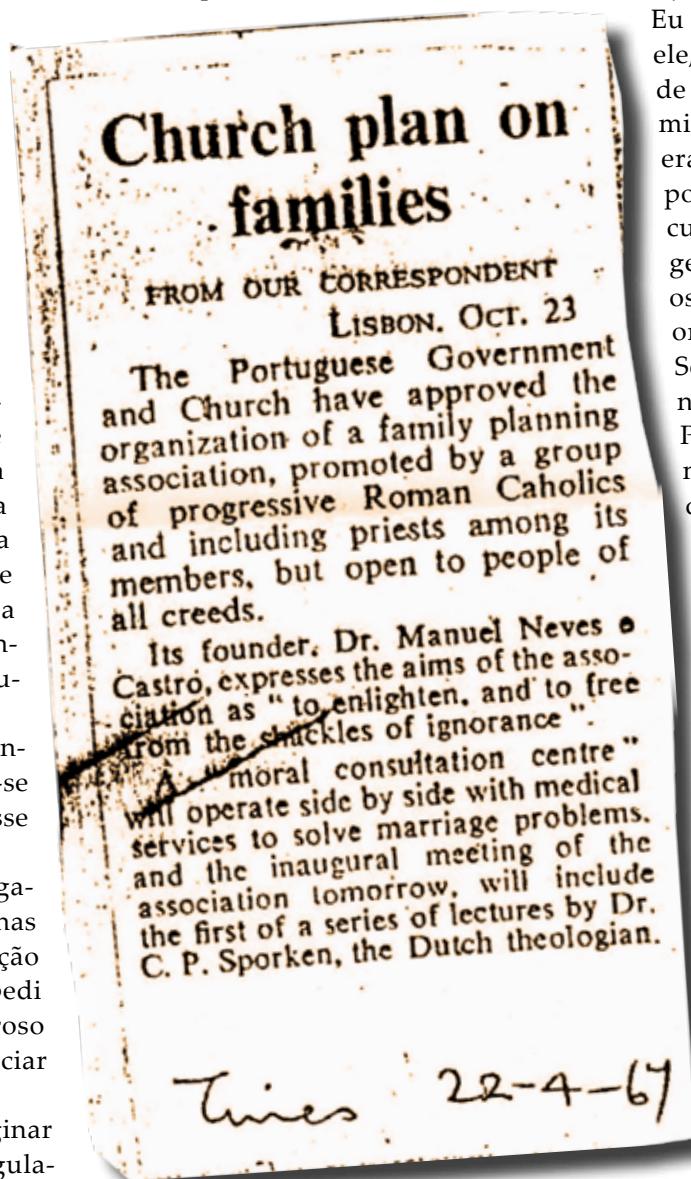
assim que em boa hora o Dr. Albino Aroso é chamado para o Governo para a Secretaria de Estado da Saúde.

A escolha não poderia ter sido melhor. Introduziu nos centros de saúde o planeamento familiar por todo o país. Honra lhe seja feita!

Eu costumava brincar com ele, quando o chamavam de Pai do planeamento familiar e dizia-lhe que Pai era eu e que ele seria a Mãe porque foi nele que eu inoculei a ideia que, após uma gestação no governo, deu os frutos de que hoje nos orgulhamos.

Sempre fomos amigos e nos respeitámos.

Perdi um Amigo cuja memória não é possível esquecer.



inicialmente prevista, concentrando-se mais nos problemas da sexualidade e no apoio ao aborto voluntário do que no tratamento da infertilidade ou nas campanhas de contraceção.

Mas nem tudo corre mal! E foi



Mónica Bagueixa

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar
Unidade de Saúde de Santa Maria - Unidade Local de Saúde do Nordeste

Um sonho, uma realização e depois...

Pelas veredas da vida, acreditando no amanhã que se torna cada vez mais próximo entrei pelas sendas do caminhar com aqueles que se aproximam de mim, acreditando nas artes mágicas do médico.

Solicitada ora por pais angustiados, ora por adolescentes problemáticos até aos idosos solitários. Ao médico de família compete acombarcar esta diversidade de atitudes tantas vezes minimizadas por quem de direito. Há que olhar para esta especialidade como pilar fundamental de um sistema de saúde que se pretende cada vez mais coeso e assistencial num intercâmbio com outras especialidades dando resposta eficaz em tempo útil, minimizando sofrimento e custos e direcionando todas as atitudes com o objetivo de humanizar e valorizar a relação interpessoal com o ser fragilizado que procura e acredita no técnico de saúde como apanágio de todo e qualquer sofrimento.

Não se visualiza tarefa fácil, pois requer do profissional de saúde competência científica, empatia e humanização das situações. Nesta problemática se equaciona um misto de sentimentos tornando o dia a dia numa luta constante, num tempo exíguo de 15 a 20 minutos em que se procura colher uma história clínica, fazer um exame objetivo, contornando o recurso meramente a exames auxiliares de diagnóstico.

Mas aonde está salvaguardado o tempo para ouvir aqueles que cada vez mais precisam da orientação e apoio numa sociedade egocentrista, desvalorizando muitas vezes aqueles que com os seus sacrifícios e abnegação foram os construtores daquilo que somos... Há que render-lhes gratidão num transmitir de atitudes e sentimentos aos construtores do ontem, com repercussão no hoje. Socorrendo-me das orientações preconizadas pela WONCA e não pretendendo que se esvaneçam no tempo, assumo a ousadia de relembrar e privilegiar as capacidades do Médico de Família que emergem no seu quotidiano, ou seja:

- Enquadurar a pessoa como um ser inserido numa família e em determinada comunidade de que fazem parte crenças, usos e costumes;
- Ser elemento fundamental de inserção no Serviço Nacional de Saúde;
- Proporcionar um acesso aberto e de fácil proximidade aos utentes;
- Rentabilizar os recursos de saúde;
- Criar uma relação salutar e profícua ao longo do tempo;

- Assumir a responsabilidade de cuidados continuados longitudinalmente;
- Tomar decisões assertivas quando da prevalência de determinada doença na comunidade;
- Gerir a doença nas suas diferentes vertentes;
- Promover a saúde e bem-estar da comunidade em geral.

Confrontada com esta amálgama de situações, procuro respostas que simultaneamente são perguntas a exigir outras respostas, num questionário interminável...

E assim, no término de uma especialidade e no limiar da abertura do mercado de trabalho, gostaria de não fazer parte daqueles que enveredam por destinos e locais que absorvem o produto jovem do meu país, aquele que me viu crescer e me ajudou a adquirir uma formação e que agora me desconhece, me desvaloriza!

Sou uma incógnita numa equação de difícil resolução para qualquer matemático a quem retiraram recursos para tornar possível determinar o valor dessa mesma incógnita.

Para quando a resolução desta equação?



Cipriano Justo

Tratado das omissões

Lançado em Junho de 2014 pela editora Almedina, *40 anos de Abril na Saúde* reúne um conjunto de contribuições de vários profissionais da saúde antecedidas de uma introdução subscrita por António Correia de Campos (ACC) e Jorge Simões (JS). Ao longo de 45 páginas ACC e JS propõem-se traçar o percurso do que tem sido o sistema de saúde português desde a instauração da democracia, principalmente os desenvolvimentos que o serviço nacional de saúde foi sofrendo desde a sua criação, em 1979. Assinalar o acontecimento e fixar para a posteridade os principais marcos deste serviço público é um serviço que deve ser sinalizado, uma vez que não estão disponíveis, para quem se queira documentar, muitas obras que abordem, mesmo sinteticamente, a política de saúde deste período da história portuguesa.

Ao longo de onze entradas, ACC e JS procuram dar conta dos factos mais significativos que sucessivamente, e considerando os ciclos político-partidários, foram marcando o sistema público de saúde. Porém,

o trabalho destes autores, mau grado o suporte empírico com que procuram fundamentar os seus pontos de vista - embora não se perceba como é que, com os valores mais baixos de esperança de vida saudável aos 65 anos na UE15, só melhores do que os valores da Alemanha e Itália, nos homens¹, se possa afirmar que "quem atingir a meta dos 65 anos tem uma elevadíssima probabilidade de alcançar os 83 anos, com boa saúde"- dificilmente consegue ultrapassar o formato de um inventário das alterações que o sistema de saúde foi sofrendo desde os tempos da ditadura. Contudo, como a produção de um inventário deve obedecer a critérios de selecção dos materiais, o que acaba por ser particularmente significativo são as omissões que ao longo das 45 páginas vão sendo detectadas, configurando uma exclusão do material histórico que se considerava irrelevante para o fim em vista, e considerando o propósito do empreendimento. Centremos então a atenção sobre os acontecimentos omitidos, sem os quais sessenta e

oito anos do período abarcado pelo trabalho fica severamente truncado. Primeira omissão. No período 1946-1971 são assinaladas três medidas – a criação da Federação das Caixas de Previdência, em 1946, do Ministério da Saúde e Assistência, em 1958, e a reforma do sistema de saúde, em 1971, mais conhecida por Reforma Gonçalves Ferreira, então Secretário de Estado da Saúde e Assistência do ministro Baltasar Rebelo de Sousa. Ficou omitido um acontecimento chave deste período e que explica os desenvolvimentos futuros do sistema de saúde português, tanto antes como depois da revolução de 25 de Abril, o *Relatório das Carreiras Médicas*², divulgado em 1961, e cujos autores foram, entre outros, Albino Aroso, António Galhordas, António Vasconcelos Marques, Arménio Ferreira, Carlos Alves Pereira, Jaime Celestino da Costa, João Cid dos Santos, João Pedro Miller Guerra, Maria Idália Correia, Norberto Teixeira dos Santos, Nuno Castelo Branco³. Ao contrário do que o título pode fazer supor, este Relatório extravasa

largamente a perspetiva corporativa médica, projectando-se numa visão integrada de necessidades em saúde, serviços e prestadores, sintetizada na seguinte conclusão: “*O Serviço de Saúde deve garantir a qualquer indivíduo, no momento necessário, os cuidados de que precisa*” considerando para isso a necessidade de “*unidade de concepção, de direcção e de execução da política sanitária nacional*”. É legítimo, por isso, considerar que tanto a designada Reforma Gonçalves Ferreira, de 1971, como a Lei do SNS, de 1979, são tributárias e corolário deste documento fundador do serviço público de saúde português.

A segunda omissão verifica-se com o mais importantes instrumentos de gestão das carreiras profissionais dos médicos, o *decreto-lei 73/90*⁴, aprovado em conselho de ministros ainda durante o mandato da ministra Leonor Beleza, mais precisamente em 28 de dezembro de 1989, mas só publicado em 6 de março de 1990. Nele se reconhece que “*O presente diploma reformula o regime legal das carreiras médicas dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, enquadrando-se no objectivo prioritário do Governo de modernização da Administração Pública, através de um projecto de desenvolvimento e valorização dos seus profissionais, com vista à melhoria da rentabilidade e qualidade dos serviços a prestar*”. Igualmente relevante é o facto de tendo resultado de um intenso processo negocial entre os sindicatos médicos e a tutela, o diploma acolher, para além dos aspectos remuneratórios, disposições técnico-funcionais que se podem resumir em dois

tipos de exigências, as quais passam a constituir um referente de qualidade do exercício profissional, “(i) *legitimar, garantir e organizar o exercício das actividades médicas no Serviço Nacional de Saúde, com base nas adequadas habilitações profissionais e a sua evolução, em termos de formação permanente e a prática funcional, (ii) estruturar e desenvolver as carreiras médicas por categorias hierarquizadas, às quais correspondem funções da mesma natureza e que pressupõem a posse de graus como títulos de habilitação profissional*”. Este diploma acaba por ter repercussões sobre a organização das outras profissões da saúde porque será ele que se constituirá como modelo para as restantes carreiras do Serviço Nacional de Saúde.

A terceira omissão diz respeito ao programa da saúde da mulher e da criança. Elaborado pela *Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil*, nomeada pelo despacho 8/89⁵, da ministra Leonor Beleza, e constituída por António Baptista Pereira, António Torrado da Silva, João Dória Nóbrega, José Manuel Palminha, Luís Pereira leite, Maria da Purificação Araújo, Octávio Cunha e Vicente Souto, o programa começou a ser aplicado em Junho de 1989, nele se reconhecendo a necessidade de “*uma rigorosa articulação e integração funcional das actividades prosseguidas nos diferentes níveis de cuidados e seus componentes*”. Ainda nesta área da prestação de cuidados cabe assinalar a manutenção do programa através do despacho de 6/7/1994⁶, já no mandato do ministro Paulo Mendo, embora com alterações na composição da comissão, devendo assinalar-se a entrada de

Agostinho Moleiro. Se Portugal se pode apresentar com indicadores de saúde da mulher e da criança equiparáveis aos países mais desenvolvidos do espaço europeu deve-se muito à ação desta comissão que soube dinamizar e articular um vasto e complexo conjunto de recursos dispersos, organizando-os e colocando-os a funcionar no sentido certo. Considerado como um dos exemplos com melhores resultados do SNS, este programa desenvolveu um dos instrumentos mais inovadores da altura, as unidades coordenadoras funcionais, promovendo a horizontalização entre os serviços de saúde com substanciais ganhos na cobertura, no acesso e na continuidade dos cuidados.

A quarta omissão diz respeito ao *pensamento estratégico* desenvolvido durante o mandato da ministra Maria de Belém Roseira, numa conjuntura particularmente adversa para o sector saúde que, além de um longo período de estagnação, fruto da inacção do ministro Arlindo Carvalho, herdava um histórico de tensões, desconfianças e conflitualidades com os profissionais da saúde. Além disso, o partido socialista passara dez anos na oposição e com 43,8% dos votos nas eleições de 1 de outubro de 1995⁷, chegava ao governo sem maioria absoluta. Havia que encontrar um conjunto de soluções que dessem resposta a défices organizativos e de gestão dos serviços públicos de saúde, ganhar os profissionais, académicos e outros actores sociais e políticos para essas medidas, e colocar na agenda política a necessidade de se investir na evolução do SNS. Ao contrário do que era tradi-

cional na administração pública portuguesa, as medidas lançadas, todas elas, tiveram um período de estudo, maturação, divulgação, discussão pública, consensualização e aprovação, como antes não tinha acontecido. E muitas das medidas que posteriormente, e com outros governantes, vieram a ser aplicadas são devedoras desse trabalho de quatro anos. Alguns exemplos: a contratualização, o programa acesso (de que o PERLE do ministro Paulo Mendo foi pioneiro), as USF, herdeiras dos centros de saúde de terceira geração, o regime remuneratório das USF modelo B, herdeiro do regime remuneratório experimental, as ULS, que enquanto modelo experimental ensaiado em Matosinhos, acabaram por se substituir aos sistemas locais de saúde.

A quinta omissão envolve a acção mais sombria que uma organização sindical desenvolveu até à data e que ficou para sempre conhecida como a *greve self-service*⁸, iniciada em setembro de 1998 e desencadeada a propósito da política de remuneração dos médicos mas que rapidamente assumiu contornos de confronto político com a tutela, visando criar as condições para não ser reconduzida no cargo, como veio a acontecer na sequências das eleições de Outubro de 1999. Ao contrário, a FNAM declarava, em agosto de 1998, na sequência de um aturado processo negocial, que “até hoje, nunca tinha havido uma revalorização salarial suplementar com uma amplitude tão grande», comentou Mário Jorge, dirigente da Federação Nacional dos Médicos, a propósito do acordo assinado na semana passada com o Ministério da Saúde e que prevê aumentos

*globais de 10,2 por cento, a concretizar gradualmente nos anos de 1999 e 2000. O acordo abrange 22 mil médicos, disse Mário Jorge à Agência Lusa, notando que, para além desta revalorização salarial, os médicos terão os aumentos salariais anuais da Função Pública.*⁹. A sexta omissão, verificada durante a vigência do XVII governo, de que António Correia de Campos foi titular da pasta da saúde (2005-2008), centra-se na política de *encerramento intempestivo de serviços públicos de saúde* numa lógica de desertificação da prestação de cuidados de proximidade a vastas camadas da população, sobretudo das zonas rurais. A sétima omissão, associada a estas medidas, foi a *reacção de milhares de portugueses que saíram à rua*, de norte a sul do país, para se opor à sua política, tendo, inclusivamente, merecido de António Arnaut uma apreciação particularmente crítica – “disse-lhe muitas vezes que, para fazer o que estava a fazer, tinha que sair do PS, porque era uma negação dos princípios socialistas”¹⁰. A dimensão que essas manifestações adquiriram acabou por obrigar o ministro a resignar em 29 de janeiro de 2008, reconhecendo que a sua substituição era “um elemento indispensável para restaurar a relação de confiança entre cidadãos e o Serviço Nacional de Saúde”¹¹.

A oitava omissão é a Lei 41/2007 - *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde*¹² -, apresentada pelo grupo parlamentar do Bloco de Esquerda e aprovada por unanimidade pela Assembleia da República. Esta Carta veio responder a um longo processo de exigência dos portugueses de os serviços públicos

de saúde garantirem o acesso em tempo oportuno aos cuidados de saúde. Importa relembrar o objectivo desta decisão da Assembleia da República: “1 - A Carta dos Direitos de Acesso visa garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente, nos termos da presente lei. 2 — A Carta dos Direitos de Acesso define: a) Os tempos máximos de resposta garantidos; b) O direito dos utentes à informação sobre esses tempos.

A nona omissão diz respeito à *Portaria 1529/2008*¹³ que fixa os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência, publicada durante o mandato da ministra Ana Jorge. Estando em causa um dos aspectos mais críticos da prestação de cuidados dos sistemas públicos de saúde, este instrumento de gestão veio tornar particularmente mais exigente e escrutinável o planeamento e a gestão clínica dos serviços.

A décima omissão cabe ao *papel das associações profissionais, dos movimentos de utentes da saúde e da população globalmente considerada*. Nestes quarenta anos de regime democrático a sua intervenção e o seu contributo são inseparáveis da história do SNS. Sem a sua mobilização e capacidade de reivindicação o patamar de qualidade que os serviços públicos de saúde atingiram não teria sido seguramente conseguidos.

O que talvez seja mais chocante

naquelas 45 páginas é a ausência de um critério de análise. Académicos reconhecidos, com um extenso currículo profissional, exigia-se de ambos que ao lançarem-se sobre a história do sistema público de saúde, mesmo resumidamente, o ponto de vista desse empreendimento não se assemelhasse frequentemente a uma paisagem lunar. Quem o estudar, não se dá conta dos avanços e dos recuos, das contradições entre os interesses em presença, das lutas sindicais e populares, dos combates políticos e partidários, enfim de como a vida esteve diariamente presente nessa enorme empreendimento da democracia portuguesa que é o SNS. Quem o ler fica na ignorância de que o SNS não deveu o seu êxito aos caprichos da sorte mas a um tenaz combate que combinou visão política, competência técnica e dedicação dos profissionais da saúde, apoio popular e demonstração de resultados. Considerando a autossuficiência de terem atribuído ao mandato de ACC, no XVII governo, o subtítulo de *Reforma do SNS*, fica-se com a incómoda sensação de que o empreendimento foi sobretudo um pretexto para afirmar a excelência do mandato de ACC durante os seus trinta e quatro meses como ministro da saúde no XVII governo.

Referências bibliográficas

- 1 [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2012_\(years\)_YB14_II.png](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2012_(years)_YB14_II.png)
- 2 <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224163517Y8mPQ8th7Nr46VF4.pdf>
- 3 <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3361.pdf>
- 4 <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=d&cap=&doc=19900596&v01=1&v02=1990-03-06&v03=&v04=&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=&v12=&v13=&v14=&v15=&v16=&v17=&v18=&v19=&v20=&v21=&v22=&v23=&v24=&v25=&sort=0&submit=Pesquisar&d=1990-03-06&maxDate=2014-08-19&minDate=1960-01-01>
- 5 <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crs-mca/Documents/Legislação%20referente%20a%20Assistencia%20Materno-Infantil/1%20Historia%20da%20A%20materna%20e%20Infantil.pdf>
- 6 <http://www.arscentro.minsaude.pt/Institucional/projectos/crs-mca/Documents/Legislação%20referente%20a%20Assistencia%20Materno-Infantil/legislação.pdf>
- 7 <http://www.parlamento.pt/DeputadoGP/Paginas/resultados-leitorais.aspx>
- 8 <http://www.dgsi.pt/pgrp.nsf/0/bb521351259135d3802566f0005992e0?OpenDocument&ExpandSection=4>
- 9 <http://www.pcp.pt/avante/1288/8803d1.html>
- 10 <http://www.30anossns.org/DEBATE/Arnaut/tabid/103/language/en-US/Default.aspx>
- 11 <http://www.tvi24.iol.pt/noticias/correia-de-campos-remodelacao-governo/909365-291.html>
- 12 http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/8D4D7504-398A-4ABC-A3B8-C0A73B01FE58/0/Lei41_2007cartadireitos.pdf
- 13 http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/3FF0F9C3-D7E4-40A0-99FB-E2763E8FD45F/0/Portaria1529_08_TMRG.pdf



Liliana Ferreira

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Novo Sentido

Colonoscopia com um novo “pacote de cuidados”, mas com acesso limitado...

Em 31 de Março de 2014 foi lançada para discussão pública a Norma da Direção-geral de Saúde nº 004/2014, relativa à “Prescrição da Colonoscopia”, tendo sido posteriormente atualizada em 06/11/2014. Esta Norma surgiu na sequência do Despacho do Governo n.º 3756/2014 que determinava que “a 1 de abril de 2014, entra em vigor um novo pacote de cuidados ao abrigo da convenção para a endoscopia gastrintestinal, que garante a colonoscopia associada à analgesia ao doente, reduzindo o efeito dissuasor à realização do exame. Este novo pacote de cuidados inclui a realização da colonoscopia e todos os seus procedimentos associados (i.e. sedação, polipectomia, biopsia, injeção endoscópica de fármacos, tatuagem cólica), representando um elevado esforço financeiro do Ministério da Saúde com vista à clara obtenção de resultados em saúde nesta área prioritária.” Ora não obstante a boa intenção em ganhos em saúde para o utente desta conduta, era já previsível o seu prejuízo na acessibilidade a este exame. Atendendo à tabela de preços associada, era expetável o desinteresse do setor privado na realização deste “pacote de cuidados” sob convenção pelo Sistema Nacional de Saúde. De acordo com a Norma nº 003/2014, relativa ao “Rastreio Oportunístico do Cancro do Colón e Reto”, lançada para

discussão pública e atualizada nas mesmas datas da Norma anterior e publicada na sequência do mesmo Despacho, “o prazo para a realização da colonoscopia total após a sua prescrição deve ser, no máximo, de oito semanas” [...] “devendo o médico prescritor notificar a respetiva chefia, com registo no processo clínico” no caso de incumprimento deste prazo.

Por conseguinte, o despacho entrou em vigor, a Norma foi tida em consideração na boa prática clínica dos médicos de família, os utentes consentem menos relutantes na realização da colonoscopia mas... ela simplesmente não tem sido feita em tempo útil!

Ora vejamos... se considerarmos o que já foi transmitido pelo próprio presidente da Associação da Luta contra o Cancro do Intestino, ou simplesmente, se pararmos para pensar no que nos dizem diariamente os utentes, compreendemos que muito dificilmente estes prazos são cumpridos, havendo mesmo clínicas que estão a recusar inscrições dada a lista de espera. Ainda há dias, numa consulta agendada para avaliar o resultado de uma colonoscopia pedida, o doente referiu “Dr.ª não o fiz, diga-me uma clínica que me faça o exame sem ser daqui a três meses...”. Um outro utente respondeu “Dr.ª com a sua requisição só daqui a uns meses... Como faço?”. As

questões destes utentes eu não sei responder, mas ouso dizer que o “alargamento desejado na deteção precoce do cancro colo-retal” vê-se atualmente estreitado por um inadequado acesso à realização deste tipo de exame. E se por um lado este novo “tempo de espera” pode não traduzir necessariamente um prejuízo significativo para a saúde do utente quando se tratam de colonoscopias solicitadas como rastreio, o mesmo não se pode dizer daque-las pedidas com intuito diagnóstico. Assim, interrogo-me se enquanto decorreu a discussão pública destas duas normas, a exequibilidade das mesmas em tempo útil foi monitorizada ou avaliada, ou se nós, médicos prescritores, reportamos o não cumprimento dos prazos às chefias respetivas. Deste modo, ambas as Normas foram atualizadas, sem este ponto ter sido colocado em causa, ou ao contrário, sem se terem tomado medidas para que os prazos passassem a ser praticáveis, com vista a um rastreio realmente eficiente. Posto isto, temos duas normas com vista a ganhos em saúde numa área prioritária, mas que na prática não parecem ser suficientes para a real obtenção destes ganhos, sendo premente que a Direção-Geral da Saúde e o Ministério da Saúde estudem melhor esta problemática no sentido de se alcançar uma solução mais exequível.



M. M. Camilo Sequeira

Chefe de Serviço de Medicina Interna

Homo sapiens, sapiens: a extinção

Toda a ciência oficial reconhece que o ser humano, a espécie "homo", está condenado à extinção exactamente como qualquer outro ser vivo. A data desta extinção continua a ser um enigma e, bizarramente, sempre que se aborda o assunto o que é costume afirmar-se é que ainda falta muito tempo para a luz do Sol se apagar.

Claro que todos sabem que uma "coisa" nada tem que ver com a outra. Mas parece ser um "determinismo" dos analistas o nunca deixarem desesperançados quem os lê, os ouve ou vê a sua forma de contar essa extinção por uma qualquer forma artística.

Como se a inevitabilidade do nosso fim tivesse nos "genes" a imperiosidade da esperança... de que talvez não seja assim. De facto esta esperança é sistematicamente proposta mesmo que "a sua presença no final de um ciclo reflexivo negativo em termos de futuro para a espécie" seja uma óbvia contradição.

Sendo razoável interrogarmo-nos: porquê este absurdo?

Será que a verdade é demasiado incómoda porque perturba a actual convicção de que se deve existir centrado, exclusivamente, no "agora"? Sendo este modelo relacional próprio de um poder que, com ele, justifica tantas das suas decisões sócio-políticas de duvidoso merecimento, e que se quer perpétuo, para manter o "status" separador entre quem tem tudo, manipula, manda

e quer ter mais e os que apenas têm no subsistir a sua perspectiva de vida (e alguns, habitualmente silenciados pelos "outros", também a têm no resistir).

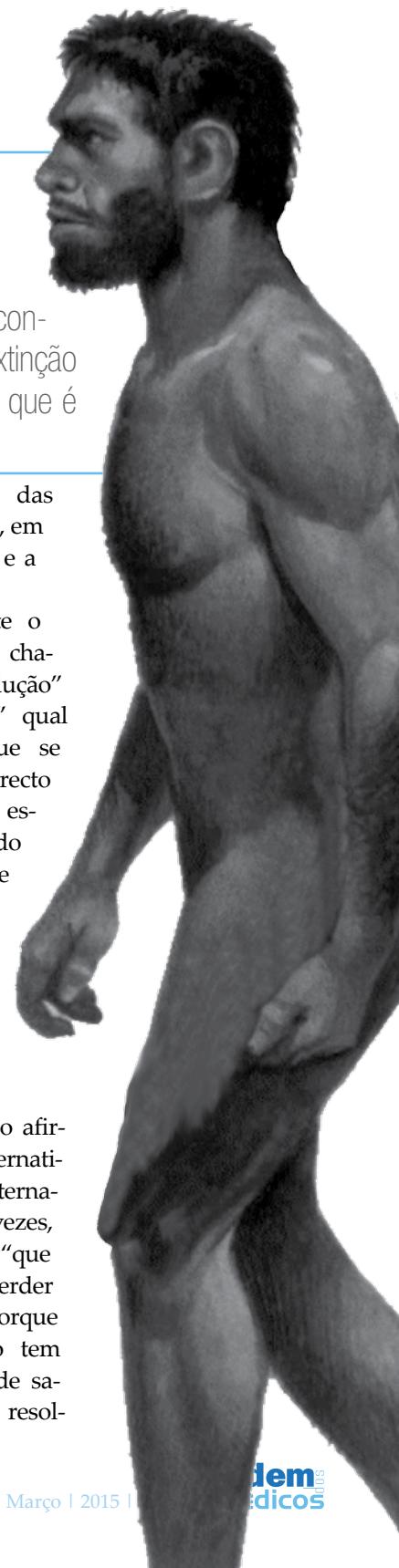
Ambiente

A grande maioria dos estudos sociais parece segura da impossibilidade de nos adaptarmos em tempo adequado às consequências, mais ou menos conhecidas, das alterações do clima (com previsões catastrofistas que já são, pelo menos já parecem ser, óbvias), da acidificação dos oceanos com redução da sua capacidade de suportar vida (e alimento para a nossa espécie), com a uniformização da cultura agrícola, massificada, privilegiando a monocultura (um risco elevadíssimo pela dependência de profilaxia de pragas nem sempre possível) em terrenos férteis que não vão suportar a pressão que sobre eles fazemos.

Tendo como consequência o aumento de carências basilares, o conflito social associado, a perda

de autonomia das comunidades e, em tempo, a fome e a morte.

Ora sendo este o sentido do que chamamos "evolução" ou "progresso" qual a razão porque se considera correcto concluir estes estudos abrindo uma hipótese de mudança, mágica ou teísta, que em boa verdade pretende ou parece pretender anular esses dramas ao afirmar que há alternativa para eles. Alternativa que, por vezes, é dizer apenas "que não se pode perder a esperança" porque o ser humano tem dados provas de saber (sempre?) resol-



ver grandes problemas quando se confronta com eles. Como se a descrição dos riscos, fruto de estudo cuidado e as suas consequências lógicas não fossem (já) o grande problema.

Pessoas

Mas há outros sinais de provável igual relevância. Em breve seremos 9 biliões de animais "racionais" a viver sobre o planeta. Este aumento tanto se deve à maior sobrevivência dos "velhos" como à capacidade de fazer filhos dos "novos", principalmente dos novos que são pobres. Tendo estes, quando se conseguem tornar "menos pobres", a redução desta produção de filhos como preço a pagar pela vantagem social. E estou a admitir que esta redução do número de pessoas "pobres" é algo que todos, sem excepção, desejamos no futuro próximo (mas será mesmo assim? Seremos mesmo todos? E será que quem o deseja de facto tem poder para transformar o desejo em realidade?). E se este conceito-previsão for verdadeiro teremos de reconhecer que é o aumento do número de "velhos" que mais favorece o actual crescimento populacional já considerado por muitos cientistas como complexíssimo.

Sendo esta a razão porque tanto se fala da urgência de se promoverem nascimentos. Do imperioso de se aumentar a taxa de fertilidade-natalidade das mulheres, mormente as do mundo ocidental, com incentivos fiscais ou outros perfeitamente disparatados no contexto do viver dos nossos dias. Porque neste nosso mundo ocidental o trabalho que deveria permitir a subsistência do dia a dia e a autonomia na gestão do existir individual deixou de ser uma certeza. Deixou de ser a segurança do presente oferecida a cada

potencial trabalhador para que ele viva a vida com a mesma confiança no futuro que foi o próprio dos pais que nasceram depois da 2^a guerra mundial. Trabalhadores potenciais que não estão (e ainda bem, digo eu, para poderem ser os motores correctores desta inevitabilidade construída) preparados para viver como as populações que sempre foram pobres, que sempre viveram sem estabilidade de emprego e de salário, que se habituaram (dizemos nós os que ainda temos alguma "coisa") ao "não ter" ou ao "ter nada" como modelo existencial.

Estes trabalhadores geradores de riqueza, que o não conseguem ser, quando acasalam com eventual propósito procriador fazem-no em idade tardia, distante do tempo de melhor fertilidade, porque têm medos. Um dos quais, o medo de acasalar "com o propósito de crescerem em família", porque esta tem custos financeiros que não conseguem satisfazer. Acasalar implica assumir deveres de partilha e cooperação na construção de uma estabilidade emocional onde ter filhos deve ser o resultado da vontade das partes envolvidas e não incidentes da relação. E esta associação procriadora exige constância do viver comum e capacidade de suportar os seus custos com os rendimentos do trabalho.

E hoje há uma pergunta dramaticamente simples que todos fazemos uns aos outros: mas onde é que este trabalho se encontra? E há ainda outra, talvez mais dramática, "porque é que deixou de ser fácil ter onde trabalhar?" – *Porquê?* O acasalamento tardio e financeiramente complexo implica a paternidade em idades mais velhas sem que saibamos as consequências que este dado sociológico trará, quer para os progenitores quer para os seus descendentes. Porque

os filhos produzidos por estes casais têm, decerto, riscos mais elevados de múltiplos "defeitos" (físicos, mentais) e alonga no tempo o tempo de dependência destes mesmos filhos em relação a pais... economicamente inseguros.

Producir um filho hoje (nesta sociedade igualitária cheia de oportunidades ou que assim se afirma) é uma decisão complexa e desafiadora. Creio que das mais difíceis de tomar pelos actuais novos casais. Casais a quem se pede que produzam "geradores de valor" que seja capaz de manter o equilíbrio entre o esforço laboral, o investimento e o apreço pelo trabalho, e o direito social à protecção na saúde, no envelhecer saudável, enfim, na vida.

E não esqueçamos de acrescentar "de todos sem excepção".

Relação

O que não é irrelevante porque percebemos querer-se construir outro conflito artificial para o futuro quando se pretender normalizar a ausência de relação de afecto entre o filho que cresceu dependente do pai e o mesmo filho quando se confronta com o pai pouco autónomo. Admito que este conflito grosseiro possa servir interesses de alguém. Mas não tenho dúvidas que não serão nem os de "este pai" que foi protector num tempo e necessitará de protecção noutro nem os de "este filho" que foi protegido e poderá vir a ter de ser protector.

A desvalorização do afecto entre os seres humanos também é um estigma potenciador da extinção porque, em tempo, condicionará a forma como se pensa o acasalamento.

E assumindo a inconveniência do tema (ou o preconceito) interrogo-me sobre se o aparente aumento do número de homossexuais, e

algo que se pode designar como o seu exibicionismo como afirmação de identidade particular, não será uma forma marginal de compensar o risco da procriação sem meios procurando-se uma expressão alternativa de afecto fora desse risco. Controverso? Admito que sim! Mas o que a história nos conta sobre a homossexualidade de sempre é uma “relação de poder” que não me parece equacionável para o tempo actual.

A desconfiança em relação a um sistema de valores construídos com base na partilha, na entreajuda, na solidariedade, numa constante melhoria do bem-estar de “todos” os seres humanos facilita a eclosão, sub-reptícia inicialmente mas poderosa em tempo se não contrariada, de hábitos de auto-protecção baseados quer em bons quer em maus comportamentos. E também de hábitos, que sendo repetidos parecerão normais, de isolamento em relação ao “outro” com quem se compete sistematicamente e a quem, mesmo que sejam óbvias, se não reconhecem competências porque essa “fragilidade” pode ter como consequência prejuízo para o próprio.

E assim se vão desenvolvendo atitudes do quotidiano que nos afastam da convivibilidade que permite ver, ouvir, sentir o outro como nosso igual e, por isso, como parceiro potencial para se construir uma existência a dois. Existência rica porque não duplamente solitária nem alicerçada em meios mecânicos. E que está hoje já estranhamente centrada no dramático das absurdamente chamadas “redes sociais”.

Conflito

E também devemos associar a ideia da extinção inevitável (antes do tempo biogeológico “natural”) aos conflitos armados que aqui e

ali são mantidos como característica do nosso existir.

É claro que muitos dirão que sempre foi assim e que a humanidade continua a sobreviver. O que aparentemente é verdade. Mas, se calhar, talvez não seja tão verdade como parece.

Porque como resposta a essa opinião peço autorização ao Dr. Daniel Serrão para, de memória, citar um seu pensamento. Escreveu algures este nosso ilustre colega mais ou menos isto: “que hoje, homens por todo o mundo continuem a matar-se pelos motivos mais diversos, económicos, religiosos, rálicos, ideológicos, apenas prova que o longo caminho para a hominização plena do homem... está longe de ter sido percorrido”. Tenho um apreço muito particular por esta síntese. Acho difícil dizer-se tanto (tudo?) com tão poucas palavras. Mas estão ditas e são inquestionavelmente exactas. E se em tantos anos de mudança, de crescimento social e cívico, ainda não chegámos á “hominização” plena... não será porque esta “hominização” do Homem é um objectivo que não sabemos ter?

A extinção poderá ter que ver com a dimensão das perdas que as guerras implicam. E hoje já não falamos de conflitos (familiares?) em que morrem algumas dezenas ou centenas de homens. Estamos a falar das guerras do presente. Guerras onde morrem milhares de pessoas e onde se provoca a morte colateral de ainda mais de forma indiscriminada mas com consequências específicas (deslocados, desnutridos, desinteressantes como consumidores, gente sem espaço, sem terra, sem amigos, gente sem esperança). E muitos destes mortos ou quase mortos são gente nova com capacidade laboral, com um futuro que se destrói, com uma vida, quando possível, cons-

truída sobre uma incerta hipótese dessa mesma vida.

Extinção

Matam-se cegamente membros da humanidade que não têm tempo de mostrar o que trazem em si de útil para todos. Quiçá a tal “hominização” onde não conseguimos chegar.

As inseguranças, a perda de vidas “por acaso”, a impossibilidade de programar um tempo de paz também afasta o ser humano do bem-estar necessário para se pensar futuro e responder a desafios que permitam ver a vida como algo que vale a pena. E se esta perda de competência se generalizar o caminho para a extinção fica claramente facilitado.

A extinção é certa. Mas a sua consumação será bastante mais rápida com a ajuda de uma cultura da desumanização, do desafecto, da distância em relação ao próximo. E a esperança, perguntarão? Era neste momento que deveria referenciar todas as formas que esta pode ter. Mas, no contexto, seria uma contradição. O que devo esperar é que quem tiver a paciência de me ler, e serão Médicos gente comprometida com o bem dos outros, tenha a capacidade de imaginar a forma dessa potencial esperança que queira defender. E quando a encontrar espero que a saiba defender contra quem quer que seja.



**Antonieta Dias**

Medicina Geral e Familiar | Medicina Desportiva
Membro Consultivo ao Conselho Regional do Norte
Membro da Comissão Consultiva para a Segurança Social dos Médicos (Solidariedade Social) da SRNOM
Membro da Comissão Consultiva dos Cuidados Continuados da SRNOM

Cidadania protegida

O conhecimento científico e a utilização de tecnologia sofisticada, com o objetivo de conhecer o ser humano têm transformado o mundo de hoje numa sociedade cada vez mais transparente.

A descoberta das impressões digitais, os cartões de identificação civil, a íris dos olhos as palmas das mãos, a biometria, são instrumentos que podem ser utilizados na identificação de pessoas, destinados a tipificar cada um dos cidadãos.

A utilização destes meios permite o livre acessos de dados, controlando de forma direta e indirecta o biótipo individualizado de cada uma das pessoas. Este fato é sem dúvida um avanço inquestionável com potenciais inimagináveis que revolucionaram o conhecimento empírico numa ciência de excelência na protecção civil e militar imprescindível à manutenção da segurança pessoal e do Estado.

Certo é que a finalidade destas tecnologias veio sem dúvida aumentar as possibilidades de intervenção em áreas até aí inacessíveis.

Porém, estes fatos conduzem-nos para uma reflexão profunda sobre o alcance e as consequências que estes aspetos podem atingir se não forem uti-

lizados com rigor e sem controlo numa sociedade civilizada. Se pensarmos que com a descoberta de elementos tão importantes como estes que nos fornecem a possibilidade de obtenção de detalhes para identificar potenciais criminosos e intervir no combate ao crime, aumentando desta forma a segurança e a diminuição da violência nacional e internacional o que para além de ser um excelente aperfeiçoamento na protecção civil e militar tornando os países mais seguros e minimizando a possibilidade de invasão social ou do Estado, podem também abrir outros caminhos tendo em conta as suas múltiplas aplicabilidades e potencialidades se utilizadas indevidamente por indivíduos com intencionalidades perigosas.

Sendo certo que este desafio pode servir como uma permanente videovigilância personalizada, que sustentará a base de muitas aplicações essenciais quer em áreas médicas como a medicina forense e noutras es-

pecialidades, podem transformar-se em armas inimigas da privacidade e da proteção de dados pessoais se forem aplicadas indevidamente.

Estes dispositivos associados às informações genéticas são sem dúvida uma mais-valia nas áreas medicas, mas não podem colocar em causa o nosso direito de preservação de informações que são estritamente confidenciais e para as quais a pessoa não deu o seu consentimento livre e esclarecido.

Esta preocupação começa a ser uma prioridade na defesa da liberdade da nossa identificação e informação pessoal e uma necessidade para o cumprimento da regulação da política global. Existe legislação específica nacional e internacional que visa proteger a invasão da nossa privacidade, porém muito há ainda a fazer no que concerne ao controlo do crime e de intervenção punitiva para quem não respeita as regras de segurança na divulgação de informações pessoais não autorizadas, desvinculando-se do cumprimento

das leis que regulam a privacidade.

Importa, ainda referir que existe uma necessidade nacional e internacional de intervenção e utilização de meios cientificamente comprovados destinados a identificar as pessoas que praticam crimes que geram fragilidade, instabilidade social e insegurança nos Estados.

A dactiloscopia é um método seguro que foi desenvolvido e testado sendo utilizada com

sucesso em todo o mundo na identificação de pessoas e partilhada por cientistas e investigadores policiais vocacionados e dedicados à criminologia, sendo um bem precioso de coação ao crime.

Porém, nem tudo é perfeito e se estas regras de segurança se transformam num incentivo e numa prioridade das Nações destinadas à manutenção da Paz, devem também ser asseguradas garantias de defesa dos

direitos civis de forma a bloquearem a invasão de intrusos no sistema de acesso de recolha de dados pessoais que colocam em risco a liberdade individual e colectiva das pessoas.





Ana Catarina Meireles

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar (4º ano)
UCSP S. Neutel – Centro de Saúde nº 1 | ACeS Alto Tâmega e Barroso

Cuidados de fim de vida – reflexão duma futura Médica de Família

De um modo geral, é reconhecida a necessidade de *rehumanizar* e dignificar o fim de vida. A dignidade - pela Carta dos Direitos Humanos - é inalienável, assiste a pessoa durante toda a vida, na morte, e inclusivamente pós-morte, quando os serviços assistenciais se estendem à família em luto. Logo, os cuidados de fim de vida podem afigurar-se como mais do que um “final”, mas antes como uma “ponte” para outra fase do ciclo de vida duma família, em que os profissionais e as instituições (públicas ou privadas, formais ou informais, laicas ou religiosas...) têm a honra e a responsabilidade, o dever e a permissão para estar presentes e **cuidar humanamente**.

Com efeito, a família é alicerço fundamental neste tipo de cuidados. Desde logo, pode ser parceiro essencial na decisão do que é proporcional (ou não) no investimento terapêutico e paliativo, ou seja, na prevenção quaternária ou prevenção de iatrogenias, de excesso de intervencionismo, com distanásia, sofrimento evitável gerado pela obstinação terapêutica, uso racional da medicação e exames complementares de diagnóstico (que também acarretam custos desnecessários para as instituições e sistema de saúde).

O envolvimento da família será tanto mais construtivo e positivo, quanto mais esclarecido. Assim, será importante promover formação/educação dos cuidadores, do mesmo modo que há que dar retorno, estar ao lado, dar apoio no impacto emocional, desajus-

tes, dúvidas, incertezas, questões existenciais, na resolução de conflitos e relações, bem como na e prevenção de exaustão e resposta ao luto patológico. Acredito que: *sem comunicação não há humanização*. E parece-me superficial citar a *questão da comunicação* como frequentemente se aborda, e que normalmente recai na *transmissão e gestão das más notícias*, ou na simples *descomplexificação de linguagem técnica* para que – caridosamente! – se possa explicar ao leigo o que está a acontecer.

Comunicar é mais, muito mais. Comunicar é reciprocidade! É diálogo, com envolvimento real no estabelecimento de plano de intervenção, de adoção de condutas, de intervenção no meio. É parceria com o doente e sua família.

É aí que temos a percepção maior

das nossas (digo “nossas”, porque também sou profissional com inúmeras imperfeições) incompetências comunicacionais: seja a nível inter-institucional, por via de sistemas informáticos ou em suporte de papel; seja na articulação interpessoal, dentro das equipas ou entre as equipas, em que a colaboração acaba por se remeter a compartimentação de tarefas; seja na competência comunicacional e empática de cada um.

Importa e urge assumir a comunicação e a relação humana como “instrumentos de cuidado”, tal como qualquer outro recurso ou ferramenta clínica. Prejudicam: a banalização do sofrimento, o costume, a rotina, a exaustão das equipas, a tecnologia como intermediário que aumenta distância interpessoal; constrangimentos económicos que exigem cada vez

mais com cada vez menos recursos... Mas há que contrariar e ultrapassar estes obstáculos pois os ganhos poderão ser muito significativos.

No caminho ou processo de humanização, sinto também como necessária a *consciência de respeito da vulnerabilidade, intimidade, privacidade e confidencialidade*. Assim... jamais se entraria num quarto sem pedir licença e sem previamente perceber se é o momento, se há silêncio e é silêncio que se pede.

Recordo sempre com grande respeito o que disse o Senhor Professor Daniel Serrão em certa conferência: "Quando chegar a minha vez, vou querer que me deixem em paz, na minha relação com o espírito". Independentemente

do posicionamento espiritual de cada pessoa, da sua desenvoltura intelectual, do seu estrato socio-cultural... o respeito e a dignidade do tempo e do espaço de cada um são fundamentais.

Humanização do fim de vida apela ainda a que se reflita se a morte poderá voltar a decorrer com "naturalidade" em casa - voltar ao seio e aconchego do lar, dos casos selecionados e adequadamente assistidos no domicílio, se esta for a escolha do doente e família. É interessante constatar que esta é uma opção cada vez mais expressa.

Em todas estas reflexões, creio que é importante a pergunta: *e se fosse eu?* O Senhor Professor Daniel Serrão, na mesma conferência, impôs essa reflexão e teve a

coragem de a colocar na primeira pessoa, com resposta muito clara. *"E se fosse eu?"...*

Mesmos nos mais jovens (faixa em que me encontro) há uma exigência de empatia muito maior porque se trata de nos colocarmos no lugar do outro que não é um qualquer - é um Ser que está em fim de vida!

Pessoalmente, julgo que deste exercício interior de consciência, logo nasce um estádio adiante da empatia... e que é a compaixão. Creio. Assim o sinto. Porque depois de estar no lugar do outro, voltamos ao nosso com outro sentir. Mais humano. Mais frágil. Vulnerável. Irmanado. Não estando sistematicamente do lugar do outro, estamos (como profissionais de saúde, familiares ou



simples observadores) sempre como um *compassivo companheiro*. Isso (creio) é compaixão! - Sentimento ético, responsável por estar ao lado de quem sofre, com nobreza e elevação. Que não é comiseração, não é desistência, não é tristeza... é, "tão só", ter compaixão.

Curiosamente, creio que neste exercício se consegue percepcionar melhor o que é a *individualidade* – "Se EU estivesse nessa condição, o que gostaria e não gostaria que me acontecesse". E também se tem uma perspectiva do meio envolvente (e da vida!) com outros olhos – *aqueles que vêm o mundo a partir dum leito e no qual se recebe cuidados...* mas também de quem aceita (ou não!) e colabora (ou não!) com os cuidados e cuidadores, que são pessoas que estão a tentar fazer o seu melhor, ou conforme sabem. Logo, a elevação e respeito é bilateral e recíproca, pois também é requerida ao doente terminal. Do supra-exposto, se poderá recapitular e antever a importância de promover e querer a independência funcional, contrariando o desinvestimento e desistência do doente, com readaptação e ajus-

te ante a condição restante ou residual, com novas estratégias e ajudas técnicas, adequação do espaço e equipamento.

Essa colaboração que requer reciprocidade para com os cuidadores também recorda que é preciso *cuidar dos que cuidam* - sejam cuidadores formais ou informais. Ou seja, *sofrimento é multilateral, e a compaixão deverá ser transversal*. Todos são humanos e vulneráveis, são companheiros de jornada, numa área que pela sua delicadeza, pode gerar um importante impacto físico/emocional/psicológicos/espiritual, pelo que é fundamental prevenir fadiga/burn-out, luto patológico pré e pós-morte, entre outros problemas.

Ante o exposto se constata que os Cuidados Paliativos têm um carácter circular ou cílico dado que:

...a fase final duma vida nos pode fazer olhar retrospectivamente para a fase inicial (de doença e incapacidade terminais) e analisar novas estratégias de prevenção (em casos futuros), bem como antecipar a consequência no "depois da morte", estabelecendo-se medidas como

naturais pontes de ligação para continuidade de ciclo de vida numa família; ...pode e deve ser promovida a assistência a todos os elementos envolvidos neste círculo de cuidadores e cuidados, que se encontram de mãos dadas na roda da palição; ...o todo global holístico é como uma esfera feita de várias fatias/secções mas que só com todas elas interligadas e reunidas se completa a entidade biopsicosocial.

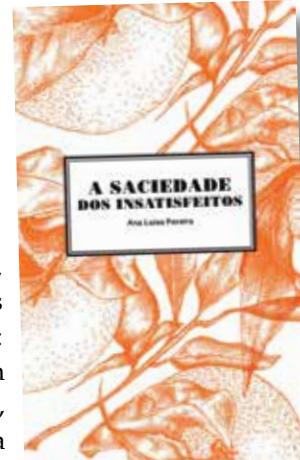
Em suma, os cuidados paliativos e a sua humanização são uma área em que se pode treinar e aprender muito estudando, mas creio que terá muito de pessoal e intransmissível, subjacente ao saber fazer e nível de ser.

Se humanizar requer a adequação integral e holística do cuidado paliativo à pessoa e família paliadas, também requer um amadurecimento vivencial, uma compreensão da condição humana e da sua vulnerabilidade que, enquanto pessoas, podemos nunca alcançar... mas a reflexão sobre essa realidade é já um pequeno-grande passo.

A Saciedade dos insatisfeitos

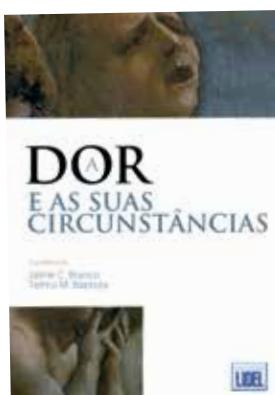
Ana Luísa Pereira lançou o seu primeiro conto, "A Saciedade dos insatisfeitos", no dia 14 de março de 2015, na Biblioteca Municipal de Espinho.

A aventura começou, tal como descreve a autora, "com a leitura do 'Diário íntimo' de Manuel Laranjeira", médico e escritor que viveu em Espinho no final do século XIX. Depois de ler o diário, Ana Luísa Pereira devorou "as cartas e outras obras do autor". "Daí resultou este conto, uma 'mise en abîme': ou geometria da possessão, de como dois textos se possuem um ao outro" (Pedro Sena-Lino, in prefácio). Através dos escritos do autor, Ana Luísa Pereira desenvolve uma história em dois momentos: 1912 e 2012. No primeiro momento, Emília, a amante do escritor, surpreende-se com a morte do seu amor, escolhendo o mesmo fim para si própria. Um século depois, Luís Martins retira-se do seu trabalho por um ano e vai passar uns dias a casa da sua bisavó, Emília. No sótão da casa antepassada, Luís Martins descobre o diário íntimo do amante de sua bisavó, identificando-se com as angústias vividas pelo próprio bisavô – Manuel L. Para mais informações: geral@wecamefromspace.com



Alegre esperança – conversas de amigos

Do médico Eduardo Pereira Marques, a obra "Alegre esperança – conversas de amigos", é uma colectânea de artigos de opinião dos anos de 2001 a 2003. Os textos em causa foram publicados originalmente na Semana Médica e, através deles, o autor pretendia mais do que apenas expressar a sua opinião mas também fomentar a reflexão e promover os temas de debate de grupos na internet como o MedFamiliar e MGFamiliar, onde participavam várias centenas de especialistas em Medicina Geral e Familiar. Para mais informações sobre a obra: epereiramarques@sapo.pt.



A dor e as suas circunstâncias

A dor é fácil de sentir, difícil de compreender. Uma experiência que acompanha o ser humano desde que se conhece, sinalização essencial para a sobrevivência pessoal, transforma-se muitas vezes em sofrimento inútil. Fenómeno complexo, total, muito para além do dano físico, tem merecido a dedicação e o interesse de filósofos, poetas, artistas, médicos e de muitos outros profissionais de saúde.

Este livro reúne um conjunto diversificado de estudos que ilustram múltiplas perspetivas sobre a dor - histórica, legal, artística, biológica, médica e psicológica. Só um fenómeno complexo, como a dor total, motiva tanto estudo e interesse, como ainda tanta vontade de intervir no seu controlo. Pretende dar a conhecer mais algumas opções ao dispor dos profissionais para compreender e intervir na dor. Esperamos contribuir para uma sociedade em que a dor seja melhor entendida, e em que os cidadãos possam viver melhor a sua vida sem a opção do sofrimento.

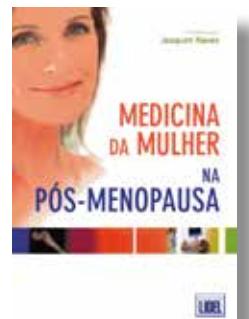


Eu Estou Sempre Cá

A pedopsiquiatra Maria de Lurdes Candeias escolheu, há muitos anos, dedicar-se a ajudar e a tratar a depressão na adolescência e decidiu reunir neste livro alguns dos casos clínicos que mais a marcaram, profissional e humanamente, ao longo da carreira. São histórias de abandono, de medo, de tentativas de suicídio, de anorexias, de fobias, de alcoolismo. Histórias de crianças assustadas. Faz-se aqui um forte apelo à atenção, nem sempre fácil, de quem quer - e deve - ajudar a crescer estas (ainda) crianças. Uma edição Planeta.

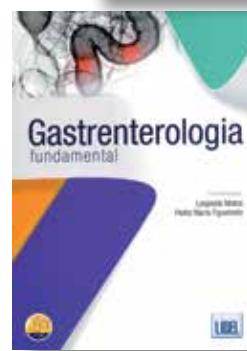
Medicina da Mulher na Pós-Menopausa

Obra coordenada pelo especialista em Obstetrícia e Ginecologia Joaquim Neves onde se pode esclarecer e atualizar alguns conhecimentos, promovendo uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce. O livro enfatiza aspectos multidisciplinares para a abordagem holística da mulher na pós-menopausa, um tema cada vez mais relevante se tivermos em conta o aumento da longevidade das populações e a necessidade de lhes trazer, além de mais anos de vida, melhores anos de vida.



Gastrenterologia fundamental

Obra didática coordenada por Leopoldo Matos (director clínico do Hospital dos Lusíadas) e Pedro Narra Figueiredo (assistente graduado de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra) para o aprofundamento de alguns conhecimentos de Gastrenterologia. Inclui a abordagem da semiologia, bem como da patologia mais frequente de todos os segmentos do tubo digestivo, pâncreas e vias biliares.



Liderança

Odete Fachada, licenciada em filosofia, lançou a obra: "Liderança - a prática da liderança; a liderança na prática" onde se explora formas de aperfeiçoar o desempenho daqueles que têm responsabilidades de gestão e liderança de equipas. Porque "o valor de um líder reside no valor da sua equipa". Edições Sílabo.